www.monitor-versorgungsforschung.de www.m-vf.de 03/26 19. Jahrgang

# monitor VERSORGUNGSFORSCHUNG

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



Titelinterview mit Prof. Dr. med. Udo Janßen, Geschäftsführer von KyberMedis: „Eine Architekturklärung schafft Klarheit, keine Verluste"



Titelinterview mit Steffen Bohm, Geschäftsführer von AGENON: „Mit regionalem Pragmatismus zur zukunftsfesten Versorgung"

„Der Schlüssel ist eine professionelle Koordination" (Frenz/Josten)

„Von Meldekanälen zu Prozessintegrität" (Niederlohmann)

„Gesundheits und Standortfaktor statt Kostenblock" (Thams)

ISSN 1866-0533

monitor VERSORGUNGS FORSCHUNG

03/26 19. Jahrgang

## Editorial

**„Zu wenig Steuerung und Zuordnung"** 4
Herausgeber Prof. Dr. Reinhold Roski

## Redaktion

**„Eine Architekturklärung schafft Klarheit"** 6
Titelinterview: Prof. Dr. med. Udo Janßen, Geschäftsführer der KyberMedis GmbH

**„Mit regionalem Pragmatismus"** 14
Titelinterview: Steffen Bohm, Geschäftsführer der AGENON GmbH

**FKG-Empfehlungen versus Gesetzesentwürfe** 20
Analyse der kommenden Finanzreform der GKV 2026

**Gemeinsame Kraftanstrengung oder Patientenlast?** 23
Wer trägt die Last des Gesetzes zur Stabilisierung der Beitragssätze in der GKV?

**Meist negatives Stakeholder-Echo auf GKV-Pläne** 25
Reaktionen auf das GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz

**Der deutsche Patient – das kranke System** 28
Das deutsche Gesundheitswesen hat das Vertrauen seiner Bürger:innen verspielt"

**Eine Blaupause für die integrierte Versorgung** 34
Serie „Deutschland baut um" – Teil 2: das Modell Holzminden

**Trotz klarer Empfehlung bleiben viele ungeimpft** 40
Ergebnisse des RKI-Forschungsprojekts IMPRESS

**„Der Schlüssel ist eine professionelle Koordination"** 42
Interview: Stefanie Frenz und Dr. Maria Josten vom WTZ Essen

**Gesundheits und Standortfaktor statt Kostenblock** 46
Kommentar von Christian Thams, Johnson & Johnson Innovative Medicine Deutschland

## WISSEN (Peer-Review)

**Evaluation der Heilmittel-Richtlinie und -katalogs** 48
Beitrag von Mario Hellbardt BSc et al.

**Zugang zu Gesundheitsdaten über das FDZ** 53
Beitrag von Dr. rer. oec. Katja Gehrke und Dr. iur. Friederike Goeters

## WISSENSCHAFT (Peer-Review)

**Dr. med. Eik Niederlohmann** 62
**Von Meldekanälen zu Prozessintegrität**
Der erste MVF-Beitrag (02/26) zu Whistleblower-Gaslighting hat Mechanismen, Belastungsfolgen und Unterstützungsoptionen beschrieben (Niederlohmann, 2026). Dieser Folgebeitrag fragt enger: Woran erkennt eine Organisation, ob ihr Hinweisprozess tatsächlich funktioniert?

**Prof. Dr. rer. medic. Florian Kron / Katja Heße MSc / Jasmin Nachtigall MSc / Johanna Röder MSc** 67
**Immuntherapien beim nicht-kleinzelligen Lungenkarzinom zwischen Innovation und Wirtschaftlichkeit**
Das nicht-kleinzellige Lungenkarzinom (NSCLC) ist die häufigste Form des Lungenkarzinoms. Immuncheckpoint-Inhibitoren haben die Therapie in den letzten Jahren grundlegend verändert, sind jedoch mit hohen Arzneimittelkosten verbunden. Vor dem Hintergrund des Wirtschaftlichkeitsgebots rückt die ökonomische Vergleichbarkeit therapeutischer Alternativen in den Fokus.

**Prof. Dr. med. Stefan Schröder / Dr. med. Tillmann Speer / Dr. rer. nat. Helga Unger / Prof. Dr. rer. pol. Thomas Mühlbradt** 71
**Führung im Gesundheitswesen neu denken: Crew Resource Management für die Systemresilienz**
Das Gesundheitswesen ist heute durch steigende Komplexität, Fachkräftemangel, ökonomischen Druck und eine wachsende interprofessionelle Zusammenarbeit gekennzeichnet. Unter diesen Bedingungen stoßen klassische Führungsmodelle an ihre Grenzen.

**Prof. Dr. med. Ralf Schmidmaier / Dr. rer. nat. Hans Derk Pannen / Dr. rer. hum. biol. Moritz Hadwiger / Dr. rer. nat. Luis Möckel** 75
**Inanspruchnahme von Gesundheitsressourcen bei Patientinnen mit Romosozumab**
Diese retrospektive Analyse deutscher Krankenkassendaten hat zum Ziel, die Kosten der Versorgung aus der Perspektive der gesetzlichen Krankenversicherung bei Osteoporose-Patientinnen mit Romosozumab-Behandlung zu beschreiben.

Bitte beachten Sie die Sonderveröffentlichung von DNVF auf den Seiten 57–60

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

## STANDARDS

Impressum 2 News 12, 18, 32, 33, 45, 47, 56

**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.-von-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.-von-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.

# MVF-Herausgeber-Beirat

## 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 Institut — 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 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 
- DGDA Institut für deskriptive Gesundheitsdatenanalyse — Dr. Katja Gehrke 
- 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. Mitglieder

- Dr. Christopher Hermann 
- Harald Möhlmann 
- Franz Knieps, Miller & Meier Consulting 



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

**Melden Sie sich an zum 9. MVF-Kongressworkshop „Impfstatus 2026”, der online am 17. Juni 2026 stattfindet**!

**oder hier:**

**https://t1p.de/Impfstatus2026**

# Zu wenig Steuerung

**Titelinterview mit Prof. Dr. med. Udo Janßen, KyberMedis GmbH** > S. 6 ff.

Die Sozialstaats-Matrix „erklärt nicht, dass wir Probleme haben – sie erklärt, warum unsere Reformen sie nicht lösen können." **Professor Janßen** stellt eine Diagnose, die unbequem ist und gerade deshalb gehört werden sollte.

**Titelinterview mit Steffen Bohm, AGENON GmbH / ProReVers** > S. 14 ff.

„Wir haben in Deutschland nicht primär ein Problem fehlender Mittel, sondern ein Problem der Fehlallokation. Wir geben enorme Summen aus, aber oft an den falschen Stellen.” **Steffen Bohm**, Geschäftsführer der AGENON GmbH und Konsortialführer des Innovationsfondsprojekts ProReVers, plädiert für die regionale Verzahnung der Versorgung.

**Interview mit Stefanie Frenz und Dr. Maria Josten, Westdeutsches Tumorzentrum (WTZ) Essen** > S. 42 ff.

„Patient:innen dürfen Fragen stellen, die sonst im wissenschaftlichen Diskurs nicht gestellt werden. Das ist manchmal zunächst systemerschütternd, aber am Ende immer hilfreich." So **Dr. Maria Josten**, Patientenkoordinatorin im Westdeutschen Tumorzentrum Essen, und **Stefanie Frenz**, Sprecherin des WTZ-Patientenbeirats.

**9. MVF-Kongressworkshop „Impfstatus 2026” – online am 17.6.2026** s. Link links

Wer zur Risikogruppe gehört, lässt sich nicht automatisch häufiger impfen. Das zeigen die Ergebnisse des RKI-Forschungsprojekts IMPRESS: Woran es fehlt, ist nicht Wissen, sondern das Bewusstsein für die eigene Gefährdung. Den Impfstatus und wie er sich ändern lässt, diskutiert der 9. MVF-Kongressworkshop „Impfstatus 2026“.

**Herausgeberbeirat** > S. 3 ff.

Neu im Herausgeberbeirat begrüßen wir **Dr. rer. oec. Katja Gehrke** (Institut für deskriptive Gesundheitsdatenanalyse) im Beirat und auch **Dipl.-Ök. Harald Möhlmann**, früher AOK Nordost, ist wieder dabei, nun als persönliches Mitglied. Wir freuen uns auf die Zusammenarbeit.

**Rubrik Wissen**

**Hellbardt u. a.** evaluieren Heilmittel-Richtlinie und Heilmittelkatalog nach der Reform. Die Reform hat bürokratische Hürden abgebaut und chronisch Kranken spürbar geholfen. > S. 48 ff.

**Gehrke** und **Goeters** zeigen, was das neue Datenangebot der zentralen Zugangsstelle zu pseudonymisierten GKV-Abrechnungsdaten des FDZ-Gesundheit kann. > S. 53 ff.

**Kommentar**

Das GKV-Beitragsstabilisierungsgesetz „ist kein Feinschliff an einem bewährten System, sondern ein Systemwechsel.” **Christian Thams**, Johnson & Johnson Innovative Medicine Deutschland, sagt in seinem Kommentar aus Industrieperspektive, wo er das eigentliche Risiko sieht: beim Zugang der Patient:innen zum medizinischen Fortschritt. > S. 46 ff.

**Wissenschaftliche Beiträge**

**Niederlohmann** zeigt, woran Hinweisprozesse im Gesundheitswesen tatsächlich gemessen werden müssen. > S. 62 ff.

**Kron u. a.** zeigen am Beispiel des nicht-kleinzelligen Lungenkarzinoms, dass bei Therapieentscheidungen auch die Wirtschaftlichkeit einzubeziehen ist. > S. 67 ff.

**Schröder u. a.** argumentieren, dass klassische Führungsmodelle im Gesundheitswesen an Grenzen stoßen. > S. 71 ff.

**Schmidmaier u. a.** analysieren die Versorgungskosten schwer von Osteoporose betroffener Patient:innen nach einer Behandlung mit Romosozumab. > S. 75 ff.

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

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



# „Eine Architekturklärung s Klarheit, keine Verluste“

Im Interview: Prof. Dr. med. Udo Janßen, Geschäftsführer von KyberMedis

Das deutsche Gesundheitssystem leidet seit Jahren an einer Reformkrise, für die es keine befriedigende Erklärung zu geben scheint. Prof. Dr. med. Udo Janßen, Geschäftsführer von KyberMedis und ehemaliger CEO und CFO mehrerer Kliniken sowie Seniorpartner bei KPMG und Deloitte, hat eine Diagnose veröffentlicht, die es in sich hat: Das Problem liegt seiner Ansicht nach nicht in mangelnden Mitteln oder im fehlenden Willen der politischen Akteure, sondern in einer grundlegenden Architekturkrise des Systems. Im Gespräch mit „Monitor Versorgungsforschung“ erläutert Janßen sein Modell – die Sozialstaats-Matrix, die nichts anderes ist als eine grundlegend neue Systemlogik für unser Gesundheitssystem.

>> Herr Professor Janßen, Sie haben auf einem Social-Media-Kanal einen Text veröffentlicht, der die These aufstellt: Das eigentliche Problem des deutschen Gesundheitssystems ist nicht Unterfinanzierung, nicht der demografische Wandel, nicht der Fachkräftemangel – sondern eine falsche Systemarchitektur. Das klingt nach einer sehr steilen These. Warum sollte ein seit Jahrzehnten bestehender Bauplanfehler für die eigentliche Ursache gehalten werden, wenn gleichzeitig Kliniken pleitegehen, die Ärzteschaft vor allem auf dem Land fehlt und Pflegeheime nicht hinreichend Pflegekräfte finden?

Lassen Sie mich zunächst eine wichtige Präzisierung vornehmen, die entscheidend ist für das, was folgt: Die von mir aufgestellte Matrix-These behauptet nicht, dass Faktoren wie Unterfinanzierung, medizinischer Fortschritt, doppelte Demografie und Fachkräftemangel keine realen Probleme für die Finanzierung unseres Gesundheitssystems wären. Unbestritten: Das sind sie, und zwar sehr reale und drängende. Was ich behaupte, ist etwas anderes und viel Grundlegenderes: Um Gesundheitsreformen wirkungsvoll gestalten zu können, müssen zuvor strukturelle Logikbrüche im System identifiziert und im besten Fall aufgelöst werden. Denn genau die verhindern, dass die Hauptgründe für die vielfältigen, immer stärker zutage tretenden Probleme tatsächlich adressiert werden können.

Woran machen Sie Ihre Diagnose fest?

**schafft**

Wir haben in den letzten 20 Jahren unzählige Milliarden Euro ins System gepumpt, mehr Personalreformen verursacht und mehr Digitalisierungsinitiativen gestartet denn je – und trotz aller gut gemeinten Reformen verschärft sich die Lage immer weiter. Ich postuliere: Das Problem ist die grundlegende Systemlogik-Architektur, in die hinein reformiert wird.

Das klingt wie eine Fundamentalkritik an 30 Jahren Gesundheitspolitik. Welche Evidenz gibt es, dass die von Ihnen benannte Systemlogik wirklich die Ursache ist und nicht bloß eine vielleicht elegante Erklärung für ein viel komplexeres Phänomen?

Sie fordern zu Recht Evidenz ein – und ich will ehrlich sein: Eine solche Evidenz im strengen Sinne gibt es nicht, weder für die heutige Systemlogik noch für die, die ich vorschlage. Was wir stattdessen analysieren können, wenn wir etwas systemischer hinschauen, ist ein in sich stimmiges Muster. Die Pflegereform ist gescheitert an der Versicherungs-Fürsorge-Vermischung. Die Krankenhausreform scheitert an der Versicherungs-Daseinsvorsorge-Vermischung. Und die seit zwei Jahrzehnten geführte Bürgerversicherungs-Debatte scheitert an der Markt-Versicherungs-Vermischung. Solange die Trennlinie zwischen GKV und PKV politisch verteidigt wird, kann strukturell keine kohärente Lösung entstehen. Will heißen: Jede einzelne Reform der letzten 30 Jahre hat ihre Kraft letztlich durch immanente Logikbrüche eingebüßt.

*„Die Matrix erklärt nicht, dass wir Probleme haben – sie erklärt, warum unsere Reformen sie nicht lösen können."*

Dennoch: Das klingt doch ziemlich theoretisch!

Ich räume ausdrücklich ein: Die Sozialstaats-Matrix ist ein analytisches Diagnosemodell – kein empirisches Kausalmodell, das sich durch Regressionsanalysen veri- oder falsifizieren ließe. Aber dort, wo die Logiktrennung praktisch erfahrbar wird, lassen sich die Wirkungen, die das Modell vorhersagt, sauber abbilden. Die Matrix erklärt also nicht, dass wir Probleme haben – sie erklärt, warum unsere Reformen sie nicht lösen können, so gut sie auch gemeint sein mögen. Um es in einem Bild zu sagen: Eine Mannschaft mit hervorragenden Einzelspielern, aber falscher Aufstellung wird sich gegen ein klug aufgestelltes Team schwertun. Genau das erleben wir: Die Parlamentarier auf Bundesebene, die Beamten im BMG, die Fachleute im Gemeinsamen Bundesausschuss und beim GKV-Spitzenverband arbeiten mit großem Gestaltungswillen – aber sie reformieren das, was über zwei, drei Jahrzehnte falsch zusammengefügt wurde, auf eine neue Ebene, ohne das grundlegende Logikproblem zuvor anzugehen.

Bleiben wir bei diesem Befund. Wo genau werden im deutschen Gesundheitssystem Logiken vermischt? Können Sie das an einem konkreten Fall zeigen?

Unser Gesundheits- und Versorgungssystem ruht auf vier Grundprinzipien, die man auch als Logiken bezeichnen kann: dem Solidarversicherungsprinzip, dem Fürsorgeprinzip, dem Daseinsvorsorgeprinzip und dem Wettbewerbsprinzip. Diese eigentlich recht eigenständigen Logiken sind im Lauf der Zeit vermischt worden – nicht mutwillig, sondern weil es den jeweils verantwortlichen Politikerinnen und Politikern als der pragmatischere, schnellere Weg erschien, ein anstehendes Problem zu lösen. Ein gut sichtbares Beispiel ist die Krankenversicherung für Bürgergeldbeziehende. Hier hat der Verwaltungsrat des GKV-Spitzenverbandes am 11. September 2025 beschlossen, beim Bundesverfassungsgericht Klage gegen die Bundesrepublik Deutschland wegen der systematischen Unterfinanzierung dieser Versorgung zu erheben. Zu Recht, wie ich finde – denn das ist das populärste Beispiel dafür, wie versucht wird, eine Fürsorgeaufgabe in eine Versicherungslogik zu überführen. Hier werden die Asymmetrie und auch die Absurdität schnell sicht- und greifbar: Am Ende sollen die Beitragszahlenden eines Versicherungsvereins auf Gegenseitigkeit ein allgemeines Fürsorgeprinzip ausfinanzieren, das nie Bestandteil der ursprünglichen Versicherungslogik gewesen ist. Das ist alles andere als zukunftsfähige Sozialpolitik – es ist schlicht fiskalisches Durchwursteln.

Gegenstimme: Es hat Jahre und Jahrzehnte funktioniert!

Ja, solches Tun funktioniert eine Weile, besonders wenn die Kassenlage der gesetzlichen Krankenkassen gut gefüllt ist. Das ist sie aber nicht mehr, weshalb Beitragserhöhungen fast unvermeidlich

werden. So entsteht nach und nach eine Schieflage, die viele Bürgerinnen und Bürger zunehmend als ungerecht empfinden – und diese Empfindung dann mit ihrem Kreuz auf dem Wahlzettel deutlich machen.

Sie schlagen nun ein Modell vor, das diese vier Logiken klar voneinander trennt. Erklären Sie bitte zuerst, welche das sind.

Die erste Logik ist die klassische, beitragsfinanzierte Versicherung: Leistungen werden auf Basis des durch Einzahlung erworbenen Anspruchs bezogen – im Falle des Risikoeintritts und ohne fremde Lasten.

Die zweite Säule ist die klassische Fürsorge. Sie hat historisch mehrere Wurzeln – das kommunale Armenfürsorge-System nach Elberfelder Vorbild seit 1853, die christlich-karitative Tradition und die sozialdemokratische Arbeiterbewegung. Allen dreien ist gemeinsam: Fürsorge ist wertbasiert, sie geht uns alle an und ist deshalb vollständig über Steuern zu finanzieren. Das heißt: Sie ist im Bundes- oder Landeshaushalt zu verbuchen, parlamentarisch zu entscheiden – und darf eben nicht, wie heute, in einer Art Schattenhaushalt verschwinden.

Die dritte Logik ist die territorial gesteuerte Daseinsvorsorge. Wir brauchen eine flächendeckende Versorgung über Gebietskörperschaften, die dann aber auch in der Verantwortung stehen. Die Krankenhausplanung etwa ist eine klassische Aufgabe der Daseinsvorsorge. Ich erlebe derzeit jedoch viele Politiker, die dieses Thema weit von sich wegschieben und sagen: Das ist nicht meine Zuständigkeit. Das ist ein Irrweg.

Die vierte Logik ist der Markt, der Wettbewerb, der für spezielle Anforderungen passgenaue Angebote liefern soll. Dafür braucht es klare Schnittstellen. Ich könnte mir durchaus vorstellen, dass eine private Krankenversicherung ihre Schnittstelle so definiert, dass es eine Basisversicherung für alle in der gesetzlichen Krankenversicherung gibt – und darüber hinausgehende, freiwillige Mehrversicherungen, die über den freien Markt bedient werden.




Das klingt auf dem Papier bestechend einfach. Doch die Versorgungsrealität ist hochgradig hybrid. Nehmen Sie die psychiatrische Akutversorgung oder die Geburtshilfe: Solche Leistungen haben gleichzeitig Versicherungs-, Fürsorge- und Daseinsvorsorge-Charakter. Wie lassen sie sich trennscharf einer einzigen Logik zuordnen?

Hybridleistungen haben in meinem Verständnis kein Zuordnungsproblem, sondern ein Schnittstellenproblem. Die von mir vorgeschlagene Architektur fordert keine reine Logik pro Leistung, sondern eine Logik pro Komponente. Nehmen wir die psychiatrische Akutversorgung: Dort existieren im Kern drei klar trennbare Komponenten. Die erste ist die akutmedizinische Behandlung selbst – eine klassische, kollektiv beitragsbasierte Versicherungsleistung. Die zweite ist die regionale Vorhaltefunktion einer entsprechend ausgestatteten Klinik in einem bestimmten Flächenkreis – eine klassische, kollektiv steuerbasierte Daseinsvorsorge auf Landesebene. Die dritte Komponente ist die sozialpsychiatrische Nachbetreuung samt ergänzender niederschwelliger Hilfen – ein klassisches Fürsorgethema, individuell steuerbasiert und über die Kommunen abbildbar.

Und die Geburtshilfe?

Ganz analog. Die Geburt selbst ist eine rein medizinische Versicherungsleistung. Die geburtshilfliche Vorhaltestruktur im Flächenkreis gehört zur Daseinsvorsorge. Die Familienhebamme und, bei Bedarf, die psychosoziale Begleitung sind wiederum eine Fürsorgeleistung. Sie sehen: Selbst Hybridleistungen lassen sich in einer zunächst kompliziert wirkenden Logik sauber darstellen und sichtbar machen. Dahinter steckt jedoch noch mehr: Eine saubere Klärung der Systemarchitektur hilft den zuständigen Ebenen, zukunftsfähige Lösungen zu finden – und sie dann auch zu verantworten.

Ihr Vorschlag springt dabei kräftig durch verschiedene Sozialgesetzbücher. Ist das nicht ein Einwand gegen das Modell?

Im Gegenteil: Es ist ein weiterer Befund. Wenn ein Modell durch mehrere SGB-Bücher springen muss, heißt das nur, dass sich diese Bücher längst ihrer eigenen Logik entzogen haben. Die Systematik des Sozialgesetzbuchs ist ja schon 1972 entstanden, also vor mehr als 50 Jahren. Wir haben in den vielen Jahrzehnten seither verlernt, richtig zuzuordnen.

Herr Professor Janßen, Sie sind Geschäftsführer eines Beratungsunternehmens und Hochschulprofessor. Ihr Modell haben Sie zuerst auf einem Social-Media-Kanal veröffentlicht, nicht in einem Fach-

journal. Was hat Sie bewogen, diesen ungewöhnlichen Weg zu wählen?

Als interessierter Beobachter der langjährigen Reformbemühungen habe ich es immer als schade empfunden, dass – zumindest nach meiner Wahrnehmung – in den Debatten zu wenig Stimmen aus Wissenschaft und Theorie Gehör finden. In Deutschland gab es immer dann gute Politik, wenn die handelnden Akteure auf die Wissenschaft gehört und die Beratenden in ihre Entscheidungen eingebunden haben. Das habe ich in den letzten Jahrzehnten zunehmend vermisst. Da ich seit über 25 Jahren im Gesundheits- und Sozialwesen unterwegs bin, ist dieses Thema bei mir wohl auf fruchtbaren Boden gefallen – gerade weil so viele Reformen anstehen. Und ich habe mir gesagt: Jemand, der nicht im System verhaftet ist, muss die Stimme der Ökonomie und des Pragmatismus erheben – und das schnell und deshalb auf einem Social-Media-Kanal, eben weil derzeit so viele Reformen anstehen. Denn immer dann, wenn das Wissen abnimmt, beginnt der Glaube. Wir haben derzeit aber keinen großen Bedarf an Glauben – sondern an Wissen.

Kritiker könnten in Ihrem Modell einen Abbau des Sozialstaats wittern – oder es als erzkonservativ einordnen. Was entgegnen Sie?

Beidem widerspreche ich. Die Vier-Logiken-Matrix ist im Kern eine Rückbesinnung auf finanzökonomische Klarheit – auf eine Betrachtungsweise, die in den ersten Jahrzehnten unserer Republik organisierend wirkte und in den letzten drei Dekaden zunehmend verloren gegangen ist. Diese Betrachtungsweise lässt sich auf jede ökonomische Aufgabenstellung anwenden: Was ist die Aufgabe? Wenn ich sie so oder so erledige, welche Ausgaben resultieren daraus? Erst dann: Woher kommen die Einnahmen? Nicht umgekehrt nach dem Motto: Wie viel Einnahmen habe ich, und welche Aufgabe passt dazu. Das ist ausdrücklich nicht nostalgisch gemeint, sondern analytisch. Das Angenehme für manche Kritiker mag sein: Ich stamme weder aus dem Umfeld der „Neuen Sozialen Marktwirtschaft" noch aus einer ähnlichen Denkschule, die postuliert, alles müsse weniger werden. Ich sage zunächst nur, frei nach Georg Christoph Lichtenberg: „Es muss anders werden, wenn es besser werden soll." Ich intendiere keinen Abbau des Sozialstaats. Ein solcher Abbau kann kommen, er muss es aber nicht – das wäre am Ende das Ergebnis eines gesellschaftlichen Aushandlungsprozesses, gewiss aber nicht mein Ausgangspunkt.




Prof. Dr. med. Udo Janßen

*ist Hochschulprofessor und Geschäftsführer der KyberMedis GmbH in Berlin. Der Mediziner, Betriebswirt und Wirtschaftsjurist ist seit über 25 Jahren im Gesundheits- und Sozialwesen tätig. Er war CEO und CFO des Wiener Krankenanstaltenverbundes sowie Seniorpartner bei KPMG und Deloitte im Bereich Health Care und Public Sector. Sein wissenschaftlicher Forschungsschwerpunkt liegt auf der ökonomischen und ordnungspolitischen Architektur von Versorgungssystemen. Mit der Sozialstaats-Matrix hat er einen Analyserahmen vorgelegt, der die Reformkrise des deutschen Gesundheitswesens als Folge vermischter Systemlogiken deutet. Der zugehörige Beitrag ist als Publikation in der KyberMedis-Reihe „Beiträge zur Versorgungs- und Sozialstaatsarchitektur" erschienen.*

*ORCID: 0009-0002-6579-9645*


Sie wissen natürlich, dass Ihr Modell politisch unbequem ist. Welche konkreten Akteure hätten mit Ihrer Logiktrennung strukturellen Gestaltungsgewinn – und welche verlören so erheblich, dass ihr Widerstand die Umsetzung blockieren könnte?

Lassen Sie mich das in einer Gewinner- und Verlierer-Logik durchdeklinieren, auch wenn das Bild zum jetzigen Zeitpunkt noch eher grob bleibt. Gewinner sind vor allem die chronisch Kranken, weil Schnittstellenverluste deutlich reduziert werden, und Patienten mit Hybridleistungsbedarf, weil Verantwortlichkeiten geklärt sind. Vielleicht das Wichtigste: Gewinner ist das Gros der GKV-Beitragszahler, weil die Versicherungslogik spürbar entlastet und in Zuständigkeit und Verantwortung klarer gefasst wird. Der Patient und Bürger hat im Konzert der Selbstverwaltung derzeit keine wahrnehmbare Stimme. Aber: Seine Stimme wird – das muss uns allen klar sein – an den Tagen der kommenden Landtagswahlen sehr bedeutsam; umso mehr, wenn aus Frust das berühmte Kreuz dort gemacht wird, wo es ohne negative Erfahrungen mit dem Gesundheits- und Sozialsystem vielleicht nicht gemacht worden wäre.

Und was erwartet die organisierten Stakeholder, die Bänke im G-BA?

Die kommunalen Krankenhausträger beispielsweise werden eindeutig besser dastehen als bisher, weil dringend notwendige Vorhaltestrukturen endlich ausreichend finanziert und anerkannt werden. Gewinner werden auch Ärzteschaft und Pflege sein, weil ihre Architektur und ihre Zuständigkeiten untereinander klarer gefasst werden können.

Was – es gibt keine Verlierer?

Ich bezeichne es ganz bewusst nicht als Verlust: Es wird strukturelle Einflussreduktionen geben. Vor allem aufseiten des Finanzministeriums, weil Fürsorgekosten auf einmal sichtbar werden. Aber auch aufseiten der PKV, weil Schnittstellenspielräume genauer definiert werden müssen. Und aufseiten der Kassen-Spitzenverbände, weil sie womöglich weniger sozialstaatliche Mitverwaltung, dafür aber mehr Reformdruck auf die eigent-

liche Versicherungslogik haben – also allein für Struktur- und Ergebnisverantwortung geradestehen müssen. Doch um es klar zu sagen: Am Ende verlieren die Akteure keine substanziellen, sondern bislang architektonisch falsch zugeordnete Aufgaben. Das ist kein Macht- oder Budgetverlust, sondern eine erfolgskritische Aufgabenklärung. Anders gesagt: Alle Aufgaben müssen nach wie vor erledigt werden. Sie werden nur klarer zugeordnet, verantwortet und vor allem logisch begründet.

In der Selbstverwaltung könnten aber auch Akteure sitzen, die schon bei der bloßen Idee einer Logiktrennung dichtmachen.

Man muss klar sehen: In den Agenden aller Stakeholder sind hochgradige Eigeninteressen festgeschrieben – manche sagen: betoniert. Mit einem solchen Vorschlag stößt man gewissermaßen einen Speer in ein schnell laufendes Speichenrad – inhaltlich, vor allem aber interessenpolitisch. Ein Beispiel aus der jüngeren Reformdebatte: Als über die Herauslösung der Vorhaltekosten diskutiert wurde, war das für die einen Kassen attraktiv und für die anderen ein Problem – schlicht, weil sich der Beitragssatz-Lasteffekt zwischen den Kassenarten verschoben hätte. Das ist die Realität. Genau deshalb gehe ich davon aus, dass mein Ansatz auf der Bundesebene nicht wohlgelitten sein wird – einfach, weil Verschiebebahnhöfe transparent werden und, politökonomisch gesprochen, Machtpotenziale beschnitten werden.

Wo also wird Ihr Modell wirklich diskutiert werden – und wo werden schon deshalb Gegenstimmen aufkommen, weil Agenden infrage gestellt werden?

Da können Sie sich fast aussuchen, wen Sie nennen wollen: das BMG, den Bundestag, den G-BA oder auch den GKV-Spitzenverband. Diese Ebene ist sehr darauf eingestellt, das bestehende Spiel fortzuschreiben. Und es wird immer auch einzelne Leistungserbringer geben, die die Aufgaben, für die sie zuständig sind, in ihrer Performance gar nicht transparent darstellen wollen.

In einem föderalen System wie Deutschland würde die Einführung einer neuen Logik eine weitreichende Grundsatzentscheidung des Bundes erfordern. Wer soll das angehen?

Das Ganze ist in der Tat eine weitreichende ordnungspolitische Selbstbindungsaufgabe. Aber wir haben in Deutschland solche Aufgaben schon gelöst – denken Sie an das Stabilitäts- und Wachstumsgesetz von 1967 oder, aktueller, an die Schuldenbremse. Und wir haben ähnliche Aushandlungen in den Föderalismuskommissionen von 2003 und 2007 erlebt. Was ich vorschlage – und ich verstehe mein Thesenwerk durchaus als Arbeitsgrundlage, nicht als fertiges Konzept –, ist eine Art Sozialstaats-Architekturgesetz, das vier Dinge auf Bundesebene regelt. Erstens: die definitorische Trennung der vier Logiken. Zweitens: die Finanzierungszuordnung pro Logik. Drittens: die Verantwortungszuordnung – der Bund für den ordnungspolitischen Rahmen, die Länder für die Daseinsvorsorge, die Kommunen für die Fürsorge in definierten Bereichen. Und viertens: einen Konfliktlösungsmechanismus, der vor allem bei Hybridleistungen und Schnittstellen greift. Ich weiß, dass das verfassungsrechtlich anspruchsvoll ist – aber es ist möglich, wenn man es will.

Bestandsschutzansprüche, laufende Verträge, eingespielte Interessenkoalitionen – das macht jeden Systemumbau zu einem langwierigen Prozess. Welchen Übergangspfad sehen Sie realistischerweise für die Millionen bestehender Versorgungsverträge, GKV-Satzungs-leis-tungen und Landesregelungen?

Es wird gewiss keinen Big Bang geben, der alles atomisiert und neu ordnet. Eine solche Architekturklärung kann nur sukzessive erfolgen. Ich würde ganz pragmatisch mit den teuersten Logikbrüchen beginnen – versehen mit einem umfangreichen Bestandsschutz für bestehende Verträge und Strukturen. Man fügt Neuregelungen für Neufälle hinzu und lässt bestehende Versorgungsverträge zunächst weiterlaufen; sie werden nicht umgewidmet. Das ist administrativ und politisch deutlich einfacher.

In welchem Zeitraum?

Man kann beginnen, nach einem politischen Konsens die finanzielle Umverteilung über eine Übergangsperiode von fünf oder zehn Jahren zu gestalten, sodass weder die GKV noch der Bundeshaushalt schockartig belastet werden. Das Thema Länder-Daseinsvorsorge wird man zudem über einen Bund-Länder-Pakt aufbauen müssen – nicht durch Verschiebung bestehender Mittel, sondern durch eine eigene Finanzausstattung für diese Architektursäule.

Ihr Modell setzt eine kohärente, vollständige Umsetzung voraus. Was passiert im politischen Normalfall, der erfahrungsgemäß eine partielle Umsetzung bedeutet? Wird es dann nicht schlimmer statt besser?

Es wird immer um eine zeitlich abgestufte Umsetzung gehen – aber stets mit sequenziellen Architekturklärungen, sodass nach und nach einzelne Logikbrüche aufgelöst werden. Und jede Auflösung verbessert den Status quo, selbst dann, wenn andere Brüche noch bestehen bleiben.

Lassen Sie uns das an einem Beispiel verdeutlichen.

Nehmen wir das bereits angesprochene Bürgergeld. Wenn wir die Fürsorgeaufgabe aus dem GKV-Beitragstopf herauslösen und in eine kommunale oder bundeshaushaltsbezogene Finanzierung überführen, entsteht Klarheit: Die GKV könnte ihre Beitragsdiskussion dann tatsächlich auf Basis einheitlicher Versicherungsleistungen führen – nicht mehr verzerrt durch versicherungsfremde Aufgaben. Das wäre ein erster Reformschritt, ohne dass damit zugleich die Krankenhausreform und die PKV-Schnittstellen geklärt wären. Das ist es, was ich Architekturinseln nenne: Jede Klärung schafft eine Insel, an die sich weitere anschließen können – und mit jeder Insel wächst der Kontinent. Man kann sich die vier Logiken anfangs als vier überlappende Kreise vorstellen, die man Schritt für Schritt kontrolliert, auseinanderführt, bis am Ende vier klar getrennte Kreise stehen. Anders – zum Beispiel als großer Wurf auf einmal – wird es ohnehin nicht funktionieren.

All das klingt sehr systemisch. Was ändert sich ganz konkret für den chronisch kranken Rentner, der zwischen Hausarzt, Pflegeheim und Sozialdienst hin- und hergeschoben wird?

Heute erlebt ein zu versorgender Mensch das System fragmentiert – weil wir die grundlegenden Logiken miteinander vermischen und am Ende niemand mehr klar verantwortlich ist. Genau diese Mischlogik ist der Grund, warum Patienten Leistungslücken erleben.

Eine Architekturklärung dagegen ist zwingend mit einer garantierten Versorgungskontinuität verbunden. Das heißt aber auch: Wir müssen die bestehende Versorgung weiterlaufen lassen, neue Strukturen parallel aufbauen und erst dann umstellen, wenn die neue Architektur trägt. Das größte Risiko ist jedoch: nichts zu tun. Dann erodiert unsere Versorgungsstruktur weiter – und am Ende ist niemand verantwortlich, weil jeder in seiner Nische nur genau das getan hat, was das Gesetz ihm für diese eine Nische vorgegeben hat.

*„Kritik wird kommen, das muss man aushalten. Doch sie wird eine überschaubare Dimension haben – schon weil die Architekturlogik gerade nicht dafür sorgt, dass irgendein Stakeholder etwas verliert."*

Stichwort Lotsen und integrierte Versorgung: Genau das sollten doch die Verträge nach Paragraf 140a SGB V lösen. Warum hat das nicht hinreichend funktioniert?

Die integrierte Versorgung war der Versuch einer Leistung mit der dahinterliegenden Vorstellung einer Finanzierung aus einer Hand. Man hat sich zusammengetan, Geld gepoolt und damit Leistungen eingekauft – aber ohne die zuvor nötige Architekturklärung. Diese Klärung erzeugt nicht von selbst Integration, aber sie schafft die Klarheit darüber, wer zuständig und wer verantwortlich ist. Und das allein ist schon ein großer Gewinn. Die Idee der integrierten Versorgung ist nach wie vor gut. Nur haben wir derzeit ein so desintegriertes, vom Ergebnis her unverantwortliches System, dass kaum jemand weiß, wer sich wann, womit und mit wem integrieren soll. Mein Vorschlag lautet deshalb: Lassen Sie uns zuerst die Klarheit in den Grundstrukturen herstellen. Wenn die steht, muss im zweiten Schritt eine klarere Ergebnisverantwortung hinzukommen – fiskalisch, budgetär, organisational.

Wie lange würde ein solcher Transformationsprozess realistischerweise dauern?

Es ist wahrscheinlich ein Generationenprojekt – aber bitte eines mit zeitnahem Beginn. Denn es ist der einzige realistische Weg, den übrigens einige unserer Nachbarländer längst beschritten haben. Was wir uns auf keinen Fall leisten können, ist, noch einmal zehn Jahre zu warten, bis wir mit der nötigen Architekturklärung beginnen. Wir spüren doch schon heute: Die Krankenhausreform funktioniert nicht, das GKV-Stabilisierungsgesetz holpert, die Pflegekrise verschärft sich. Das alles sind Symptome – und Symptome werden meist schlimmer, nicht besser, wenn man die Ursache nicht behandelt.

An welche Nachbarländer denken Sie?

Nehmen wir zuerst die Niederlande. Unser direktes Nachbarland hat zwischen 2006 und 2015 phasenweise strikt getrennte Sozialsicherungssysteme eingeführt. Das ist zum einen das Zorgverzekeringswet als obligatorische Grundversicherung für alle Einwohner; zum Zweiten das Wet langdurige zorg, das als solidarische Pflichtversicherung die Langzeitpflege regelt; und zum Dritten das Wet maatschappelijke ondersteuning, kurz Wmo, das die kommunale Verantwortung für häusliche Unterstützung, gesellschaftliche Teilhabe und soziale Begleitung organisiert. Drei Gesetze, drei klar getrennte Logiken – genau das fehlt uns in Deutschland. Schweden hat übrigens schon vor fünf Jahrzehnten ein ähnliches System etabliert, etwa zu der Zeit, als bei uns die SGB-Bücher geschrieben wurden. Mit diesen Zeitachsen im Hinterkopf würde ich drei Horizonte vorschlagen: eine Legislaturperiode – also vier Jahre – für die ersten ernsthaften Architekturschritte und die Auflösung von zwei bis vier der wichtigsten Logikbrüche. Dann braucht es sicherlich eine ganze Dekade für die wesentliche Überführung in die neue Systemarchitektur. Vielleicht ist das Projekt dann in einer Generation – in rund 30 Jahren – abgeschlossen, wenn alle Altbestände überführt und die neuen Strukturen vollständig eingespielt sind.

Das derzeit diskutierte Primärarztmodell, das eigentlich ein Primärversorgungsmodell werden sollte, wäre doch ein konkretes Testfeld für Ihre Logiktrennung.

Absolut richtig. Die Primärversorgung, wie sie gerade in der Fachwelt diskutiert wird, könnte ein Paradebeispiel dafür sein, wie eine Architekturklärung dafür sorgen kann, dass eine neue Versorgungsform von vornherein richtig aufgestellt wird – von der medizinischen Gesundheitsversorgung über die Vorhalte- und Fürsorgethematik bis hin zur sozialen Ebene.

Gibt es ein EU-Land, das die Primärversorgung bereits in dieser Weise aufgesetzt hat?

Das österreichische Modell ist instruktiv. Die erste Primärversorgungseinheit wurde 2015 in Wien gegründet, doch der eigentliche Etablierungsschub kam erst, als Österreich 2022 aus dem EU-Aufbau- und Resilienzplan rund 100 Millionen Euro für die Primärversorgung mobilisierte. Im Juli 2025 wurde die hundertste Primärversorgungseinheit eröffnet, darunter dreizehn speziell auf Kinder- und Jugendmedizin ausgerichtete Einheiten. Was Österreich dabei richtig gemacht hat, ist die architektonische Trennung der Verantwortungssphären: Die medizinische Leistung läuft als Versicherungsleistung über die Österreichische Gesundheitskasse, die infrastrukturelle Etablierung wird aus EU- und Bundesmitteln gefördert, die regionale Verankerung erfolgt über Land und Sozialversicherungsträger. Übersetzt in meine Matrix heißt das: Versicherung übernimmt die ambulante Behandlung, Daseinsvorsorge die wohnortnahe Vorhaltestruktur, Fürsorge die soziale Begleitung – etwa über das in einigen Einheiten bereits etablierte Social Prescribing. Marktelemente – die freie Wahl der Einheit durch die Versicherten – werden gezielt dort zugelassen, wo Wettbewerb die Qualität fördert. Genau diese architektonische Klarheit fehlt der deutschen Primärversorgungs-Debatte. Wir diskutieren heute über das Primärarztsystem als versorgungspolitische Steuerungsfrage – ohne geklärt zu haben, welche Komponente in welche Logik gehört. Das ist der Grund, warum auch diese Reform am selben Punkt scheitern könnte wie viele zuvor: an der unaufgelösten Vermischung der Logiken auf Einrichtungsebene.

Der taktische Vorteil läge auch darin, dass die Debatte um die Primärversorgung mitten in einer Gesetzesinitiative steckt.

Genau deshalb ist die Primärversorgung eine echte Chance, den Vier-Logiken-Ansatz nicht nur als abstrakte Architekturtheorie zu be-

Zitationshinweis

Janßen, U., Stegmaier, P.: „Eine Architekturklärung schafft Klarheit, keine Verluste“, in „Monitor Versorgungsforschung“ (03/26), S. 6–12. http://doi.org/10.24945/MVF.03.26.1866-0533.2839

handeln, sondern als handfestes Reforminstrument in die laufende politische Debatte einzuspeisen.

Eine letzte Frage, und vielleicht die schwerste: Das deutsche Gesundheitssystem hat viele kluge Reformvorschläge erlebt – und doch hat sich wenig geändert. Was macht Sie sicher, dass Ihr Modell nicht dasselbe Schicksal erleidet: erst belächelt, dann bekämpft, schließlich ignoriert?

Dieses Muster gibt es immer und überall, wenn es um neue oder auch nur andere Ideen geht. Denn die Idee ist ja gar nicht neu – sie wird in den Niederlanden gelebt, und das mit Erfolg. Erst werden Ideen belächelt, dann ernster genommen, aber in die falsche Ecke gestellt, indem Kritikpunkte bewusst überzeichnet werden. Doch irgendwann setzen sich gute Ideen durch. Wir können nur hoffen, dass es bis dahin nicht zu spät ist. Ein probater Weg wäre, die ersten, nur Zeit und Energie fressenden Phasen zu überspringen und gleich in eine ziel- und zukunftsgerichtete Diskussion einzusteigen. Was mich dabei optimistisch stimmt: Eine Logiktrennung führt schon im ersten Schritt zu Sichtbarkeit – und das ist bereits der vielleicht wichtigste Reformfortschritt. Was heute verdeckt destabilisierend wirkt, wird auf einmal sichtbar und damit politisch verhandelbar. Es ist ein großer Unterschied, ob der Bundesfinanzminister erklären muss, warum Fürsorge mehrere Milliarden Euro kostet, oder ob dieser Betrag weiter in Beitragstöpfen der GKV verborgen bleibt.

Nüchterner ausgedrückt: Reibung erzeugt Wärme – und Wärme setzt Reaktionen in Gang.

So ist es. Wichtig dabei: Eine Architekturklärung verschiebt zunächst keine Kosten – was man annehmen könnte. Sie macht aber sichtbar, was heute im Verborgenen destabilisierend wirkt. Schon deshalb ist dieser Schritt – auch im Vorgriff auf die anstehende Grundsatzentscheidung durch die beim Bundesverfassungsgericht erhobene Klage des GKV-Spitzenverbandes – nicht mehr aufzuhalten; diese neue Realität erzwingt Klarheit. Kritik wird kommen, das muss man aushalten. Doch sie wird eine überschaubare Dimension haben – schon weil die Architekturlogik gerade nicht dafür sorgt, dass irgendein Stakeholder etwas verliert. Das ist der entscheidende Unterschied zu anderen Reformvorschlägen. Wir brauchen deshalb den Mut der heute aktiven Generation, diese Architekturfrage sauber und offen zu stellen. Nur so kommen wir aus der Reformmisere der letzten 20, 30 Jahre heraus: weniger Chaos durch mehr Architekturklarheit. Das klingt schlicht – aber es ist die richtige Diagnose und vielleicht sogar unsere einzige Option.

Herr Prof. Janßen, danke für dieses interessante Gespräch. <<

Das Interview führte MVF-Chefredakteur Peter Stegmaier.

**Literatur:**

Social-Media-Beitrag: https://t1p.de/74sa2

Zum Weiterlesen: Die ausführliche Begründung der vier Logiken, die empirischen Belege und die vier Anwendungsfälle finden sich in der Publikation „Die Sozialstaats-Matrix. Eine Architektur-Diagnose des deutschen Wohlfahrtsstaats“ (KyberMedis Working Papers / Beiträge zur Versorgungs- und Sozialstaatsarchitektur Nr. 01), DOI: 10.5281/zenodo.20318090 oder auf MVF: https://t1p.de/64mk9

## Kommentare?

Die von Prof. Janßen vorgeschlagene 4-Logiken-Matrix muss diskutiert werden. Mailen Sie bitte Ihre begründete Entgegnung zu diesem Vorschlag. MVF wird die eingehenden Kommentare in MVF 04/26 in einer Synopse verschriftlichen. E-Mail: stegmaier@m-vf.de

## Das Zeitfenster schließt sich rapide

>> Der „2026 Lancet Countdown Europe Report“ (1) ist die dritte Ausgabe dieses Berichts, der den Zusammenhang zwischen Gesundheit und Klimawandel in Europa anhand von 43 Indikatoren analysiert. Die Ergebnisse zeigen, dass sich das Zeitfenster für entscheidende gesundheitspolitische Maßnahmen rapide schließt.

Die direkten und indirekten negativen Folgen der Hitzeexposition nehmen massiv zu. In 99,6% der untersuchten Regionen stieg die hitzebedingte Sterblichkeit zwischen 2015 und 2024 im Vergleich zum Zeitraum 1991–2000 an. Die Hitzeexposition bei besonders gefährdeten Gruppen (Säuglinge und Menschen über 65 Jahre) nahm um 254% zu. Zudem begünstigt das Klima die Ausbreitung von Infektionskrankheiten: Die Eignung für die Übertragung des Dengue-Virus stieg in Europa um 297%. Auch die Pollensaison hat sich bereits um ein bis zwei Wochen verlängert. Zudem betreffen Klimarisiken die Bevölkerung ungleich. Haushalte mit niedrigem Einkommen sind deutlich stärker von Ernährungsunsicherheit durch Hitze und Dürre betroffen als wohlhabendere. Wirtschaftlich führt die Erwärmung zu einem Rückgang des Arbeitskräfteangebots um ca. 24 Stunden pro Arbeiter und Jahr.

Trotz positiver Trends bei Investitionen in saubere Energien erreichten die Subventionen für fossile Brennstoffe im Jahr 2023 mit 444 Milliarden Euro einen neuen Höchststand. Besorgniserregend ist nach Aussage des Reports, dass das öffentliche, politische und mediale Interesse an der Schnittstelle von Klima und Gesundheit im Jahr 2023 zurückgegangen ist, obwohl die wissenschaftliche Evidenz stetig wächst. Ein wichtiger Lichtblick sei jedoch die zunehmende Bedeutung von Klimaklagen, die den Schutz der Gesundheit rechtlich einfordern. Der Bericht von 2026 enthält insgesamt sieben neue Indikatoren, die in der systematischen Übersicht des Berichts mit einem Dolch-Symbol (†) markiert sind. Diese neuen Messgrößen wurden eingeführt, um die Überwachung der gesundheitlichen Folgen des Klimawandels und die entsprechenden gesellschaftlichen Reaktionen zu erweitern. Einige der neuen Indikatoren sind:

- Hitze-Gesundheits-Frühwarnungen: Dieser Indikator nutzt einen neuen epidemiologischen Rahmen, um Temperaturen operativ in Frühwarnungen für hitzebedingte Sterblichkeit umzuwandeln.
- Klimaanpassungsfinanzierung für den Gesundheitssektor: Hierbei wird das Volumen der finanziellen Mittel überwacht, die speziell für die Stärkung der Klimaresilienz von Gesundheitssystemen bereitgestellt werden.
- Öffentliche Wahrnehmung von Gesundheit und Klimawandel: Dieser Indikator misst über Umfragedaten, welche Priorität Bürger der Verknüpfung von Klima und Gesundheit einräumen.
- Engagement politischer Parteien zu Gesundheit und Klimawandel: Er analysiert die thematische Ausrichtung von Pressemitteilungen politischer Parteien in Bezug auf die Schnittstelle zwischen Klima und öffentlicher Gesundheit.
- Einbeziehung von Gesundheit in Klimaklagen: Dieser neue Indikator verfolgt, inwieweit gesundheitliche Argumente (sowohl physischer als auch mentaler Art) in juristischen Dokumenten zu Klimaprozessen in Europa verwendet werden. <<

**Link** 1: https://t1p.de/h4jbg

Anzeige



# NAVIGATION steht für eine gerechtere Gesundheitsversorgung

## Innovationsfondsprojekt richtet sich an Menschen mit komplexen gesundheitlichen Herausforderungen

**Viele Gesundheits- und Vorsorgeangebote kommen ausgerechnet dort nicht an, wo sie am dringendsten benötigt werden: bei Menschen, die sich in vulnerablen Lebenssituationen befinden. Genau hier setzt das Innovationsfondsprojekt NAVIGATION - „Nachhaltig versorgt im gemeindenahen Gesundheitszentrum – Gesundheit im Zentrum" an. Es setzt auf Primärversorgung durch ein interprofessionelles Team unter der Leitung von Community Health Nurses. Das Projekt läuft in Berlin/Neukölln und Hamburg/Veddel unter Beteiligung der AOK Nordost und der AOK Rheinland-Hamburg.**

In Berlin testet die AOK Nordost gemeinsam mit dem „Geko-Stadtteilzentrum Neukölln", wie Menschen besser versorgt werden können, bei denen körperliche und psychische Erkrankungen mit belastenden sozialen Lebensumständen zusammentreffen. Im Rollbergkiez in Neukölln, wo das Geko seinen Standort hat, leben viele Menschen in solchen Situationen. Ein größerer Teil von ihnen ist entweder pflegebedürftig oder sozial benachteiligt oder beides. Zudem leiden überdurchschnittlich viele bei der AOK Nordost versicherte Rollbergkiez-Bewohner an chronischen Erkrankungen wie Ernährungs- und Stoffwechselerkrankungen, Atemwegserkrankungen und Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems. Eine geringe Gesundheitskompetenz erschwert den Zugang zu einer angemessenen Versorgung zusätzlich.

In einem Viertel wie dem Rollbergkiez mit seiner speziellen Bewohnerstruktur braucht es eine besonders niedrigschwellige Form der Primärversorgung. Die AOK Nordost setzt sich in diesem Zusammenhang für eine Trägervielfalt ein, die unterschiedliche Organisationsformen ermöglicht – je nach regionalem Bedarf und vorhandenen Ressourcen. Im Projekt NAVIGATION übernimmt das Geko die Rolle eines Primärversorgungszentrums (PVZ). Die Versorgung erfolgt durch ein interprofessionelles Team, dessen klinische Leitung in den Händen speziell qualifizierter Pflegefachkräfte liegt. Damit unterscheidet sich das Projekt deutlich von klassischen, stärker ärztlich geprägten Primärversorgungsmodellen.

Die sogenannten Community Health Nurses suchen die Menschen in deren Lebensumfeld auf – ob zu Hause oder in den Straßen ihres Kiezes. Kombiniert wird das mit einer hausärztlichen und psychologischen Versorgung sowie der Beratung durch Sozialarbeiterinnen und -arbeiter.
Das Projekt befindet sich derzeit in der Einschreibephase. Bei den bereits teilnehmenden Patientinnen und Patienten kommt die niedrigschwellige, interprofessionelle Primärversorgung aus einem PVZ heraus gut an. Die tatsächlichen Effekte wird der Evaluationsbericht zeigen, der im Herbst 2027 erscheinen soll.

NAVIGATION ist ein Innovationsfondsprojekt des Gemeinsamen Bundesausschusses unter der Leitung der Poliklinik Veddel in Hamburg und dem Geko – Stadtteil-Gesundheits-Zentrum Neukölln in Berlin. Konsortialpartner sind die AOK Nordost und die AOK Rheinland/Hamburg, das Wissenschaftliche Institut der AOK (WIdO), die Hamburgische Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung e.V., die Charité – Universitätsmedizin Berlin und die Frankfurt University of Applied Sciences.
Mehr Informationen unter: **navigation-im-pvz.de**

**AOK Nordost. Die Gesundheitskasse.**



# „Mit regionalem Pragmatis zur zukunftsfesten Versorg

Im Interview: Steffen Bohm, Geschäftsführer der AGENON GmbH und Konsortialführer des Innovationsfondsprojekts ProReVers

„Kann ProReVers die sektorale Trennung im deutschen Gesundheitssystem endlich überwinden?“ Mit dieser Frage konfrontierte „Monitor Versorgungsforschung“ Steffen Bohm, Geschäftsführer der AGENON GmbH und Konsortialführer des Innovationsfondsprojekts ProReVers. Er gab in diesem interessanten Gespräch einen „Blick von unten“ auf das strategische Dilemma der Akteure und die notwendigen Hebel, die die Politik endlich bedienen müsste, wenn sie die Versorgung vor Ort nicht nur irgendwie ermöglichen, sondern stärken will. Dazu brauche es vor allem auch eine Strukturreform, mit der endlich die „unsägliche Sektorentrennung“ überwunden werden kann.

>> Herr Bohm, seit über zwei Dekaden mahnen der Sachverständigenrat und viele andere Expert:innen eine sektorenübergreifende Planung an, ohne dass sich strukturell Wesentliches geändert hat. Fast wirkt es wie eine Sisyphusarbeit: Gutachten folgen auf Gutachten, doch die Trennung zwischen ambulant und stationär bleibt zementiert. Warum sollte ausgerechnet Ihr Projekt „ProReVers“ mehr sein als nur eine weitere gut gemeinte Empfehlung, die in den Schubladen der Bürokratie verschwindet?

Ja, die Trennung ist ausgehend von bundesgesetzlichen Regelungen und untergesetzlichen Normen zementiert. Der Projektauftrag war nicht, ein Gutachten für die Neufassung von Bundesgesetzen und nachgeordneten Normgebungen auszuarbeiten. Er bestand darin, zum einen Instrumente und Analysedesigns zu entwickeln, die eine auf Daten und Fakten basierende Befassung mit der Versorgungssituation vor Ort ermöglichen sowie den bestehenden und zukünftigen Herausforderungen. Zum anderen sollte ein Vorschlag entwickelt werden, wie unter den gegebenen Bedingungen vorgegangen werden kann, um zu regional passenden Versorgungslösungen zu kommen, und weiter, wie man vorgehen könnte, damit erforderliche Entscheidungen auf überregionaler Ebene auch zustande kommen. Wir sind dazu – bildlich gesprochen – aus dem Elfenbeinturm der theoretischen Versorgungsforschung „hinabgestiegen“ in die konkrete Versorgungsrealität vor Ort. Die Idee zu „ProReVers“ entstand übrigens aus den Erfahrungen des in den Jahren 2017 bis 2020 vorausgegangenen Innovationsfondsprojekts „Strukturmigration im Mittelbereich Templin“, bei dem wir uns ganz pragmatisch mit den strukturellen Problemen einer Region – der Stadt Templin im Landkreis Uckermack – befasst haben. Hier wurde überdeutlich, dass Planungsansätze oft an der darin eingenommenen „Vogelperspektive“ kranken, weil fälschlicherweise geglaubt wird, aus der rein wissenschaftlichen, bundes- und auch landespolitischen Sicht heraus zentrale Lösungen für alle Regionen gleichermaßen finden zu können. Wir haben daher bei „ProReVers“ die Sichtweise komplett verändert: Im Projekt haben wir einen ganzen Instrumentenkoffer entwickelt, über den die spezifischen regionalen Gegebenheiten systematisch erfasst und aufgearbeitet werden können.

*„ProReVers ist genau der Versuch, unter den gegebenen Bedingungen die bestmögliche Versorgung zu realisieren.“*

Was bringt das?

Sehr viel, weil es aus der regionalen, ja lokalen Perspektive um eigentlich nur eine, aber sehr wesentliche Frage geht: Wie sehen die lokalen und regionalen Strukturen – sagen wir in der Prignitz oder in Ostprignitz-Ruppin – heute aus, wo liegen die konkreten Engpässe und wie können wir die durchaus ja vorhandenen Ressourcen intelligenter und effizienter nutzen?

Die übergeordnete Frage Ihres 10-Punkte-Papiers lautet: „Wie kann die Gesundheitsversorgung in strukturschwachen, ländlichen Regionen trotz knapper werdender Ressourcen sichergestellt werden?“. Das klingt für Kritiker:innen verdächtig nach Mangelverwaltung. Sollen die Bürger:innen im ländlichen Raum durch „ProReVers“ lernen, mit weniger stationärer Präsenz zufrieden zu sein, anstatt echte Mehrausgaben für die Fläche zu fordern?

„Mangelverwaltung“ ist mir als Begriff zu negativ besetzt und wird dem Kern des Projekts und auch des Problems nicht gerecht. Wir haben in Deutschland nicht primär ein Problem fehlender Mittel, sondern ein Problem der Fehlallokation. Wir geben enorme Summen aus, aber oft an den falschen Stellen.

Auch in den von Ihnen untersuchten Flächenregionen?

Es mag überraschen, aber unsere Versichertenbefragung zeigt zum Beispiel, dass die Zufriedenheit mit der Versorgung in den Modellregionen Prignitz und Ostprignitz-Ruppin recht hoch ist. Einer der Gründe dafür ist, dass Menschen auf dem Land offenbar ein gesundes Verständnis dafür haben, dass sie nicht jeden Facharzt oder jede Klinik direkt vor der Haustür haben können. Aber: Sie brauchen Verlässlichkeit in der Versorgung und eine belastbare Perspektive. „ProReVers“ ist genau der Versuch, unter den gegebenen Bedingungen – die Ressourcen an Personal und Geld sind nun einmal überall endlich – die bestmögliche Versorgung zu realisieren. Wenn wir beispielsweise erkennen, dass Patient:innen stationär aufgenommen werden, weil ab 16 Uhr keine Transportmöglichkeit via Taxi oder KTW besteht oder weil die Arztpraxis etwa bei Langzeitinfusionen in den üblichen Arbeitszeiten des Praxispersonals keine mehrstündige Überwachung leisten kann, dann ist das kein medizinischer Mangel, sondern ein Organisations- und Steuerungsproblem. Das zu lösen ist keine Mangelverwaltung, sondern vielmehr eine Frage der Gestaltung auf verschiedenen Ebenen – nicht nur der Gesundheitsversorgung.

Einer der zentralen Pfeiler des Projekts ist die genaue Kenntnis der Versorgungssituation vor Ort. Sie haben dafür einen umfangreichen Instrumentenkoffer entwickelt. Was waren denn, wenn Sie es auf den Punkt bringen müssen, Ihre wichtigsten Erkenntnisse aus dieser tiefen Analyse der Regionen Brandenburgs?

Es sind vor allem fünf Punkte, die dem ganzen Konsortium und auch mir als Konsortialführer des Innovationsfondsprojekts am Herzen liegen. Erstens: Die demografische Herausforderung ist kein theoretisches Schreckgespenst, sie ist bereits da und hat oft massive Auswirkungen. Zum Beispiel: In der Prignitz prognostizieren wir bis 2030 einen Altenquotienten von knapp 72 Prozent. Das bedeutet zweierlei: Die Last der Versorgung steigt deutlich an, während das Potenzial an helfenden Personen schrumpft. Zwei-

tens: Mehr und mehr zeichnet sich ein Nachbesetzungsproblem bei Hausärzt:innen ab. Fast jede zweite Ärzt:in in der Region ist über 60 Jahre alt. Drittens: Das theoretische Ambulantisierungspotenzial ist mit bis zu 31 Prozent der stationären Fälle relativ hoch. Viertens: Die größten Hürden für die Erschließung dieses Potenzials sind häufig nicht medizinischer, sondern infrastruktureller Natur – Stichworte: zielgenauere ambulante Nutzung auch der an Krankenhäusern vorhandenen Kapazitäten, Patientensteuerung, Transport und Nachsorge. Und fünftens: Die Kommunikation zwischen den Partner:innen in der Daseinsversorgung vor Ort ist oft noch ein großes Hindernis. Wenn Akteure nicht miteinander reden oder keine gemeinsame Datengrundlage haben, können keine sektorenübergreifenden Lösungen entstehen.

*„Wenn wir ambulante statt stationärer Versorgung wollen, müssen wir auch die Voraussetzungen dafür schaffen: verlässliche Transportwege, Case Management und alternative Versorgungsmöglichkeiten."*

Bleiben wir beim Thema „Ambulantisierung". Ihre Analysen zeigen ein theoretisches Potenzial von über 30 Prozent, doch sobald man Mediziner:innen fragt, schrumpft dieses Potenzial massiv zusammen. Werden hier nicht oft „soziale Umstände" vorgeschoben, um die stationären Pfründe zu sichern?

Das würde ich so pauschal nicht unterstellen. Unsere für ausgewählte Fallgruppen aufbereiteten Informationen haben geholfen, diese Diskussion sehr konkret zu führen. Ein Mediziner muss sich beispielsweise fragen: Was passiert mit meiner akut erkrankten Patient:in, wenn sie alleinstehend ist und zu Hause niemanden hat, der weiter nach ihr sieht, oder was soll ich machen, wenn ich zeitnah verschiedene Befunde brauche, damit ich die richtige Therapieentscheidung treffen kann, dann ist das Krankenhaus aus Sicht der Ärzt:in oft die einzig sichere Option.

Wie lautet der Lösungsvorschlag?

Wir haben es hier mit einem „System der kommunizierenden Röhren" oder auch Abhängigkeiten zwischen verschiedenen Bereichen der Daseinsversorgung zu tun: Wenn wir ambulante statt stationärer Versorgung wollen, müssen wir auch die Voraussetzungen dafür schaffen: verlässliche Transportwege, Case Management, alternative Versorgungsmöglichkeiten, zum Beispiel für die niedrigschwellige Überwachung und Übergangspflege von Akutpatient:innen, gezielte ambulante Nutzung von Krankenhausressourcen, Verbesserung der Steuerung und natürlich Telemedizin, was aber oft den weiteren Ausbau des 5G-Netzes voraussetzt. Ohne derlei strukturelle und technische Flankierungen bleibt jede noch so hohe Ambulantisierungsquote ein Luftschloss.

Hier kommt die Spieltheorie ins Spiel, die Professor Riedel auf dem „ProReVers"-Symposium bei Ihrem Konsortialpartner, der AOK Nordost (s. MVF 01/26), thematisiert hat. Er beschreibt die Situation zwischen Krankenkassen, KVen und Kliniken als ein „Spiel", in dem defensives Blockieren rationaler ist als Kooperation. Wie will „ProReVers" dieses tief in der menschlichen Natur verwurzelte Dilemma lösen oder gar auflösen?

Professor Riedel hat den Nagel auf den Kopf getroffen: Die Verständigung auf Regelungen zur Überwindung von Sektorengrenzen kann nicht gelingen, wenn die Akteure nicht bereit sind, zu kooperieren. Sobald kooperatives Verhalten aber mit dem Risiko verbunden ist, für die eigene Klientel ein schlechteres Ergebnis zu erzielen, als wenn nicht kooperiert wird, ist defensives Verhalten die rationale Strategie. Verhalten sich alle Akteure – oder wie in unserem Fall auch nur ein einzelner – in diesem Sinne rational, kommen entweder keine Lösungen oder nur solche zustande, die nur wenig am Status quo ändern. Aus der Perspektive der regionalen Planung schlagen wir deshalb vor, die „Spielregeln" an mehreren Stellen zu modifizieren: Ein wesentliches Instrument ist die „Regionale Planungskonferenz", kurz RPK. Dazu werden alle für die Daseinsversorgung in der Region wichtigen Akteure an einen Tisch geholt, um auf Basis einer einheitlichen Datengrundlage – dem „Regionaldossier" – für die Region passende Lösungen zu entwickeln. Aber – und das ist ein entscheidender Punkt: Für die weitere Umsetzung muss ein Transmissionsmechanismus klar definiert sein, der die Landesebene einschließt. Auf dieser Ebene muss es eine „Andockstelle" für die RPK-Vorschläge geben. Von ihr müssten dann die im Weiteren erforderlichen Schritte ausgehen. Wir schlagen dafür ein „Landesgremium der Gesundheitsakteure" vor. Das kann zum Beispiel ein Gremium nach § 90a SGB V sein. Wichtig ist, dass in diesem Gremium auch allgemeine Gestaltungsrichtlinien für die regionale Versorgung, kurz AGRs, vereinbart werden. Diese AGRs müssten eine Bindungswirkung für nachgeordnete Entscheidungen haben, damit gute regionale Vorschläge nicht am Veto Einzelner scheitern.

Das klingt nach noch mehr Gremien und noch mehr Komplexität. Professor Riedel schlug stattdessen vor, Versorgungsaufträge radikal an Konsortien zu vergeben, um Kooperation rational zu erzwingen. Warum findet sich dieser wettbewerbliche Ansatz nicht deutlicher in Ihren Empfehlungen? Haben Sie Angst vor der Selbstverwaltung?

Nein, das ist inhaltlich begründet. Der Vorschlag von Professor Riedel, Versorgungsaufgaben als Vergabeprojekte mit gemeinsamen Budgets zu organisieren, ist theoretisch fundiert und würde viele Blockaden lösen. Aber gerade mit Blick auf ländliche Regionen muss man die Realitäten anerkennen oder, passenderweise, die Kirche im Dorf lassen. Zum einen stoßen wettbewerbliche Ansätze hier an Grenzen, schlichtweg weil es zum verfügbaren Angebot keine mit vertretbarem Aufwand erreichbare Alternative gibt. Zum anderen können Versorgungspfade in diesen über die Jahre gewachsenen Strukturen nicht beliebig zerlegt und beispielsweise nach Kassenzugehörigkeit aufgespalten werden. Das stößt in der Versorgungspraxis organisatorisch rasch an Grenzen, findet wenig Akzeptanz bei den Versorgenden, verursacht zusätzliche Kosten und stiftet deshalb auch volkswirtschaftlich keinen Nutzen. Eine andere anzuerkennende Realität ist grundlegenderer Natur: Unser System der Selbstverwaltung ist historisch gewachsen und die Sektorentrennung hat tiefe Wurzeln geschlagen. Eine konsequente rechtliche Verankerung einer regionalbezogenen sektorenübergreifenden Pla-

nung würde unter anderem die im Grundgesetz, im Krankenhausfinanzierungsgesetz und im SGB V vorgenommenen Aufgabenzuweisungen berühren. Radikale Umbrüche dieser Art sind in Deutschland aktuell wohl kaum durchsetzbar. Wir haben uns darum in „ProReVers" darauf konzentriert, so weit als möglich innerhalb des bestehenden Rahmens gangbare Wege zu finden.

Michael Zaske vom Brandenburger Gesundheitsministerium fordert „regionale Öffnungsklauseln". Wenn das Geld nicht der Leistung folgen kann, bleibt „ProReVers" doch ein „zahnloser Tiger", oder?

Geld ist auch bei der Ambulantisierung wie so oft der „Elefant im Raum". Wenn mehr ambulant und weniger stationär versorgt werden soll, müssen dem auch die finanziellen Mittel folgen können, sonst wird das nichts. Das ist für die unter die sektorspezifischen Budgetierungen fallenden Leistungen – MGV-Leistungen hier und Leistungen unter hausindividuellen Budgets dort – alles andere als ein triviales Unterfangen. Regionale statt sektorale Budgets wären ein Ansatz. Dafür müssten rechtliche Freiräume aber erst noch geschaffen werden. Und für tiefergreifende Veränderungen des Status quo müsste ein Regionalbudget nicht nur sektorenübergreifend angelegt sein; es müsste – unter Einschluss der im Wettbewerb zueinander stehenden Krankenkassen – auch von allen Akteuren mitgetragen werden. Damit wären wir dann wieder beim bereits angesprochenen strategischen Dilemma. Für nicht unter Budgetierungen fallende Leistungen muss man differenzieren. Für die Hybrid-DRGs bin ich – vorsichtig formuliert – noch mehr als skeptisch, ob der eingeschlagene Weg am Ende zu den erwünschten ökonomischen und Verlagerungseffekten führen wird. Um auf den „zahnlosen Tiger" zurückzukommen: Dass im bestehenden System auch ohne Regionalbudgets Lösungen prinzipiell möglich sind, zeigt das Beispiel pädiatrische Versorgung in Templin. Das Beispiel zeigt aber auch, dass unter den gegebenen Rahmenbedingungen viele begünstigende Faktoren zusammenkommen müssen. Herrn Zaske ist deshalb zuzustimmen: Regionale Öffnungsklauseln würden vieles erleichtern. Hilfreich wäre auch ein Regelwerk, über das strategisches Verhalten ausbalanciert werden kann.



## Steffen Bohm

*ist seit Ende 2011 Gesellschafter und Geschäftsführer der AGENON Gesellschaft für Forschung und Entwicklung im Gesundheitswesen mbH mit Sitz in Berlin. Sein Arbeitsschwerpunkt liegt im Bereich der Konzeption und des Managements von Projekten zur sektorenübergreifenden Anpassung regionaler Versorgungsstrukturen sowie in der Durchführung vorbereitender Daten- und Machbarkeitsanalysen. Neben dem Projekt ProReVers bilden jüngere Beispiele das Innovationsfondsprojekt StimMT – Strukturmigration im Mittelbereich Templin sowie die gemeinsam mit dem IGES Institut im Auftrag der Wirtschaftsförderung Brandenburg durchgeführten Versorgungsbedarfsanalysen für die Gesundheitsregionen im Land Brandenburg.*

In der RPK fordern Sie auch die Einbeziehung des ÖPNV und der digitalen Infrastruktur. Laufen Gesundheitsplaner hier nicht Gefahr, zu Verkehrsplanern zu mutieren und am Ende die Zeche für das strukturelle Versagen der ländlichen Daseinsvorsorge aus dem eh schon arg strapazierten Budget der Gesundheitsversorgung mit zu zahlen?

Wir mutieren nicht, aber wir erkennen die Abhängigkeiten an. Gesundheit findet nicht im luftleeren Raum statt. Wieder ein ganz pragmatisches und in der Realität vorkommendes Beispiel: Wenn eine 70-jährige Patientin nicht mehr zum Facharzt kommt, weil der Linienbus gleichzeitig auch noch als Schulbus fungiert, dann ist das ein ganz realer Versorgungsengpass. Gesundheitsplanung und Daseinsvorsorge müssen im regionalen Planungsgeschehen miteinander verknüpft werden. Das ist Teil unseres Vorschlags.

Wer ist zuständig?

Die Kommune muss hier eine tragende Rolle übernehmen. Aber auch das Land ist gefordert, unter anderem für die Übernahme der Regiefunktion für Beschaffung, Aufbereitung und Bestellung von Daten und Fakten. Wir brauchen insgesamt einen „Pakt für Daseinsversorgung", der nicht nur die klassischen SGB-V-Akteure einschließt. Nur wenn es gelingt, Verkehr, digitale Infrastruktur und soziale Sicherung zusammenzubringen, wird die Versorgung im ländlichen Raum „in the long run" zukunftsfest gestaltet werden können. Idealerweise faktenbasiert.

Ein praktisches Problem Ihrer RPKs scheint die Moderation zu sein. Sie selbst verfügen über 30 Jahre Erfahrung. Wer soll solche hochkomplexen Konferenzen leiten, wenn kein Experte wie Sie greifbar ist? Ist der Ansatz überhaupt skalierbar?

Das ist in der Tat ein kritischer Punkt und aktuell sicherlich auch ein limitierender Faktor. Diese Moderationsfunktion wird oft stark unterschätzt. Man braucht jemanden, der nicht nur moderieren kann, sondern auch die Feinheiten des GKV-Systems kennt und die Interessenlagen der Akteure antizipiert. Benötigt werden qualifizierte Intermediäre. Das Projekt hat hier eine Lücke aufgezeigt. Eine Lösung könnte eine entsprechende Schulung oder Qualifizierung von Fachkräften auf Landes- und Kreisebene sein.

Kommen wir auf eine der Eingangsfragen zurück: Die Bürger:innen

Zitationshinweis

Bohm, S., Stegmaier, P.: „Mit regionalem Pragmatismus zur zukunftsfesten Versorgung", in „Monitor Versorgungsforschung" (03/26), S. 14–18. http://doi.org/10.24945/MVF.03.26.1866-0533.2829

fordern in den im Projektverlauf durchgeführten Befragungen oft mehr Fachärzt:innen und kürzere Wege, während das Projekt eher auf Zentralisierung und Ambulantisierung setzt. Verkaufen Sie den Bürger:innen hier nicht eine „bessere" Versorgung, die sich für sie in Wahrheit nach „weniger" anfühlt?

Das Projekt antizipiert die Zentralisierung komplexer stationärer Leistungen durch die Krankenhausreform und Ambulantisierung als grundlegende versorgungspolitische Linie. Gegen katastrophisierende Stimmungsmache ist man leider nicht gefeit. Es gibt aber auch Beispiele dafür, dass mit einer vorausschauenden Öffentlichkeitsarbeit und Kommunikation Ängsten begegnet und Proteste verhindert werden können. Templin mit einer weithin geräuschlosen Schließung der stationären Pädiatrie ist ein solches Beispiel. Zu empfehlen ist, dass man von Anfang an Alternativangebote parat hat, die man auch mit gutem Gewissen als gleichwertig präsentieren kann. Man muss den Menschen glaubhaft vermitteln können, dass Veränderung nicht zwangsweise Verschlechterung bedeutet.

Die Förderung des Innovationsfondsprojekts endete im Januar 2026. Was passiert jetzt? Haben wir am Ende nur wieder einen schönen Abschlussbericht für den G-BA, oder gibt es eine verbindliche Zusage, die RPKs flächendeckend zu finanzieren?

Das Land Brandenburg hat bereits signalisiert, dass es die Ergebnisse sehr ernst nimmt. SPD und CDU sprechen sich im Koalitionsvertrag explizit für die Einrichtung regionaler Gesundheitskonferenzen in den Kreisen und kreisfeien Städten aus. Unser Instrumentenkoffer steht bereit und kann überall in Deutschland genutzt werden. Die Nachhaltigkeit hängt jetzt vom Willen der Akteure ab.

Zum Schluss, weil sicher irgendwann wieder Weihnachten sein wird: Wenn Sie einen Wunsch an die Bundesgesundheitsministerin frei hätten, welcher wäre das?

Dass eine Strukturreform auf den Weg gebracht wird, mit der die unsägliche Sektorentrennung mit einer funktional an den regionalen Erfordernissen ausgerichteten Planung, Zulassungspraxis und Vergütung überwunden werden kann. Ich würde mir wünschen, dass dazu ALLE bestehenden Zuständigkeiten und Befugnisse auf den Prüfstand gestellt und soweit erforderlich konsequent neu justiert werden. Die aktuelle Krankenhausreform wäre gemessen daran allerdings ein Reförmchen. Realistischerweise kann ein solch großer Wurf nicht erwartet werden. Die systemimmanenten Beharrungskräfte sind zu groß. Aber viele kleine Schritte führen dann ja doch vielleicht zum Ziel. ProReVers mag einer davon sein. Das wäre ja schon etwas.

Herr Bohm, vielen Dank für dieses interessante Gespräch und die Einblicke in Ihre Arbeit. <<

Das Interview führte MVF-Chefredakteur Peter Stegmaier.

**Literatur**
Innovationsfonds-Projektsite: https://t1p.de/in1ei
Artikel MVF 01/26 zu ProReVers: https://t1p.de/a17a1
10-Punkte-Papier: https://t1p.de/xyjr8
Instrumene ambulanter Bedarfsplanung (MGS): https://t1p.de/7zsem

## Anstieg durch „politisch motivierte Abweichungen"

>> Mehr Menschen als je zuvor gelten in Deutschland als pflegebedürftig. Im Jahr 2024 bezogen 5,6 Millionen Versicherte der Sozialen Pflegeversicherung Leistungen – das entspricht einer Pflegeprävalenz von 7,6 Prozent. Zum Vergleich: Als 2017 mit dem Pflegestärkungsgesetz II ein neuer Pflegebedürftigkeitsbegriff eingeführt wurde, lag dieser Wert bei 4,6 Prozent. Hätte sich die Zahl der Pflegebedürftigen seither allein demografisch entwickelt, stünde sie noch heute auf diesem Ausgangsniveau. Doch war die Pflegereform von 2017 bewusst auf Ausweitung angelegt: Erstmals sollten auch Menschen mit psychischen und kognitiven Einschränkungen systematisch Zugang zu Pflegeleistungen erhalten. Dass die Zahl der Leistungsbeziehenden danach steigen würde, war erwartet worden. Dass sie aber so stark und so anhaltend wachsen würde, überraschte Fachleute und Kostenträger gleichermaßen. Eine Studie (1) des IGES Instituts im Auftrag des GKV-Spitzenverbands gibt Erklärungen.

Das IGES Institut hat in einem rund achtmonatigen Forschungsprozess Literatur ausgewertet, Begutachtungsdienste und Pflegeverbände befragt sowie umfangreiche Routinedaten analysiert, um den Treibern dieses Wachstums auf den Grund zu gehen. Ein zentrales Ergebnis: Der Anstieg geht vor allem auf die deutliche Zunahme von Erstanträgen auf ambulante Pflegeleistungen zurück – insbesondere in den niedrigsten Pflegegraden 1 und 2. Auffällig ist dabei, dass immer mehr jüngere Menschen in das System eintreten. Der Anteil der unter 65-Jährigen an den Neueintritten in Pflegebedürftigkeit ist inzwischen auf fast ein Viertel gewachsen. Da diese Personen im Durchschnitt weniger stark beeinträchtigt sind als ältere Antragstellende, verweilen sie länger im Leistungsbezug – was die Prävalenz weiter treibt. Bei Kindern und Jugendlichen fiel der Anstieg sogar noch ausgeprägter aus.

Als wesentliche gesellschaftliche Treiber identifiziert die Studie eine gestiegene Informiertheit der Bevölkerung über Pflegeleistungen sowie eine zunehmend aktive Weitergabe von Hinweisen auf Antragsrechte durch Akteure im Gesundheitswesen. Hinzu kommt eine gesellschaftliche Entstigmatisierung von Pflegebedürftigkeit: Sie wird heute vielfach als normale Folge altersbedingter Gesundheitseinschränkungen wahrgenommen. Das Antragsverfahren selbst ist bewusst niedrigschwellig gehalten. Diese Zugänglichkeit wurde in den Expertenbefragungen zwar als Vorteil gewürdigt, gleichzeitig aber auch als möglicher Faktor für die steigende Antragszahl benannt.

Der gewichtigste Befund betrifft das Begutachtungsinstrument selbst. Vor der Reform 2017 hatte ein Expertenbeirat bestimmte Parameterwerte für die Bewertungssystematik empfohlen. Der Gesetzgeber wich davon zugunsten einer großzügigeren Kalibrierung ab – mit dem erklärten Ziel, mehr Menschen den Zugang zu präventiven Leistungen des Pflegegrades 1 zu ermöglichen. Die Simulationsrechnungen des IGES Instituts zeigen, dass genau diese politisch motivierten Abweichungen erhebliche Auswirkungen auf die Pflegeprävalenz und die Verteilung der Versicherten auf die einzelnen Pflegegrade hatten.

Die Studienautor:innen – Hans-Dieter Nolting, Paul Roll und Julia Katharina Wolff – empfehlen daher, die aktuelle Bewertungssystematik zu überprüfen und eine Rückkehr zu den ursprünglichen Empfehlungen des Expertenbeirats ernsthaft in Betracht zu ziehen. <<

**Link:** 1: https://t1p.de/j5gy0

DE-95548/05-2026



# Starke Gesundheit

Wer Innovation will,
muss Fortschritt honorieren.

# starkes Land.

## Ein Gewinn für Gesundheit und Versorgung

Medizinische Innovationen sind mehr als ein punktueller Fortschritt – sie sind eine langfristige Investition in Gesundheit, Wissenschaft und Wirtschaft. Als forschendes Unternehmen entwickeln wir neue Therapien, die die Versorgung von Patient:innen nachhaltig verbessern. Wer in der Reformdebatte jetzt vor allem auf kurzfristige Einsparungen setzt, gefährdet langfristige Fortschritte in Versorgung und Forschung – und damit die Zukunft des Standorts. Forschung braucht Planbarkeit und Verlässlichkeit. Deshalb setzen wir uns für stabile Rahmenbedingungen ein, die Innovation anerkennen. Für ein Gesundheitssystem, das auf die Zukunft ausgerichtet ist.

#WhatScienceCanDo
astrazeneca.de

AstraZeneca

Analyse der kommenden Finanzreform der GKV 2026

# FKG-Empfehlungen versus Gesetzesentwürfe

Die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) steht im Frühjahr 2026 vor einer historischen Zerreißprobe. Angesichts eines drohenden Finanzdefizits von über 40 Milliarden Euro bis zum Jahr 2030 hat die von Bundesgesundheitsministerin Nina Warken eingesetzte FinanzKommission Gesundheit (FKG) am 30. März 2026 einen Katalog von 66 Maßnahmen vorgelegt, um die Beitragssätze ab 2027 zu stabilisieren. Der Referentenentwurf und der Kabinettsbeschluss des GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetzes (BStabG) greift diese Vorschläge auf, zeigt jedoch signifikante Unterschiede in der Umsetzung und der Lastenverteilung. So übernehmen Referentenentwurf und Kabinettsbeschluss über 75% (ca. 50 von 66) der von der Kommission identifizierten Maßnahmen mit insgesamt rund 80% der von der Kommission identifizierten Entlastungspotenziale für das Startjahr 2027.

>> Entwurf und Kabinettsbeschluss konzentrieren sich stark auf die Ausgabenseite (Vergütungsstopp, Krankengeldkürzung, Arzneimittelrabatte) und die Beitragseinnahmen (Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze). Die von der Kommission erhoffte massive Entlastung durch Steuermittel (Bürgergeldbeiträge, Konsumsteuern) blieb jedoch aus. Während die FKG eine radikale Änderung der Familienversicherung empfahl, wählte das Kabinett mit dem Beitragszuschlag ein politisch moderateres, aber immer noch sehr diskussionswürdiges Modell. Das GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz soll nach Plänen der Bundesregierung zeitnah beschlossen werden, um schon ab 2027 zu erwartete weitere Beitragssatzanstiege zu begrenzen. Die Zeitachse: Der Entwurf wurde am 29. April 2026 vom Kabinett verabschiedet. Ziel ist es, das Gesetz bis zur Sommerpause 2026 durch den Bundestag zu bringen, wobei die abschließende Lesung derzeit für den 9. Juli 2026 im Raum steht.

Damit bleibt recht wenig Zeit für nötige Diskussionen im politischen Prozess, wobei bereits von vielen Stakeholdern teils scharfe Kritik geübt wurde. Bemängelt werden vor allem Leistungskürzungen, hohe Zusatzbelastungen für Versicherte und Arbeitgeber sowie fehlende strukturelle Reformen. Befürwortende sehen im vorliegenden Beitragssatzstabilisierungsgesetz jedoch eine notwendige Maßnahme zur Stabilisierung der Beiträge.

## Ziele und Aufgaben

Die von der Bundesgesundheitsministerin Warken eingesetzte FinanzKommission Gesundheit (FKG) hatte in ihrem Bericht die Entkopplung von Ausgaben und Einnahmen seit 2019 als zentraler Kostentreiber identifiziert. Die wichtigste Empfehlung war daher eine globale Begrenzung der Vergütungsanstiege in allen Sektoren auf die sogenannte Grundlohnrate, ergänzt um einen Abschlag von einem Prozentpunkt für die Jahre 2027 bis 2029.

Referentenentwurf und Kabinettsbeschluss übernehmen dieses Prinzip nahezu vollständig. Die Preis- und Vergütungssteigerungen für Vertragszahnärzte, Heilmittelerbringer, Hebammen, Vorsorgeeinrichtungen und Rettungsdienste werden strikt an die Grundlohnrate gebunden. Auch die Verwaltungskosten der Krankenkassen werden nach diesem Maßstab gedeckelt. Begründet wird dies im Entwurf mit der Notwendigkeit, die Preisdynamik als maßgeblichen Faktor für die finanzielle Schieflage zu dämpfen.

## Ambulanter Sektor und Arzneimittel: konsequente Umsetzung

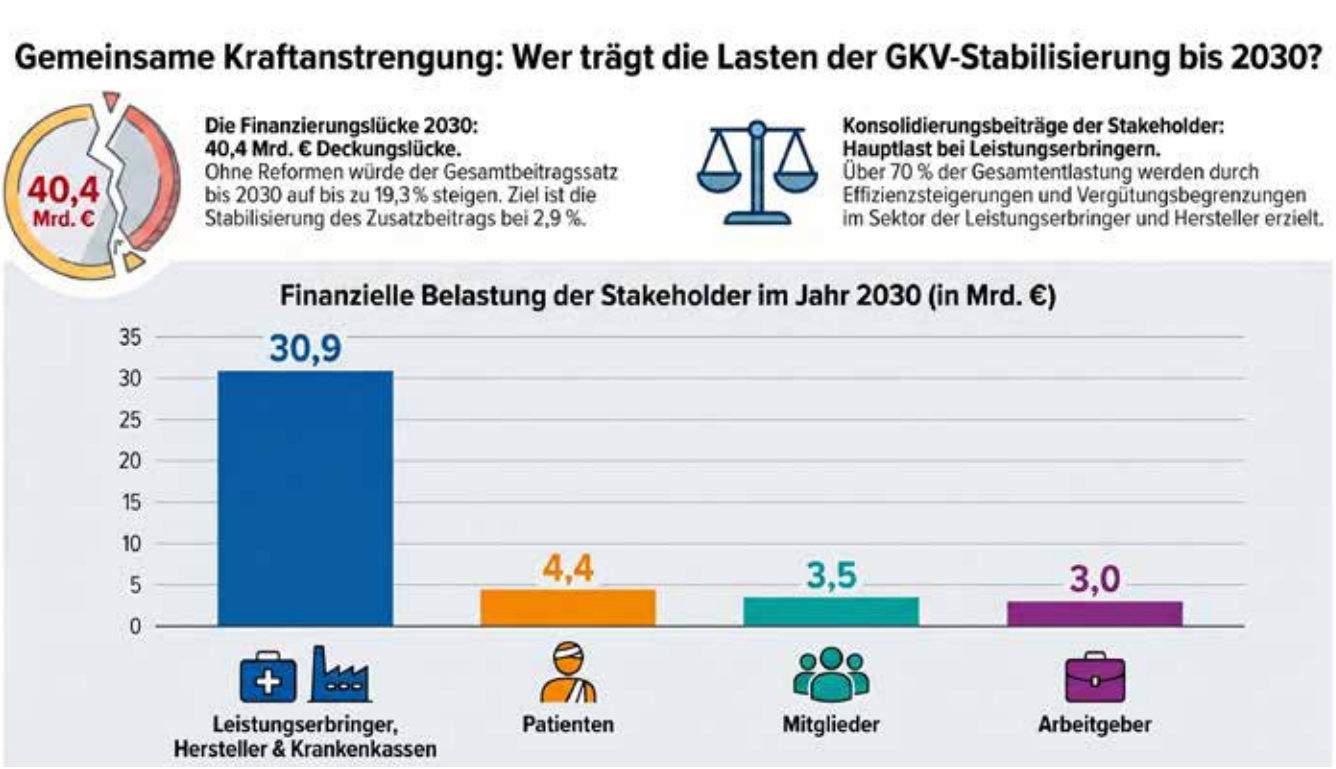
Im Bereich der ambulanten Versorgung folgt der Gesetzgeber den Empfehlungen der Kommission in weiten Teilen. Die Zuschläge für die Terminvermittlung (TSVG-Konstellationen), die laut Evaluation keinen verbesserten Patientenzugang bewirkt haben, werden gestrichen. Ebenso entfällt die gesonderte Vergütung für die Erstbefüllung und Aktualisierung der elektronischen Patientenakte (ePA), da diese nach Einführung des Opt-out-Verfahrens als Teil der Regeldokumentation betrachtet wird. Besonders deutlich wird die Übernahme bei der Erstattung homöopathischer Leistungen. Die Gesetzesvorlagen folgen dabei der FKG-Empfehlung, diese aufgrund fehlender wissenschaftlicher Evidenz aus dem Leistungskatalog der Satzungsleistungen zu streichen.

Im Arzneimittelmarkt setzt der Entwurf auf das von der Kommission vorgeschlagene Bündel aus dynamisierten Herstellerabschlägen und einer Verschärfung der Preis-Mengen-Regelungen. Um den Preiswettbewerb bei patentgeschützten Mitteln zu stärken, führt der Gesetzgeber zudem die Möglichkeit für wirkstoffübergreifende Rabattverträge ein.

Ein interessantes Detail ist indes, dass die Kommission die Abschaffung des Orphan-Drug-Privilegs empfahl, um diese Mittel einer regulären Nutzenbewertung zu unterziehen, der RefE dies aber durch die Streichung der entsprechenden Sonderregelungen in § 35a SGB V umsetzen will.

## Krankenhaussektor: Effizienzsteigerung durch Prüfdruck

Im stationären Bereich übernimmt der Referentenentwurf die FKG-Vorschläge zur Streichung der pauschalen Finanzierung pflegeentlastender Maßnahmen und zur Rückzahlung nicht besetzter Personalstellen im PEPP-Bereich, um Doppelfinanzierungen und Zweckentfremdungen von Mitteln zu verhindern. Hinsichtlich der Rechnungsprüfung wählt der Gesetzgeber jedoch einen moderateren Weg, als es die Empfehlungen der Kommission vorsahen: Während die FKG die vollständige Abschaffung der Prüfquoten forderte, sieht die Entwurfsfassung lediglich eine Anhebung der Schwellenwerte und Prüfquoten vor. Begründet wird dies mit dem Erhalt der bürokratischen Entlastung für regelkonform abrechnende Häuser. Dennoch wird die automatische Erweiterung des Prüfauftrags des Medizinischen Dienstes (MD) umgesetzt, um die Wirtschaftlichkeitskontrolle zu stärken.




## Krankengeld und Patientenbeteiligung: schmerzhafte Anpassungen

FGK-Empfehlung wie Referentenentwurf betonen, dass ein Beitrag der Versicherten unvermeidbar sei. Folgerichtig wird in der Entwurfsfassung die FKG-Empfehlung umgesetzt, das Krankengeldniveau um fünf Prozentpunkte abzusenken (auf 65% des Brutto- bzw. 85% des Nettoentgelts). Als Ausgleich wird die Teilarbeitsunfähigkeit und das Teilkrankengeld eingeführt, um den Wiedereinstieg in den Beruf flexibler zu gestalten – eine zentrale Forderung der Expertengruppe.

Bei der Zahnersatzfinanzierung kehrt der Gesetzgeber wie empfohlen zum Stand von vor 2020 zurück und reduziert die Festzuschüsse auf 50%. Auch die Dynamisierung der Zuzahlungen (Anhebung des Mindestbetrags auf 7,50 Euro und des Höchstbetrags auf 15 Euro) findet sich im Entwurf wieder.

## Divergenzen: die „fehlenden Milliarden“ und die Einnahmenseite

Trotz der hohen Übereinstimmung zwischen Empfehlungen und Gesetzestexten gibt es drei wesentliche Bereiche, in denen von den Empfehlungen der Kommission abgewichen wird oder die ohne jedwede Erklärungen ganz ignoriert werden:

- **Bürgergeldbeiträge:** Die FKG empfahl eindringlich, die Beiträge für Bürgergeldbeziehende kostendeckend durch den Bund zu finanzieren, was die GKV um etwa 12 Mrd. Euro entlastet hätte. Dieser Vorschlag findet sich im RefE nicht wieder. Stattdessen trägt der Bund lediglich durch eine Verschiebung von Darlehensrückzahlungen zur Stabilisierung bei.
- **Konsumsteuern (Prävention):** Die Kommission schlug vor, Mehreinnahmen aus Erhöhungen der Tabak- und Alkoholsteuer sowie einer neuen Zuckersteuer direkt dem Gesundheitsfonds zuzuführen. Diese Maßnahmen fehlen im Referentenentwurf vollständig.
- **Familienversicherung:** Während die FKG die vollständige Abschaffung der beitragsfreien Mitversicherung für Ehegatten ohne Kinder unter 7 Jahren empfahl, sieht der RefE einen weniger radikalen Weg vor: Er führt einen Beitragszuschlag von 3,5 Prozentpunkten für diesen Personenkreis ein. Dies soll die Finanzbasis stärken, ohne das System der Familienversicherung grundsätzlich zu zerschlagen.

## Woher kommen die Unterschiede?

Bei der Analyse der FGK-Empfehlungen und des sich direkt daraus ableitbaren und zudem sehr zeitnah erschienenen Referentenentwurfs lassen sich deutliche Unterschiede zweier divergenter Agenden feststellen: die der Wissenschaft und jene der Politik. Die Inhalte der Gesetzesentwürfe aus dem Hause des Bundesministeriums für Gesundheit lassen sich primär auf rein politische Abwägungen, fiskalische Sachzwänge des Bundeshaushalts und den Versuch zurückführen, trotz der deutlich werdenden Reformbelastungen noch irgendwie eine gesellschaftliche Akzeptanz zu wahren. Die Kommission hingegen folgt strikt wissenschaftlich-systematischen Logiken. Somit stellt der Gesetzentwurf einen schon im Referentenstadium versuchten politischen Kompromiss dar, ohne die damit die sich bietende Chance zu ergreifen, mutiger zu agieren.

Hier sind die vermutlich zentralen Gründe für die Abweichungen:

1. **Fiskalische Sachzwänge des Bundes (Bürgergeld-Beiträge)**
   **Empfehlung:** Die FKG forderte eine kostendeckende Finanzierung der GKV-Beiträge für Bürgergeldbeziehende durch den Bund, was eine Entlastung von ca. 12 Mrd. Euro bedeutet hätte.
   **Entwurf:** Der RefE verzichtet vollständig auf diese systemgerechte Steuerfinanzierung. Stattdessen trägt der Bund lediglich durch eine Verschiebung von Darlehens-

rückzahlungen (ca. 5,6 Mrd. Euro) zur Liquidität bei.
**Natur des Unterschieds (Bewertung):** Rein politisch. Die Kommission argumentiert ordnungspolitisch, dass versicherungsfremde Leistungen aus Steuern finanziert werden müssen. Der Entwurf spiegelt jedoch die Realität des Bundeshaushalts wider, in dem keine Mittel für eine derart massive Erhöhung des Bundeszuschusses vorhanden sind.

2. **Gesellschaftliche Akzeptanz vs. Arbeitsmarktanreize (Familienversicherung)**
**Empfehlung:** Die Expertengruppe empfahl die vollständige Abschaffung der beitragsfreien Mitversicherung für Ehegatten ohne Kinder unter 7 Jahren, um Erwerbsanreize zu setzen und das System an moderne Lebensmodelle anzupassen.
**Entwurf:** Der Gesetzgeber wählt einen moderateren Weg und führt stattdessen einen Beitragszuschlag für diesen Personenkreis ein.
**Natur des Unterschieds (Bewertung):** Politisch-sozial. Während die FKG die wissenschaftliche Evidenz zur Steigerung der Erwerbsbeteiligung betont, scheut die Politik den radikalen Systembruch, um soziale Härten und massiven Widerstand in der Bevölkerung zu vermeiden.

3. **Bürokratieabbau vs. Wirtschaftlichkeitskontrolle (Prüfquoten)**
**Empfehlung:** Die FKG riet zur vollständigen Streichung der Prüfquoten, da diese die Abrechnungsqualität nachweislich nicht verbessert haben und der GKV Milliarden an Rückforderungen entgehen.
**Entwurf:** Der RefE behält das System bei, hebt aber Quoten und Schwellenwerte an.
**Natur des Unterschieds (Bewertung):** Politische Interessenabwägung. Die Wissenschaft sieht in Quoten einen ineffizienten Mechanismus. Die Politik gewichtet jedoch den "Frieden" mit den Krankenhäusern und den Wunsch nach Bürokratieentlastung für die Leistungserbringer höher als die maximale Ausschöpfung von Rückzahlungen.

4. **Standortpolitik vs. Preisregulierung (Arzneimittelleitplanken)**
**Empfehlung:** Die FKG identifizierte Orphan-Drug-Privilegien und mangelnde Preis-Mengen-Steuerung als Kostentreiber.
**Entwurf:** Der RefE geht über die Sparvorschläge hinaus, streicht aber gleichzeitig die erst 2022 eingeführten "Leitplanken" für Erstattungsbeträge (Preisobergrenzen bei geringem Zusatznutzen) wieder ersatzlos.
**Natur des Unterschieds (Bewertung):** Wirtschaftspolitisch. Die Begründung im Entwurf nennt explizit die "Standortattraktivität" und die Honorierung von Innovationen. Dies ist eine politische Entscheidung zugunsten der pharmazeutischen Industrie, die von den Expert:innen eher unter dem Aspekt der Kosteneffizienz betrachtet wurde.

5. **Politische Konfliktvermeidung (Konsumsteuern)**
**Empfehlung:** Einführung einer Zuckersteuer sowie Erhöhung der Alkohol- und Tabaksteuer mit Direktfluss in den Gesundheitsfonds.
**Entwurf:** Diese Maßnahmen fehlen im RefE vollständig.
**Natur des Unterschieds (Bewertung):** Rein politisch. Obwohl die FKG starke wissenschaftliche Evidenz für die präventive Wirkung dieser Steuern anführt, sind neue Steuern oder zweckgebundene Abgaben innerhalb einer Koalition oft nicht durchsetzbar.

Die Unterschiede sind demnach fast ausschließlich politischer Natur. Während die Kommission eine „ideale“, wissenschaftlich begründete Finanzarchitektur entwirft, versucht das BMG die Grenzen des Bundeshaushalts, die Interessen von Stakeholdern und vor allem die Wählergunst zu berücksichtigen. <<

von:
MVF-Chefredakteur Peter Stegmaier

**Links**
**Kommissionsbericht:** https://t1p.de/6jfhf
**Referentenentwurf**: https://t1p.de/y7zny
**Kabinettsentwurf:** https://t1p.de/qrndr

**Gegenüberstellung ausgewählter im Referenten- und Kabinettsentwurf vollständig übernommener FKG-Vorschläge**

| Vorschlag der Finanzkommission (FKG) | Begründung / Details im Entwurf |
|---|---|
| Globale Begrenzung der Vergütungsanstiege (Grundlohnrate) | Fokus auf Reduktion der Preisdynamik; Kopplung an die Einnahmenentwicklung ist "unabdingbar" |
| Erhöhung der Zuzahlungsbegrenzungen um 50% | Anpassung an die Inflation seit 2004 zur "finanziellen Konsolidierung" |
| Streichung der TSVG-Zuschläge (Terminvermittlung) | Evaluation zeigt keinen verbesserten Patientenzugang; Vermeidung von Mitnahmeeffekten |
| Rückführung der Psychotherapie in die MGV | Gedeckelte Gesamtvergütung zur Ausgabensteuerung |
| Streichung der ePA-Erstbefüllungsvergütung | ePA-Befüllung wird nach Opt-out-Einführung als Teil der Regeldokumentation gewertet |
| Streichung Homöopathie als Satzungsleistung | Fehlende wissenschaftliche Evidenz für die Wirksamkeit |
| Reduktion Festzuschüsse Zahnersatz (auf Niveau v. 2020) | Rückkehr zu 50% Festzuschuss; Härtefallregelung (100 %) bleibt |
| Streichung volle Tarifrefinanzierung (Krankenhaus/Pflege) | Volle Refinanzierung hebelt Grundlohnrate aus; Anreiz für wirtschaftliche Tarifabschlüsse |
| Automatische Erweiterung MD-Prüfauftrag | MD soll alle abrechnungsrelevanten Sachverhalte unabhängig vom konkreten Auftrag prüfen |
| Dynamisierter Herstellerabschlag (Arzneimittel) | Sicherstellung eines nachhaltigen Beitrags der Pharmaindustrie ohne Querfinanzierung |
| Abschaffung Orphan-Drug-Privileg | Orphan-Drugs werden regulärer Nutzenbewertung unterzogen |
| Absenkung Krankengeldniveau (um 5 Prozentpunkte) | Moderater Beitrag der Versicherten angesichts hoher Deckungslücken vertretbar |

***Tab. 1:*** Gegenüberstellung ausgewählter im Referenten- und Kabinettsentwurf vollständig übernommener Vorschläge. Eigene Darstellung.

Wer trägt die Last des Gesetzes zur Stabilisierung der Beitragssätze in der gesetzlichen Krankenversicherung?

# Gemeinsame Kraftanstrengung oder Patientenlast?

Das GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz ist – sofern die Gesetzesvorlagen bestehen bleiben – ein umfassendes Sanierungsprogramm, wobei statt auf Reformen vorerst fast ausschließlich auf Sparen gesetzt wird. Die Hauptlast der Reform tragen die Leistungserbringer und die Industrie, die durch harte Preisdeckel (Grundlohnrate) und den Wegfall von Privilegien (Tarifrefinanzierung) zur Effizienz gezwungen werden. Doch auch die Patientenschaft wird spürbar belastet.

>> Die Belastung drückt sich vor allem in höheren Zuzahlungen und einer leichten Absenkung von Lohnersatzleistungen aus. Gleichzeitig versucht das Gesetz, die medizinische Versorgungsqualität durch die Streichung unwirksamer Leistungen (Homöopathie) und die Vermeidung unnötiger Operationen (Zweitmeinung) sogar zu schärfen. Für Versicherte mit hohem Einkommen und für Ehepaare in der Familienversicherung steigen zudem die direkten Beitrags- oder Zuschlagslasten. Insgesamt handelt es sich um eine „gemeinsame Kraftanstrengung", um den drohenden Kollaps der GKV-Finanzen abzuwenden. Ziel des Entwurfs ist es, angesichts einer dramatischen Finanzlage die Beitragssätze dauerhaft zu stabilisieren und eine drohende Deckungslücke von bis zu 40 Milliarden Euro im Jahr 2030 zu schließen.

Die Ausgangslage ist mehr als dramatisch: Das System ist am Limit. Die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) steht vor ihrer größten finanziellen Bewährungsprobe seit Jahrzehnten. Im Jahr 2024 verzeichneten Krankenkassen und Gesundheitsfonds ein Defizit von knapp 10 Milliarden Euro. Während die Einnahmen mittelfristig nur um etwa 3 Prozent pro Jahr steigen werden, wuchsen die Ausgaben zuletzt um knapp 8 Prozent – eine Dynamik, die sich von der allgemeinen Lohnentwicklung entkoppelt hat. Ohne gesetzliche Gegenmaßnahmen würde der Gesamtbeitragssatz bis 2030 auf über 19 Prozent steigen, was die wirtschaftliche Entwicklung Deutschlands und die Nettoeinkommen der Beschäftigten massiv gefährden würde.

Der Kern der Reform ist das Leitprinzip und zudem die Wiedereinführung einer strikt einnahmenorientierten Ausgabenpolitik. Das bedeutet, dass Preis- und Vergütungssteigerungen in fast allen Leistungsbereichen des Gesundheitswesens künftig durch die sogenannte Grundlohnrate (die jährliche Veränderungsrate der beitragspflichtigen Einnahmen je Mitglied) nach oben begrenzt werden. Um die Konsolidierung zu beschleunigen, wird diese Rate in den Jahren 2027 bis 2029 zusätzlich um einen Prozentpunkt gekürzt.

## Stakeholder-Analyse: Wer trägt die Hauptlast?

Die Analyse des Entwurfs macht deutlich, dass die finanzielle Last auf viele Schultern verteilt wird, die Intensität der Belastung jedoch stark variiert.

**1. Hauptlastträger sind die Leistungserbringer, Hersteller und Krankenkassen.**

Diese Gruppe trägt den mit Abstand größten Anteil an der finanziellen Konsolidierung. Im Jahr 2027 entfallen rund 12 Milliarden Euro (60% des Gesamtvolumens) auf diesen Sektor; bis 2030 steigt dieser Beitrag auf 31 Milliarden Euro an, was 72% der gesamten Entlastungswirkung entspricht.

- **Krankenhäuser:** Die Vergütungen (Landesbasisfallwerte) und sogar die Pflegebudgets werden strikt an den Orientierungswert bzw. die Grundlohnrate gebunden. Die bisherige vollständige Refinanzierung von Tariflohnsteigerungen wird abgeschafft, was den Druck auf die Kliniken massiv erhöht. Zudem wird das Prüfquotensystem verschärft, um fehlerhafte Abrechnungen strenger zu sanktionieren.
- **Ärzte- und Zahnärzteschaft:** Neben der Budgetierung über die Grundlohnrate werden zahlreiche Sondervergütungen gestrichen. Dazu gehören TSVG-Zuschläge für schnelle Terminvermittlungen, Vergütungen für die Organspendeberatung und Zuschläge für die psychotherapeutische Kurzzeittherapie.
- **Pharmazeutische Industrie**: Ein neu eingeführter dynamischer Herstellerabschlag verpflichtet die Industrie zu Beiträgen, wenn die Arzneimittelausgaben stärker steigen als die Einnahmen der GKV. Dies soll allein im Jahr 2030 rund 5,5 Milliarden Euro einsparen.
- **Arbeitgeber und Gutverdienende**

Arbeitgeber werden durch die Anhebung des pauschalen Beitragssatzes für Minijobber auf das Niveau versicherungspflichtig Beschäftigter (14,6% plus Zusatzbeitrag) sowie durch eine außerordentliche Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze belastet. Diese Maßnahmen generieren Mehreinnahmen von ca. 3 Milliarden Euro jährlich bis 2030.

- **Familienversicherte und Mitglieder**

Die bisher beitragsfreie Familienversicherung für Ehegatten wird massiv eingeschränkt. Wer keinen Betreuungsaufwand (Kinder unter 7 Jahren, Behinderung) oder Pflegeaufwand nachweist und die Altersgrenze noch nicht erreicht hat, muss künftig einen Beitragszuschlag von 3,5% leisten. Dies soll die GKV ab 2028 um 2,2 Milliarden Euro jährlich entlasten.

## Die Belastung der Patientenschaft

Die Frage nach der Belastung der Patientinnen und Patienten beantwortet der Entwurf mit einem zweigleisigen Ansatz: direkte finanzielle Mehrkosten und moderate Leistungskürzungen. Der finanzielle Beitrag der Patient:innen wird auf 3,8 Milliarden Euro im Jahr 2027 und 4,4 Milliarden Euro im Jahr 2030 beziffert. Patient:innen „sparen" im Rahmen des Gesetzentwurfs jedoch direkt kein Geld ein, sondern leisten durch zusätzliche Belastungen und Leistungsreduzierungen einen finanziellen Beitrag zur Stabilisierung der Krankenkassen, der im Jahr 2027 bei 3,8 Milliarden Euro liegen soll. Bis zum Jahr 2030 soll dieser Beitrag auf jährlich rund 4,4 Milliarden Euro ansteigen.

Dieser Gesamtbeitrag der Patientenschaft setzt sich laut Referentenentwurf aus zwei gleichgewichteten Bereichen zusammen:

- **Zuzahlungen:** Der Entwurf sieht nun eine einmalige Anhebung um circa 50% vor. Durch die Anhebung der seit über 20 Jah-




ren nicht angepassten Zuzahlungsgrenzen und -beträge (z. B. bei Arzneimitteln, Heilmitteln und stationären Maßnahmen) werden die Patient:innen im Jahr 2027 um 1,9 Milliarden Euro belastet. So soll die Mindestzuzahlung von 5 auf 7,50 Euro, der Höchstbetrag von 10 auf 15 Euro steigen. Stationäre Maßnahmen und Heilmittel kosten künftig ebenfalls 15 Euro statt bisher 10 Euro pro Tag bzw. Verordnung. Ab 2028 sollen sich diese Belastungen durch eine jährliche Dynamisierung mit der Grundlohnrate um weitere 100 Millionen Euro pro Jahr erhöhen.

- **Leistungsanpassungen:** Weitere Einsparungen der GKV zulasten der Patient:innen in Höhe von ebenfalls 1,9 Milliarden Euro (2027) bzw. 2,2 Milliarden Euro (2030) resultieren aus Leistungskürzungen.

Zu den spezifischen Maßnahmen der Leistungsanpassungen gehören insbesondere:

- **1. Krankengeld:** Die Höhe des Krankengeldes wird moderat um 5 Prozentpunkte abgesenkt. Zudem werden Missbrauchspotenziale durch eine striktere Blockfristregelung von 78 Wochen innerhalb von drei Jahren (unabhängig von der Art der Erkrankung) beseitigt. Die Absenkung des Krankengeldniveaus um 5 Prozentpunkte soll 2027 zu Minderausgaben der GKV von 1,3 Milliarden Euro (steigend auf 1,5 Milliarden Euro im Jahr 2030) führen.
- **2. Zahnersatz:** Die Festzuschüsse werden um 10 Prozentpunkte auf das Niveau von 2020 (50% Regelversorgung) zurückgeführt. Härtefallregelungen bleiben jedoch bestehen. Die Rückführung der Festzuschüsse auf das Niveau von 2019 soll die Krankenkassen im Jahr 2027 um rund 590 Millionen Euro entlasten.
- **3. Homöopathie:** Diese Leistungen sollen komplett aus dem GKV-Katalog gestrichen werden, da laut Entwurf keine hinreichende wissenschaftliche Evidenz für ihre Wirksamkeit vorliegt. Der Ausschluss homöopathischer und anthroposophischer Leistungen soll ca. 50 Millionen Euro jährlich einsparen.
- **Zweitmeinungsverfahren:** Bei bestimmten „mengenanfälligen" Operationen (z. B. an Knie oder Wirbelsäule) wird die Einholung einer Zweitmeinung zur verpflichtenden Voraussetzung für die Kostenübernahme.

## Das Ziel

Ob die Belastung als sozial ausgewogen empfunden wird, lässt sich anhand folgender im Entwurf verankerter Schutzmechanismen und Verteilungsprinzipien beurteilen:

**1. Die Hauptlast liegt bei Leistungserbringern und Industrie**

Ein zentrales Argument für die soziale Ausgewogenheit ist, dass die Patientenschaft und die Versicherten nicht die Hauptlast der Sanierung tragen.

- 72% der gesamten Entlastungswirkung (ca. 31 Milliarden Euro im Jahr 2030) werden durch Einsparungen bei Leistungserbringern (Ärzteschaft, Krankenhäuser), Herstellern und Krankenkassen erbracht.
- Die Versicherten und Arbeitgeber werden hingegen vor massiven Steigerungen der Zusatzbeiträge bewahrt, die ohne diese Reform bis 2030 auf rund 4,7% ansteigen könnten.

**2. Solidarbeitrag von Gutverdienenden und Arbeitgebern**

Um die Beitragsgerechtigkeit zu stärken, sieht der Entwurf Maßnahmen vor, die gezielt finanzstärkere Akteure ansprechen:

- Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze: Durch die außerordentliche Erhöhung um 300 Euro monatlich leisten Personen mit höheren Einkommen einen „solidarischen Beitrag".
- Arbeitgeberbeitrag für Minijobs: Der pauschale Beitragssatz für geringfügig Beschäftigte wird auf das Niveau versicherungspflichtiger Jobs angehoben, um Wettbewerbsverzerrungen zu vermeiden und Mehreinnahmen zu generieren.

**3. Soziale Sicherungsschirme für Patient:innen**

Trotz der Erhöhung von Zuzahlungen und Leistungskürzungen enthält der Entwurf spezifische Klauseln, die eine finanzielle Überforderung verhindern sollen:

- Belastungsgrenzen bleiben bestehen: Die Regelung, dass Zuzahlungen auf 2% der jährlichen Bruttoeinnahmen (für chronisch Kranke auf 1%) begrenzt sind, bleibt unangetastet.
- **Härtefallregelungen beim Zahnersatz:** Während die Festzuschüsse generell gesenkt werden, bleibt für Härtefälle ein Festzuschuss von 100% erhalten, um den Zugang zur Versorgung für einkommensschwache Gruppen sicherzustellen.
- **Schutz von Kindern:** Kinder bleiben in der Familienversicherung grundsätzlich vollumfänglich beitragsfrei mitversichert.

**4. Differenzierte Anpassung der Familienversicherung**

Der neu eingeführte Beitragszuschlag für mitversicherte Ehegatten (3,5%) ist an soziale Ausnahmetatbestände geknüpft. Wer Familienarbeit leistet oder eine Erwerbstätigkeit nicht ohne Weiteres aufnehmen kann, ist befreit:

- Betreuung von Kindern unter 7 Jahren
- Pflege von Angehörigen (mind. Pflegegrad 2)
- Behinderung des Kindes oder Erreichen der Regelaltersgrenze des Ehegatten. <<

von:
MVF-Chefredakteur Peter Stegmaier

Reaktionen auf das GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz

# Meist negatives Stakeholder-Echo auf GKV-Pläne

In der gesundheitspolitischen Debatte um das geplante GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz (BStabG) zeigt sich eine tiefe Kluft zwischen den Erwartungen der Kostenträger und den Befürchtungen der Leistungserbringer. Während die Bundesregierung mit dem Gesetzesentwurf vom 16. April 2026 auf das drohende Defizit von bis zu 40 Milliarden Euro im Jahr 2030 reagiert, warnen Verbände der Ärzteschaft, Krankenhäuser und der Pharmaindustrie vor einer massiven Schwächung der Versorgungsqualität. Einerseits sehen die Krankenkassen den Entwurf als notwendiges Mittel zur Beitragssatzstabilisierung, die Leistungserbringer sehen ihn dagegen als ein reines Spargesetz ohne strukturelle Weitsicht. Die gemeinsame Sorge fast aller Stakeholder – mit Ausnahme der Kassen – ist, dass die Reform zulasten der Patientenschaft geht, sei es durch längere Wartezeiten, Klinikinsolvenzen oder den Abzug von Innovationen aus Deutschland.

>> Der ehemalige Bundesgesundheitsminister Jens Spahn sagte einmal so oder so ähnlich, dass man die Güte einer Gesundheitsreform aus ihren Gegenstimmen ableiten könne; und kämen keine von der Pharmaindustrie, hätte man wohl etwas falsch gemacht. Rein an den bisher meist negativen Reaktionen auf das GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz gemessen, scheint es sich wohl um einen der besseren Reformvorschläge zu handeln. Hier eine Zusammenfassung der Reaktionen, aufgeteilt nach Stakeholder-Gruppen:

**Ärzteschaft/Psychotherapeuten**

Niedergelassene Ärzt:innen und Psychotherapeut:innen reagieren mit offener Empörung auf den Entwurf. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) und Fachverbände wie der SpiFa sehen in dem Gesetz einen „Frontalangriff auf die ambulante Versorgung".

- **Reaktionen:** Besonders kritisiert wird die Streichung der extrabudgetären Vergütung für TSVG-Leistungen (z. B. offene Sprechstunden und Terminvermittlung). Die KBV warnt, dass damit die Anreize für eine schnelle Terminvergabe entfallen, was unweigerlich zu längeren Wartezeiten führen werde. Das Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung (Zi) bezeichnet das Gesetz als „Einstieg in die Wartelisten- und Rationierungsmedizin".
- **Spezifische Belastungen:** Der vertragsärztliche Bereich soll 2027 mit rund 2,7 Milliarden Euro zur Konsolidierung beitragen. Laut Zi-Berechnungen bedeutet dies einen durchschnittlichen Honorarverlust von 24.000 Euro pro Praxis; bei Fachgruppen wie der Radiologie können die Einbußen sogar bis zu 68.000 Euro jährlich betragen.

**Krankenhäuser und Universitätsklinika**

Der stationäre Sektor sieht sich überproportional belastet und in seiner Existenz gefährdet.

- **Reaktionen:** Die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) und regionale Verbände wie der Klinikverbund Hessen kritisieren, dass Krankenhäuser über 40% der Einsparungen im Bereich der Leistungserbringer schultern müssen, obwohl ihr Anteil an den GKV-Gesamtausgaben nur bei etwa 33% liegt. Der Verband der Universitätsklinika (VUD) warnt, dass durch den „Rasenmäher-Ansatz" die strukturellen Defizite an allen Standorten der Universitätsmedizin drastisch verschärft würden. Die Rückkehr zur nur hälftigen Tarifrefinanzierung wird als „Kosten-Erlös-Schere" bezeichnet, die viele Häuser in die Insolvenz treiben könnte.
- **Spezifische Belastungen:** Der Krankenhausbereich wird 2027 mit etwa 4,6 Mrd. Euro belastet. Maßgebliche Faktoren sind die Deckelung der Pflegebudgets, die Streichung der Pauschale für pflegeentlastende Maßnahmen (ca. 700 Mio. Euro) und die Verschärfung der Abrechnungsprüfungen.

**Existenzangst und Bürokratievorwürfe**

Die Krankenhäuser fühlen sich durch das Sparpaket überproportional belastet und sehen ihre wirtschaftliche Basis gefährdet.

- **Verband der Universitätsklinika Deutschlands (VUD):** Der VUD warnt eindringlich davor, dass die Reform die hochspezialisierte Universitätsmedizin wirtschaftlich weiter schwächen könnte. Zwar wird die Notwendigkeit zur Konsolidierung der GKV-Finanzen anerkannt, doch sieht der Verband in den aktuellen Plänen primär eine gefährliche Belastung der Maximalversorger. Prof. Jens Scholz, Vorstandsvorsitzender des VUD, bezeichnet die im Referentenentwurf vorgesehenen kurzfristigen Einsparmaßnahmen als reine „Symptombekämpfung". Er kritisiert, dass politische Entscheidungen die eigentlichen strukturellen Ursachen der Finanzkrise ignorieren und stattdessen die „Kosten-Erlös-Schere" für Krankenhäuser wieder gewaltsam öffnen. Dies konterkariere die erst kürzlich beschlossenen Stabilisierungsversuche und gefährde Kliniken, auf die das Land in Krisensituationen wie Pandemien angewiesen ist.

Besonders kritisch bewertet der VUD die Kürzungen beim Innovationsfonds. Dieser sei notwendig, um Ideen für die medizinische Versorgung von morgen zu entwickeln; ein Sparpaket an dieser Stelle gefährde somit die langfristige Zukunftsfähigkeit des Systems. Hinsichtlich des Pflegebudgets zeigt der Verband zwar Verständnis für eine stärkere Effizienzkontrolle, warnt jedoch vor starren Vorgaben oder neuen „Bürokratiefallen". Als einen der wenigen vielversprechenden Ansätze sieht der Verband die geplante Neuausrichtung beim Umgang mit neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden (NUB). Die Konzentration dieser Leistungen auf spezialisierte Innovationszentren im Rahmen klinischer Studien wird begrüßt, da Universitätsklinika aufgrund ihrer wissenschaftlichen Expertise und hohen Patientensicherheit hierfür der ideale Standort seien.










**Pharmazeutische Industrie**

Für die Hersteller von Arzneimitteln stellt das Gesetz einen massiven Rückschlag für den Wirtschaftsstandort Deutschland dar.

- **Reaktionen:** Der vfa und Pharma Deutschland kritisieren den neuen „dynamischen Herstellerabschlag" als Instrument, das Investitionen unkalkulierbar mache. vfa-Präsident Steutel betont, dass durch die Koppelung der Abschläge an die GKV-Einnahmen jegliche Planungssicherheit für Unternehmen verloren gehe. Zudem wird die Einführung von Rabattverträgen für patentgeschützte, „therapeutisch vergleichbare" Medikamente als Paradigmenwechsel abgelehnt, bei dem der Preis künftig über den medizinischen Nutzen triumphiere.
- **Spezifische Belastungen:** Die pharmazeutische Industrie wird 2027 mit ca. 1,9 Milliarden Euro belastet. Ihr Beitrag soll bis 2030 auf 22% des Anteils der Leistungserbringer steigen. Hinzu kommen Belastungen durch neue Preis-Mengen-Regelungen und Abschläge auf Impfstoffe.

**Heil- und Hilfsmittelerbringer**

Auch kleinere Sektoren wie die Orthopädietechnik und Physiotherapie schlagen Alarm.

- **Reaktionen:** Der Bundesinnungsverband für OrthopädietTechnik (BIV-OT) und der Verband „Wir versorgen Deutschland" (WvD) lehnen den im Referentenentwurf vorgesehenen pauschalen Abschlag von 3% auf Hilfsmittelpreise strikt ab. Dies bestrafe ausgerechnet einen Bereich, der sich bereits in der Vergangenheit diszipliniert an der Grundlohnrate orientiert habe.
- **Spezifische Belastungen:** Der Heilmittelbereich wird 2027 mit 0,3 Milliarden Euro belastet, der Hilfsmittelbereich mit 0,4 Milliarden Euro.

**Krankenkassen und ihre Verbände**

Die Krankenkassen begrüßen zwar das Leitprinzip der einnahmeorientierten Ausgabenpolitik, kritisieren jedoch die fehlende Beteiligung des Bundes.

- **Reaktionen:** Der GKV-Spitzenverband und die AOK loben den Versuch, den Ausgabenanstieg zu begrenzen, sehen jedoch eine „Gerechtigkeitslücke". Kritisiert wird vor allem, dass der Bund die Unterdeckung bei den Beiträgen für Bürgergeldbeziehende (ca. 12 Mrd. Euro) nicht behebt. Die AOK Rheinland/Hamburg bezeichnet die Verteilung der Lasten als „ungerecht", da der Staat sich seiner Verantwortung fast vollständig entziehe.
- **Spezifische Belastungen:** Die Kassen müssen ihre Verwaltungskostenzuwächse an die Grundlohnrate binden und ihre Werbebudgets pro Mitglied um 50% kürzen. Zudem wird das Fördervolumen des Innovationsfonds dauerhaft auf 100 Millionen Euro halbiert.

**Arbeitgeber und Mitglieder (Beitragszahlende)**

Die Belastung der Beitragszahlenden wird seitens der Regierung als „moderat" bezeichnet, von den Betroffenen jedoch kritisch gesehen.

- **Reaktionen:** Der PKV-Verband kritisiert die außerordentliche Anhebung der Versicherungspflichtgrenze als „Angriff auf die Wahlfreiheit" und „Bürgerversicherung für Angestellte durch die Hintertür".
- **Spezifische Belastungen:**
  a) Arbeitgeber: Tragen 2027 rund 3,1 Milliarden Euro bei, hauptsächlich durch die Erhöhung des Minijob-Beitragssatzes auf 17,5% und die Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze (BBG).
  b) **Gutverdienende Mitglieder:** Zahlen durch die BBG-Erhöhung (um 300 Euro monatlich) ca. 25 Euro mehr pro Monat.
  c) **Familien:** Für mitversicherte Ehepartner (ohne Kinder unter 6 J. ) wird ab 2028 ein eigener Beitragszuschlag erhoben, was die GKV um 1,5 Mrd. Euro entlastet. <<

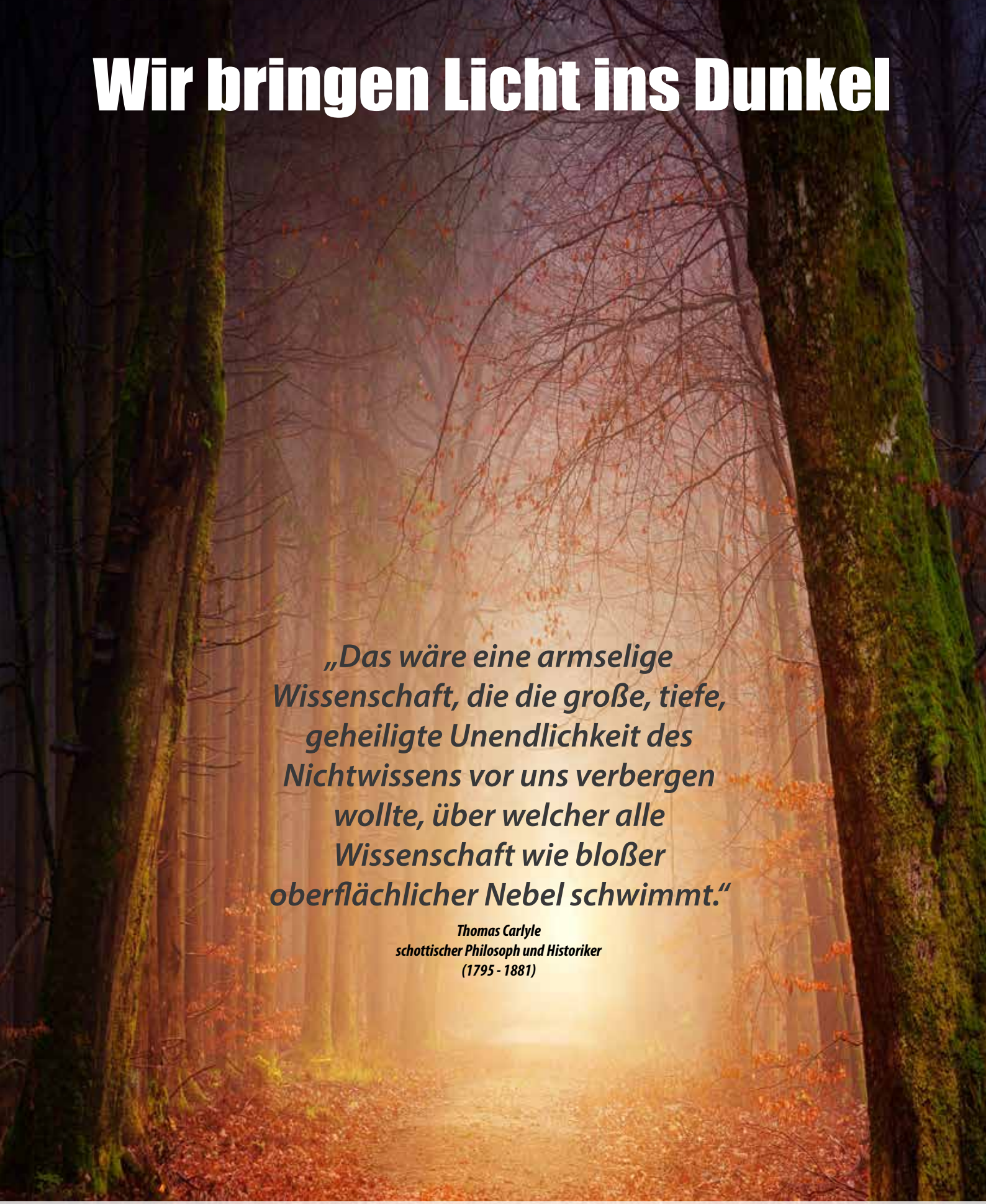
von: MVF-Chefredakteur Peter Stegmaier

## Strukturreform erst Ende 2026

Die FinanzKommission Gesundheit (FKG) verfolgt einen zweistufigen Ansatz zur Reform der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV), wobei der Schwerpunkt auf einer langfristigen Sicherung der finanziellen Tragfähigkeit bei gleichzeitig hohem Versorgungsniveau liegt. Während der erste Bericht vom März 2026 kurzfristige Maßnahmen zur Schließung der Finanzierungslücke ab 2027 enthält, wird die Kommission bis zum Ende des Jahres 2026 einen zweiten Bericht vorlegen, der detaillierte Empfehlungen für mittel- und langfristig wirksame Strukturreformen enthalten soll.
Zu den zentralen Handlungsfeldern dieser geplanten Strukturreformen gehören:

- **Digitale Transformation:** Es sollen Maßnahmen zu einer umfassenden digitalen Transformation der Gesundheitsversorgung entwickelt werden, um Effizienzreserven zu heben.
- **Intensivierung der Ambulantisierung:** Leistungen, die bisher vornehmlich stationär erbracht wurden, sollen verstärkt in den ambulanten Sektor verlagert werden.
- **Verbesserte Patientensteuerung:** Ein Fokus liegt auf der Koordination und Steuerung der Patientenwege, insbesondere durch die Reform der Notfallversorgung und die Einführung eines Primärversorgungssystems.
- Angebotsstrukturen und Teamorientierung: Die Kommission plant grundlegende Änderungen der Angebotsstruktur, vor allem im stationären Bereich, sowie eine stärkere Teamorientierung unter Einbezug verschiedener Professionen.
- **Neuordnung der Vergütungssysteme:** Geplant ist eine systematische Überarbeitung der Zuordnung von Leistungen zur extrabudgetären (EGV) versus der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV) im vertragsärztlichen Bereich.
- **Repräsentative Kostenerhebungen:** Mittel- bis langfristig sollen Grundlagen für Kostenerhebungen in allen Dienstleistungsbereichen geschaffen werden, um automatisierte Kostenindizes als Basis für faire und wirtschaftliche Vergütungsverhandlungen zu etablieren.
- **Stärkung der Prävention:** Über fiskalische Maßnahmen hinaus sollen weitere Empfehlungen zur Stärkung der Prävention und Gesundheitsförderung vorgelegt werden, die auch Handlungsfelder außerhalb des SGB V umfassen.

# 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)**

Das deutsche Gesundheitswesen hat das Vertrauen seiner Bürger:innen verspielt, kann es aber zurückgewinnen

# Der deutsche Patient – das kranke System

Die Diagnose kommt mit der Präzision eines Laborbefunds: Das Vertrauen der Deutschen in ihr Gesundheitssystem hat den tiefsten Stand seit 15 Jahren erreicht. Nur noch 62 Prozent der Bevölkerung bewerten die Gesundheitsversorgung hierzulande als gut oder sehr gut – ein Wert, der die Politik alarmieren sollte. Denn noch im ersten Jahr der Corona-Pandemie, im Jahr 2020, hatten 87 Prozent der Bürgerinnen und Bürger das Gesundheitssystem positiv bewertet. Seitdem ist die Zustimmung in einem kontinuierlichen Sinkflug. Die Zahl der kritischen Stimmen hat sich allein zwischen 2020 und 2026 mehr als verdreifacht – von 11 auf 35 Prozent. Das sind die zentralen Befunde des DAK-Gesundheitsmonitors 2026, den das Institut für Demoskopie Allensbach (IfD) im Auftrag der DAK-Gesundheit erhoben hat. Befragt wurden vom 18. bis 30. April 2026 insgesamt 1.015 Personen ab 16 Jahren in Deutschland durch mündlich-persönliche Interviews.

>> Der Zeitpunkt der Veröffentlichung ist alles andere als zufällig gewählt: Die Studie erscheint kurz vor der parlamentarischen Beratung über das Beitragsstabilisierungsgesetz von Bundesgesundheitsministerin Nina Warken – und sie liefert der politischen Debatte eine Menge an brisantem, aber auch sehr nützlichem Datenmaterial. „Das deutsche Gesundheitssystem ist krank", sagt Andreas Storm, Vorstandsvorsitzender der DAK-Gesundheit, bei der Berliner Pressekonferenz anlässlich der Vorstellung des aktuellen Gesundheitsmonitors. Seine Forderung: „Wenn die Zufriedenheit der Menschen den tiefsten Stand seit 15 Jahren erreicht, dann müssen umgehend wirkungsvolle Therapien zur Hilfe eingeleitet werden."

Die sinkende Zufriedenheit ist kein abstraktes Stimmungsphänomen, das sich allein aus der medialen Berichterstattung über den Reformbedarf speist. Sie gründet vielmehr auf konkreten Erlebnissen, wie Prof. Dr. Renate Köcher, Geschäftsführerin des IfD Allensbach und Leiterin der Studie, das in ihrer Präsentation der Ergebnisse deutlich macht: „Das ist nicht nur Meinung, sondern es ist auch konkrete Erfahrung." So berichtet mehr als ein Drittel der Bevölkerung, in den vergangenen zwei bis drei Jahren persönlich schlechtere Erfahrungen mit der ärztlichen Versorgung gemacht zu haben als früher. Nur 5 Prozent sagen, ihre Erfahrungen hätten sich verbessert und 54 Prozent nehmen keine grundlegende Veränderung wahr.

Auch das Vertrauen in die stationäre Versorgung bröckelt. Hatten 2022 noch 43 Prozent der Befragten einen uneingeschränkt guten Eindruck von den deutschen Krankenhäusern, sind es 2026 nur noch 33 Prozent. Der Anteil derer, die ein geteiltes Urteil fällen – „teils, teils" –, ist derweil auf 49 Prozent gestiegen. Köcher interpretiert das nicht als pauschales Misstrauen, wohl aber als wachsende Unsicherheit: Viele Bürger:innen seien nicht mehr überzeugt, im Fall eines Krankenhausaufenthalts wirklich gut versorgt zu werden.

## Ärztemangel: ein Problem, das im Osten und auf dem Land eskaliert

Ein zentraler Treiber der Unzufriedenheit ist der sich zuspitzende Ärztemangel. 2011 war das Thema für die Mehrheit noch kein dringendes Problem – damals gaben nur 13 Prozent der Befragten an, in ihrer Region einen Ärztemangel zu erleben. Heute ist es mehr als jeder Dritte: 36 Prozent der gesamten Bevölkerung nehmen einen Mangel an Ärzt:innen in ihrer unmittelbaren Umgebung wahr. In Ostdeutschland ist die Lage wesentlich dramatischer: Dort berichten 57 Prozent – demnach eine absolute Mehrheit – der Befragten von einem Ärztemangel in ihrer Region.

Köcher betont die sozialräumliche Dimension des Problems: „Der Ärztemangel ist nicht gleich verteilt, sondern ist vor allem ein Problem im Osten und ein Problem auf dem Land." Auf dem Dorf nehmen 47 Prozent einen Mangel wahr – in Kleinstädten 44 Prozent, in Mittelstädten 32 Prozent und in Großstädten lediglich 27 Prozent. In den Metropolen sei die Lage „relativ entspannt", so Köcher. Rund drei Viertel der Großstadtbewohner:innen könnten in ihrer Umgebung keinen Ärztemangel beobachten. Die personelle Erosion betreffe dabei jedoch nicht nur die Ärzteschaft, sondern auch Pflege- und Praxispersonal.

## Wartezeiten: ein Problem mit sozialem Zündstoff

Die Konsequenz des Ärztemangels ist in deutschen Wartezimmern unmittelbar spürbar – oder vielmehr in den langen Wochen davor. 72 Prozent der Bevölkerung haben nach eigener Auskunft oder nach Angaben von Familienmitgliedern in den vergangenen Jahren lange auf einen Arzttermin warten müssen. Besonders alarmierend: 47 Prozent berichten, dies sei ihnen oder ihrer Familie sogar mehrmals passiert – ein Anstieg von 15 Prozentpunkten gegenüber 2016.

Köcher hebt ein weiteres, noch beunruhigenderes Detail hervor: Mehr als 40 Prozent der Befragten berichten, dass sie oder ein Familienmitglied Schwierigkeiten hatten, überhaupt eine Arztpraxis zu finden, der sie als Patient:innen aufnimmt. „Das beunruhigt die Leute natürlich immens. Das darf nicht in dieser Häufigkeit vorkommen." Überfüllte Notaufnahmen und gestresste oder unfreundliche Ärzt:innen und Pflegekräfte erleben je 39 Prozent der Befragten – die andere Seite der Medaille einer knappen Personalausstattung.

Die Wartezeiten sind dabei kein gleichmäßig verteiltes Phänomen. Die Daten zeigen eine klare soziale Schieflage: 59 Prozent der Menschen mit niedrigem sozioökonomischen Status berichten von mehrmaligen langen Wartezeiten, bei hohem Status sind es nur 33 Prozent. Noch deutlicher ist der Unterschied zwischen den Versicherungsformen: 50 Prozent der gesetzlich Versicherten haben mehr-

fach lange gewartet, bei den ausschließlich Privatversicherten sind es lediglich 26 Prozent.

## Tief verwurzelter Pessimismus: die Zukunft des Systems

Die Bevölkerung blickt auf die kommenden Jahre mit einem Pessimismus, der sich in dieser Schärfe selten zeigt. 59 Prozent erwarten, dass sich die Gesundheitsversorgung in den nächsten zehn Jahren deutlich oder zumindest etwas verschlechtern wird – noch 2022 teilten diese düstere Prognose erst 35 Prozent. Noch trister: Nur noch 11 Prozent glauben an eine Verbesserung.

Was die Menschen im Detail erwarten, ist bemerkenswert konsistent:

- 87 Prozent sind überzeugt, dass die Beiträge zur gesetzlichen Krankenversicherung weiter steigen werden;
- 77 Prozent rechnen damit, dass Patient:innen künftig mehr Kosten selbst tragen müssen;
- 69 Prozent gehen davon aus, dass Ärzt:innen immer weniger Zeit für ihre Patient:innen haben werden;
- 67 Prozent befürchten eine Zwei-Klassen-Medizin mit guter Versorgung für Wohlhabende und schlechterer für alle anderen.

Zudem zeigen sich zwei Drittel der Befragten überzeugt, dass die Kassen künftig nur noch für eine medizinische Grundversorgung aufkommen werden. Köcher verweist in diesem Zusammenhang auf die historische Dimension der Finanzierungssorgen: „Die Finanzen haben die Bevölkerung auch schon während der Phase der ersten Gesundheitsreform stark umgetrieben. Danach bildeten sich die Ängste teilweise zurück und sind in den letzten zehn Jahren jetzt aber wieder deutlich angestiegen."

Den einzigen Lichtblick sieht die Bevölkerung in technologischem Fortschritt: 49 Prozent hoffen, dass künstliche Intelligenz Diagnose und Therapie deutlich verbessern wird; 47 Prozent glauben an frühere Krankheitserkennung durch medizinischen Fortschritt, 42 Prozent an wirksamere Medikamente. Was die organisatorische Leistungsfähigkeit des Systems angeht, ist die Hoffnung gering: Nur 14 Prozent glauben, das Gesundheitssystem werde in zehn Jahren ähnlich leistungsfähig sein wie heute. Und gerade einmal 9 Prozent meinen, es sei für künftige Krisen besser gerüstet.

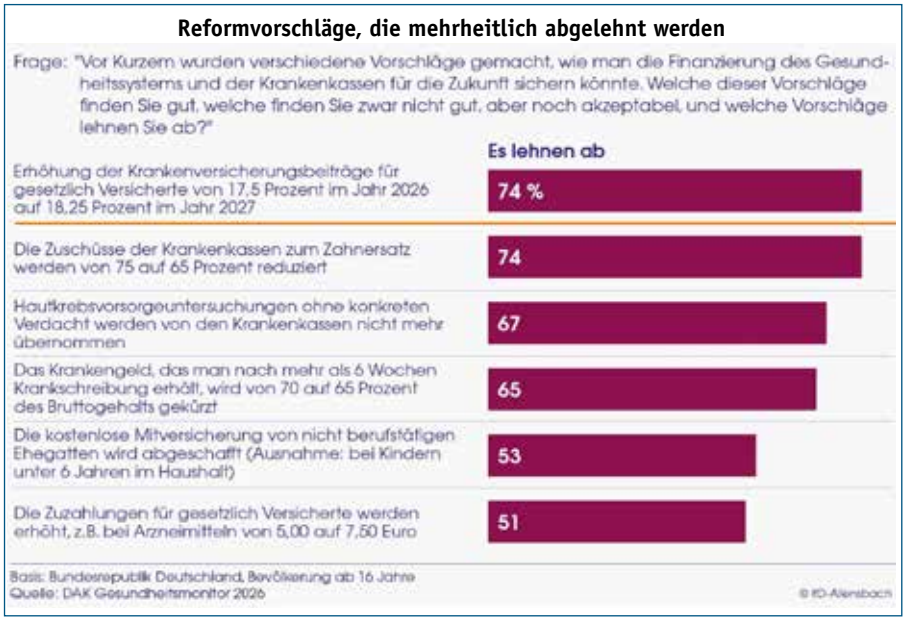



***Abb. 1:*** Reformvorschläge, die mehrheitlich abgelehnt werden, aus Chart 27. Quelle: DAK-Gesundheitsmonitor 2026, Repräsentative Befragung von 1.015 Personen ab 16 Jahren in Deutschland, mündlich-persönliche Interviews, 18. bis 30. April 2026. Link: https://t1p.de/ea6sj

## Reformvorschläge: Was die Bevölkerung trägt – und was sie ablehnt

Die politische Debatte um das Beitragsstabilisierungsgesetz liefert den konkreten Prüfstein: Wie reagiert die Bevölkerung auf die diskutierten Maßnahmen? Das Bild, das die Allensbach-Daten zeichnen, ist differenziert – und in seiner Klarheit für die Politik sowohl ermutigend als auch eindeutig als Warnung zu verstehen.

Breite Zustimmung findet, was andere als die Bürgerschaft direkt belastet: 78 Prozent begrüßen, dass Pharmahersteller den Krankenkassen höhere Rabatte auf Medikamente gewähren sollen. 62 Prozent befürworten eine Erhöhung der Tabaksteuer, 55 Prozent eine Zuckerabgabe auf Erfrischungsgetränke und Softdrinks, 54 Prozent höhere Steuern auf Alkohol. Köcher räumt damit mit einer politischen Vorannahme auf: „In den letzten Tagen konnte man viele Diskussionen hören, wo gesagt wurde: Steuern kann die Regierung schon gar nicht erhöhen, auch nicht in diesem Bereich. Die Bevölkerung sieht das anders. Die hat kein Problem mit selektiven Steuererhöhungen."

Widerstand formiert sich dort, wo Einschnitte unmittelbar beim Bürger ankommen. Eine Erhöhung der Krankenversicherungsbeiträge von 17,5 auf 18,25 Prozent wird von 74 Prozent abgelehnt. Ebenso viele sprechen sich gegen Kürzungen der Kassenleistungen beim Zahnersatz aus. 67 Prozent lehnen es ab, Hautkrebsvorsorgeuntersuchungen ohne konkreten Verdacht aus dem Leistungskatalog zu streichen. Eine Kürzung des Krankengeldes nach mehr als sechs Wochen Krankschreibung von 70 auf 65 Prozent des Bruttogehalts wollen 65 Prozent nicht akzeptieren. Auch die teilweise Abschaffung der kostenlosen Mitversicherung nicht berufstätiger Ehepartner lehnt eine Mehrheit von 53 Prozent ab. Das Grundvertrauen in das System bleibt trotz allem stabil: 74 Prozent halten das Solidarprinzip der gesetzlichen Krankenversicherung – gleiche Leistungen für alle, unabhängig von Einkommen, Alter und Krankheitsrisiko – für ein gutes Modell. Nur 9 Prozent äußern sich kritisch. Andreas Storm wertet das ausdrücklich als politisches Fundament: „Das grundlegende Prinzip der gesetzlichen Krankenversicherung hat einen sehr, sehr breiten Rückhalt in der Bevölkerung. Das ist wichtig auch für die weitere Reformdebatte."

## Teuer, aber mittelmäßig: der EU-Vergleich als Weckruf

Wer verstehen will, warum die Unzufriedenheit trotz hoher Ausgaben so groß ist, wirft einen Blick auf die internationalen Ver-

gleichsdaten. Deutschland ist unbestrittener EU-Spitzenreiter bei den Gesundheitsausgaben: Laut Statistischem Bundesamt fließen 11,7 Prozent des Bruttoinlandsprodukts in den Gesundheitssektor – der EU-Durchschnitt liegt bei 10,0 Prozent. Kein anderes Mitgliedsland wendet einen höheren Anteil seiner Wirtschaftsleistung für die Gesundheitsversorgung auf.

Das Ergebnis jedoch ist enttäuschend. Der OECD-Report „Health at a Glance: Europe 2024" weist Deutschland bei einem zentralen Qualitätsindikator – den vermeidbaren Sterbefällen – lediglich im Mittelfeld aus: 171 Todesfälle je 100.000 Einwohner. Schweden führt mit 118 vor Italien (128), Luxemburg und Malta (je 133). Länder wie Frankreich (145), die Niederlande (147) oder Dänemark (149) schneiden ebenfalls besser ab. Der EU-27-Schnitt liegt bei 201 – Deutschland ist deutlich besser als der Durchschnitt, aber alle nordwest- und mitteleuropäischen Vergleichsländer liegen vor Deutschland. Storm zieht das Fazit bereits in seiner Eröffnung: „Im internationalen Vergleich: teuer, aber nur ein mittelmäßiges Ergebnis."

## Storms Forderungen: drei Hebel für die Trendwende

Aus den Befunden leitet der DAK-Vorstandsvorsitzende ein strukturiertes Reformprogramm ab. Storm fordert eine Kombination aus kurzfristiger finanzieller Stabilisierung und langfristigen Strukturreformen – verbunden mit einem übergeordneten Ziel, das die Daten als dringlich ausweisen: das verlorene Vertrauen der Bevölkerung zurückzugewinnen.

Kurzfristig hält Storm eine faire Lastenverteilung für entscheidend. Der neuralgische Punkt ist die Finanzierung der Gesundheitskosten für Bürgergeldempfänger, die bisher allein von der Solidargemeinschaft der gesetzlich Versicherten getragen wird. Die von der Kommission unter Leitung von Professor Greiner genannten Mehrkosten belaufen sich auf über 12 Milliarden Euro. Der aktuelle Gesetzentwurf sieht lediglich einen Einstieg von 250 Millionen Euro vor – bei gleichzeitiger Kürzung des regulären Bundeszuschusses um zwei Milliarden Euro. Das nennt Storm „völlig inakzeptabel": „Die Menschen in Deutschland bewerten diesen Ansatz, dass die Bundesregierung hingeht und sagt, wir kürzen den ohnehin viel zu niedrigen Bundeszuschuss um zwei Milliarden Euro – und macht einen Einstieg bei den Bürgergeldempfängern von 250 Millionen – als Hohn." Er empfiehlt ausdrücklich, die Reform erst dann abzuschließen, wenn die Bundesregierung den Haushalt für das kommende Jahr beschließt und ausreichende Mittel bereitstellt. Er sagt: „Lieber später entscheiden als falsch entscheiden."

Langfristig nennt Storm drei zentrale Strukturreformen: Erstens die Modernisierung der Krankenhauslandschaft durch konsequente Umsetzung der Krankenhausreform. Zweitens die Reform der ambulanten Versorgung durch den Aufbau eines Primärversorgungssystems, das eine gezieltere Steuerung der Patientenströme ermöglicht und damit auch die Wartezeitenproblematik adressiert. Und drittens die Reform der Notfallversorgung, die eng mit der Einführung eines Primärversorgungssystems verknüpft ist. „Wenn wir diese drei Felder konsequent mit dem nötigen Eifer bearbeiten, dann haben wir die Chance, dass wir in den dreißiger Jahren dann auch deutlich besser dastehen werden."

## Primärversorgung als Schlüssel – doch ohne Fairness geht nichts

Auf der Pressekonferenz bat „Monitor Versorgungsforschung" DAK-Chef Storm zu präzisieren, welche konkreten Impulse er noch vor dem Herbstbericht der Finanzierungskommission – also vor dem turnusmäßig im Oktober tagenden Schätzerkreis – für unerlässlich hält. Storms Antwort macht deutlich, dass er die Strukturreformen nicht isoliert betrachtet, sondern als ein Gesamtpaket, das nur dann funktioniert, wenn die Finanzierungsfrage zuvor gerecht gelöst wird.

Der wichtigste Impuls, den Storm erwartet, ist die Korrektur der laufenden Gesundheitsreform in der Frage der Lastenverteilung – ein Punkt, den auch Ärztepräsident Dr. Klaus Reinhardt in seiner Rede beim Deutschen Ärztetag explizit angesprochen hatte. Storm bekräftigt: Die entscheidende Voraussetzung dafür, dass die notwendigen Strukturreformen überhaupt gelingen können, ist die Bereitschaft aller Akteure im Gesundheitswesen, den Veränderungsprozess konstruktiv mitzugestalten. Diese Bereitschaft, so Storm, sei nicht voraussetzungslos: „Das ist die Grundvoraussetzung dafür, dass wir zum Beispiel ein Primärversorgungssystem einführen können."

Ein solches Primärversorgungssystem ist für Storm der zentrale strukturelle Hebel, um gleich mehrere der drängendsten Probleme anzugehen. Es würde eine gezieltere Steuerung der Patient:innen ermöglichen – und damit sowohl die als unzumutbar empfundenen Wartezeiten auf Arzttermine als auch die Qualität der Versorgung insgesamt verbessern. Denn ein wesentlicher Teil der Wartezeitenproblematik hängt nach Storms Einschätzung mit der fehlenden Steuerung zusammen: Wer nicht weiß, an welche Stelle im System er sich zuerst wenden soll, landet häufig an der falschen – und wartet dort entsprechend lang. Ein funktionierendes Primärversorgungssystem würde diesen Stau auflösen und Deutschland langfristig auch bei den internationalen Qualitätsindikatoren nach vorne bringen.

Eng damit verknüpft ist nach Storm die Reform der Notfallversorgung, die der DAK-Chef ebenfalls als prioritär einstuft. Überfüllte Notaufnahmen – von 39 Prozent der Bevölkerung als persönliche Erfahrung genannt – sind zu einem erheblichen Teil auch das Ergebnis fehlender Alternativen: Wer keinen Termin bei der Hausärzt:in bekommt, weicht auf die Notaufnahme aus. Eine gut organisierte Primärversorgung würde diesen Druck erheblich mindern.

Storm mahnt dabei zu Realismus in der Erwartungshaltung: Der Umbau des Gesundheitswesens werde Zeit brauchen. „Der, der glaubt, dass das jetzt im nächsten oder übernächsten Jahr schon deutlich besser laufen würde, den muss man um Geduld bitten. Das wird etwas länger dauern." Wer auf schnelle Ergebnisse hoffe, unterschätze die Komplexität des Systems. Die eigentliche Frage sei nicht, ob, sondern unter welchen Bedingungen die Reform gelingen kann. Und diese Bedingung ist für Storm klar: Die Akteure im Gesundheitswesen – Ärzteschaft, Kliniken, Pflegekräfte, Kassen – werden eine strukturelle Neuausrichtung nur dann aktiv mitgestalten, wenn sie das Gefühl haben, dass auch die Finanzierungslast gerecht verteilt ist. Andernfalls, so sein Argument, bleibt jede Strukturreform ein Projekt, das gegen den Widerstand der Betroffenen durchgesetzt werden muss – und das erfahrungsgemäß scheitert.

## Einordnung: ein historisches Muster, eine offene Zukunft

Der Befund ist hart, aber nicht beispiellos. Köcher erinnert in ihrer Präsentation da-

**FreeDM2: Evidenz zur Wirksamkeit von kontinuierlichem Glukosemonitoring bei Basalinsulintherapie[1].**

Die Prävalenz von Diabetes mellitus Typ 2 (T2D) betrug im Jahr 2025 9,3 Mio. Menschen, bis 2040 wird ein Anstieg auf 12,0 Mio. geschätzt[2]. Parallel dazu ist ein Rückgang an Diabetolog:innen zu verzeichnen[2]. Eine Therapieform bildet die einmal tägliche Gabe von Basalinsulin sowie zusätzlicher moderner blutzuckersenkender Medikamente wie SGLT2-Inhibitoren und/oder GLP-1-Rezeptoragonisten (BOT) ab.[3] Die Regelversorgung der gesetzlichen Krankenversicherung sieht zur Glukoseüberwachung ausschließlich die Blutglukoseselbstmessung (BGSM) mittels Fingerstich vor. Aufgrund der rein punktuellen und selteneren Einzelmessungen bleibt die glykämische Kontrolle bei vielen Patient:innen suboptimal.[4] Implizit steigt das Risiko für Hyper- und Hypoglykämien sowie die Wahrscheinlichkeit einer Therapieeskalation zu der komplexeren intensivierten Insulintherapie (ICT).[3]

Die 2026 publizierte multizentrische randomisierte kontrollierte **FreeDM2-Studie** untersucht die Wirksamkeit des FreeStyle Libre 3-Systems bei Menschen mit T2D unter BOT (n=303) im Vergleich zu der BGSM und ergänzt die bislang begrenzte Evidenz, insb. im Hinblick auf den **Einfluss von Biofeedback, Verhaltensänderungen und psychologischen Faktoren** als einflussnehmende Mechanismen auf die **glykämische Situation**. Die Studie ist in drei Phasen unterteilt:




Den primären Endpunkt stellt die Veränderung des HbA1c-Wertes nach 16 Wochen dar. Sekundäre Endpunkte sind u.a. die Veränderung des HbA1c-Wertes nach 32 Wochen, CGM-Metriken, Aktivitätsdaten, Veränderungen der Insulindosen und Nicht-Insulin-Arzneimittel, Sicherheitsdaten sowie patientenberichtete Outcomes (PROMs).

Nach 16 Wochen zeigten FreeStyle Libre 3-Nutzende eine **signifikant stärkere Senkung des HbA1c-Werts (0,6%; p<0,0001)** im Vergleich zu der Kontrollgruppe. 65% dieser Patient:innen erreichten eine HbA1c-Reduktion von ≥ 0,5% (BGSM=27%). Zudem nahm die durchschnittliche Zeit im Zielbereich (70 bis 180 mg/dl) um rund 2,5 Stunden pro Tag (+10,4%) zu. Nach 32 Wochen verringerte sich die HbA1c-Senkung auf 0,5%, dennoch blieb diese signifikant (p<0,0001). 70% der FreeStyle Libre 3-Nutzenden erreichten eine HbA1c-Reduktion von ≥ 0,5% (BGSM=49%). Die TIR verbesserte sich marginal (+10,6%). PROMs zeigten **Verhaltensänderungen** in Form von verbesserten Hyperglykämie-Sicherheit mit anhaltendem Effekt nach 32 Wochen durch die Nutzung von FreeStyle Libre 3-Systemen.

Insbesondere die Phase 1 der FreeDM2-Studie verdeutlicht, dass der **zentrale Wirkmechanismus des Biofeedbacks** in Form von visualisierten Glukoseverläufen Patient:innen befähigt, die Auswirkungen von Ernährung, Bewegung und Therapie nachvollziehbar zu verstehen. Dieser edukative Effekt führt über die Stärkung der Gesundheitskompetenz zu Verhaltensänderungen im Alltag, verbessert das Selbstmanagement und unterstützt so die Erreichung definierter Therapieziele bzw. Therapiekorridore (z. B. HbA1c-Zielbereich).[1] Folglich können Therapieeskalationen zur ICT, das Risiko diabetesassoziierter Komplikationen und langfristig Akut- sowie Folgekosten im Gesundheitssystem reduziert werden.[5-8]

1. Wilmot, E. Lancet Diab Endocrinol (2026). https://doi.org/10.1016/S2213-8587(26)00076-8.
2. DDG (2025). https://www.ddg.info/fileadmin/user_upload/Deutscher_Gesundheitsbericht_2026_final.pdf.
3. BÄK, KBV, AWMF (2023). https://register.awmf.org/assets/guidelines/nvl-001l_S3_Typ-2-Diabetes_2026-02.pdf.
4. KBV (2025). https://www.kbv.de/documents/praxis/patientenversorgung/dmp/dmp-dm2-auswertung.pdf.
5. Guerci, B. Diab Technol Ther (2022). http://doi.org/10.1089/dia.2022.0271.
6. Mennini, FS. Diabetes Ther (2024). http://doi.org/10.1007/s13300-024-01580-z.
7. Nathanson, D. Diabetologia (2025). https://doi.org/10.1007/s00125-024-06289-z.
8. Stratton, IM. BMJ (2000). https://doi.org/10.1136/bmj.321.7258.405.

©2026 Abbott. Alle Rechte vorbehalten. Libre, das Schmetterlingslogo, die Form und das Erscheinungsbild des Sensors, die Farbe Gelb sowie sämtliche damit zusammenhängende Marken und/oder Designs sind das geistige Eigentum der Abbott Unternehmensgruppe in ausgewählten Ländern.

ADC-2690442 v1.0




***Abb. 2:*** Der Vorschlag der DAK, aus Chart 34. Quelle: DAK-Gesundheitsmonitor 2026, Repräsentative Befragung von 1.015 Personen ab 16 Jahren in Deutschland, mündlich-persönliche Interviews, 18. bis 30. April 2026. Link: https://t1p.de/ea6sj

ran, dass ein ähnlich niedriges Vertrauen der Bevölkerung schon einmal bestand – zu Beginn des Jahrtausends, in der Ära der großen Gesundheitsreformen unter Ministerin Ulla Schmidt. Damals erholten sich Zufriedenheit und Vertrauen, nachdem die Reformen Wirkung zeigten. Dieses historische Muster gibt Storm Mut: „Da macht natürlich dieser Gesundheitsmonitor uns auch ein Stück weit Mut, denn wir haben gesehen, dass unmittelbar nach der Jahrtausendwende das Zutrauen der Bevölkerung in das Gesundheitswesen und die Handlungsfähigkeit der Gesundheitspolitik ähnlich niedrig war wie heute. Dass dann aber die damals durchgeführten Reformen dazu geführt haben, dass dieses Vertrauen wieder zurückgewonnen werden konnte."

Das Vertrauen in die Reformfähigkeit der Politik ist freilich heute gering: Zwei Drittel der Bevölkerung sind zwar überzeugt, dass das Gesundheitssystem umfassend reformiert werden muss – vor zehn Jahren war das nur bei 41 Prozent der Fall. Doch nur 27 Prozent glauben, dass in den nächsten Jahren tatsächlich umfassende Reformen kommen werden. 54 Prozent glauben das nicht. Und die Aussicht auf stabile Kassenbeiträge? Nur 10 Prozent der Bürger:innen trauen der Politik zu, dieses erklärte Ziel zu erreichen. 68 Prozent zweifeln, bei den gesetzlich Versicherten sogar 70 Prozent.

Das Gesundheitssystem ist, in Storms Worten, krank. Die Diagnose liegt vor. Die Therapie ist bekannt. Was fehlt, ist der politische Mut zur Umsetzung – und die Bereitschaft, den Reformprozess als das zu begreifen, was er ist: eine Aufgabe nicht für Monate, sondern für Jahre. <<

von:
MVF-Chefredakteur Peter Stegmaier

**Literatur:**
DAK-Gesundheitsmonitor 2026, Repräsentative Befragung von 1.015 Personen ab 16 Jahren in Deutschland, mündlich-persönliche Interviews, 18. bis 30. April 2026. Link: https://t1p.de/ea6sj

## Echte Strukturreformen gefordert

>> In einem aktuellen Linkedin-Post erklärt Daniela Teichert, die 1. Vorsitzende des Vorstandes bei AOK Nordost, dass der Gesetzentwurf des GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetzes ein „notwendiges Signa" sei. Sie setzt jedoch dazu: „Mehr Ausgabendisziplin und eine stärkere Orientierung an den Einnahmen – das ist richtig und überfällig. Aber: Es ist nur ein Teil der Lösung." Wer nur am Budgetregler drehe, stabilisiere kurzfristig Beiträge, doch werde ein System mit strukturellen Fehlanreizen dadurch noch nicht nachhaltig verändert.

Nach Teicherts Ausführungen liegt die eigentliche Herausforderung weit tiefer verortet:

- Wir leisten uns zu viele parallele Strukturen.
- Wir steuern Versorgung zu wenig entlang von Patientenpfaden.
- Und wir setzen noch immer Anreize, die Menge belohnen – nicht Qualität.

Teichert weiter: „Solange sich daran nichts ändert, bleibt jede Ausgabenbegrenzung ein notwendiger, aber temporärer Effekt." Umso wichtiger sei jetzt der nächste Schritt: echte Strukturreformen:

- Sektorengrenzen überwinden und Versorgung konsequent neu denken
- Kapazitäten am Bedarf ausrichten statt historisch fortschreiben
- Ambulantisierung voranbringen – verbindlich, nicht nur punktuell

Die Empfehlungen der Finanzkommission würden laut AOK Nordost an der Stelle an entscheidenden Punkten ansetzen:

- Evidenzbasierte Medizin konsequent und über alle Leistungsbereiche der gesetzlichen Krankenversicherung hinweg stärken
- Rückkehr zu einer einnahmenorientierten Ausgabenpolitik

„Ich wünsche mir, dass diese Ansätze bis zum Jahresende in den nächsten Bericht der Finanzkommission Gesundheit übernommen werden, erklärt AOK-Nordost-Chefin Daniela Teichert. Ihr in die Zukunft gerichteter Ansatz: „Dort wird es um die entscheidende Frage gehen: Mit welchen Maßnahmen können mittel- und langfristig die Ausgaben für die gesetzlichen Krankenversicherung reduziert werden?" <<

## Fröschle: „Vorzeigebeispiel, wie zukunftsfähige Krankenhausversorgung aussehen kann“

>> Die Paracelsus Kliniken Deutschland haben Sebastian Schalk mit Wirkung zum 6. Mai 2026 zum Klinikgeschäftsführer der Standorte Adorf und Schöneck im Vogtland berufen. Er folgt auf Jan Müller, der das Unternehmen auf eigenen Wunsch verlassen hat. Schalk übernimmt gemeinsam mit der bestehenden Klinikleitung die Verantwortung für beide Standorte in einer zentralen Transformationsphase: Seit Oktober 2025 setzen die Paracelsus Kliniken im Vogtland ein innovatives Hybridmodell um, das stationäre und ambulante Versorgung konsequent miteinander verzahnt. Während der Standort Schöneck alle stationären Leistungen — darunter Allgemeinchirurgie, Gefäßchirurgie, Innere Medizin, Orthopädie, Geriatrie, Schmerzmedizin und Palliativmedizin — bündelt und dabei Orthopädie sowie Geriatrie gezielt ausbaut, fokussiert sich Adorf auf ambulante Operationen aller chirurgischen Fachgebiete sowie die Sprechstunden der Medizinischen Versorgungszentren. Das Modell ist ein Vorreiterprojekt bei der praxisnahen Umsetzung der aktuellen Gesundheitsreform. „Mit Sebastian Schalk gewinnen wir eine Führungspersönlichkeit, die genau das mitbringt, was unsere Standorte Adorf und Schöneck in dieser Phase brauchen: tiefe Erfahrung in der Transformation von Klinikstrukturen, ein klares Verständnis für ambulante und stationäre Versorgungsmodelle und die Fähigkeit, Menschen in Veränderungsprozessen mitzunehmen. Unser Hybridmodell im Vogtland ist bundesweit ein Vorzeigebeispiel dafür, wie zukunftsfähige Krankenhausversorgung aussehen kann“, erklärt Phillip Fröschle, CEO und Miteigentümer der Paracelsus Kliniken Deutschland.

Die Paracelsus Kliniken Deutschland gehören mit ihren 18 medizinischen Einrichtungen an 14 Standorten in Deutschland zu den bundesweiten Vorreitern bei der praktischen Umsetzung moderner Krankenhausstrukturen. Mit dem Hybridmodell im Vogtland wollen die Paracelsus Kliniken auch aufzeigen, wie wohnortnahe Versorgung, spezialisierte Medizin und wirtschaftliche Stabilität erfolgreich verbunden werden können. <<

## KKR 2026 „Flucht nach vorne“

>> Der Krankenhaus Rating Report 2026 „Flucht nach vorne“ (KRR 2026) schafft erneut die dazu nötige Transparenz im Krankenhausbereich - diesmal inklusive eines Ausblicks auf die kommenden Jahre bis 2035. Als Grundlage dienen rund 500 Jahresabschlüsse von etwa 900 Krankenhäusern die von den Studienautoren des RWI und der hcb GmbH mit freundlicher Unterstützung der Bank im Bistum Essen und der Ecclesia Gruppe analysiert wurden.

Studienautor Prof. Dr. Boris Augurzky sagt zum Report, der auf dem Hauptstadtkongress Medizin und Gesundheit am 25.06.2026 vorgestellt wird: „Die große Krankenhausreform hat mit dem KHAG endlich ihren Abschluss gefunden. Auch wenn nicht alle damit zufrieden sind, besteht doch zumindest Klarheit darüber, wie es ab jetzt weitergeht. Krankenhäuser können nun ihren Blick nach vorne richten und hoffentlich die in den vergangenen Jahren schlechte wirtschaftliche Lage hinter sich lassen. So motivierte sich der Titel, wenngleich schon mit dem GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz im kommenden Jahr die nächste große Herausforderung ansteht.“ <<

### News und Fakten

Wir lesen und recherchieren viel, können aber nicht alles erfassen, was unser Themenfeld betrifft. Deshalb die Bitte: Wenn Sie der Ansicht sind, dass in „Monitor Versorgungsforschung“ wichtige News und Fakten aufgenommen werden sollten, mailen Sie uns bitte!
Mailen Sie direkt an: stegmaier@m-vf.de

## BVPG wählt Simone Borchardt als Präsidentin

>> Die Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung (BVPG) hat auf ihrer Mitgliederversammlung einen neuen Vorstand gewählt. Simone Borchardt, gesundheitspolitische Sprecherin der CDU/CSU-Bundestagsfraktion, übernimmt das Amt der Präsidentin. Dr. Ellen Lundershausen und Ulrike Pernack werden Vizepräsidentinnen. Thomas Altgeld wird im Amt des Schatzmeisters bestätigt.




Simone Borchard folgt auf Dr. Kirsten Kappert-Gonther MdB (Bündnis 90/Die Grünen), die nicht erneut kandidierte. „Die Wahl erfüllt mich mit großer Freude“, sagte Borchardt. „Ich danke allen Mitgliedern herzlich für ihr Vertrauen und freue mich darauf, die Bundesvereinigung in den nächsten drei Jahren als fachlich starke, verlässliche und breit vernetzte Plattform zu repräsentieren.“ Bei der Mitgliederversammlung waren 56 BVPG-Mitglieder stimmberechtigt vertreten.

Simone Borchardt bringt mehr als 33 Jahre Berufserfahrung im Gesundheitswesen mit. Von der Krankenkasse über die Pflegepolitik bis hin zur parlamentarischen Arbeit – sie verfügt über umfassende Einblicke in das Gesundheitssystem. „Ich möchte meine Erfahrungen nutzen, um wichtige Impulse zu setzen“, betonte sie.

„Mein Ziel ist, Prävention in Deutschland strategisch, praxisnah und mit breiter gesellschaftlicher Verankerung voranzubringen. Gemeinsam mit den Mitgliedern der Bundesvereinigung möchte ich daran arbeiten, Gesundheitsförderung in allen Lebensbereichen stärker wirksam werden zu lassen.“ Aus Sicht der neuen BVPG-Präsidentin muss Prävention eine deutlich wichtigere Rolle in der gesundheitspolitischen Debatte spielen. „Dabei kann die BVPG Brücken bauen zwischen Ressorts, Institutionen und den vielen Akteuren, die sich in Deutschland für ein gesundes Aufwachsen, Arbeiten und Altern einsetzen“, sagte Borchardt. Diese Rolle als Brückeninstanz hält sie für unverzichtbar. Denn die aktuellen Herausforderungen ließen sich nicht aus einer einzigen Perspektive lösen. „Unsere größte Stärke ist die Vielfalt“, unterstrich sie. „Bei uns kommen sehr unterschiedliche Akteure zusammen – genau das macht uns relevant.“ <<

Serie Teil 2: Das Modell Holzminden

# Eine Blaupause für die integrierte Versorgung

Die deutsche Krankenhauslandschaft befindet sich im Epizentrum der umfassendsten Strukturreform seit Einführung der DRGs. Das seit Dezember 2024 geltende Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVVG) markiert dabei einen absoluten Paradigmenwechsel: Weg von einer rein mengengesteuerten Logik, hin zu einer qualitätsorientierten, gestuften Versorgungsstruktur. In diesem strategischen Neuentwurf nehmen die Sektorenübergreifenden Versorger (SÜV) – manchmal auch als (RGZ) oder Primärversorgungseinheiten (PVE) bezeichnet, im Reformdiskurs eher technokratisch „Level-1i-Häuser" tituliert – eine wichtige Schlüsselrolle ein. Im zweiten Teil der neuen MVF-Serie „Versorgung neu gedacht – Deutschland baut um" (1) steht das Modell Holzminden im Fokus, das als eines der hierzulande allerersten Regionalen Gesundheitszentren weit mehr als ein regionales Projekt ist: Als Antizipation der bundesweiten Krankenhausreform liefert es die Blaupause für die praktische Ausgestaltung eines arbeitsteiligen Systems nach Leveln. Zudem nimmt das Bundesland Niedersachsen hierbei eine absolute Vorreiterrolle ein, indem es bereits die dafür notwendigen gesetzlichen Rahmenbedingungen in seinem Niedersächsischen Krankenhausgesetz (NKHG) flexibilisiert hat, mit dem solche hybriden Modelle überhaupt erst legal ermöglicht werden.

>> In der Perspektive der Gesundheitsökonomie ist das „Level 1i" – anders als in vielen Diskussionen und Beiträgen dargestellt – weder ein „Krankenhaus light" noch die Inkarnation eines Kliniksterbens in der Fläche, Es ist vielmehr die notwendige Antwort auf seit vielen Jahrzehnten manifestierte Fehlsteuerungsanreize der bisherigen Krankenhausplanung der letzten Dekaden. Die aktuelle Planung des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) sieht unter anderem vor, dass künftig etwa 350 Standorte als „Level-1i"-Klinken – richtiger und positiver bezeichnet als Sektorenübergreifende Versorger (SÜV) – fungieren sollen. Dies entspricht immerhin einer Quote von rund 20% aller derzeitigen Krankenhausstandorte in Deutschland.

Um die Tragweite dieser Transformation zu erkennen, muss man jedoch SÜV im Kontext der gesamten Krankenhaus-Versorgungsmatrix in Deutschland betrachten: Den 350 SÜV-Standorten stehen 419 Krankenhäuser der Stufe Level 1n (Grundversorgung), 325 Fachkrankenhäuser sowie weitere 136 Maximalversorger der Stufe Level 3 gegenüber. So betonte der damalige Bundesgesundheitsminister, Prof. Dr. Karl Lauterbach, schon anno 2023 im Rahmen der zu dieser Zeit beginnenden Debatte um die geplante Krankenhausreform (KHVVG), dass die „Etablierung von Level-1i-Häusern kein Ausdruck von Mangelverwaltung, sondern die Conditio sine qua non für das Gelingen der Krankenhausreform" sei. SÜV fungierten als strukturelle Auffanglösung für Standorte, die unter den Bedingungen einer hochspezialisierten Medizin ökonomisch nicht mehr finanzierbar wären oder die notwendigen Mindestfallzahlen für komplexe Leistungsgruppen nicht erreichen könnten.

Oder die wie im Fall von Holzminden schlichtweg Insolvenz anmelden mussten. Die Gründe für den durch die Trägergesellschaft, die Agaplesion gAG, am 18. August 2023 gestellten Insolvenzantrag für das Krankenhaus und das zugehörige MVZ waren eine Kombination aus akuter Zahlungsunfähigkeit, fehlendem Personal für einen Rumpfbetrieb und strukturellen Problemen der Krankenhauslandschaft. Infolge der Ende November 2023 erfolgten Klinikschließung war der Landkreis Holzminden zeitweise der erste Landkreis in Niedersachsen ohne jegliche stationäre Krankenhausversorgung.

Mit dem Wegfall des zentralen Pfeilers der regionalen Gesundheitsversorgungsinfrastruktur wurde aber auch das benachbarte Krankenhaus Höxter überbelastet. Zudem wurde das Notrettungssystem durch weitere Fahrtzeiten und die Bindung in sogenannten „unechten" Notfällen – Patienten, die eine stationäre Überwachung, aber keine Akutintervention benötigen – blockiert.

Höchste Zeit also für Kommune und Land zu agieren. Auch weil die Analyse der demografischen und versorgungsstrukturellen Daten eine dramatische Zuspitzung offenbarte, die noch über das übliche Maß ländlicher Strukturprobleme hinausgeht:

- **Status quo:** 52.538 Personen über 65 Jahre leben aktuell im 30-Minuten-Fahrtzeitradius um Holzminden.
- **Prognose 2033 (65+):** Ein Anstieg auf 64.890 Personen (+23,51%).
- **Kritischer Fokus (75+):** Die besonders pflege- und geriatrieintensive Gruppe der über 75-Jährigen wächst um +26,8% an, was einem absoluten Zuwachs von 7.219 Personen entspricht und eine präventive und geriatrisch fokussierte Versorgungsstruktur zwingend erforderlich macht.
- **Hausärztliche Versorgung:** Laut Prognose der KV Nordrhein wird zudem der Versorgungsgrad im Planungsbezirk Nord bis 2035 auf lediglich 50–60% sinken. Exemplarisch dafür stand das drohende Aus einer Praxis mit drei Sitzen und 4.000 betreuten Patient:innen ohne Nachfolgeregelung, welches jedoch im Zuge der RGZ-Gründung durch Übernahme und Fortführung der Praxis durch das RGZ abgewendet werden konnte.

Dies wissend und ins Kalkül ziehend, konnte schon kurz nach offizieller Klinikschließung zumindest das vom Krankenhaus mitbetriebene Medizinische Versorgungszentrum (MVZ) weitergeführt werden, um die ambulante Versorgungsebene auch weiterhin absichern zu können. Andererseits wurde mit Unterstützung der beiden Beratungsunternehmen




RGZ und MVZ in einem Haus: Sie bilden das Weser-Med-Zentrum. Copyright: RGZ Holzminden

consus.health (Accenture) und HC&S ein sogenanntes Regionales Gesundheitszentrum (RGZ) eingerichtet, das durch eine Ministerentscheidung des niedersächsischen Gesundheitsministers Dr. Andreas Philippi (SPD) seit Mai 2025 eine stationäre, wenn auch eingeschränkte Versorgung anbieten kann. (2)

Das aus der Insolvenz entstandene RGZ wurde damit befähigt, einen großen, wenn nicht gar wegweisenden Schritt für die deutsche Gesundheitsversorgung zu gehen. Obwohl es vorerst „nur" eine integrierende Brücke zwischen ambulanter und stationärer Versorgung darstellt, ist es vollständig in den niedersächsischen Krankenhausplan integriert. Es kann damit als hybride Antwort auf ein absehbares Versorgungsvakuum verstanden werden, das das bisherige Modell der strikten Trennung zwischen ambulanter Hausarztversorgung und stationärer Akutmedizin ablöst. Dies mit dem erklärten Ziel, den Versorgungsbedarf einer rapide alternden Gesellschaft auch künftig und vielleicht sogar besser – weil auf die tatsächlichen Bedarfe vor Ort angepasst – decken zu können.

Möglich macht das in Niedersachsen der dort seit einigen Jahren verhandelte § 3 Nr. 12 (3) des Niedersächsischen Krankenhausgesetzes (NKHG). Dieser kennt seit dem 1. Januar 2023, und damit passenderweise ein paar Monate vor der Insolvenz des Holzmindener Krankenhauses, den Begriff des Regionalen Gesundheitszentrums (RGZ). Paragraf 3 Nr. 12 soll – eine tägliche Erreichbarkeit (24h), ambulante fachärztliche Versorgung sowie eine (auch im Sinne des SGB XI) bettenführende Pflegeeinheit vorausgesetzt – ganz explizit:

- eine sektorenübergreifende, wohnortnahe medizinische Versorgung durch interdisziplinäre Zusammenarbeit verschiedener Leistungserbringer ermöglichen und
- bestehende Leistungserbringer in ein auf den regionalen Bedarf ausgerichtetes Gesamtkonzept integrieren.

## Neustart ohne Overheadkosten

Wichtig ist, dass die vorausgegangene Insolvenz als absolut erfolgskritischer Faktor zu verstehen ist und die Transformation in Holzminden alles andere als ein freiwilliger Pilotversuch, vielmehr das Resultat einer akuten Versorgungskrise war. Das betonen der von HC&S kommende Ingo Goldammer und Tobias Orthmann (früher kaufm. Beratung von Heilberufen und tätig im Aufbau ambulanter Versorgungsmodelle), die seit Gründung gemeinsam die RGZ Holzminden GmbH führen. Ein entscheidender Erfolgsfaktor des Holzmindener Wegs war laut ihren Aussagen die konsequente Abkehr von alten Strukturen. Erst das Prinzip einer „neuen Gesellschaft ohne Altlasten" hätte es erlaubt, das RGZ betriebswirtschaftlich und personell auf einem „weißen Blatt Papier" zu planen.

Ein eindeutiger Vorteil: In der klassischen Krankenhausberatung ist bekannt, dass die Transformation bestehender Häuser nur zu oft an Altlasten wie verkrusteten Tarifstrukturen, Pensionsverpflichtungen und unflexiblen Raumkonzepten scheitert. So aber konnte durch die rechtliche RGZ-Neugründung jeder Vertrag – von der Reinigung bis zur Medizintechnik und IT-Infrastruktur – auf den weit geringeren Bedarf eines künftigen Level-1i-Hauses angepasst, verhandelt und geschlossen werden. Dies verhinderte zum einen das Mitschleppen der Overheadkosten des ehemaligen Vollkrankenhauses, ermöglichte zum anderen die Nutzung vorhandener Infrastruktur des ehemaligen Krankenhauses, wobei das Gebäude in kommunale Trägerschaft überging.

Zudem schuf die enge Einbindung der lokalen Politik und des MVZ Holzminden das notwendige Vertrauen bei der Bevölkerung. Zusätzliche Synergieeffekte entstanden durch ein interdisziplinäres Versorgungscluster, indem die physische Nähe und organisatorische Verzahnung regional tätiger Hausärzt:innen, Internist:innen, Chirurg:innen und Radiolog:innen weitergenutzt werden konnte. Ein

weiteres operatives Erfolgsgeheimnis stellte die Hebung von personellen Synergien dar, da Fachärzt:innen des MVZ gleichzeitig die fachliche Aufsicht im RGZ unterstützen können, ohne dass doppelte Vorhaltestrukturen geschaffen werden müssen.

## Vorreiter Niedersachsen

Alleine der Fakt, dass das RGZ Holzminden als sektorenübergreifendes Bindeglied konzipiert ist, das stationäre Kapazitäten der Grundversorgung mit einem breiten ambulanten Spektrum verzahnt, und zudem auf der Rechtsgrundlage des Niedersächsischen Krankenhausgesetzes (NKHG) agieren kann, ist ein absolutes Prä. Obendrein eines, das es bislang nur in diesem Bundesland gibt! Bisher sind RGZ rechtlich nur in Niedersachsen (zuerst in Ankum, dann in Norden, Bad Gandersheim und Holzminden) möglich, weil sie fest im Krankenhausplan des Bundeslandes verankert sind. Alle anderen Bundesländer warten stattdessen unverständlicherweise auf entsprechende bundesweite Regelungen.

Diese sind zwar im seit Dezember 2024 geltenden KHVVG angelegt, jedoch stehen bislang die künftigen Tagesentgelte noch nicht fest. Darum finanziert sich aktuell der stationäre Teil des RGZ Holzminden noch über Fallpauschalen (DRG), weil es formell als Krankenhaus im landesweiten Bettenplan geführt wird. Auf der anderen Seite rechnet das MVZ ambulant erbrachte Leistungen über die zuständige Kassenärztliche Vereinigung (KV) ab. Mit der geplanten Umwandlung in einen Sektorenübergreifenden Versorger (SÜV/Level 1i) wird sich dieses Abrechnungsprocedere jedoch ändern, weil dann krankenhausindividuelle Tagesentgelte eingeführt werden. Goldammer und Orthmann: „Wie genau dieser Tagessatz ermittelt wird und wie hoch der für die einzelnen Häuser ausfällt, steht bisher aber noch nicht fest. Es ist Sache der Selbstverwaltungsparteien, das möglichst zügig zu regeln."

Zudem operieren Pionierprojekte wie Holzminden in einer ökonomischen Übergangsumgebung. Obwohl die Krankenhausreform eine Vorhaltefinanzierung verspricht, müssen Modelle wie Holzminden ihre Wirtschaftlichkeit durch radikale Kosteneffizienz in der Vorhaltung erkämpfen. Für Holzminden ist der Zeitverzug dennoch nicht erfolgskritisch, eben weil ein Teil der Einnahmen über Fallpauschalen abgerechnet werden kann. Anders sieht das für unzählige andere bundesdeutsche Standorte aus. Diese beklagten eine dadurch fehlende Planungssicherheit, weshalb dortige Standorte „auf glühenden Kohlen sitzen" und händeringend auf das KHVVG warten.

Doch auch für Holzminden besteht in Zukunft ein Stück weit Unsicherheit: „Sobald feststeht, wie die krankenhausindividuellen Tagesentgelte gerechnet werden, müssen wir für uns analysieren, ob unser Ansatz auch dann noch wirtschaftlich funktioniert. Das wissen wir momentan noch nicht im Detail, aber wir gehen davon aus", erklären Goldammer und Orthmann gegenüber „Monitor Versorgungsforschung". In dem Zuge sollten die Selbstverwaltungsparteien ihrer Ansicht nach gleich auch über die Vergütungsstruktur für den ambulanten RGZ-Part nachdenken, den man als klassische Primärversorgungseinheit (PVE) betrachten kann. Im Kontext der Einführung künftiger Primärversorgungszentren merken die beiden Holzmindener Geschäftsführer an, dass man über eine an die neue Versorgungsstruktur angepasste Vergütungsstruktur für die Hausärzteschaft nachdenken müsse, da das aktuelle System mit seinen eng getakteten Sprechstunden beispielsweise eine offene Anlaufstelle für Notfälle oder auch eine Kontaktstelle für die pflegerische Langzeitversorgung wirtschaftlich kaum zulasse.

Auf Basis des MVF-Gesprächs mit Goldammer und Orthmann lassen sich die operativen Erfahrungen, die strukturellen Hinderungsgründe und die strategischen Empfehlungen zusammenfassen:

**1. Erfahrungen aus der Praxis: „Ambulant denken, stationär handeln"**

Eine zentrale Erfahrung ist, dass ein Regionales Gesundheitszentrum (RGZ) nur dann erfolgreich ist, wenn es konsequent „ambulant gedacht" wird. Ihr Vorteil: Beide kennen sowohl die ambulante als auch die stationäre Welt und konnten das Projekt in Holzminden mit einer schlanken Kostenstruktur aufsetzen, die sich deutlich von klassischen Krankenhäusern unterscheidet.

**2. Hohe Patientenzufriedenheit**

Eine weitere Erkenntnis nach einem Jahr RGZ-Betrieb ist die hohe Patientenzufriedenheit, die ihren Angaben nach gefühlt (es gab keine Befragungen und Evaluationen dazu) bei fast 100% liegt. Sie berichten von Patient:innen, die sogar den Mehrwert gegenüber größeren Häusern schätzen: Die Wege sind kurz, die Abläufe schneller und die Versorgung ist durch die enge Verzahnung mit der Pflege persönlicher. Zudem ist ein Facharzt im RGZ oft innerhalb von zehn Minuten bei dem Patienten, während dieser in einer überfüllten Notaufnahme eines höherstufigen oder gar Maximalversorgers oft Stunden warten müsste.

**3. Tragfähigkeit des Konzepts**

Wirtschaftlich zeigt ihre Erfahrung, dass beide Einheiten – das ambulante MVZ und der stationäre Teil des RGZ – perspektivisch für sich allein tragfähig sein können. Während das bisherige MVZ lange Zeit defizitär gewesen war, wurde in Holzminden bereits ein Turnaround geschafft. Für den stationären Bereich ist der Break-Even allerdings noch nicht erreicht. Er liegt bei einer Belegungsquote von etwa 10 bis 12 Betten der vorhandenen 20 (18 für Innere Medizin, 2 für Chirurgie – zugeschnitten auf eine Patientenschaft mit einfachen internistischen und chirurgischen Diagnosen sowie ältere, multimorbide Patient:innen).

## Hinderungsgründe und rechtliche Hürden

Trotz ihrer schon erkennbaren Erfolgsgeschichte identifizieren Goldammer und Orthmann Barrieren für die Umsetzung ihres Transfermodells. Vor allem beklagen sie „fehlende Akzeptanz" und „Beharrungstendenzen". So gebe es Tendenzen bei einigen niedergelassenen Ärzt:innen und dem Rettungsdienst, an alten Einweisungswegen festzuhalten. Eines der signifikantesten Probleme ist ihren Angaben zufolge das Sicherheitsdenken der Zuweiser (Notärzt:innen, Rettungsdienst, Hausärzt:innen). Aus Sorge vor Weiterverlegungen würden Patient:innen teilweise direkt in Level-2- oder 3-Häuser gesteuert, auch wenn eine Behandlung im RGZ medizinisch adäquater wäre.

Diese Art der „Defensivmedizin" führe zu unnötigen Transporten und einer Überlastung der Maximalversorger. Will auch heißen: Neue Versorgungsangebote benötigen eine „kommunikative Anlaufkurve". Ständige persönliche Kommunikation und „Klinken putzen" sind laut Goldammer und Orthmann notwendig, um nach und nach Vertrauen in ein neues Modell zu schaffen. Hier sind die beiden RGZ-Chefs jedoch zuversichtlich: Nach der anstrengenden Aufbauphase der letzten eineinhalb Jahre haben sie für die-




Das RGZ-Team (links) und die beiden RGZ-Geschäftsführer rechts: Ingo Goldammer und Tobias Orthmann. Copyright: RGZ Holzminden

se wichtigen Kommunikationsaufgaben nun etwas mehr Zeit und werden diese nutzen. Ihre Erfahrung zeigt aber auch, dass die sich nach und nach weiter aufbauende Akzeptanz des Modells erst durch den Live-Betrieb und vor allem durch die erbrachte Qualität der hier geleisteten Versorgung wächst. Andererseits wirken sich Einschränkungen in den Aufnahmezeiten unmittelbar auf die Zuweisungsströme aus und erfordern eine präzise Steuerung der Belegungskapazitäten.

## Strategische Empfehlungen der RGZ-Geschäftsführer

Für ihre eigene Zukunft und die Translation von Level-1i-Häusern in anderen Regionen geben Goldammer und Orthmann klare Empfehlungen ab:

**1. Nutzung des Transformationsfonds:**

Da die Umwandlungskosten (Sozialpläne, Vertragsauflösungen) nicht aus den laufenden Erlösen der 20-Betten-Station finanziert werden können, ist eine staatliche Anschubfinanzierung zwingend erforderlich, damit die neuen Häuser nicht direkt nach dem Start pleitegehen.

**2. Konsequente Arbeitsteilung:**

Die Versorgung muss nach dem Prinzip „Niedrigstes Level zuerst" organisiert werden. Das RGZ sollte als „Überlaufbecken" für einfache Fälle fungieren, um die Maximalversorger (vor allem Level 3) für hochkomplexe Behandlungen freizuhalten.

**3. Vernetzung und Steuerung:**

Ein RGZ kann nur im engen Schulterschluss mit der Kommunalpolitik, den Zuweisern und benachbarten Akutkrankenhäusern funktionieren. Ideal ist die Bildung einer Versorgungsregion, in der Patient:innen gezielt gesteuert werden.

**4. Integration innovativer Rollen:**

Langfristig empfehlen sie den Einsatz von „Flying Nurses" oder auch Community Health Nurses, um Patient:innen bereits im häuslichen Umfeld telemedizinisch unterstützt zu versorgen. Dies würde den ambulanten Sektor weiter entlasten, setzt aber neue, bisher nicht existente Abrechnungswege im Regelversorgungssystem voraus.

Zusammenfassend betonen beide ganz ausdrücklich, dass ein RGZ-Modell kein Ausdruck von Mangel ist, sondern ein „eigenständiges, qualitativ hochwertiges Versorgungsmodell, das die Lücke zwischen Hausarzt und Großklinikum schließt". Das RGZ versteht sich zudem als Nukleus eines „Gesundheitscampus". Über die Basiselemente hinaus wurden und werden daher weitere Angebote integriert:

**1. Ambulantes OP-Zentrum:**

Ermöglicht chirurgische Eingriffe ohne stationäre Übernachtung, nutzt aber die Infrastruktur des RGZ als Back-up.

**2. Medizinisches Versorgungszentrum:**

Die enge Kooperation mit dem MVZ Holzminden sichert den Zugriff auf radiologische und endoskopische Diagnostik sowie ein breites Facharztspektrum (Kardiologie, Neurologie, Chirurgie etc.).

**3. Weitere potenzielle Angebote:**

Geplant ist die Integration von Tagespflegeplätzen sowie einer stationären Pflegeeinrichtung. Auch komplementäre Dienstleister wie Optiker, Apotheken oder sozialpsychiatrische Dienste sind als Satellitenangebote vorgesehen, um den Standort als ganzheitlichen Anlaufpunkt zu etablieren.

## Das RGZ-Modell als Blaupause für die integrierte Versorgung

Das Regionale Gesundheitszentrum Holzminden hat bereits jetzt den Praxistest bestanden. Trotz der massiven Herausforderungen einer Klinikschließung und des erheblichen Erklärungsbedarfs im System zeigt sich: Die Qualität der Versorgung und die Patientenzufriedenheit sind überraschend hoch. Und auch die Kostenstruktur ist bereits in der Anlaufphase besser als ursprünglich kalkuliert – die Erlösstruktur entspricht weitgehend den Planungen. Zusammenfassend

| Erfolgskritische Faktoren versus operative Umsetzung | |
|---|---|
| **Erfolgskritischer Faktor** | **Strategische Umsetzung (Modell Holzminden)** |
| Maximale Kosteneffizienz | Nutzung gemeinsamer Infrastruktur (MVZ/RGZ), radikaler Verzicht auf redundante Verwaltung. |
| Konsequente Arbeitsteilung | RGZ für Basis/Geriatrie, Level 3 für Akutintervention; klare Definition von Ausschlusskriterien |
| Einbindung der Verteiler | Aktive Einbindung von Pflegediensten und Heimen als Hauptzuweiser für das RGZ-Klientel |
| Innovation in der Pflege | Einsatz von „Flying Nurses" und sektorenübergreifenden Pflegepools zur Abdeckung von Lastspitzen |
| Digital-First-Ansatz | Telemedizinische Anbindung an Spezialist:innen zur Kompensation der geringeren ärztlichen Präsenzzeit |
| Marketing & Akzeptanz | Offensive Kommunikation des RGZ als moderne, spezialisierte Einrichtung für die Generation 75+ |

***Tab. 1:*** Erfolgskritische Faktoren versus operative Umsetzung. Eigene Darstellung.

lässt sich festhalten: Das RGZ Holzminden kann tatsächlich als Blaupause für integrierte Versorgungszentren der Zukunft verstanden werden, weil es das Dogma der Sektorentrennung durch eine gelebte und agile Praxis der Kooperation und Integration bricht. Es optimiert obendrein die Vorhaltekosten ohne Qualitätsverlust und bietet eine ökonomisch nachhaltige Antwort auf den immer weiter wachsenden demografischen Druck.

Für die deutsche Krankenhausreform bedeutet das aber auch: Der Erfolg wird nicht in den Metropolen entschieden, sondern in der Fähigkeit, Modelle wie Holzminden flächendeckend auszurollen. Das RGZ ist kein „Krankenhaus zweiter Klasse", sondern der notwendige Evolutionsschritt hin zu einem neuen, vor allen Dingen aber intelligenten, arbeitsteiligen und patientenzentrierten Gesundheitssystem. Die Transformation von 20% der Krankenhausstandorte zu Level 1i ist damit keine Drohung, sondern muss als Chance auf eine dauerhafte Sicherung der wohnortnahen medizinischen Grundversorgung in der Fläche verstanden werden. So können vor allem Level-2- und 3-Häuser von Fällen entlastet werden, die keine hochspezialisierte Infrastruktur benötigen. Ohne diese Entlastung droht den Notaufnahmen der Maximalversorger ein systemischer Kollaps durch „Überkapazitätsbeanspruchung bei niedrigschwelligen Diagnosen".

## Strategische Empfehlungen und systemische Bedeutung

Die „Lessons Learned" aus Holzminden lassen sich direkt auf andere strukturschwache Regionen, die vor der Herausforderung einer weitläufigen Flächenregion mit drohender Unterversorgung und einer alternden Bevölkerung stehen, übertragen. Für solche Regionen – von denen es mehr gibt, als man gemeinhin erwartet (4) – bedeutet dies: Kommune und Land dürfen nicht warten, bis das letzte Krankenhaus insolvent ist. Die Planung von Versorgungslogistik und die Etablierung von Level-1i-Häusern müssen proaktiv erfolgen, wobei die digitale Komponente als „Kitt" zwischen den Standorten fungiert. Ein bisher oft unterschätzter Faktor, der in der weiteren Entwicklung eine zentrale Rolle spielen muss, ist die digitale Vernetzung. Das Prinzip „Niedrigstes Level zuerst" kann nur funktionieren, wenn die Daten des Patienten (E-Akte, Telemedizin) nahtlos zwischen RGZ, Hausarzt und Maximalversorger fließen und genutzt werden. Das Modellprojekt in Holzminden liefert die empirische Evidenz für die praktische Umsetzbarkeit dieser bisher rein theoretischen Konzepte.

## RGZ in fünf Bundesländern

Die Etablierung von Regionalen Gesundheitszentren hat sich in Deutschland seit 2023 als eine mögliche Antwort auf Krankenhausschließungen und die Sicherstellung der ländlichen Gesundheitsversorgung entwickelt. Mit Stand Mai 2026 gibt es bundesweit – soweit online recherchierbar – sechs RGZ- oder RGZ-ähnliche Standorte, die sich auf fünf Bundesländer verteilen. Die Verteilung zeigt, dass der Roll-out primär in Flächenländern stattfindet, in denen die Wege zur nächsten stationären Maximalversorgung besonders weit und/oder gefährdet sind.

So treibt der Verband der Ersatzkassen (vdek) das RGZ-Konzept unter dem Begriff „Regionale Gesundheitspartner" in Nordrhein-Westfalen und Brandenburg voran. Am Standort Gronau-Epe (NRW), der im Juni 2024 eröffnete, steht die Delegation ärztlicher Aufgaben im Mittelpunkt. Physician Assistants (PA) unterstützen bei der Behandlung chronisch Kranker, während nichtärztliche Praxisassistentinnen für Hausbesuche mit speziellen Telemedizinrucksäcken ausgestattet werden. Dies ermöglicht die Übertragung medizinischer Daten in Echtzeit an die Praxis, wo bei Bedarf ein Arzt telemedizinisch zugeschaltet werden kann.

Das Bundesland Niedersachsen nimmt aufgrund seines fortschrittlichen Krankenhausgesetzes eine absolute Vorreiterrolle ein: Es beheimatet rund die Hälfte aller aktuellen RGZ-Standorte – fast alle sind „echte" RGZ, also jene mit stationärer Anbindung.

Einige der etablierten RGZ stammen aus dem mit 11 Millionen Euro vom Innovationsfonds geförderten STATAMED-Projekt (5). Zielgruppe sind vor allem ältere Patient:innen mit akuten Infekten oder chronischen Erkrankungen, die eine ärztliche und pflegerische Rund-um-die-Uhr-Versorgung für wenige Tage benötigen, ohne in ein klassisches Krankenhaus eingewiesen werden zu müssen.Das Konzept umfasst zudem Patientenlotsen und „Flying Nurses", die Patient:innen nach der Entlassung zu Hause weiterbetreuen sollen.

In den Standorten Bad Gandersheim und Norden (sowie Sulingen) wird eine kurzstationäre, allgemeinmedizinische Versorgung erprobt. Beim RGZ BürgerGesundheitsPark Bad Gandersheim gibt es eine Besonderheit, da aus finanziellen Gründen der stationäre Betrieb zum 31. März 2026 eingestellt werden musste und das Angebot auf Kurzzeitpflege umgestellt werden soll.

Trotz der innovativen Ansätze ist die finanzielle Basis vieler RGZ angespannt. Ein Beispiel dafür ist Anevita, die Trägergesellschaft der Kliniken Aurich-Emden-Norden, die u. a. auch für das RGZ in Norden (ebenfalls STATAMED-Partner) zuständig ist. Diese verzeichnet ein negatives Konzernjahresergebnis in Millionenhöhe. Allerdings weisen die Krankenhäuser der Trägergesellschaft eine in vielen wichtigen Bereichen positive Entwicklung auf. Sowohl das Konzernjahresergebnis von 2024 als auch Ergebnis, Leistungszahlen und Personalentwicklung 2025 zeigen eine deutliche Aufwärtsdynamik (6). Das RGZ in Norden ist übrigens auch der einzige Standort, der eine eingeschränkte Notfallversorgungseinheit vorhält, die allerdings nur unter Vorbehalt der weiteren Förderung auch bis zum Umzug in die Zentralklinik Ostfriesische Meere erhalten bleiben soll.

Strukturelle Defizite gefährden den langfristigen Betrieb vieler Zentren, selbst wenn zum Beispiel der Standort Norden für 2026 vorerst gesichert ist. Auch am Standort Ankum-Bersenbrück, dem ersten RGZ Niedersachsens, bleibt die Zukunft des ehemaligen Marienhospitals ungewiss, da die genauen Auswirkungen der Reform auf die Finanzierung und den Status solcher Einrichtungen noch nicht abschließend geklärt sind. Aber auch die Teilnehmer des STATAMED-Projekts stehen nach Projektende im März 2027 vor erheblichen finanziellen und regulatorischen Herausforderungen, sollten bis dahin noch keine krankenhausindividuellen Tagesentgelte verhandelt oder individuelle Nachfolgelösungen vereinbart sein. <<

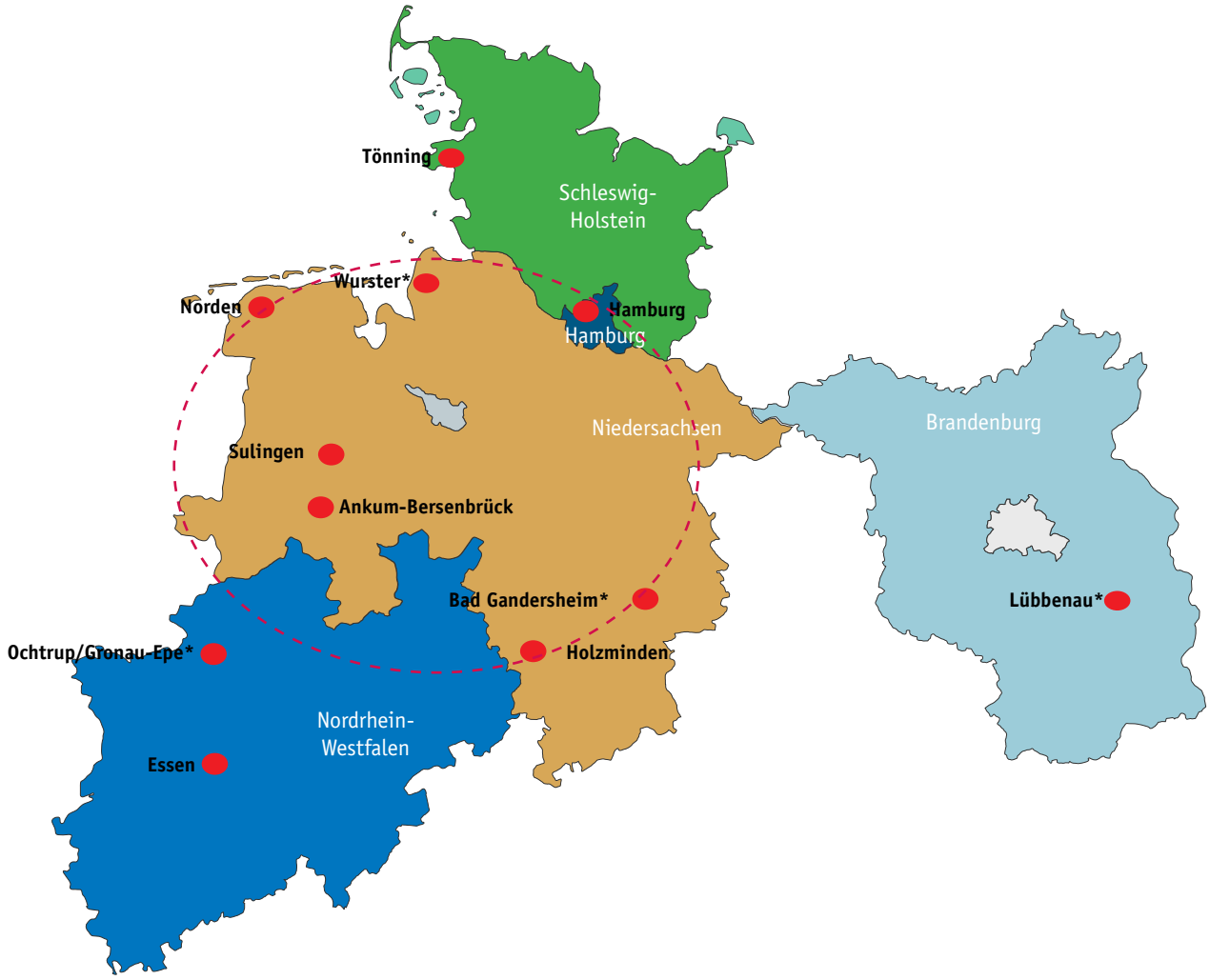
von: MVF-Chefredakteur Peter Stegmaier

**Literatur:**
1: Serienteil 1 in MVF 02/26: https://t1p.de/530fn
2: https://t1p.de/vhm1z
3: https://t1p.de/vx94l
4: https://t1p.de/7uvpt
5: https://t1p.de/iwmmt
6: https://t1p.de/rz29h

## Zitationshinweis

Stegmaier, P.: „Eine Blaupause für die integrierte Versorgung", in „Monitor Versorgungsforschung" (03/26), S. 34–39. http://doi.org/10.24945/MVF.03.26.1866-0533.2831


**Regionale Gesundheitszentren und RGZ-ähnliche Modelle in fünf Bundesländern**




| Regionale Gesundheitszentren (RGZ) und RGZ-ähnliche Modelle in fünf Bundesländern | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **Stadt** | **Land** | **Start** | **Name/Trägerschaft** | **Link** |
| Ankum-Bersenbrück | NS | April 2023 | Niels-Stensen-Kliniken Marienhospital Ankum-Bersenbrück: erstes RGZ in Niedersachsen | https://t1p.de/vgxnf |
| Essen | NRW | Juli 2023 | Teilnehmende des Innovationsfondsprojekts STATAMED: drei Klinikstandorte in der Region der AOK Rheinland/Hamburg sowie drei Klinikstandorte in der Region der AOK Niedersachsen | https://t1p.de/ppsrn |
| Hamburg | HH | | | |
| Norden | NS | | | |
| Sulingen | NS | | | |
| Bad Gandersheim* | NS | | Der BürgerGesundheitsPark Bad Gandersheim hat den stationären Betrieb zum 31. März 2026 eingestellt. Stattdessen ist geplant, das Angebot auf Kurzzeitpflege umzustellen | https://t1p.de/kcfup |
| Tönning | SH | Juni 2016 / 2024 | Klinikum Nordfriesland mit drei Akutkliniken in Husum, Niebüll und Föhr-Amrum plus Integration von MVZ-Facharztpraxen im RGZ Tönning | https://www.klinikum-nf.de |
| Ochtrup/Gronau-Epe* | NRW | Mai 2024 | Gemeinschaftspraxis Gesenhues & Partner; Pilotprojekt der „Regionalen Gesundheitszentren" (RGZ) des Verbands der Ersatzkassen e. V. (vdek) | https://t1p.de/o35kr |
| Wurster* | NS | Mai 2024 | Regionales Versorgungszentrum Wurster Nordseeküste, vdek-Pilotprojekt | |
| Lübbenau* | BB | Oktober 2024 | Pilotprojekt der „Regionalen Gesundheitszentren" (RGZ) des Verbands der Ersatzkassen e. V. (vdek) | https://www.mzl-gmbh.de |
| Holzminden | NS | Mai 2025 | Umwandlung in RGZ nach Klinikschließung | https://rgz-holzminden.de |

***Tab. 2:*** „Regionale Gesundheitszentren (RGZ) und RGZ-ähnliche Modelle in fünf Bundesländern" gibt einen Überblick über die aktiven RGZ und vergleichbare Modellprojekte in Deutschland. * RGZ-ähnliche Modelle – oft MVZ – meist ohne stationäre Ebene. Legende: BB = Brandenburg, HH = Hamburg, NRW = Nordrhein-Westfalen, NS = Niedersachsen, SH = Schleswig-Holstein. Tabelle: eigene Darstellung; Stand: 12.05.2026. Grafik: Sonja Hamann. Copyright: MVF.

Ergebnisse des RKI-Forschungsprojekts IMPRESS

# Trotz klarer Empfehlung bleiben viele ungeimpft

Wer zur Risikogruppe gehört, lässt sich nicht automatisch häufiger gegen Grippe impfen – das ist eine der zentralen Erkenntnisse einer aktuellen Befragung des Robert Koch-Instituts. Im Rahmen des Forschungsprojekts IMPRESS wurde im Oktober 2025 erstmals ein umfassendes Impfakzeptanz-Monitoring durchgeführt, das rund 3.300 Personen erfasste, für die die Ständige Impfkommission eine jährliche Grippeimpfung ausdrücklich empfiehlt: Menschen ab 60 Jahren, Personen mit impfrelevanten Grunderkrankungen, Schwangere sowie medizinisches Fachpersonal.




***Abb. 1:*** Wahrgenommene Wichtigkeit der Grippeimpfung. 7 von 10 ab 60-Jährige mit impfrelevanter Grunderkrankung halten die Grippeimpfung für (eher) wichtig für ihre Gesundheit, bei Gleichaltrigen ohne Grunderkrankung sind es weniger als 6 von 10. 4 von 10 unter 60-Jährige mit Grunderkrankung bewerten die Impfung als wichtig, ebenso viele sind unentschieden. Bei medizinischen Berufsgruppen ist der Anteil derjenigen, die die Grippeimpfung für (eher) unwichtig halten mit rund 3 von 10 Personen größer als in den drei anderen Gruppen. Chart 10 aus RKI-Forschungsprojekt IMPRESS.

>> Das Ergebnis ist ernüchternd. In der Saison 2024/2025 ließen sich lediglich etwa sieben von zehn Personen ab 60 Jahren mit einer Grunderkrankung impfen – die aktivste Gruppe im Vergleich. Bei Gleichaltrigen ohne Grunderkrankung waren es nur rund fünf von zehn. Noch deutlicher fällt die Lücke bei jüngeren Risikogruppen aus: Unter 60-Jährige mit Grunderkrankung sowie medizinisches Personal wiesen mit jeweils rund einem Viertel beziehungsweise knapp 30 Prozent die niedrigsten Impfquoten auf. Ausgerechnet in der Berufsgruppe, die am nächsten an Patientinnen und Patienten arbeitet, ist die Bereitschaft am geringsten ausgeprägt. Einen wesentlichen Erklärungsansatz liefert die Wahrnehmung des eigenen Risikos.

Die Befragten schätzten sowohl die Wahrscheinlichkeit einer Grippeinfektion als auch die mögliche Krankheitsschwere als allenfalls moderat ein – und betrachteten sich selbst als vergleichsweise wenig anfällig. Dieses Unterschätzen der eigenen Gefährdung zieht sich durch nahezu alle Subgruppen. Besonders ausgeprägt ist es bei unter 60-Jährigen mit Grunderkrankung, die trotz ihres erhöhten Risikos ihre persönliche Anfälligkeit am niedrigsten von allen Gruppen einordnen. Dabei zeigen Studien, dass eine höhere Risikowahrnehmung mit größerer Impfbereitschaft einhergeht – eine Verbindung, die die Daten des RKI eindrücklich bestätigen.

Auch die Einstellung zur Impfung selbst ist gespalten. Während ältere Menschen mit Grunderkrankung die Grippeimpfung mehrheitlich für wichtig, sicher und wirksam halten, sind jüngere Risikogruppen und medizinisches Personal deutlich skeptischer oder unentschlossen. Letztere fallen zudem dadurch auf, dass ein ungewöhnlich hoher Anteil glaubt, das persönliche Umfeld spreche sich gegen eine Impfung aus – ein sozialer Druck, der in den anderen Gruppen kaum eine Rolle spielt.

Eine entscheidende Rolle spielen hingegen ärztliche Empfehlungen und aktive Erinnerungen durch medizinisches Personal. Mehr als neun von zehn geimpften Personen gaben an, irgendwann eine solche Empfehlung erhalten zu haben. Bei Ungeimpften war das deutlich seltener der Fall. Wer zusätzlich in den letzten zwölf Monaten konkret an die ausstehende Impfung erinnert wurde, ließ sich ebenfalls häufiger impfen. Die Hausarztpraxis bleibt dabei der mit Abstand häufigste Impfort – rund 88 Prozent der Geimpften ließen sich dort impfen. Apotheken hingegen, die seit 2022 ebenfalls Grippeimpfungen anbieten dürfen, sind nur gut der Hälfte der Befragten überhaupt bekannt und werden kaum genutzt.

Die Analyse macht deutlich, dass Wissenslücken allein das Problem nicht erklären: Personen mit Impfempfehlung beantworten Fragen rund ums Impfen im Durchschnitt genauso gut oder schlecht wie die Allgemeinbevölkerung. Was fehlt, ist das Bewusstsein für die eigene Zugehörigkeit zur Risikogruppe und die damit verbundene persönliche Gefährdung. Gezielte, subgruppenspezifische Kommunikation – kombiniert mit systematischen Erinnerungssystemen und der stärkeren Einbindung des gesellschaftlichen Nutzens von Impfungen – bleibt damit die dringlichste Aufgabe für die Gesundheitskommunikation. <<

von:
MVF-Chefredakteur Peter Stegmaier

**Link:**
1: https://t1p.de/e63oy

Anzeige

# Offener Brief
# an
# Bundesgesundheitsministerin
# Nina Warken MdB

**Betreff: Vorschlag zur Durchführung eines Pilotprojekts – Orientierung der Gesundheitsreform an nachweisbaren, statt vermuteten Ursachen**

Sehr geehrte Frau Ministerin Warken,
mit diesem öffentlichen Vorschlag möchte ich Ihnen eine wissenschaftlich fundierte statt vieler nicht fundierter Strategien zur Senkung der Gesundheitskosten anbieten.

Vor 50 Jahren habe ich am Ontario Cancer Institut in Toronto gelernt, dass nicht die falschen Antworten, sondern ungenaue Fragen das Problem darstellen. Die 66 Empfehlungen Ihrer Expertenkommission zur Lösung des Finanzierungsproblems setzen eine Vielzahl verschiedener Ursachen voraus. **Ohne exakte Kenntnis der Ursachen, ist es nahezu unmöglich, geeignete Lösungsstrategien auszuwählen.**

Als Ergebnis unserer Arbeit zum Nachweis des Nutzens von Gesundheitsleistungen lässt sich bestätigen, dass die weltweit etablierte Methode, die **Randomisierte Kontrollierte Studie** (Randomized Controlled Trial; RCT) trotz ihres Status als Goldstandard nicht die Lösung, sondern eines der wesentlichen Ursachen des globalen Finanzierungsproblems geworden ist.

**Hier eine kurze Erklärung:** Nahezu jeder Patient leidet an verschiedenen gesundheitlichen Problemen. Diese Risiken sind für jeden gemessenen Endpunkt unterschiedlich (Erkrankung, Tod). Jeder gewissenhaft arbeitende Arzt orientiert seine Behandlungsstrategie an den Risiken **seines Patienten**, die er wahrgenommen hat. Die Zeit, die verschiedene Ärzte zur Erfassung individueller Risikoprofile **aufwenden**, ist variabel. Diese Variation erklärt die Wahrnehmung in der Öffentlichkeit: verschiedene Ärzte – verschiedene Empfehlungen. Zahlreiche weitere Faktoren, z. B. Kulturen und Regionen, beeinflussen diese Wertvorstellungen und Entscheidungen. Zusammenfassend bilden diese **bestehenden** Risiken die mächtigsten „Störfaktoren“, die jede Messung beeinflussen.

Jeder Experte weiß, dass in allen RCTs nahezu alle Patienten mit Störfaktoren ausgeschlossen werden. Dennoch begründen wir alle ethischen, epidemiologischen, medizinischen, wirtschaftlichen, rechtlichen und politischen Bewertungen von Gesundheitsleistungen mit Daten aus RCTs. Mit anderen Worten: Wir verwenden weltweit Ergebnisse für unsere Entscheidungen, die an risikoarmen Patenten erhoben werden. Diese Patienten sind allerdings eine seltene Ausnahme. Die Folge ist: Wir überschätzen die Wirksamkeit aller Gesundheitsmaßnahmen bei nahezu allen Patienten generell um etwa 30%. Das kann jeder Arzt an seinen eigenen Patienten bestätigen!

Zur Lösung des Problems biete ich Ihnen an, allen Experten ihres Hauses und allen Vertretern der Professionen des Gesundheitssystems einen verständlichen und komprimierten Datensatz vorzustellen und zentrale Fragestellungen zu beantworten. Damit erhalten Sie u. a. die wissenschaftlichen Grundlagen für **dringend nötige datenbasierte Reformentscheidungen** und bekommen damit **erstmals konkrete Fakten** zu Ursachen und Ausmaß der Finanzierungsprobleme benannt – **statt sich weiter auf politisch plausible, aber wissenschaftlich nicht exakt belegte Vermutungen** verlassen zu müssen.

**Unsere Bitte:** Wir bitten um ein kurzes Gespräch, um Ihnen die Methodik und mögliche Pilotprojekte vorzustellen. Unser Angebot ist unabhängig von externer Finanzierung und zielt ausschließlich auf den wissenschaftlichen und praktischen Fortschritt der Gesundheitsversorgung.

Für Rückfragen stehe ich Ihnen jederzeit zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen



Franz Porzsolt MD. PhD




# „Der Schlüssel ist eine pr
# nelle, hauptamtliche Koord

Im Interview: Stefanie Frenz (li.), Sprecherin des WTZ-Patientenbeirats und Patientinnen/Patientenvertreterin „Brustkrebs“ und „Melanom“ sowie Dr. Maria Josten, Patientenbeteiligung im Westdeutschen Tumorzentrums (WTZ) Essen.

Stefanie Frenz, Sprecherin des WTZ-Patientenbeirats und Patientinnen/Patientenvertreterin „Brustkrebs“ und „Melanom“, sowie Dr. Maria Josten, Patientenbeteiligung im Westdeutschen Tumorzentrum (WTZ) Essen und Patientenkoordinatorin NCT West, beziehen gegenüber „Monitor Versorgungsforschung“ Stellung zur Arbeit des Patientenrats im Lichte des aktuellen Medizinforschungsgesetzes. Dabei betont Stefanie Frenz, dass „auf Augenhöhe zusammenzuarbeiten, um die Qualität der individuellen Patientenversorgung und von Studien zu erhöhen“, das erklärte gemeinsame Ziel ist. Ein Schlüssel dazu sei eine professionelle, hauptamtliche Koordination zwischen Patient:innen und Forschung.

>> Patientenbeteiligung ist in Deutschland noch keine Selbstverständlichkeit. So sieht § 140f SGB V eine strukturelle Teilhabe wie etwa das Mitberatungsrecht (ohne Stimmrecht) von Patientenvertretungen im Gemeinsamen Bundesausschuss vor. Doch steht im seit Ende 2024 scharf geschalteten Medizinforschungsgesetz die Patientenbeteiligung nicht im Mittelpunkt; so wurde in der Debatte um das Gesetz teilweise kritisiert, dass die Patientenbeteiligung in der digitalen Forschung ein "blinder Fleck" geblieben sei. Wie ist der Status?

*„Auf Augenhöhe zusammenzuarbeiten, um die Qualität der individuellen Patientenversorgung und von Studien zu erhöhen. Das ist das erklärte gemeinsame Ziel."*
***Stefanie Frenz, Sprecherin des WTZ-Patientenbeirats***

**Frenz:** Die Studien und Projekte, an denen wir als Patientenbeirat aktuell beteiligt sind, sind bereits vor Jahren gestartet. Insofern ist der Einfluss des Medizinforschungsgesetzes bei uns derzeit noch nicht so offensichtlich und praktisch spürbar.

**Josten:** Es ist gut, dass das Gesetz strukturelle Grundlagen für Beteiligung schafft, auch wenn diese sicherlich noch konsequenter weiterentwickelt werden sollten. Aus Gesprächen mit Klinik-Kolleg:innen habe ich mitgenommen, dass durch die im Gesetz ermöglichte Beschleunigung der Genehmigung tatsächlich ein spürbar schnellerer Studienbeginn möglich ist. Gerade im Hinblick auf die rasante Entwicklung bei der digitalen Forschung ist das ein erster wichtiger Schritt. Ich denke, es wird sich in den nächsten vier bis fünf Jahren zeigen, ob das dann auch zu einer insgesamt kürzeren Gesamtstudiendauer führen wird.

**ofessio-**
**dination"**

Dennoch sieht das aktuelle Medizinforschungsgesetz Ansätze vor, die auch im Interesse der Patient:innen sind, etwa durch Optimierung der Machbarkeit klinischer Studien (beispielsweise durch Regelungen in § 42e zur akademischen Forschung), was die Durchführung klinischer Studien erleichtern soll. Gab es zu Beginn eventuell Vorbehalte aus der Forschung? Wie hat sich die Akzeptanz gegebenenfalls verändert und entwickelt?

**Josten:** Vorbehalte waren nicht spürbar, ganz im Gegenteil. Die Integration von Krankheitserfahrungen und praktische Orientierung sowie eine Studienplanung, die an Patientenbedürfnisse angelehnt ist, führen am Ende zu einer optimierten Patientenbeteiligung. In doppelter Hinsicht: Zum einen wird die Rekrutierung einfacher. Zum anderen werden Adhärenz und Compliance der Patient:innen gesteigert. Beides ist ganz im Sinne von Forschenden. Wenn sich Patient:innen und Ärzte:innen von Beginn an als Team begreifen und auf Augenhöhe gemeinsam das Ziel der Qualitätsförderung in der medizinischen Studienlandschaft verfolgen, entsteht auch ein zusätzlicher Mehrwert. Perspektivisch kann sogar der ganze Forschungsstandort Deutschland davon profitieren.

Laien und Expert:innen sollen sich – so zumindest die Theorie – über medizinische Fragestellungen für Studien austauschen. Damit treffen in gewisser Weise zwei Welten aufeinander. Wie gelingt es, die unterschiedlichen Sichtweisen auf Forschung und Ziele von Forschung, Erfahrungen und Wissensstände auszubalancieren?

**Frenz:** Es braucht Zeit und Strukturen, um einen Austausch auf Augenhöhe zu ermöglichen. Barrieren versuchen wir abzubauen durch klar definierte Abläufe und Prozesse, die für Transparenz und Vertrauen sorgen sollen.

**Josten:** Zurückhaltung und Unsicherheit auf beiden Seiten abzubauen, sehe ich als eine der zentralen Aufgaben in meiner Funktion als Koordinatorin. Patient:innen dürfen Fragen stellen, die sonst im wissenschaftlichen Diskurs nicht gestellt werden. Das ist manchmal zunächst systemerschütternd, aber am Ende immer hilfreich. Ich versuche, Patient:innen dahin gehend zu ermutigen. Bei Forschenden besteht zugleich oftmals Unsicherheit darüber, wie und mit welchen Erwartungen sie an Patient:innen herantreten können.

Und wie sieht die Realität aus? So arbeitet am Westdeutschen Tumorzentrum der Universitätsmedizin Essen ein Patientenbeirat bereits seit 2020 eng mit Forschenden und Klinikteams zusammen. Wie kam es zur Gründung des Beirats? Welche Ziele werden seither gemeinsam verfolgt?

**Frenz:** Auf Augenhöhe zusammenzuarbeiten, um die Qualität der individuellen Patientenversorgung und von Studien zu erhöhen. Das ist das erklärte gemeinsame Ziel. Und das geht weit über das Engagement von Selbsthilfegruppen hinaus. So fließen die Erfahrungen und Bedürfnisse des Patientenbeirats schon in die Studienplanung mit ein und er prüft beispielsweise Studiendokumente auf ihre Verständlichkeit.

**Josten:** Schon vor zehn Jahren wurden erstmals gleichberechtigte Patientenvertreter in das Direktorium des Westdeutschen Tumorzentrums (WTZ) berufen. Dadurch wollte man das Patientenerleben rund um die Erkrankung verbessern. Inspiriert von Erfahrungen durch Besuche in amerikanischen Krebszentren wurde dann entschieden, das Konzept weiterzuentwickeln. Man hat Patientenvertreter:innen mit unterschiedlichen Krankheitshintergründen eingeladen, den Patientenbeirat zu gründen und parallel dazu professionelle Ansprechpartner:innen mit Krebskrankheitserfahrung etabliert.

Wie genau funktioniert die Zusammenarbeit? Gibt es dafür klar definierte Prozesse?

**Josten:** Wir haben ein Vorgehensmodell in der Art einer klassischen Standard Operating Procedure (SOP) entwickelt. Sie gilt seit 2024 und regelt die frühe Einbindung der Patientenperspektive in die Entwicklung klinischer Studien, sorgt so für Vertrauen und Sicherheit – bei Betroffenen und Forschenden gleichermaßen. Dieses Vorgehensmodell stellt sicher, dass der Patientenbeirat von Beginn an Input liefert. Das können relevante Fragestellungen zur

Lebensqualität und Akzeptanz neuer Verfahren sein. Aber auch das Nebenwirkungsmanagement ist ein wichtiges Thema, das wir adressieren.

**Frenz:** Die SOP legt fest, dass der Patientenrat zu jedem Forschungsvorhaben im ersten Schritt eine Kurzbeschreibung mit einer konkreten Fragestellung erhält. Im zweiten Schritt ist der Rat dazu verpflichtet, dazu binnen 20 Tagen einen Besprechungstermin anzubieten. Im Anschluss darf er dann über die Tiefe der Zusammenarbeit entscheiden. Egal, wie diese Entscheidung ausfällt: Die Forschenden sind im Gegenzug wiederum dazu verpflichtet, fortlaufend über den Studienstand zu informieren und schließlich eine laienverständliche Kurzzusammenfassung der Ergebnisse zu liefern.

*„Die Beteiligungsformate müssen noch weiterentwickelt werden."*
***Dr. Maria Josten, Patientenbeteiligung im WTZ Essen und Patientenkoordinatorin NCT West***

Wie gelingt es, unterschiedliche Patientengruppen abzubilden – etwa nach Alter, sozialem Hintergrund oder Krankheitsbildern?

**Josten:** Das sehe ich aktuell noch als Schwachpunkt. Derzeit ist der Bildungsstand der Patient:innen, die sich aktiv einbringen, noch überdurchschnittlich hoch und auch bestimmte Krankheitsbilder sind häufiger vertreten als andere. Das soll sich zukünftig ändern. Eigentlich sollte jeder die Möglichkeit haben, teilzunehmen, und das auch gar nicht infrage stellen. Da liegt noch ein gutes Stück Weg vor uns.

**Frenz:** Für mich persönlich ist zum Beispiel das medizinische Englisch eine Herausforderung. Wir versuchen, Barrieren abzubauen und Patient:innen durch entsprechende Fortbildungsangebote und einen regelmäßigen Austausch untereinander zu unterstützen und zu ermutigen. Gemeinsames Lernen, Respekt und strukturierte Zusammenarbeit bilden aus unserer Sicht die Basis einer patientenzentrierten Krebsforschung.

Für eine Kommunikation auf Augenhöhe braucht es auf beiden Seiten spezielle Kompetenzen. Wie lassen sich diese sicherstellen?

**Frenz:** Das ist für uns als Patient:innen ein ganz wesentlicher Punkt, hält die Sorge vor fehlender Fachkompetenz doch viele davon ab, sich aktiv in Forschung einzubringen. Um auf Augenhöhe mit Forschenden kommunizieren zu können, brauchen wir als Laien nämlich zusätzliche Kompetenzen, zum Beispiel in klinischer Forschung, Studiendesign und medizinischer Sprache. Diese Grundlagenkompetenzen vermitteln wir in unserer Patientenexpertenakademie (PEAK) auf NCT-Ebene.

**Josten:** Ja, gerade was die Fachsprache anbelangt, müssten sich Forschende noch besser öffnen. Die Patientenbeteiligung zum Teil des Medizinstudiums zu machen, würde sicherlich Barrieren dahingehend abbauen, aber ebenso was den generellen Umgang mit Patientenvertretern im wissenschaftlichen Kontext anbelangt.

Gibt es praktische Beispiele dafür, wie der Patientenbeirat Forschung tatsächlich beeinflusst? Etwa Fragestellungen oder Studienansätze, die es so vielleicht nicht gegeben hätte?

**Josten:** Durch direkte Rückmeldung aus der Betroffenenperspektive kann Forschung relevantere Fragestellungen adressieren, etwa zur Lebensqualität, zum Nebenwirkungsmanagement oder zur Akzeptanz neuer Verfahren sowie – ganz wichtig – zur Priorisierung von Endpunkten wie etwa dem progressionsfreien Überleben.

In welchen Bereichen des Gesundheitssystems fehlt die Patientenperspektive noch besonders?

**Frenz:** Die Forschung konzentriert sich in der Regel auf neue Medikamente, Einsatzbereiche von Wirkstoffen oder Therapieschemata. Es gibt noch zu wenige Studien, die sich mit den Spätfolgen einer Krebserkrankung und dem Langzeitüberleben befassen. Was



## Stefanie Frenz

*ist Sprecherin des WTZ-Patientenbeirats, Juristin und Patientenvertreterin für metastasierten Brustkrebs und Melanom. Sie engagiert sich unter anderem in der Frauenselbsthilfe Krebs und bei Melanom Info Deutschland.*



## Dr. Maria Josten

*ist Physiotherapeutin und promovierte Biologin mit Hintergrund in klinischer Forschung. Aktuell koordiniert sie im WTZ und NCT Patientenbeteiligung, Beiräte und Selbsthilfe. Zuvor betreute sie klinische Studien.*

macht die Erkrankung mit den Betroffenen und ihren Familien? Was passiert insbesondere, wenn man als Kind oder Teenager an Krebs erkrankt? Welche Auswirkung hat das auf das spätere Leben? Fragen wie diese, die sowohl die körperlichen als auch die psychischen sowie sozialen Begleiterscheinungen und Spätfolgen betreffen, werden in Deutschland noch zu wenig beleuchtet. Aktuell gilt man nach fünf rezidivfreien Jahren einfach als gesund.

**Josten:** Ergänzen möchte ich, dass es auch bei Abläufen und Prozessen Optimierungspotenzial gibt, um zusätzliche Belastungen während der schon so sehr herausfordernden Zeit der Behandlung zu reduzieren. Lässt sich die ein oder andere zusätzliche Blutabnahme oder Untersuchung vermeiden? Muss jeder Arzttermin vor Ort erfolgen oder reicht ein Telefonat oder eine Videokonferenz? Allesamt Fragestellungen, die die Lebensqualität unter der Therapie betreffen, die für Patient:innen eine sehr wichtige Rolle spielt.

Was würden Sie Organisationen raten, die erstmals einen Patientenbeirat einrichten möchten?

**Frenz:** Eine professionelle, hauptamtliche Koordination zwischen Patient:innen und Forschung ist aus meiner Sicht ein wesentlicher Schlüssel zum Erfolg des Konzeptes Patientenbeteiligung. Daneben braucht es klar definierte Abläufe und Prozesse für den Austausch.

Wo sehen Sie aktuell noch die größten Herausforderungen beim Thema Patientenbeteiligung in Deutschland?

**Josten:** Noch gelingt es nicht gut, die Vielfalt der Patientinnen und Patienten angemessen abzubilden, damit auch unterschiedliche Erfahrungen und Bedürfnisse berücksichtigt werden können. Die Beteiligungsformate müssen deshalb noch weiterentwickelt werden.

**Frenz:** Es geht hier in gewisser Weise auch um einen Kulturwandel, und der braucht bekanntlich vor allem auch Zeit. Die Patientenbeteiligung hat sich in den letzten Jahren schon deutlich weiterentwickelt, aber noch bestehen weiterhin strukturelle Herausforderungen. So bringen wir Patient:innen uns aktuell zum Beispiel ehrenamtlich ein. Dadurch müssen wir auch mit unseren Ressourcen extrem gut haushalten. Nicht alle Patient:innen können bedingt durch ihre Erkrankung über mehrere Jahre dauerhaft ein Projekt begleiten. Die Dichte der Patientenbeteiligung variiert zudem stark in Abhängigkeit von der Region.

Vielen Dank für das Gespräch. <<

Das Interview führte MVF-Chefredakteur Peter Stegmaier.

## Zitationshinweis

Frenz, S., Josten, M., Stegmaier, P.: „Der Schlüssel ist eine professionelle, hauptamtliche Koordination", in „Monitor Versorgungsforschung" (03/26), S. 42–45. http://doi.org/10.24945/MVF.03.26.1866-0533.2830

## Neues Lotsenangebot von Thieme TeleCare

>> Nach einem Klinikaufenthalt wegen Depression beginnt für viele Patient:innen eine besonders sensible Phase: die Zeit bis zur ambulanten Weiterbehandlung. Oft vergehen schon heute mehrere Monate, bis ein Therapieplatz gefunden ist – aktuelle Beschlüsse zur Honorarabsenkung für ambulante Therapien, die ver kurzem in Kraft trat, könnten diese Zeitspanne noch weiter verlängern. In dieser Versorgungsunterbrechung steigt jedoch das Risiko für Rückfälle deutlich an. Hybride Nachsorgeangebote bestehend aus persönlicher psychologischer Betreuung und digitaler Unterstützung können hier stabilisierend helfen. Denn Betroffene warten im Durchschnitt rund 20 Wochen auf eine ambulante Weiterbehandlung. Weil die Vergütung psychotherapeutischer Leistungen zum 1. April 2026 um 4,5 Prozent abgesenkt wird, steht zudem zu befürchten, dass es für gesetzlich Versicherte nun noch schwieriger werden wird, einen ambulanten Therapieplatz zu bekommen. „Dabei ist die Zeit nach der Entlassung ein neuralgischer Punkt", sagt Wolfgang Weber, Senior Vice President Thieme TeleCare. „Wenn Patientinnen und Patienten in dieser Phase allein bleiben, erhöht sich die Wahrscheinlichkeit, dass sie wieder stationär behandelt werden müssen."

Genau hier setzt das hybride Nachsorgeangebot von Thieme TeleCare an: Patientinnen und Patienten erhalten nach der Entlassung einen festen psychologisch geschulten Gesundheitscoach, der sie bis zu 12 Monate lang regelmäßig telefonisch begleitet. Der Ansatz folgt einer klaren Leitidee: Patientinnen und Patienten stärker in den Mittelpunkt der Versorgung zu stellen und sie dabei zu unterstützen, ihre Gesundheit selbst aktiv zu gestalten.

„Viele Betroffene fühlen sich nach der Entlassung zunächst überfordert", sagt die Psychologin und Thieme-Gesundheitscoach Franziska Köhnecke. „Wir schauen gemeinsam auf konkrete Alltagssituationen und stärken die Fähigkeit, früh gegenzusteuern." In den Gesprächen geht es nicht um Therapie im engeren Sinn. Es geht um Alltag, um Situationen, die kippen können. Um frühe Warnzeichen. Um konkrete Schritte, wenn die Stimmung wieder abrutscht. Ergänzend nutzen die Teilnehmenden die Thieme-TeleCoach App mit strukturierten Gesundheitspfaden, Übungen und verständlich aufbereiteten Informationen. Sie können Symptome beobachten, Fortschritte nachvollziehen und erhalten konkrete Impulse für den Alltag. Eine KI-gestützte Funktion liefert zusätzlich und schnell verlässliche Antworten auf individuelle Fragen auf Basis medizinisch geprüfter Inhalte.

Auswertungen zeigen: Teilnehmende solcher Programme berichten von besserer Lebensqualität und weniger depressiven Symptomen. Gleichzeitig sinkt die Wahrscheinlichkeit für erneute Klinikaufenthalte deutlich. Das hat auch wirtschaftliche Effekte: Wenn Rückfälle verhindert und kostenintensive Wiederaufnahmen vermieden werden, sinken die Ausgaben im Gesundheitssystem spürbar. „Entlastet werden damit nicht nur Kliniken, sondern auch Kostenträger und Versorgungsstrukturen insgesamt", sagt Weber. Bislang sind solche Angebote jedoch nicht flächendeckend verfügbar und nur über Selektivverträge mit einzelnen Krankenkassen geregelt. <<

**Literatur:**

Lange Wartezeiten: Kassen fordern zentrale Terminvergabe für Psychotherapie | G+G Zugriff: 26.2.2026
https://hohpublica.uni-hohenheim.de/items/3c0f921c-0e4e-41fb-b95c-88eba3a9a789 Zugriff: 26.2.2026



**Christian Thams**
**Leiter Marktzugang & Erstattung und Mitglied der Geschäftsleitung von Johnson & Johnson Innovative Medicine Deutschland**

# Innovative Arzneimittel: Gesundheits- und Standortfaktor statt Kostenblock

**Value of Health – Gesundheit ist ein Standortfaktor, kein Kostenfaktor**

>> Wer Gesundheit primär als Kostenblock betrachtet, verkennt ihren langfristigen Ertrag für Gesellschaft, Wirtschaft und Staat [1, 2] – ganz zu schweigen vom Nutzen für die Patient:innen. Gesundheit ist kein Kostenfaktor, sondern eine strategische Investition in Produktivität, gesellschaftliche Resilienz und wirtschaftliche Wettbewerbsfähigkeit [3].

Innovative Arzneimittel sind dabei ein zentraler Hebel. Gesundheit entscheidet längst nicht mehr nur über individuelle Lebensqualität, sondern auch über die Zukunftsfähigkeit ganzer Volkswirtschaften. So werden die gesellschaftlichen Kosten der Demenz in Deutschland bis 2060 voraussichtlich auf 285 Milliarden Euro steigen [1].

Innovative Arzneimittel halten Menschen länger gesund, sichern Erwerbsfähigkeit, entlasten Pflege- und Sozialsysteme und schaffen messbaren gesamtwirtschaftlichen Mehrwert. Deutschland profitiert dabei in besonderem Maße von einer starken forschenden Pharmaindustrie: als Innovationsmotor, Arbeitgeber und Exportsektor. Mit einem F&E-Anteil von rund zehn Prozent am Produktionswert liegt die Pharmaindustrie deutlich vor anderen Wirtschaftszweigen, etwa beim Dreifachen des Industriedurchschnitts [4]. 42 Prozent der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten in der Pharmaindustrie sind in hochspezialisierten Tätigkeiten mit häufig akademischem Qualifikationsprofil tätig.

Wertschöpfung, Forschung und Versorgung sind keine Gegensätze, sondern zwei Seiten derselben Medaille: Ohne verlässliche Rahmenbedingungen für Innovation leiden am Ende sowohl die Versorgung der Patient:innen als auch der Standort Deutschland.

**Die Bedrohung: GKV-Beitragsstabilisierungsgesetz – vom evidenzbasierten AMNOG zum Systemwechsel**

Mit dem sogenannten GKV-Beitragsstabilisierungsgesetz, das als Kostendämpfungsgesetz vermarktet wird, vollzieht die Politik stillschweigend einen tiefgreifenden Paradigmenwechsel: weg von der erfolgreichen nutzenbasierten Preisbildung hin zu rein budgetgetriebenen Eingriffen. Dynamische Herstellerabschläge, ein zusätzliches Zwangsmodell für Preis-Mengen-Vorgaben und nachgelagerte Rabattverträge höhlen das AMNOG aus. Der medizinische Zusatznutzen verliert damit seine preisbildende Funktion, während ökonomische Steuerungsinstrumente dominieren. In ihrer Gesamtwirkung entfaltet diese Abschlagslogik eine strukturell verzerrende Kraft: Sie benachteiligt vor allem jene Arzneimittel, die den medizinischen Fortschritt vorantreiben und für die künftige Versorgung besonders wichtig sind. Das ist kein Feinschliff an einem bewährten System, sondern ein Systemwechsel.

Erfahrungen aus anderen Ländern zeigen, dass vergleichbare Eingriffe den Zugang zu innovativen Therapien verschlechtern können. Zugleich verschärfen zusätzliche Abschläge internationale Preisunterschiede und erschweren die frühe Verfügbarkeit neuer Arzneimittel. Auch volkswirtschaftlich ist dieser Weg ein Irrweg: Analysen zeigen, dass Einsparungen im Arzneimittelsektor weit über den Gesundheitsbereich hinauswirken. Jeder gekürzte Euro führt zu Wertschöpfungs- und Investitionsverlusten, die ein Mehrfaches davon betragen können. Diese Einschätzung deckt sich mit früheren Befunden, wonach eine Erhöhung des Herstellerrabatts faktisch einem Investitionsabbau in Milliardenhöhe gleichkommt [5, 6]. Dabei wird häufig ausgeblendet, dass die pharmazeutische Industrie bereits heute einen erheblichen Sparbeitrag leistet: Allein 2025 waren es rund 29 Milliarden Euro durch Rabatte, Preisregulierung und gesetzliche Abschläge.

**Kosteneingriffe gefährden den medizinischen Fortschritt für Patient:innen und Versorgung**

Innovative Arzneimittel entstehen nicht durch politische Absichtserklärungen, sondern durch langfristige Investitionen mit hohem Risiko. Wenn globale Unternehmen entscheiden, wo sie klinische Studien durchführen und neue Arzneimittel zuerst auf den Markt bringen, ist das keine abstrakte Standortfrage, sondern eine nüchterne Abwägung der Rahmenbedingungen.

## Literatur

1. WifOR Institute; Ostwald et al., 2025; Healthy Returns: A Catalyst for Economic Growth and Resilience; https://www.wifor.com/de/download/healthy-returns-a-catalyst-foreconomic-growth-and-resilience/?wpdmdl=360793&refresh=69faebc4651f51778052036
2. https://www.monitor-versorgungsforschung.de/wp-content/uploads/2026/01/MVF0126-wifor.pdf
3. Ostwald, D., Glaetzer, C., Roski, R., Stegmaier, P.: „Gesundheit muss zur absoluten Chefsache erklärt werden“, in „Monitor Versorgungsforschung“ (01/26), S. 32–38. http://doi.org/10.24945/MVF.01.26.1866-0533.2793
4. Vfa; 2024; #MacroScopePharma 12/24; Ökonomischer Fußabdruck: Die Pharmaindustrie hinterlässt die tiefsten Spuren; https://www.vfa.de/download/macroscope-2412.pdf
5. BASYS; 2022; Gesamtwirtschaftliche und Gesundheitswirtschaftliche Auswirkungen der Rabatte auf pharmazeutische Produkte; https://www.pharmainitiative-bayern.de/wpcontent/uploads/sites/5/2022/08/broschuere-basys.pdf
6. PharmaFakten; 2022; https://pharma-fakten.de/news/herstellerrabatt-eine-teure-wette-auf-die-zukunft/
7. Charles River Associates; 2026; Europe’s pharmaceutical innovation gap: An assessment of missing and delayed regulatory approvals compared with the US and China (2016–2025) and implications for Germany; https://www.vfa.de/download/cra-pharmaceutical-innovations-report.pdf
8. https://api.aerzteblatt.de/pdf/sopro/therapieaktuell/2024/2-janssen-cilag-carvykti/s1.pdf
9. Vfa; 2024; Zukunft AMNOG: Neue Impulse für die Patientenversorgung; https://www.vfa.de/download/zukunft-amnog-broschuere

Im Kern geht es um ein Signal: Wird medizinische Innovation als gesellschaftlicher Wert anerkannt und ausreichend gegenfinanziert – oder primär als Kostenproblem behandelt? Dort, wo Nutzen, Evidenz und Planbarkeit zählen, entsteht ein Ökosystem, in dem sich Forschung, klinische Studien und früher Zugang gegenseitig verstärken. Dort dagegen, wo Innovation vor allem als Kostenfaktor betrachtet und budgetär begrenzt wird, bleiben Investitionen aus und Patient:innen warten länger.

Wiederholen wir nun dieselben Fehler, die bereits bei der Versorgung mit generischen Arzneimitteln gemacht wurden? Die durch Rabattverträge der Krankenkassen ausgelösten extremen Preisspiralen nach unten haben zu gravierenden Marktverengungen und Versorgungsproblemen geführt. Heute diskutiert die Politik die Folgen und versucht, ihnen mit begrenztem Erfolg entgegenzusteuern.

Denn schon heute besteht ein Innovationsdefizit. Aktuelle Auswertungen zeigen, dass ein erheblicher Teil neuer Arzneimittel, die in den USA zugelassen werden, Patient:innen in Deutschland nicht erreicht. Konkret bleibt mehr als jedes dritte neue Präparat hierzulande nicht verfügbar: Von 526 innovativen Arzneimitteln mit US-Zulassung im Zeitraum von 2016 bis 2025 fehlen 175 auf dem deutschen Markt [7].

**Was Deutschland braucht: der Pharmadialog als Chance für eine Weiterentwicklung des AMNOG und der Versorgung**

Die Umsetzung der Ergebnisse des laufenden Pharmadialogs der Bundesregierung bietet weiterhin die Chance, das AMNOG zukunftsfest weiterzuentwickeln. Ziel muss es sein, Innovation, Versorgungssicherheit und Standortattraktivität zu stärken – statt Innovation durch kurzfristige Kosteneingriffe zu entwerten. Dafür braucht es planbare Rahmenbedingungen, einen transparenten methodischen Fachdialog und eine nutzenbasierte Preisbildung. Zentral sind dabei insbesondere die Anerkennung besonderer Therapiesituationen sowie Verlässlichkeit bei beratenen Studienkomparatoren. Das stärkt Vertrauen und letztlich die Versorgung der Patient:innen.

Bei hochinnovativen Therapien – etwa in der Präzisionsonkologie oder bei seltenen Erkrankungen – sind klassische RCTs nicht immer vertretbar oder zu einem bestimmten Zeitpunkt erwartbar. Die Zulassungsbehörden tragen dieser Realität längst Rechnung. Die Nutzenbewertung muss diesem Ansatz folgen, statt Evidenz systematisch zu delegitimieren [8].

Ein AMNOG der Zukunft bewertet die bestverfügbare Evidenz, berücksichtigt Versorgungsperspektiven und ermöglicht adaptive Lösungen – etwa durch bessere Rahmenbedingungen für erfolgsabhängige Erstattungsmodelle [9]. Solche Modelle schaffen Transparenz, fördern evidenzbasierte Entscheidungen und stellen sicher, dass Innovation dort honoriert wird, wo sie messbaren Nutzen für Patient:innen bringt.

**Jetzt für Deutschland arbeiten – Investitionen in Gesundheit sind eine politische Entscheidung**

Deutschland steht vor einer Grundsatzentscheidung: Wollen wir Innovationsstandort bleiben oder kurzfristige Kosteneingriffe priorisieren? Wer Gesundheit, Innovation und Wettbewerbsfähigkeit ernst nimmt, darf Innovation nicht durch kostengetriebene und kurzsichtige Eingriffe entwerten. Die pharmazeutische Industrie agiert entlang globaler Wertschöpfungsketten, und nationale Regulierung beeinflusst Standort- und Unternehmensentscheidungen unmittelbar. Gerade in der aktuellen geopolitischen und wirtschaftlichen Lage hätte Deutschland die Chance, den Standort durch Stabilität und Verlässlichkeit zu stärken.

Das GKV-Beitragsstabilisierungsgesetz sendet jedoch genau das gegenteilige Signal. Mein Appell richtet sich daher gezielt an die politischen Entscheider:innen in Deutschland: Die Politik muss jetzt handeln – mit verlässlichen Rahmenbedingungen, einer gezielten Modernisierung des AMNOG und einem klaren Bekenntnis zum Wert von Innovationen. Denn am Ende steht weit mehr auf dem Spiel als die Stabilität der GKV-Beiträge. Es geht um den Zugang der Patient:innen zum medizinischen Fortschritt – und um die Zukunft des Standorts Deutschland. <<

## Zitationshinweis

Thams, C.: „Innovative Arzneimittel: Gesundheits- und Standortfaktor statt Kostenblock“, „Monitor Versorgungsforschung“ (03/26), S. 46–47. http://doi.org/10.24945/MVF.03.26.1866-0533.2832

## inav startet NIMa

>> Das Beratungsunternehmen inav startet als Konsortialführer ein wichtiges Innovationsfondsprojekt mit dem Ziel, die Grippeimpfungsquote in Deutschland nachhaltig zu verbessern. Vom Oktober dieses Jahres bis September 2028 soll im Projekt NIMa – ein Akronym für „**N**iedrige **I**nfluenza-Impfquoten anhand von hausarztzentrierten **M**aßnahmen verstehen“ – erarbeitet werden, mit welchen hausarztzentrierten Maßnahmen sich die Impfquoten in Deutschland steigern lassen. Hierbei sollen fördernde und hinderliche Faktoren, Hemmnisse und Herausforderungen rund um die Aufklärung und Impfung sowie Ursachen für Nicht-Impfungen identifiziert werden. Nach einer umfassenden systematischen Literaturrecherche werden Hausärzt:innen aus den Bundesländern mit den niedrigsten Impfquoten (Baden-Württemberg und Bayern) befragt.

Aus den Ergebnissen werden Maßnahmen und Empfehlungen zur Steigerung der Impfquote erarbeitet. Diese werden in Pilotpraxen implementiert und hinsichtlich ihres Effektes auf die Impfquote untersucht. Das Projekt wird für drei Jahre mit ca. 1,3 Millionen Euro gefördert. <<

Links: https://lnkd.in/depBp3WE
https://lnkd.in/dHKiHgmf

## Stabilitätspakt für die Pflege

>> „Die Pflegefinanzierung braucht jetzt Taten“, sagt PKV-Verbandsdirektor Florian Reuther. „Das strukturelle Defizit der Umlagefinanzierung ist nicht mehr zu leugnen. Wir können nicht länger mit Darlehen Zeit schinden. Wir brauchen einen Stabilitätspakt, der die Beitragssätze schnell stabilisiert und die Generationengerechtigkeit wahrt.” Dazu hat die PKV ein Sofortprogramm mit konkreten, umsetzbaren Maßnahmen aufgelegt. Die PKV hat dabei drei Eckpunkte zur Stabilisierung der Sozialen Pflegeversicherung ausgemacht (1). Nach Meinung der PKV dürfen die Ausgaben der Pflegeversicherung künftig auch nicht schneller wachsen als die Einnahmen. ähnlich wie es beim GV-Finanzierungsgesetz angelegt ist. Das müsse das Leitmotiv einer fairen Reform sein. Alternativ könnten die Leistungsausgaben festgeschrieben werden, wodurch der Beitragssatz sinken würde. <<

1: https://t1p.de/ijusz

Nach der Reform:

# Evaluation der Heilmittel-Richtlinie und des Heilmittelkatalogs

Die vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) beschlossene Richtlinie über die Verordnung von Heilmitteln in der vertragsärztlichen Versorgung (Heilmittel-Richtlinie/HeilM-RL) dient der Sicherung der medizinischen Versorgung von Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung mit Heilmitteln. Dabei ist der allgemein anerkannte Stand der medizinischen Erkenntnisse für eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung zu berücksichtigen. Die HeilM-RL sowie der Katalog verordnungsfähiger Heilmittel (Heilmittelkatalog/HMK) sind dabei kontinuierlich nach dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse zu überprüfen und fortzuschreiben. Dem G-BA obliegt dabei eine Beobachtungs- und Überprüfungspflicht, die in seiner Verfahrensordnung festgelegt sowie durch die ständige Rechtsprechung des Bundessozialgerichtes konkretisiert wird [1, 2].

>> Der G-BA hatte sich 2016 und 2017 mit den Entwicklungen im Bereich der Heilmittelversorgung und der Frage befasst, ob die Ausgestaltung des HMK einer grundsätzlichen Überarbeitung bedarf. Maßgeblich dabei war, dass die HeilM-RL in der Praxis teilweise unterschiedlich ausgelegt wurde, was zu einer uneinheitlichen Anwendung der Richtlinie geführt und die Versorgung teilweise erschwert hat. Im Ergebnis dessen wurde ein Beratungsverfahren eingeleitet [3]. Die Reform der HeilM-RL und des HMK sollte die Versorgungsqualität und Praktikabilität verbessern, die Regelungskomplexität reduzieren sowie zu einer bürokratischen Entlastung im Versorgungsalltag beitragen. Zudem wurden bei der Reform die Änderungen zur Heilmittelversorgung durch das Gesetz für schnellere Termine und bessere Versorgung (TSVG) umgesetzt [4]. Mit dem Beschluss über eine Änderung der HeilM-RL einschließlich des HMK vom 19. September 2019 wurde dieser Prozess abgeschlossen. Damit verbunden war die Verpflichtung des G-BA, nach Inkrafttreten der Regelungen zum 1. Januar 2021 die umfänglichen Anpassungen auf Basis von Routinedaten und Rückmeldungen aus der Versorgung zu evaluieren (Abb. 1) [5].

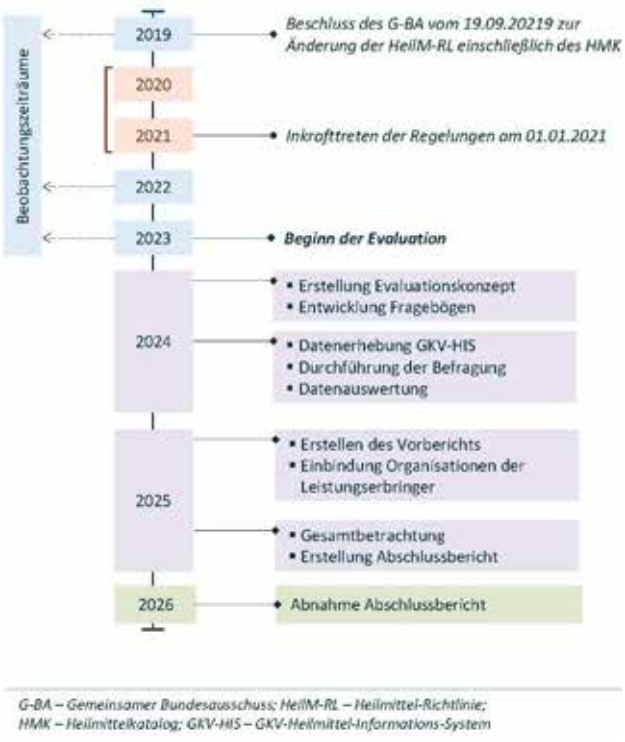



***Abb. 1:*** Planung und Umsetzung der Evaluation sowie Beobachtungszeiträume. Eigene Darstellung.

## Fragestellung

Ziel der Evaluation war es, die wesentlichen Aspekte und Auswirkungen der Reform der HeilM-RL und des HMK zu überprüfen und dabei insbesondere die Entwicklungen der Verordnungen im Zusammenhang mit der Aufhebung der Regelfallsystematik und der Einführung von Verordnungsfall und orientierender Behandlungsmenge vor und nach Inkrafttreten der Änderungen zu vergleichen. Zudem sollten der Stand der Umsetzung sowie die Auswirkungen der Änderungen im Hinblick auf den langfristigen Heilmittelbedarf, den Ort der Leistungserbringung, den Beginn und die Durchführung der Heilmittelbehandlung, die Flexibilisierung der Verordnungsmöglichkeiten sowie den Bürokratieabbau betrachtet werden.

Zentrale Fragestellungen (Tab. 1) bei der Evaluation waren insbesondere,

- wie sich die Heilmittelversorgung mit Wegfall der Regelfallsystematik und der Einführung der Regelung zu Verordnungsfall, orientierender Behandlungsmenge, Höchstmenge je Verordnung entwickelt hat – auch im Zusammenhang mit dem langfristigen Heilmittelbedarf (LHB) und besonderen Verordnungsbedarf (BVB) und
- wie sich die veränderten Regelungen zum Ort der Leistungserbringung, zur Auswahl von Heilmitteln, zum Beginn der Heilmittelbehandlung sowie zur Inanspruchnahme von Gruppentherapie ausgewirkt haben.

Zudem sollte die Evaluation klären, ob und wie sich die Änderungen der HeilM-RL im Versorgungsalltag auf den bürokratischen Aufwand ausgewirkt haben.

## Methodik

Im Rahmen der Evaluation wurden insbesondere Routinedaten des GKV-Spitzenverbandes (GKV-SV) aus dem GKV-Heilmittel-Informations-System (GKV-HIS), des Medizinischen Dienstes Bund zu versichertenbezogenen Beratungen und Begutachtungen der Medizinischen Dienste für die gesetzlichen Krankenversicherungen sowie der sozialmedizinischen Empfehlungen zu

Heilmitteln retrospektiv analysiert. Das GKV-HIS bietet Schnellinformationen zur Ausgaben- und Verordnungsentwicklung im Heilmittelbereich und basiert auf ungeprüften Abrechnungsdaten der gesetzlichen Krankenkassen [6, 7].

Als Beobachtungszeiträume wurden die für die Auswertung vollständig vorliegenden Daten aus den Jahren 2019, 2022 und 2023 genutzt. Auf eine Betrachtung und Auswertung von Daten aus den Jahren 2020 und 2021 wurde verzichtet, da die Datengrundlage der beiden Jahre durch Sonderregelungen im Zusammenhang mit der COVID-19-Pandemie beeinflusst und damit nicht für eine vergleichende Betrachtung geeignet war. Um einen Vergleich der HeilM-RL vor Inkrafttreten und nach Inkrafttreten der Reform herzustellen, wurde das Jahr 2019 somit als letztes verfügbares Jahr vor der Pandemie herangezogen und in Bezug zu den Jahren 2022 und 2023 gesetzt.

Des Weiteren wurden Krankenkassen, Vertragsärzt:innen und Psychotheraeut:innen sowie Patient:innen unter Verwendung von strukturierten Fragebögen schriftlich befragt. Dazu wurden jeweils von GKV-SV, der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) und Patientenvertretung (PatV) zielgruppenspezifische Fragebögen mit einer einheitlichen Verwendung von Fragetypen und Skalen erarbeitet, um eine Vergleichbarkeit bei der Auswertung herstellen zu können. Zur Beantwortung der Fragen wurde eine Ratingskala mit vier Antwortoptionen von „trifft zu“, „trifft eher zu“, „trifft eher nicht zu“ bis „trifft nicht zu“ und einem zusätzlichen Ankreuzfeld „keine Antwort“ genutzt. Darüber hinaus wurden Nominalskalen mit den Antwortmöglichkeiten „Ja“, „Nein“ und „keine Antwort“ verwendet.

Die Befragung aller zum Zeitpunkt der Befragung am 30. August 2024 in Deutschland bestehenden 95 gesetzlichen Krankenkassen erfolgte zentral über den GKV-SV. Die Auswertung der Antworten erfolgte nach der Zahl der absoluten Rückmeldungen ohne Gewichtung der Größe der jeweiligen Krankenkasse.

Die KBV nutzte für ihre Befragung die Online-Umfragesoftware „LamaPoll“. Der Zugang zum Fragebogen wurde an den Verteiler aus dem „Ärztepanel“ mit ca. 2.000 E-Mail-Adressen der KBV versandt. Für die Entwicklung des Fragebogens diente eine vorangegangene Befragung unter den 17 Kassenärztlichen Vereinigungen insbesondere zu den Themen der Verordnungsberatung und den häufigsten Rück- oder Verständnisfragen seit dem Inkrafttreten der geänderten HeilM-RL.

| Fragestellungen | Datenquellen | | | |
|---|---|---|---|---|
| | Routine-daten | Befragung | | |
| | (GKV-HIS) | GKV-SV | KBV | PatV |
| **Verordnungsfall, orientierende Behandlungsmenge, Höchstmenge je Verordnung (§ 7 HeilM-RL)** | | | | |
| Wie hat sich die Heilmittelversorgung mit Wegfall der Regelfallsystematik und der Einführung der Regelung in § 7 HeilM-RL (Verordnungsfall, orientierende Behandlungsmenge, Höchstmenge je Verordnung) entwickelt? | ja | ja | nein | tw. |
| Wie hat sich die Heilmittelversorgung aufgrund eines langfristigen Heilmittelbedarfs nach § 32 Absatz 1a SGB V und eines besonderen Versorgungsbedarfs nach § 106b Absatz 2 Satz 4 SGB V entwickelt? | ja | nein | nein | nein |
| **Langfristiger Heilmittelbedarf (§ 8 HeilM-RL)** | | | | |
| Wie haben sich die Anträge auf Genehmigung eines langfristigen Heilmittelbedarfs nach § 8 Absatz 3 und 5 HeilM-RL entwickelt? | nein | ja | nein | tw. |
| **Ort der Leistungserbringung (§ 11 HeilM-RL)** | | | | |
| Wie haben sich die Änderungen in § 11 HeilM-RL zum Ort der Leistungserbringung ausgewirkt? | ja | nein | nein | tw. |
| **Auswahl der Heilmittel (§ 12 HeilM-RL)** | | | | |
| Werden die geänderten Regelungen zu § 12 HeilM-RL (Auswahl der Heilmittel) genutzt? | ja | nein | ja | ja |
| **Beginn der Heilmittelbehandlung (§ 15 HeilM-RL)** | | | | |
| Wie haben sich die geänderten Regelungen zum Beginn der Heilmittelbehandlung (§ 15 HeilM-RL) auf die Versorgung ausgewirkt? | nein | ja | ja | ja |
| **Durchführung der Heilmittelbehandlung (§ 16 HeilM-RL)** | | | | |
| Wie hat sich die geänderte Regelung in § 16 Absatz 6 HeilM-RL auf die Inanspruchnahme von Gruppentherapien ausgewirkt? | ja | nein | nein | nein |
| **Bürokratieabbau** | | | | |
| Wie haben sich die Änderungen der Richtlinie im Versorgungsalltag (bürokratischer Aufwand) ausgewirkt? | nein | ja | ja | ja |

***Tab. 1:*** Zentrale Fragestellungen der Evaluation und mögliche Datenquellen. Legende: HeilM-RL: Heilmittel-Richtlinie; GKV-HIS: GKV-Heilmittel-Informations-System; SGB V: Fünftes Buch Sozialgesetzbuch; tw.: teilweise; GKV-SV: Spitzenverband Bund der Krankenkassen; KBV: Kassenärztliche Bundesvereinigung; PatV: Patientenvertretung. Eigene Darstellung.

Die Befragung der Patient:innen erfolgte als Online-Umfrage über die maßgeblichen Patientenorganisationen nach § 140f SGB V. Es wurde davon ausgegangen, dass eine Stichprobe von ca. 1.500 Patient:innen erreicht werden könnte. Die Auswertung erfolgt mithilfe des Programms SurveyMonkey© in Form einer deskriptiven Datenanalyse.

Die Perspektive der stellungnahmeberechtigten Organisationen der Leistungserbringenden für den Bereich der Heilmittelversorgung – Physiotherapie, Ergotherapie, Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie, Podologie sowie Ernährungstherapie – wurde nach Abschluss der quantitativen Datenerhebung und strukturierten Befragung sowie deren Diskussion und Limitationen eingeholt. Den Organisationen wurde dazu der vorläufige Bericht zur Evaluation mit den Ergebnissen der Befragungen mit der Bitte zur Verfügung gestellt, dem G-BA ihre Erfahrungen zum Umsetzungsstand und den Auswirkungen der Änderungen der HeilM-RL seit Inkrafttreten zum 1. Januar 2021 aus ihrer Sicht darzulegen. Die Rückmeldungen wurden durch eine qualitative Inhaltsanalyse ausgewertet und in die Gesamtbetrachtung einbezogen.

## Ausgewählte Ergebnisse und Diskussion

In der Gesamtbetrachtung der Ergebnisse wurde insbesondere die positive Wirkung der Abschaffung der Regelfallsystematik sowie eine insgesamt verbesserte Versorgung der

Versicherten mit Heilmitteln, insbesondere für Personen mit einem LHB, deutlich. Zugleich konnten Problembereiche identifiziert werden, bei denen jeweils unterschiedliche Aspekte im Fokus stehen.

Die Ablösung der Regelfallsystematik wurde von Krankenkassen, Vertragsärzt:innen, Psychotherapeut:innen, Patient:innen sowie Leistungserbringenden übereinstimmend als Fortschritt bewertet, da sie zu einer bürokratischen Entlastung, einer Reduktion formaler Fehlerquellen sowie der Verringerung therapiebedingter Unterbrechungen führte. Zugleich wurde auch die durch eine gesetzliche Änderung initiierte Abschaffung der Genehmigungspflicht für Verordnungen außerhalb des Regelfalls überwiegend als Erleichterung und Beitrag zum Bürokratieabbau begrüßt.

Die Umsetzung des gesetzlichen Auftrags zur Festlegung orientierender Behandlungsmengen (OBM) und deren Auswirkungen auf die Praxis wurden hingegen unterschiedlich bewertet. Es wurde angemerkt, dass die OBM von Verordnenden häufig als starre Höchstmenge interpretiert werden, und dass dies zu restriktiveren Verordnungen und Versorgungsproblemen führen kann, wenn Behandlungen nicht im erforderlichen Umfang fortgesetzt werden. Dies kann sich insbesondere in medizinisch nicht indizierten Therapieunterbrechungen und Verzögerungen im Behandlungsverlauf niederschlagen. Gleichzeitig wurde auf die weiterhin notwendige Steuerungsfunktion der OBM mit Blick auf eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Heilmittelversorgung hingewiesen. In diesem Zusammenhang wurde auf den erhöhten organisatorischen Aufwand aufmerksam gemacht, der insbesondere durch die geltenden Höchstmengen je Verordnung sowie den Wegfall der Möglichkeit, Verordnungen über einen Zeitraum von bis zu zwölf Wochen – vormals Verordnung außerhalb des Regelfalles – auszustellen, entsteht. Dies betreffe vorrangig Patient:innen, die die Kriterien eines BVB oder LHB nicht erfüllen, und führe in der Folge zu häufigeren Arztkontakten. Dies kann insbesondere für chronisch erkrankte, mobilitätseingeschränkte oder pflegebedürftige Patient:innen mitunter eine zusätzliche Belastung darstellen.

Die Befragungen sowohl der Patient:innen als auch der Leistungserbringenden zeigte, dass die Möglichkeit der 12-Wochen-Verordnung in der Praxis nur eingeschränkt genutzt wird, da Unsicherheiten bei Verordnenden und restriktive Auslegungen durch Krankenkassen befürchtet werden. Ebenso werden die Hinweise „längstens 1 Jahr nach Akutereignis“ und „längstens 6 Monate nach Akutereignis“ zu den BVB als bürokratische Hürde bewertet.

Auf einem hohen Niveau liegt insgesamt der Anteil der Verordnungen zum LHB und zum BVB an der Gesamtzahl der Verordnungen. Dieser hat sich jedoch im Zeitverlauf 2019, 2022 und 2023 nur wenig verändert. Der Anteil dieser besonders geregelten Versorgungen übersteigt in einzelnen Heilmittelbereichen inzwischen die Versorgung ohne entsprechende Sonderregelungen. Angemerkt wurde, dass Informationsdefizite bei der Anwendung der Regelungen zu LHB und BVB bestehen würden. Dies gelte auch für die Möglichkeit, im Einzelfall einen Antrag auf Anerkennung eines LHB stellen zu können. Auf der Seite der Kostenträger hat sich die Erwartung, dass die Zahl der Anträge auf Genehmigung eines LHB zurückgehen würde, nicht bestätigt. Es werden somit auch weiterhin Anträge gestellt, die die Kriterien für einen LHB nicht erfüllen. Die Anzahl und der Anteil der Anträge, die genehmigt wurden, sanken im Beobachtungszeitraum. So konnte das Ziel des Bürokratieabbaus in diesem Punkt nicht erreicht werden. Insgesamt wurden durch die Änderung jedoch die Versorgung chronisch kranker Patient:innen erleichtert und Therapieunterbrechungen reduziert.

Als wichtiger Bestandteil der Versorgung wurden die Hausbesuche hervorgehoben. Es wird von einem stabilen, insgesamt hohen Niveau bei gleichzeitig leicht rückläufiger Tendenz berichtet. Es zeigte sich aber auch, dass Unsicherheiten hinsichtlich der Möglichkeit einer Behandlung außerhalb der Praxis oder in häuslicher Umgebung bestehen. Diese betreffen insbesondere die Behandlung von Erwachsenen in „Werkstätten für behinderte Menschen“ und Tagesförderstätten sowie von Kindern und Jugendlichen bis zum 18. Lebensjahr mit Förderstatus bzw. mit Behinderung in Regeleinrichtungen wie Kitas und Schulen. Bedeutsam in diesem Zusammenhang ist, dass die Versorgung und Betreuung einzelner Personenkreise in spezifischen Einrichtungen in einem Spannungsfeld zwischen pädagogischen Maßnahmen und therapeutischem Versorgungsauftrag stehen können.

Die mit der Reform eingeführte Möglichkeit, auf einer Verordnung verschiedene vorrangige Heilmittel oder Behandlungszeiten miteinander zu kombinieren, wurde unterschiedlich bewertet. Insgesamt wurde die geschaffene Gestaltungsfreiheit begrüßt, da so eine patientenindividuellere Versorgung möglich ist. Der Routinedatenanalyse zufolge wurde die Möglichkeit jedoch nur wenig genutzt.

Ferner wurde deutlich, dass digitale und softwaregestützte Verfahren als zentraler Erfolgsfaktor für einen reibungslosen Verordnungs- und Abrechnungsprozess gesehen werden.

Die Verlängerung der Gültigkeitsfrist einer Verordnung auf 28 Tage wurde als Verbesserung wahrgenommen und führte in der Versorgung zu einer Entspannung bei der Terminvergabe. Zugleich wurde berichtet, dass die Fristeinhaltung des Behandlungsbeginns, unter anderem aufgrund fehlender Terminverfügbarkeiten, nicht immer gelinge. Ein gekennzeichneter dringlicher Behandlungsbedarf sei infolgedessen oft schwer umzusetzen, sodass die Verordnung häufig ihre Gültigkeit verliere und eine neue Verordnung benötigt würde. Dies erzeuge bürokratische Mehraufwände auf allen Seiten.

Die Versorgung von Patient:innen mit Heilmitteln im Rahmen einer Gruppenbehandlung wurde insgesamt als ein sinnvolles Behandlungsinstrument gesehen. Die Daten und Rückmeldungen der Leistungserbringenden zeigen aber nur eine sehr geringe Relevanz von Gruppentherapien in der Versorgung. Dies sei insbesondere darauf zurückzuführen, dass selten „homogene Gruppen“ gebildet werden können und die Terminplanung mit einem hohen organisatorischen Aufwand verbunden sei.

## Limitationen

Die Auswertung der Routinedaten aus dem GKV-HIS zu den einzelnen erhobenen Kennzahlen und Auswertungsebenen unterliegt bestimmten Limitationen. Grundsätzlich konnten anhand der Abrechnungsdaten keine Rückschlüsse auf die von Ärzt:innen tatsächlich ausgestellten Verordnungen vorgenommen werden.

Bei der Anzahl der Behandlungseinheiten je Verordnung handelt es sich ferner um einen Gesamtschnitt über alle Verordnungsarten hinweg, der sowohl mögliche Mengenveränderungen bei Versicherten mit einer Höchstmenge je Verordnung gemäß HMK

– beispielsweise 6 oder 10 Behandlungseinheiten – als auch Mengenveränderungen bei Versicherten mit einer 12-Wochen-Verordnung abbildet. LHB und BVB sind nicht vollkommen trennscharf abbildbar, da Nebenbedingungen, wie beispielsweise Akutereignisse, nicht berücksichtigt wurden. In den Daten des Medizinischen Dienstes Bund sind die unterschiedlichen Maßnahmen zur Begutachtung von Heilmitteltherapien verschlüsselt. Sie enthalten jedoch keine Information darüber, ob es sich um einen Erstantrag auf einen LHB handelt oder ob die Unterlagen im Rahmen eines Widerspruchs eingereicht wurden. Dies limitiert die Aussagesicherheit bei dieser Fragestellung.

Die qualitativen Erhebungen durch die strukturierte Befragung bei den Krankenkassen, Ärzt:innen, Psychotherapeut:innen der vertragsärztlichen Versorgung sowie Patient:innen unterlagen ebenso Limitationen. Die Befragungen spiegeln teilweise die subjektive Einschätzung der Befragten wider und es ist davon auszugehen, dass dies die Ergebnisse beeinflusst, da die Stichprobe möglicherweise nicht die Meinungen und Merkmale der Gesamtgruppe abbildete. Durch eine geringe Teilnehmerzahl im Verhältnis zur Grundgesamtheit – gerade bei den Ärzt:innen, Psychotherapeut:innen sowie Patient:innen – sind die Ergebnisse nur eingeschränkt repräsentativ. Zudem kann ein Selektionsbias nicht ausgeschlossen werden, da eine Beteiligung an Befragungen davon beeinflusst wird, dass tendenziell eher negative Erfahrungen gemacht wurden oder bei Teilnehmenden ein besonderes Interesse an einer Rückmeldung zum Thema der Heilmittelverordnung bestand.

## Ergänzende Information

Der umfassende Bericht zur Evaluation mit den detaillierten Ergebnissen und entsprechenden Grafiken ist auf den Internetseiten des G-BA im Bereich Heilmittel-Richtlinie unter https://www.g-ba.de/richtlinien/12/ verfügbar.

## Resümee

Im Ergebnis der Evaluation zeigt sich, dass die Reform der Heilmittelversorgung zu spürbaren Verbesserungen beigetragen hat. Besonders die Abschaffung der Regelfallsystematik und der Genehmigungspflicht von Verordnungen außerhalb des Regelfalles wurde überwiegend als Fortschritt gewertet. Dies führte insgesamt zu einer deutlichen Entlastung bzgl. bürokratischer Vorgaben und ermöglichte insbesondere für chronisch kranke Patient:innen Verbesserungen in der Versorgung. Zudem wurde die Verlängerung der Frist für den spätesten Behandlungsbeginn sowie die größere Flexibilität bei der Verordnung durch Auswahl und Kombination verschiedener Heilmittel sowie die Nutzung von Einzel- und Gruppentherapien überwiegend positiv bewertet.

Die Ergebnisse zeigen aber auch, dass weiterhin erhebliche Herausforderungen und Schwierigkeiten in der Versorgung vor allem durch Informationsdefizite bestehen. Beispielsweise werden die Regelungen zur OBM häufig missverständlich als eine verbindliche Höchstgrenze bei der Verordnung von Heilmitteln ausgelegt. Auch scheint es Unsicherheiten bei der Antragstellung für einen individuellen LHB zu geben, was sich teilweise auch in unnötigen und teilweise qualitativ unzureichenden Anträgen widerspiegelt.

Insgesamt wird deutlich, dass die Reform wichtige Fortschritte gebracht hat, in verschiedenen Bereichen dennoch Nachsteuerungsbedarf gesehen wird. Eine Weiterentwicklung der Regelungen sollte mit der Zielsetzung erfolgen, eine am Patienten orientierte bedarfsgerechte Versorgung zu gewährleisten und die Versorgungsqualität zu steigern, die Wirtschaftlichkeit der Versorgung zu stärken sowie die Regelungskomplexität weiter zu reduzieren, um die Praktikabilität der Regelungen zu erhöhen und bürokratische Hürden im Versorgungsalltag abzubauen. <<

von:
Mario Hellbardt BSc[1]
ORCID: 0009-0009-6130-8619
Marjan Rip BSc[1]
ORCID: 0009-0006-5707-0204
Dipl.-Wi.Jur. (FH) Christian Quellmalz[2]
ORCID: 0009-0004-4083-8083
Dipl.-Kfm. (FH) Florian Rott[2]
ORCID: 0009-0008-0672-2684
Josefine Halbeisen BSc[3]
ORCID: 0009-0002-6955-3650
Sebastian Prechel-Radon MSc[3]
ORCID: 0009-0004-6347-6767
Dipl.-Wirt. Norbert Bender[4]
ORCID: 0009-0004-8625-3312
Constanze Jelsch MSc[4]
ORCID: 0009-0007-7982-1555
Dr. PH Susanne Glodny MSc[1]
ORCID: 0009-0007-7586-2691

1: Gemeinsamer Bundesausschuss, Geschäftsstelle Berlin
2: GKV-Spitzenverband, Abteilung Gesundheit, Referat Heilmittel
3: Kassenärztliche Bundesvereinigung, Dezernat Ärztliche und Veranlasste Leistungen
4: Gemeinsamer Bundesausschuss, Stabsstelle Patientenbeteiligung

**Literatur**

[1] Verfahrensordnung des G-BA, 1. Kapitel § 7 Absatz 4 VerfO
[2] Urteil des Bundessozialgerichts vom 6. Mai 2009 - B 6 A 1/08 R, BSGE 103, 106, Rn. 62
[3] Beschluss des G-BA vom 21.09.2017; verfügbar unter: https://www.g-ba.de/beschluesse/3073/ (Zugriff am 05.06.2025)
[4] Gesetz für schnellere Termine und bessere Versorgung (Terminservice- und Versorgungsgesetz – TSVG) vom 6. Mai 2019; verfügbar unter: Bundesgesetzblatt BGBl. Online-Archiv 1949 - 2022 | Bundesanzeiger Verlag (Zugriff am 05.06.2025)
[5] Beschluss des G-BA vom 19.09.2019; verfügbar unter: https://www.g-ba.de/beschluesse/3973/ (Zugriff am 05.06.2025)
[6] vgl. § 84 Absatz 5 SGB V
[7] vgl. § 302 SGB V

## Autorenerklärung

Die Autor:innen erklären, dass keine Interessenkonflikte bestehen.

## Zusammenfassung

**Einleitung:** Die Richtlinie über die Verordnung von Heilmitteln in der vertragsärztlichen Versorgung (HeilM_RL) wurde vom Gemeinsamen Bundesausschuss im Jahr 2019 umfassend überarbeitet sowie der Heilmittelkatalog (HMK) neu gefasst. Die Reform trat im Januar 2021 in Kraft. Um den Umsetzungsstand und die Auswirkungen dieser Reform im Versorgungsalltag zu betrachten, wurde eine Evaluation der HeilM-RL und des HMK durchgeführt.
**Methoden:** Zur Beantwortung der Fragestellungen der Evaluation wurden retrospektiv Routinedaten zum Versorgungsgeschehen aus dem GKV-Heilmittel-Informations-System ausgewertet. Des Weiteren wurden Befragungen von Vertragsärzt:innen, Psychotherapeut:innen, Patient:innen und Krankenkassen zum Umsetzungsstand der Richtlinienänderungen, deren Auswirkungen in der Versorgung sowie zu Teilaspekten wesentlicher Anpassungen durch die Reform der HeilM-RL durchgeführt. Ergänzt wurde die Evaluation durch die Einbindung der Organisationen der Heilmittelerbringenden, um auch diese Perspektive abzubilden.
**Ergebnisse:** Die Ergebnisse verdeutlichen insbesondere die positive Wirkung bürokratischer Entlastungen, zum Beispiel durch die Abschaffung der Regelfallsystematik sowie eine insgesamt verbesserte Versorgung der Versicherten mit Heilmitteln, insbesondere für Personen mit einem langfristigen Heilmittelbedarf. Zugleich wurden Problembereiche identifiziert, die insbesondere Verordnungsmengen, den langfristigen Heilmittelbedarf, besondere Verordnungsbedarfe, Hausbesuche sowie die Nutzung von Gruppenbehandlungen betreffen.
**Diskussion:** Die Reform der HeilM-RL und des HMK wurde als wichtiger Beitrag für anwenderfreundliche und praxistauglichere Regelungen gewürdigt. In verschiedenen Bereichen wird weiterer Nachsteuerungsbedarf gesehen. Die Regelungen sollten mit der Zielsetzung weiterentwickelt werden, eine am Patienten orientierte bedarfsgerechte Versorgung zu gewährleisten und die Versorgungsqualität zu steigern. Gleichzeitig sollte die Wirtschaftlichkeit der Versorgung gestärkt sowie die Regelungskomplexität weiter reduziert werden. Es gilt, die Praktikabilität der HeilM-RL weiter zu erhöhen und bürokratische Hürden im Versorgungsalltag abzubauen.

**Schlüsselwörter:** Gemeinsamer Bundesausschuss, Krankenversicherung, Richtlinien, Heilmittel, Evaluation


## After the reform – Evaluation of the implementation of the revised directive of ordered services

**Introduction:** The guideline on the prescription of therapeutic products (HeilM-RL) in statutory health insurance was comprehensively revised by the Joint Federal Committee in 2019, and the catalogue of therapeutic remedies (HMK) was also revised. The reform came into force in January 2021. In order to assess the extent to which this reform has been implemented and its impact on practice, an evaluation of the HeilM-RL and the HMK was carried out.
**Methods:** To answer the evaluation questions, routine data on healthcare provision from the GKV-Remedies-Information-System was analysed retrospectively. In addition, contract doctors, psychotherapists, patients and health insurance companies were surveyed on the implementation status of the guideline changes, their impact on care and on specific aspects of key adjustments resulting from the reform of the HeilM-RL. The evaluation was supplemented by the involvement of organisations providing therapeutic remedies in order to reflect their perspective as well.
**Results:** The results highlight in particular the positive effect of bureaucratic relief, for example through the abolition of the standard case system, and an overall improvement in the provision of remedies to insured persons, especially those with long-term remedy needs. At the same time, problem areas were identified, particularly with regard to prescription quantities, long-term remedy needs, special prescription requirements, home visits and the use of group treatments.
**Discussion:** The reform of the HeilM-RL and the catalogue of therapeutic remedies was recognised as an important contribution to user-friendly and more practical regulations. Further adjustments are seen as necessary in various areas. The regulations should be further developed with the aim of ensuring patient-oriented, needs-based care and improving the quality of care. At the same time, the cost-effectiveness of care should be strengthened and the complexity of regulations further reduced. The aim is to further increase the practicability of the directive and to reduce bureaucratic hurdles in everyday care.

**Keywords:** Federal Joint Committee, health insurance, directives, ordered services, evaluation

## Zitationshinweis

Hellbardt et al.: „Nach der Reform – Evaluation der Heilmittel-Richtlinie und des Heilmittelkatalogs", in „Monitor Versorgungsforschung" (03/26), S. 48–52. http://doi.org/10.24945/MVF.03.26.1866-0533.2833

## Klimaimpact der Gesundheitsversorgung

>> Eine neue, von Optimedis erstellte Studie (1) des BKK-Dachverbands zum Klimaimpact der Gesundheitsversorgung beleuchtet die „doppelte Herausforderung" des Sektors: Er ist nach Aussage der Studie in Deutschland für über 5% der nationalen Treibhausgasemissionen verantwortlich und muss gleichzeitig die zunehmenden gesundheitlichen Folgen der Erderwärmung bewältigen.

Zentrale Erkenntnis der Analyse ist, dass primär das Versorgungsdesign und nicht Einzeltechnologien den Klimaimpact bestimmt. Rund 50 bis 70 % der Emissionen entstehen in den vorgelagerten Lieferketten (Scope 3), insbesondere durch die Produktion von Arzneimitteln und Medizinprodukten. Weitere Hotspots sind der Energieverbrauch stationärer Einrichtungen (24/7-Betrieb) sowie die Mobilität von Patienten und Personal. Chronische Erkrankungen mit hoher Prävalenz, wie Herz-Kreislauf-Leiden oder Diabetes, dominieren den Fußabdruck durch ihre Behandlungsintensität und häufige Sektorwechsel.

Ein massiver Hebel liegt im Abbau von Über- und Fehlversorgung: Da bis zu 30% der Leistungen keinen nachweisbaren medizinischen Nutzen haben, verursachen sie einen erheblichen, aber vermeidbaren $CO_2$-Ausstoß. Technische Effizienzmaßnahmen (z. B. Gebäudesanierungen) sind zwar wichtig, reichen aber nicht aus; entscheidend sind strukturelle Veränderungen. Dazu gehören die Stärkung der Prävention zur Vermeidung von Hospitalisierungen sowie der Ausbau von Telemedizin, die durch Wegfall von Fahrtstrecken fast immer klimapositiv wirkt.

Krankenkassen kommt hierbei eine Schlüsselrolle als systemische Gestalter zu. Durch das Konzept der „Green Insurance" können sie ökologische Kriterien in Vergütungsmodelle (z. B. Pay-for-Performance) integrieren und ressourcenschonende Versorgungsoptionen fördern, ohne die Qualität zu mindern. Klimaschutz werde so zum integralen Bestandteil einer patientenzentrierten und wirtschaftlichen Gesundheitsversorgung.

Die Telemedizin spielt eine zentrale Rolle bei der Reduktion von $CO_2$-Emissionen im Gesundheitswesen, wobei der größte Hebel in der Vermeidung von Fahrwegen für Patient:innen und medizinisches Personal liegt. In fast allen untersuchten Szenarien überwiegen die ökologischen Vorteile durch eingesparte Wege die zusätzlichen Emissionen, die durch die Nutzung der IT-Infrastruktur entstehen. Ein konkretes Beispiel aus dem Stanford Health Care System verdeutlicht dies: Während ein Präsenztermin durchschnittlich 20 kg $CO_2$e verursacht, emittiert ein Telefon- oder Videotermin nur etwa 0,02 bis 0,04 kg $CO_2$ – also weniger als 1% eines physischen Besuchs. <<

**Link**: 1: https://t1p.de/0lzbx

FDZ-Gesundheit

# Zugang zu Gesundheitsdaten über das FDZ-Gesundheit: Strukturen und Abläufe kompakt erklärt

Mit dem Forschungsdatenzentrum Gesundheit (FDZ-Gesundheit) steht seit Oktober 2025 in Deutschland eine gebündelte Datenquelle bereit, die pseudonymisierte Abrechnungsdaten der gesetzlichen Krankenversicherung in geschützter Umgebung für definierte Nutzungszwecke zugänglich macht. Ziel ist, die Basis für Forschung und gesundheitspolitische Entscheidungen zu stärken und ferner die Anschlussfähigkeit an den EHDS vorzubereiten. Leitende Fragen des Artikels sind, welche Chancen und Anforderungen mit der Nutzung dieser Datenquelle verbunden sind.

## Welche Datenanalysen typischerweise möglich sind

>> Die GKV-Abrechnungsdaten eignen sich trotz aller Limitationen besonders für Fragestellungen, die sich über Diagnosen, Leistungen/Prozeduren, Arzneimittelabgaben und Inanspruchnahme abbilden lassen. Typische Auswertungen sind:

- Epidemiologie und Versorgungslage: Prävalenz/Inzidenz nach definierter Falldefinition, regionale Unterschiede, Trends über Jahre.
- Versorgungswege und Patient Journeys: sektorübergreifende Pfade (ambulant sowie stationär, Verläufe vor und nach Indexereignissen.
- Abbildung von Versorgungsrealitäten als Basis für verschiedene Preisverhandlungen.
- Therapie- und Arzneimittelanalysen: Verordnungs-/Abgabemuster, Persistenz/Adhärenz (als Proxy), Therapieumstellungen, Begleitmedikation.
- Inanspruchnahme und Kosten: Leistungsvolumina, Ressourcenverbrauch, Kostenverläufe nach Subgruppen oder Ereignissen.
- Evaluation von Versorgungskonzepten: Beobachtungsdesigns (z. B. vorher-nachher oder kontrollierte Kohorten), wenn Exposition und Endpunkte in den Abrechnungsdaten zuverlässig operationalisierbar sind.

Wichtig ist eine realistische Erwartung, denn die GKV-Abrechnungsdaten sind keine klinischen oder Registerdaten. Die Dokumentation folgt primär Abrechnungszwecken und bildet klinische Messwerte, Schweregrade oder patientenberichtete Outcomes oft nur indirekt ab. Die Aussagekraft und Belastbarkeit von GKV-Abrechnungsdaten bedarf daher einer nachvollziehbaren und fundierten, teilweise relativ aufwändigen Operationalisierung und wird oft mit Sensitivitätsanalysen untermauert.

## Wie ist der Zugang geregelt?

Zum FDZ-Gesundheit hat jeder die Zugangsmöglichkeit, auch die industrielle Gesundheitswirtschaft. Eine Beschränkung auf bestimmte Institutionen gibt es nicht. Wichtig ist, dass die Daten nur für einen der gesetzlich definierten Nutzungszwecke verwendet werden dürfen. Dies wird im Rahmen der Anträge verpflichtend geprüft. Das Gesetz zählt 10 zulässige Nutzungszwecke auf (§ 303e Abs. 2 SGB V). Hierzu gehören z. B. die Verbesserung der Qualität der Versorgung, die wissenschaftliche Forschung, Analysen des Versorgungsgeschehens, Analysen zur Wirksamkeit sektorenübergreifender Versorgungsformen, Entwicklung, Weiterentwicklung und Überwachung der Sicherheit von Arzneimitteln, Medizinprodukten, Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, Hilfs- und Heilmitteln, digitalen Gesundheits- und Pflegeanwendungen sowie Systemen der Künstlichen Intelligenz im Gesundheitswesen.

Die Nutzung der Daten für andere Zwecke ist nicht zulässig. Insbesondere dürfen die zugänglich gemachten Daten nicht für Marktforschung, Werbung und Vertriebstätigkeiten verwendet werden. Um dies sicherzustellen, sollte im Zweifel vor der Antragsstellung Legal, Compliance und der Datenschutz einbezogen werden. Das ist wichtig, da Verstöße weitreichende Konsequenzen haben können.

Die Gebühren eines FDZ-Antrags richten sich nach der Datentransparenz-Gebührenverordnung (DaTraGebV) und sind vom Antragssteller zu entrichten. Für die Praxis sind vor allem folgende Bestandteile relevant:

| Gebühren eines FDZ-Antrags | | |
|---|---|---|
| **Gebührenbestandteil** | **Typischer Ansatz** | **Worauf zu achten ist** |
| Grundgebühr (Antragsbearbeitung) | 4.000 Euro | unabhängig vom Umfang der Auswertung |
| Auswertung/Bereitstellung je Berichtsjahr | 1.000 Euro pro Berichtsjahr | je mehr Jahre beantragt, desto höher die Zusatzgebühr |
| Nutzung gesicherte virtuelle Umgebung | 1.000 Euro pro Nutzungstag | straffe Arbeitsplanung reduziert Nutzungstage |
| Zwischenergebnisse | 109 Euro pro Zwischenergebnis | budgetär berücksichtigen |
| Beratung (optional) | 100 bis 3.000 Euro | abhängig vom Umfang und budgetär berücksichtigen |
| Schulung (optional) | 1.000 Euro (Basis) + 600 Euro je Zusatzmodul | für neue Teams |
| Sonstige Auslagen | Lizenzgebühren für Nutzung bestimmter angebotener Services | vorab im Antragsverfahren abklären und budgetär berücksichtigen |

***Tab. 1:*** Gebühren eines FDZ-Antrags. Quelle: eigene Darstellung basierend auf Angaben FDZ-Gesundheit.

**Rechenbeispiel (ohne Kostenermäßigung):**
**Annahme:** Projekt mit 5 Berichtsjahren (z. B. 2019–2023), Analysearbeit in der virtuellen Umgebung von 14 Tagen, zusätzlich eine Beratung in Höhe von 1.000 Euro.

- Grundgebühr: 4.000 Euro
- Berichtsjahrbezogene Zusatzgebühr: 5 Jahre à 1.000 Euro = 5.000 Euro
- Nutzung virtueller Arbeitsumgebung (SPE): 14 × 1.000 Euro = 14.000 Euro
- Beratung und zwei Zwischenergebnisse: 1.000 Euro plus 218 Euro
- Gesamtsumme: 24.218 Euro (zzgl. sonstiger Auslagen)

Das fiktive Beispiel zeigt, dass die Zahl der Berichtsjahre, Beratungserfordernis und insbesondere die Nutzungstage der sicheren Analyseumgebung, auch Secure Processing Environment (SPE), den Gesamtbetrag eines Antrags stark beeinflussen können. Es ist daher sinnvoll, die Skripte und Prüfprotokolle so weit wie möglich vor dem einzureichenden Antrag auf Zugang zu entwickeln und den Aufenthalt in der SPE auf wenige konzentrierte Arbeitstage zu fokussieren. Darüber hinaus bedarf es einiger Programmierfähigkeiten für die Übersetzung des Analyseskripts.

Die DaTraGebV sieht eine antragspflichtige Ermäßigung „auf ein Zehntel" der Gebühren vor, wenn der Antrag von bestimmten Institutionen gestellt wird. Dazu zählen unter anderem Hochschulen, Hochschulkliniken, öffentlich finanzierte außeruniversitäre Forschungseinrichtungen sowie öffentliche Institutionen der Gesundheitsversorgungsforschung. Eine mögliche Ermäßigung gilt nicht, wenn ein Datenzugang gemeinsam mit weiteren Institutionen begehrt wird, die nicht zu den begünstigten Institutionen gehören, oder wenn der Datenzugang im Rahmen eines Auftragsforschungsvorhabens für eine nicht begünstigte Institution erfolgt.

Für die Praxis heißt das: Bei Projekten mit Industriebezug lohnt sich eine frühe Klärung, ob der Industriepartner Zugang zur sicheren Umgebung benötigt oder ob möglicherweise eine Zusammenarbeit über Projektbeirat, Methodenabstimmung und Ergebnisdiskussion ohne Datenzugang ausreicht. Bei Unsicherheit empfiehlt sich in diesen Fällen eine Vorabklärung mit dem FDZ-Gesundheit, damit Rollen, Antragsform und Gebührenfolgen klar und kalkulierbar sind.

## Wie sieht ein typischer Plan aus: vor Antrag bis zum Ergebnis

Die konkreten Bearbeitungszeiten hängen von der Komplexität und der Vollständigkeit eines jeweiligen Antrags ab. Das FDZ-Gesundheit betont ausdrücklich, dass eine gründliche Antragsvorbereitung die Voraussetzung für eine zügige Bearbeitung ist. Bei Fragen besteht die Möglichkeit den Help-Desk zu konsultieren, wo schnell Klarheit erlangt werden kann.

Für die Projektsteuerung hat sich eine Planung in Phasen bewährt:

**1. Phase A – Konzept und Datenlogik (intern)**

Forschungsfrage, Nutzungszweck, Falldefinitionen, Endpunkte, Beobachtungsfenster, benötigte Variablen und Berichtsjahre präzisieren. Früh definieren, welche Ergebnisse später exportiert werden sollen (Tabellen) und welche Mindestzellgrößen erforderlich sind, da die Ergebnismenge begrenzt ist. Vorheriger Test des Skripts über den Public Use File einplanen.

**2. Phase B – Antragserstellung nach Registrierung der Institution und Rollen**

Den Datenschnitt und Methodenplan so formulieren, dass er prüffähig ist. In den FAQs vom FDZ-Gesundheit wird hervorgehoben, dass bei der Prüfung von Forschungsfragen vor allem der Nutzungszweck relevant ist sowie die Passung des Datenschnitts. Zudem wird die kleinstmögliche Datenmenge und maximal verfügbare Zellenanzahl der Ergebnisse beurteilt.

**3. Phase C – Prüfschleifen und Rückfragen**

Etwaige Rückfragen vom FDZ-Gesundheit zügig beantworten. Häufige Punkte sind: Datenminimierung, eindeutige Variablenlisten, Plausibilität der Endpunkte, geplante Aggregation/Output-Formate oder Datenmenge.

**4. Phase D – Arbeiten in der virtuellen Arbeitsumgebung (SPE) und Arbeitsvorbereitung**

Schon beim Antrag Software- sowie die


**Literatur**

Buzer.de (konsolidierte Darstellung der DaTraGebV) als Zugriffsmöglichkeit für § 11, (Abruf 19.12.2025)
Buzer.de: Verordnung zur näheren Regelung von Verfahren nach dem GDNG (Änderungen u. a. zu Gebühren). (Anruf 19.12.2025)
DaTraGebV § 11 „Gebührenerhöhung und -ermäßigung" (konsolidierte Fassung).
FDZ-Gesundheit: Frequently Asked Questions – FAQ, https://www.forschungsdatenzentrum-gesundheit.de/infoportal/faqs, Abruf: 10.02.2026
FDZ-Gesundheit: Gebührenordnung, https://www.forschungsdatenzentrum-gesundheit.de/infoportal/antragsvorbereitung/gebuehrenverordnung, Abruf: 10.02.2026
Forschungsdatenzentrum (FDZ-Gesundheit): Antragsportal, https://www.forschungsdatenzentrum-gesundheit.de/infoportal/antragsportal, (Abruf 19.12.2025)
Forschungsdatenzentrum-Gesundheit (2026) Forschungsdatenzentrum: Antragsregister, abgerufen am 17.03.2026
Häussler, B., Hoffmann, W., Stegmaier, P. (2023) Wir brauchen Experimentalräume für die Versorgungsforschung, in Monitor Versorgungsforschung (01/23), S. 6–15. http://doi.org/10.24945/MVF.01.23.1866-0533.2470
Horenkamp-Sonntag et al. (2017) Validität von Arzneimitteldaten in GKV-Routinedaten in: Monitor Versorgungsforschung 03/17, S. 53-59, doi: 10.24945/MVF.03.17.1866-0533.2019
Ihle P et al. (2023) Das Forschungsdatenzentrum Gesundheit – Bisherige Entwicklungen und zukünftige Schritte in Gesundheitswesen 2023; 85 (Suppl. 2): S99–S100
Ludwig, M., Schneider, K., Heß, S. Broich, K. (2024) Aufbau des neuen Forschungsdatenzentrums Gesundheit" zur Datenbereitstellung für die Wissenschaft in Bundesgesundheitsbl 2024 · 67:131–138, https://doi.org/10.1007/s00103-023-03831-z
March S et al. (2023) Forschungsdatenzentrum Gesundheit – Vision für eine Weiterentwicklung aus Sicht der Forschung in Gesundheitswesen 2023; 85 (Suppl. 2): S145–S153, Thieme E-Journals - Das Gesundheitswesen / Abstract
Prasser, F., Riede, N., Wolter, S., Corr, D., Ludwig, M. (2024) Künstliche Intelligenz und sichere Gesundheitsdatennutzung im Projekt KI-FDZ: Anonymisierung, Synthetisierung und sichere Verarbeitung für Real-World-Daten in Bundesgesundheitsbl 2024 · 67:171–179, https://doi.org/10.1007/s00103-023-03823-z
Schneider, K., Heß, S., Weber, S. (2024) Bekannte Herausforderungen und neue Möglichkeiten von Real-World-Daten in Bundesgesundheitsbl 2024 · 67:129–130, https://doi.org/10.1007/s00103-023-03826-w, 103_2023_Article_3826.pdf
Stegmaier, P. (2019) Forschungsdatenzentrum frühestens ab dem Jahr 2022", in: „Monitor Versorgungsforschung" (06/19), S. 12-13, doi: 10.24945/MVF.06.19.1866-0533.2182
Stegmaier, P. (2023) GDNG und DigiG sind auf dem Weg", in „Monitor Versorgungsforschung" (05/23), S. 18, 20, http://doi.org/10.24945/MVF.05.23.1866-0533.2537
Swart Enno et al. (2021) Jetzt die Weichen stellen, in Gesundheitswesen 2021; 83 (Suppl. 2): S139–S141, a-1537-9722.pdf
Wenzel M et al. (2025) Standortbestimmung zur Forschung mit Sekundärdaten im Forschungsdatenzentrum Gesundheit, Thieme, Open Access

Skriptstrategie festlegen, u. U. Zwischenergebnisse beantragen. Ziel ist, dass die produktive Arbeit im SPE in wenigen Nutzungstagen erledigt werden kann.

**5. Phase E – Analyse und Ergebnisanforderung**

Auswertung in virtueller Arbeitsumgebung/Analyseraum; anschließend Anforderung der Ergebnismenge. Die Endergebnisse bzw. Ergebnistabellen sind zu beantragen; Erhalt erst nach Prüfung des FDZ-Gesundheit, vor allem auf Reidentifikationsrisiken. Bei kleinen Fallzahlen muss ggf. justiert werden. Grafiken können derzeit nicht exportiert werden.

**6. Phase F – Publikations- und Berichtserstellung**

Ergebnisse interpretieren, Limitationen der GKV-Routinedaten transparent machen (Kodierlogik, Proxies), Dokumentation der Operationalisierung für Reproduzierbarkeit bereitstellen. Das FDZ-Gesundheit empfiehlt die Veröffentlichung einer Publikation mit Ergebnissen in der Datenbank, Listung der angenommenen Anträge erfolgt im Antragsregister.

Um die Kosten- und Zeitplanung bzw. -steuerung optimal zu gestalten, sollte man sorgfältig die genannten Vorbereitungen vor dem Zugang zum Analyseraum berücksichtigen. Jede zusätzliche Schleife verzögert das Projekt oder kann Nutzungstage in der virtuellen Analyseumgebung auslösen.

## Fazit und Checkliste: Was sind Stolpersteine für Anträge?

Das FDZ-Gesundheit bietet einen neuen Datenzugang und wird in den nächsten Jahren eine feste Adresse für Auswertungen von GKV-Abrechnungsdaten und Versorgungs- sowie Forschungsfragen darstellen. Bezüglich des Datenumfangs ist bei seltenen Erkrankungen zu berücksichtigen, dass die Mindestzahl laut FDZ pro Zelle 30 beträgt, auf begründeten Antrag jedoch auf 5 gesenkt werden kann. Noch ist nicht zu bewerten, wie sich darüber hinaus die Vorgabe der Datensparsamkeit auf den zugänglichen Datenumfang auswirken wird.

Klar ist dagegen, dass das FDZ-Gesundheit sich auch nach der Öffnung stetig weiterentwickeln wird und auch zukünftig zusätzliche Gesundheitsdaten und -quellen, wie beispielsweise aus der elektronischen Patientenakte (ePA) oder die Verlinkung mit Registerdaten, ermöglichen wird.

Bezogen auf die Struktur der verfügbaren Daten wurde für das Jahr 2026 die Veröffentlichung des Datenmodell 4 angekündigt, welches u. a. die Jahre 2024 und 2025 auf Basis von Quartalen ausgibt.
Aus Sicht eines wettbewerblichen Umfelds der industriellen Gesundheitswirtschaft kann es sinnvoll sein, weiterhin Auswertungen über die bisher zugänglichen Datenpools von GKV-Abrechnungsdaten anzustreben. Bei FDZ-Anträgen kann die Komplexität einer Auswertung Grenzen aufweisen, da die maximale Ergebnismenge limitierend ist bzw. eine Modifikation der Anträge zur Folge haben kann. Grundsätzlich sollte vor jeder Auswertung im Vorfeld geprüft werden, welche Datenquelle für welche Art der Fragestellung am besten geeignet und sinnvoll nutzbar ist.

Einige nachstehende Aspekte rund um einen Antrag beim FDZ-Gesundheit sind wichtig:

- Zulässiger Nutzungszweck muss vorliegen.
- Nutzungszweck und Forschungsfrage müssen zusammenpassen; die Prüfung orientiert sich daran, ob die Fragestellung mit dem angegebenen Zweck vereinbar ist.
- Positive Anträge werden nach Ergebnisbereitstellung im Antragsregister gelistet.
- Der Datenschnitt sollte so klein wie möglich, so groß wie nötig sein, d. h., Variablenliste, Berichtsjahre und Subpopulationen eng am Analyseplan ausrichten und begründen.
- Datensatzbeschreibung (Struktur, Tabellen und Variablen): Die veröffentlichte Beschreibung zeigt die Datenstruktur und die verfügbaren Datenmodelle nach Berichtsjahren (Datenmodell 1: 2009–2015; Datenmodell 2: 2016–2018; Datenmodell 3: ab 2019).
- Public Use File (PUF): Ein vollständig anonymes Datenprodukt, das ausdrücklich für die technische Entwicklung und das Testen von Skripten gedacht ist – nicht für belastbare inhaltliche Ergebnisse.
- Operationalisierung dokumentieren: Falldefinitionen, Indexdatum, Endpunkte, Zeitfenster, Ausschlusskriterien.
- Ergebnisformate und -menge vorab sorgfältig planen, also die Tabellengröße, Mindestzellgrößen sowie das Aggregationsniveau, damit die Ergebnisprüfung reibungsarm läuft.
- Kostensteuerung ist u. a. über die Anzahl notwendiger Nutzungstage und Anzahl Berichtsjahre und Beratung/Schulungserforderlichkeit skalierbar, d. h., die Skripte, Plausibilitätschecks und Ergebnistabellen sollten vor dem Zugang klar vorbereitet sein; Arbeit in der virtuellen Arbeitsumgebung bündeln, insbesondere auch durch Nennung von erforderlichen technischen Voraussetzungen bereits beim Antrag.
- Kooperationskonstellationen (insbesondere Industrie) vorab rechtlich und organisatorisch abklären, weil sie die Kostenermäßigung ausschließen können.

Wenn eines sicher ist: Das FDZ-Gesundheit wird auch mit der Einführung des Europäischen Gesundheitsdatenraums (EHDS) eine zentrale Größe für die Gesundheitsforschung in Deutschland sein. Die Auseinandersetzung mit seinen Möglichkeiten ist daher eine Chance für alle und stärkt datenbasierte Entscheidungen im deutschen Gesundheitssystem. <<

von:
Dr. rer. oec. Katja Gehrke[1]
ORCID: 0000-0001-5516-457X
Dr. iur. Friederike Goeters[2]
ORCID: 0009-0007-9592-4001

1: Institut für deskriptive Gesundheitsdatenanalyse OHG (DGDA), Hamburg
2: Rechtsanwältin, Möhrle Happ Luther, Hamburg

## Zusammenfassung

**Einleitung:** Mit dem Forschungsdatenzentrum Gesundheit (FDZ-Gesundheit) steht seit Oktober 2025 in Deutschland eine gebündelte Datenquelle bereit, die pseudonymisierte Abrechnungsdaten der gesetzlichen Krankenversicherung in geschützter Umgebung für definierte Nutzungszwecke zugänglich macht. Ziel ist, die Basis für Forschung und gesundheitspolitische Entscheidungen zu stärken und ferner die Anschlussfähigkeit an den EHDS vorzubereiten. Leitende Fragen des Artikels sind, welche Chancen und Anforderungen mit der Nutzung dieser Datenquelle verbunden sind.
**Methoden:** Der Überblick ordnet das neue Datenangebot deskriptiv ein. Berücksichtigt werden u. a. die Eignung für Forschungsvorhaben sowie praktische Anforderungen an Antragstellung, Datenschnitt und Auswertungslogik.
**Ergebnisse:** Die FDZ-Daten bieten hohe Fallzahlen und sektorübergreifende Analysen von Versorgungsfragen, derzeit ist die Ergebnismenge und Komplexität von Analysen jedoch begrenzt. Zugleich setzt die Nutzung gründliche und auch technische Vorbereitungen sowie ein fundiertes GKV-Datenverständnis voraus.
**Diskussion:** Seit Mitte Februar 2026 haben sich 82 Institutionen registriert, wurden 53 Anträge abgegeben und 18 Analyseräume genutzt, wobei erste Ergebnisse schon in der Prüfphase sind. Bis Jahresende sollen mindestens 300 Forschungsvorhaben angestoßen sein. Die Ergebnisse werden im öffentlichen Antragsregister publiziert. Der erste Eintrag im Register kommt vom GKV-Spitzenverband. Das FDZ-Gesundheit kann als eine Datenquelle die Versorgungsforschung bereichern und soll durch stetige Erweiterung der Dateninhalte künftig zusätzliche Potenziale bieten. Erste Erfahrungen zeigen jedoch auch Limitationen.

**Schlüsselwörter:** Forschungsdatenzentrum Gesundheit, FDZ-Gesundheit, Datenzugang GKV-Abrechnungsdaten, Antragsgebühren, Checkliste


## Access to health data via the FDZ-Gesundheit: a concise explanation of structures and processes

**Introduction:** Since October 2025, the Re-search Data Center for Health (FDZ-Gesundheit) has provided Germany with a consolidated data source that makes pseudonymized claims data from statutory health insurance accessible in a secure environment for defined purposes. The goal is to strengthen the foundation for research and health policy decisions and to prepare for connectivity with the EHDS. The central questions of this article are what opportunities and requirements are associated with the use of this data source.
**Methods:** This overview provides a descriptive analysis of the new data offering. Factors considered include suitability for research projects as well as practical requirements for data requests, data extraction, and analysis logic.
**Results:** The FDZ data offer a high number of cases and cross-sectoral analyses of healthcare issues; however, the volume of results and the complexity of analyses are currently limited. At the same time, using the data requires thorough and technical preparation as well as a solid understanding of statutory health insurance (GKV) data.
**Discussion:** Since mid-February 2026, 82 institutions have registered, 53 applications have been submitted, and 18 analysis spaces have been utilized, with the first results already in the review phase. By the end of the year, at least 300 research projects are expected to have been initiated. The results will be published in a public application registry. The first entry in the registry comes from the GKV-Spitzenverband. The FDZ-Gesundheit can enrich health services research as a data source and is expected to offer additional potential in the future through the continuous expansion of its data content. However, initial experiences also reveal limitations.

**Keywords:** Research Data Center for Health, FDZ-Gesundheit, access to GKV billing data, application fees, checklist

## Autorenerklärung

Die Autor:innen erklären, dass keine Interessenkonflikte bestehen.

## Zitationshinweis

Gehrke, K., Goeters, F.: „Zugang zu Gesundheitsdaten über das FDZ-Gesundheit: Strukturen und Abläufe kompakt erklärt", in „Monitor Versorgungsforschung" (03/26), S. 53–56. http://doi.org/10.24945/MVF.03.26.1866-0533.2834

## REGINT-Projekt: Förderphase abgeschlossen

>> Das REGINT-Projekt hat Ende März 2026 die Förderphase erfolgreich abgeschlossen. Die Projektergebnisse werden nun systematisch in die Fachöffentlichkeit und Weiterbildung überführt. Auf dem DKVF 2026 richtet REGINT ein Symposium mit externen Expert:innen zum Thema „REGINT Symposium: Wo stehen wir? Versorgungsforschung mit Registerdaten und der Weg nach vorn" aus. Im Mittelpunkt steht die Nutzung von Registerdaten für die evidenzbasierte Versorgungsforschung. Zusätzlich sind Präsentationen der Fallstudienergebnisse aus Phase 2 auf weiteren wissenschaftlichen Veranstaltungen, darunter die 20. Jahrestagung der DGEpi in Ulm, geplant. In der Weiterbildung wird das Projekt durch eine eigene Einheit im REGIBA-Modul „Versorgungsnahe Daten" (2026–2027) sichtbar. Begleitend werden eine Publikation zu Phase 1 sowie zwei weitere Manuskripte aus den Fallstudien finalisiert. <<

## Expertentreffen der DNVF-AG Register

>> Bei einem Online-Expertentreffen der AG Register des DNVF im März 2026 diskutierten über 30 Fachleute die Potenziale und Grenzen von Target Trial Emulation (TTE), welche keine spezifische statistische Methode darstellt, sondern ein konzeptionelles Gerüst, um Annahmen für kausale Effekte explizit und transparent zu machen. TTE wird zunehmend eingesetzt, um den Nutzen von Versorgungsmaßnahmen wie Krebs-Screenings zu bewerten. Herausforderungen bleiben jedoch Confounding (z. B. durch Indikationsstellung) und unvollständige Daten, wie Vanessa Didelez und Jochen Schmitt betonten. Konkrete Projekte wie die ZEBra-Studie (Kombination von Krankenkassen- und Krebsregisterdaten) oder das NANA-Projekt (Machbarkeit nicht-randomisierter Auswertungen) zeigen, dass TTE hilft, ungeeignete Fragestellungen früh zu identifizieren – die Datenqualität ist jedoch entscheidend. <<

## TMF-Arbeitsgruppe für medizinische Register

>> Am 27. Mai 2026 fand im Rahmen der Medical Informatics Europe (MIE) 2026 in Genua das erste Treffen der EFMI-Arbeitsgruppe zu europäischen medizinischen Patient:innenregistern statt. Initiiert von der TMF e.V. zielt die Gruppe darauf ab, eine dauerhafte europäische Plattform für Wissensaustausch und Harmonisierung zu schaffen, um Register erfolgreich in den European Health Data Space (EHDS) zu integrieren. Im Fokus standen die Förderung von Interoperabilitätsstandards wie HL7 FHIR und OMOP, die Entwicklung von Datenverantwortungsrahmenwerken sowie nachhaltige Governance-Modelle. Zudem findet am selben Tag von 11:00–13:00 Uhr ein Workshop zu den regulatorischen und technischen Herausforderungen des EHDS für Registerbetreiber:innen statt. <<

## Nachruf Peter Christian Scriba

>> Am 4. April 2026 verstarb Prof. Dr. med. Dr. h. c. Peter Christian Scriba im Alter von 90 Jahren. Mit ihm verliert die deutsche Medizin einen ihrer prägendsten Wissenschaftler und eine Persönlichkeit, die Generationen von Kolleg:innen durch ihre Verbindung von intellektueller Klarheit, menschlicher Wärme und unerschütterlichem Engagement für Patient:innen inspirierte. <<

# Deutsches Netzwerk Versorgungsforschung e. V.

DNVF warnt vor Qualitätsverlusten durch geplantes GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz

## Stellungnahme kritisiert Fokus auf kurzfristige Kostendämpfung und sieht Risiken für Innovation, Patientensicherheit und evidenzbasierte Versorgung

>> Das Deutsche Netzwerk Versorgungsforschung hat sich zum Entwurf des GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetzes positioniert. In seiner aktuellen Stellungnahme erkennt das DNVF zwar das politische Ziel an, eine solidarisch finanzierte und zugleich wirtschaftlich tragfähige Gesundheitsversorgung sicherzustellen. Gleichzeitig äußert das Netzwerk jedoch erhebliche Bedenken gegenüber der geplanten Ausrichtung des Gesetzes, das aus Sicht der Versorgungsforschung vor allem kurzfristige Finanzierungs- und Einsparziele priorisiert, ohne die Folgen für Versorgungsqualität und Patientensicherheit ausreichend zu berücksichtigen.

Im Zentrum der Kritik steht insbesondere die vorgesehene dauerhafte Kürzung des Innovationsfonds ab dem Jahr 2027 auf jährlich 100 Millionen Euro. Nach Einschätzung des DNVF würde diese Reduktion die Möglichkeiten erheblich einschränken, neue Versorgungsformen wissenschaftlich zu entwickeln, zu erproben und systematisch zu evaluieren. Gerade der Innovationsfonds hat in den vergangenen Jahren wesentlich dazu beigetragen, innovative Versorgungskonzepte unter Alltagsbedingungen zu testen und Erkenntnisse für die Weiterentwicklung des Gesundheitssystems bereitzustellen. Eine deutliche Mittelkürzung gefährdet daher nicht nur einzelne Projekte, sondern auch die langfristige Innovationsfähigkeit des deutschen Gesundheitswesens. Das DNVF verweist in seiner Stellungnahme darauf, dass gesundheitspolitische Reformen nicht allein unter fiskalischen Gesichtspunkten bewertet werden dürfen. Einsparmaßnahmen müssen vielmehr konsequent an nationalen Versorgungszielen, Qualitätsindikatoren und patientenrelevanten Outcomes ausgerichtet werden. Andernfalls besteht die Gefahr, dass kurzfristige Kostendämpfungen mittel- und langfristig zu Qualitätsverlusten, Versorgungslücken oder höheren Folgekosten führen. Besonders kritisch sieht das Netzwerk dabei, dass der aktuelle Gesetzentwurf kaum Aussagen darüber trifft, wie die Auswirkungen geplanter Maßnahmen auf Versorgungsergebnisse systematisch beobachtet und bewertet werden sollen. Nach Auffassung des DNVF ist eine begleitende Versorgungsforschung deshalb unverzichtbar, um Fehlentwicklungen frühzeitig zu erkennen und Reformmaßnahmen evidenzbasiert weiterzuentwickeln.

Dies gilt insbesondere in einem Gesundheitssystem, das zunehmend unter dem Druck demografischer Veränderungen, wachsender Versorgungsbedarfe und steigender Ausgaben steht. Gerade in solchen Transformationsphasen sind belastbare Daten und wissenschaftliche Evaluationen notwendig, um politische Entscheidungen nachhaltig und patientenorientiert zu gestalten.

Die Stellungnahme macht zugleich deutlich, dass Versorgungsforschung aus Sicht des DNVF nicht als nachgela-

**Kommentar**



Prof. Dr. Wolfgang Hoffmann
Vorsitzender DNVF

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

die Versorgungsforschung steht gleichzeitig vor großen Herausforderungen und Chancen – unser Gesundheitssystem wird zunehmend kritisch betrachtet und angesichts der Größe der Krise funktionieren die bekannten Abwehrmechanismen der „perfekt organisierten Partikularinteressen“ nicht mehr ganz so effektiv  Daher ist es nochmal wichtiger geworden, wissenschaftliche Erkenntnisse wirklich gut zu erklären und für die praktische Versorgung unmittelbar nutzbar zu machen.

Im September 2026 startet unsere bewährte Fortbildung Registerbasierte Forschung (REGIBA) in eine neue Runde – jetzt mit einem eigenen Modul zu versorgungsnahen Daten (VeDa) und interdisziplinärer Vernetzung. Die Weiterbildung vermittelt die Kompetenzen, die für hochwertige registerbasierte Studien unerlässlich sind, und fördert den Austausch zwischen Wissenschaft, Klinik und Praxis. Die Anmeldung ist ab sofort möglich, der Frühbucherrabatt gilt bis zum 1. Juli 2026.

Ein besonderes Highlight ist der 25. Deutsche Kongress für Versorgungsforschung (DKVF) im September 2026 in Köln, der unter dem Leitthema „Menschen. Beziehungen. Organisationen“ weit mehr als die Erfolge der Vergangenheit feiert - sondern vor allem nach vorn blickt. Ein Highlight wird eine Fotoausstellung das Erleben von Versorgenden und Forschenden werden. Die Einreichungsphase für die Ausstellung läuft bis zum 31. Juli 2026. Gleichzeitig setzen wir mit dem neuen „Preis für Forschung mit versorgungsnahen Daten in der Onkologie“ ein Zeichen für die wachsende Bedeutung innovativer Datennutzung – Bewerbungen sind bis zum 25. Mai 2026 möglich.

Im Mittelpunkt unserer Arbeit stehen die drängenden Fragen, die an die Versorgungsforschung gestellt werden: Beim 13. DNVF-Forum im Mai 2026 in Berlin diskutieren wir den steigenden Bedarf im Bereich psychische Gesundheit, Versorgungslücken bei vulnerablen Gruppen und die Auswirkungen gesundheitspolitischer Reformen.

Gemeinsam können wir die Versorgungsforschung in Deutschland weiter voranbringen – unsere Ergebnisse nützlich machen für eine zukunftsfeste, patientenorientierte und innovative Gesundheitsversorgung. Ich lade Sie herzlich ein, diese Themen mit uns zu gestalten: Melden Sie sich für REGIBA an, nehmen Sie am DKVF teil, bewerben Sie sich für Preise und bringen Sie Ihre Expertise in unsere Diskussionen ein.

Herzliche und zuversichtliche Grüße

Ihr

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

gerte Beobachtung, sondern als integraler Bestandteil gesundheitspolitischer Steuerung verstanden werden sollte. Forschung, Evaluation und Datennutzung sind zentrale Voraussetzungen, um die Qualität und Effizienz der Versorgung langfristig zu sichern. Vor diesem Hintergrund fordert das Netzwerk, die geplanten Einsparmaßnahmen kritisch zu überprüfen und stärker mit wissenschaftlicher Evidenz sowie klar definierten Qualitätszielen zu verknüpfen.

**Regiba 2026:**

# Fortbildung für registerbasierte Forschung startet bald

Das DNVF öffnet die Anmeldung für die Weiterbildung „Registerbasierte Forschung" und setzt mit einem neuen Modul zu versorgungsnahen Daten sowie interdisziplinärer Vernetzung verstärkt auf die Zukunft evidenzbasierter Versorgungsforschung.

>> Die Anmeldung für den neuen Durchgang der Fortbildung „Registerbasierte Forschung (Regiba)" des Deutschen Netzwerks Versorgungsforschung (DNVF) ist ab sofort geöffnet. Die im Rahmen des Nationalen Krebsplans und der Dekade gegen Krebs entwickelte Weiterbildung hat sich in den vergangenen Jahren als bundesweit beachtetes Qualifizierungsangebot im Bereich der Arbeit mit Registerdaten etabliert.

Ziel ist es, Fachkräften aus Forschung, Klinik, Registern, Krankenkassen und Industrie die Kompetenzen zu vermitteln, die für die Durchführung qualitativ hochwertiger registerbasierter Studien erforderlich sind – mit besonderem Fokus auf der Onkologie, aber zunehmend auch darüber hinaus. Der sechsmonatige Kurs startet im September 2026 und kombiniert digitale Module, Präsenzveranstaltungen sowie projektorientierte Teamarbeit. Inhaltlich reicht das Spektrum u. a. von Registergrundlagen, Studiendesign und statistischer Auswertung über qualitative Methoden bis hin zu Ethik- und Förderanträgen. Neu im aktuellen Durchgang ist ein eigenes Modul zu versorgungsnahen Daten (VeDa), das unterschiedliche Datenquellen, Zugangswege und Nutzungsmöglichkeiten im deutschen Gesundheitssystem behandelt.

Ergänzt wird das Curriculum durch Gastvorträge aus Registern nicht-onkologischer Krankheitsbilder. Hintergrund der Fortbildung ist die zunehmende Relevanz von versorgungsnahen Daten für eine wissensgenerierende Versorgungsforschung. Registerdaten ermöglichen es, Versorgungspfade, Therapieergebnisse und Versorgungsqualität unter Alltagsbedingungen zu analysieren und daraus praxisrelevante Erkenntnisse abzuleiten.

Gerade in der Onkologie haben sich registerbasierte Ansätze bereits als wichtige Grundlage für Qualitätsentwicklung, Leitlinienarbeit und Evidenzgenerierung etabliert.

Ein besonderer Fokus von Regiba liegt auf der interprofessionellen Vernetzung. Ärzt:innen, Versorgungsforscher:innen, Statistiker:innen und Registerexpert:innen arbeiten während der Fortbildung in gemeinsamen Teams und lernen, eine „gemeinsame Sprache" für registerbasierte Forschung zu sprechen. Absolvent:innen erhalten nach erfolgreichem Abschluss die Zertifizierung „Health Scientist for Registry Research".

Die Zahl der Teilnehmenden ist auf 25 Personen begrenzt. Für Anmeldungen bis zum 01.07.2026 gilt ein Frühbucherrabatt. Weitere Informationen zum Curriculum, den Modulen und den Zugangsvoraussetzungen finden sich auf der REGIBA-Site des DNVF. <<

**Link: https://t1p.de/vmnk1**

## News

**>> DNVF und ADT zeichnen erstmals Projekte aus, die durch innovative Datennutzung und Beteiligung von Stakeholdern die Krebsversorgung verbessern**

Mit einem neuen gemeinsamen Forschungspreis setzen das Deutsche Netzwerk Versorgungsforschung (DNVF) und die Arbeitsgemeinschaft Deutscher Tumorzentren (ADT) ein deutliches Signal für die wachsende Bedeutung versorgungsnaher Daten in der Onkologie. Erstmals wird 2026 der „Preis für Forschung mit versorgungsnahen Daten in der Onkologie" vergeben. Ausgezeichnet werden wissenschaftliche Publikationen, Projekte oder Initiativen, die durch den innovativen Einsatz von Gesundheitsdaten dazu beitragen, die onkologische Versorgung und Forschung nachhaltig weiterzuentwickeln. Im Mittelpunkt der Ausschreibung stehen Arbeiten, die zeigen, wie sich versorgungsnahe Daten – etwa aus klinischen Krebsregistern, Routinedaten oder anderen gesundheitsbezogenen Datenquellen – sinnvoll für die Verbesserung der Versorgung nutzen lassen. Die Initiatoren wollen damit insbesondere Projekte sichtbar machen, die über klassische Forschungsansätze hinausgehen und konkrete Beiträge zur Versorgungsrealität leisten. Der Preis adressiert damit ein Feld, das im Zuge der Digitalisierung des Gesundheitswesens und der zunehmenden Verfügbarkeit von Gesundheitsdaten an Bedeutung gewinnt. Besonders hervorgehoben werden Ansätze zur Datenharmonisierung und zur sektorenübergreifenden Nutzung von Datenbeständen. Denn trotz wachsender Datenmengen bestehen in Deutschland weiterhin erhebliche Herausforderungen bei Standardisierung, Interoperabilität und Datennutzung. Projekte, die innovative Lösungen für diese Probleme entwickeln oder unterschiedliche Datenquellen erfolgreich zusammenführen, sollen daher ausdrücklich gefördert werden. Ebenso berücksichtigt die Ausschreibung Arbeiten, die Stakeholder wie Patientenvertretungen aktiv in Forschunged Entwicklungsprozesse einbinden und damit partizipative Ansätze in der onkologischen Forschung stärken. Bewertet werden die eingereichten Arbeiten unter anderem nach Innovationsgrad, methodischer Qualität, Nachhaltigkeit und Relevanz für die jeweilige Forschungsfrage. Darüber hinaus spielt die Beteiligung relevanter Akteur:innen eine zentrale Rolle.

Die Ausschreibung richtet sich an Wissenschaftler:innen, Forschungsgruppen und Institutionen, die im Bereich der onkologischen Versorgungsforschung tätig sind. Der neue Preis spiegelt zugleich die zunehmende strategische Bedeutung versorgungsnaher Daten für die Weiterentwicklung der Krebsmedizin wider. Gerade in der Onkologie gelten Registerdaten und andere Real-World-Daten inzwischen als wichtige Grundlage, um Versorgungspfade besser zu verstehen, Therapieergebnisse unter Alltagsbedingungen zu analysieren und Versorgungslücken zu identifizieren. Bewerbungen können noch bis zum 25. Mai 2026 eingereicht werden. <<

DKVF 2026: Jubiläumskongress setzt Impulse

# DKVF-Anmeldung startete am 18. Mai

Beim DKVF 2026 rückt neben wissenschaftlichem Austausch erstmals auch eine Fotoausstellung das Erleben von Versorgung und Forschung in den Mittelpunkt des Kongressgeschehens.

>> Mit dem Start der Anmeldung am 18. Mai 2026 beginnt die heiße Phase für den 25. Deutschen Kongress für Versorgungsforschung (DKVF 2026), der in diesem Jahr nicht nur ein wissenschaftliches Fachforum, sondern zugleich der Jubiläumskongress ist und unter dem Motto „Menschen. Beziehungen. Organisationen. 25 Jahre gemeinsame Versorgungsforschung" stattfindet.

Seit einem Vierteljahrhundert ist der DKVF die zentrale Plattform für den interdisziplinären Austausch in der deutschen Versorgungsforschung. Forschende, Leistungserbringende, Vertreter:innen aus Politik, Selbstverwaltung und Gesundheitswirtschaft sowie Patientenvertreter:innen diskutieren hier jährlich über aktuelle Erkenntnisse, gesundheitspolitische Entwicklungen und innovative Ansätze zur Verbesserung der Versorgung. Auch 2026 greift der Kongress zentrale Herausforderungen des Gesundheitswesens auf. Im Mittelpunkt stehen unter anderem die Auswirkungen des demografischen Wandels, steigende Versorgungsbedarfe, Fragen der sektorenübergreifenden Zusammenarbeit sowie die zunehmende Bedeutung digitaler Anwendungen und datenbasierter Versorgungskonzepte.

Thematisiert werden zudem Prävention, psychische Gesundheit und die Umsetzung evidenzbasierter Versorgung im Alltag. Damit spiegelt der DKVF erneut die Bandbreite eines Forschungsfeldes wider, das wissenschaftliche Erkenntnisse unmittelbar mit der Versorgungspraxis verknüpft. Das Kongressprogramm umfasst Vorträge, Workshops, Symposien und Diskussionsrunden, in denen aktuelle Forschungsergebnisse vorgestellt und gesundheitspolitische Entwicklungen eingeordnet werden.

Besonders geschätzt wird der DKVF seit Jahren als Ort des fachübergreifenden Dialogs: Hier treffen Versorgungsforscher:innen auf Ärzt:innen, Pflegewissenschaftler:innen, Gesundheitsökonom:innen und Entscheidungsträger:innen aus Politik und Verwaltung. Gerade angesichts tiefgreifender Strukturreformen im Gesundheitswesen gewinnt dieser Austausch weiter an Bedeutung.

Der Kongress versteht sich dabei nicht nur als wissenschaftliche Tagung, sondern auch als Forum zur Entwicklung praxisnaher Lösungen für die Versorgung der Zukunft. Anlässlich des 25-jährigen Jubiläums setzt der DKVF 2026 zudem einen besonderen Akzent: Erstmals wird eine öffentliche Fotoausstellung unter dem Titel „Menschen, Beziehungen, Organisationen erleben" ausgerichtet. Gesucht werden Fotografien, die die Perspektiven von Patient:innen, Angehörigen, Versorgenden und Forschenden sichtbar machen und damit die menschliche Dimension von Versorgung und Versorgungsforschung in den Fokus rücken. Die Ausstellung soll zeigen, wie Versorgung erlebt wird – im klinischen Alltag, in Forschungskontexten oder im persönlichen Umgang mit Krankheit und Gesundheit. Damit erweitert der Kongress bewusst den Blick über wissenschaftliche Daten und Strukturen hinaus und eröffnet einen emotionalen Zugang zu Fragen der Versorgung.

Die Einreichungsphase für die Ausstellung läuft vom 1. Mai bis zum 31. Juli 2026. Im Anschluss wählt eine Jury die eindrucksvollsten Motive für die Präsentation während des Kongresses aus. Ziel ist es, Versorgungsforschung nicht nur als wissenschaftliche Disziplin, sondern auch als gesellschaftlich relevante Perspektive erfahrbar zu machen und einem breiteren Publikum zugänglich zu präsentieren. Für viele Akteur:innen der Gesundheitsversorgung bietet der DKVF 2026 damit erneut die Gelegenheit, aktuelle Entwicklungen frühzeitig einzuordnen, neue Kooperationen anzustoßen und eigene Projekte einem breiten Fachpublikum vorzustellen. Gerade das Jubiläumsjahr dürfte den Kongress zu einem besonderen Treffpunkt der deutschsprachigen Versorgungsforschung machen. <<

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

## News

**>> Innovative Methodik für eine evidenzbasierte Versorgung: DNVF und DGEpi schreiben gemeinsamen Forschungspreis aus**

Mit einem neuen gemeinsamen Forschungspreis setzen die Deutsche Gesellschaft für Epidemiologie und das Deutsche Netzwerk Versorgungsforschung ein Zeichen für die wachsende Bedeutung methodisch anspruchsvoller Forschung in der Versorgungswissenschaft. Erstmals schreiben beide Fachgesellschaften gemeinsam den „Preis für innovative epidemiologische Methodik in der Versorgungsforschung" aus.

Ziel der Auszeichnung ist es, wissenschaftliche Arbeiten sichtbar zu machen, die durch innovative epidemiologische und versorgungswissenschaftliche Methoden einen wichtigen Beitrag zur evidenzbasierten Gesundheitsversorgung, Gesundheitssystemforschung oder Public Health in Europa leisten. Prämiert werden veröffentlichte oder zur Veröffentlichung angenommene Publikationen ebenso wie abgeschlossene Masterarbeiten, Dissertationen oder Habilitationen. Im Mittelpunkt stehen Arbeiten mit klarem Bezug zu epidemiologischen und versorgungswissenschaftlichen Fragestellungen von europäischer Relevanz. Besonders gefragt sind innovative Studiendesigns und methodische Ansätze, die zeigen, wie komplexe gesundheitsbezogene Fragestellungen wissenschaftlich fundiert beantwortet und in konkrete Handlungsempfehlungen überführt werden können. Die Ausschreibung verdeutlicht zugleich die wachsende Bedeutung moderner Methodik für die Versorgungsforschung. Angesichts zunehmender Datenmengen, komplexer Versorgungspfade und steigender Anforderungen an evidenzbasierte Entscheidungen gewinnen neue analytische Verfahren und innovative Studiendesigns weiter an Bedeutung.

Ziel des Preises ist es daher auch, die Sichtbarkeit methodisch hochwertiger Forschung zu stärken und insbesondere den wissenschaftlichen Nachwuchs zu fördern. Die Preisverleihung findet im Rahmen der Jahrestagung der DGEpi vom 22. bis 24. September 2026 in Ulm statt. Bewerbungen sind ausschließlich als Eigenbewerbung möglich. Voraussetzung ist, dass die eingereichte Arbeit in den vergangenen zwölf Monaten publiziert oder zur Publikation angenommen wurde und die Bewerber:innen Erstautor:innen der Originalarbeit sind.

Bewerbungsschluss ist der 1. Juni 2026. <<

**Das 13. DNVF-Forum Versorgungsforschung 2026 diskutierte steigende Inanspruchnahme psychischer Gesundheitsversorgung und Versorgungslücken bei vulnerablen Gruppen.**

# Psychische Gesundheit unter Druck

Das 13. DNVF-Forum Versorgungsforschung fand am 6. Mai in Berlin unter dem Leitthema „Wachsende Zahlen, steigender Bedarf? – Versorgungsforschung im Bereich der psychischen Gesundheit" statt. Im Mittelpunkt des von der Fachgruppe Seelische Gesundheit des DNVF organisierten Forums standen die Frage nach der tatsächlichen Zunahme psychischer Erkrankungen, die Versorgung vulnerabler Gruppen, die Folgen gesundheitspolitischer Reformen sowie innovative Ansätze zur Verbesserung der Versorgung.

>> Prof. Dr. Steffi G. Riedel-Heller (Universitätsklinikum Leipzig) zeigte, dass administrative Daten zwar auf einen starken Anstieg psychischer Erkrankungen hinweisen – etwa bei Arbeitsunfähigkeitstagen, Behandlungen und Antidepressiva-Verordnungen –, die tatsächliche Prävalenz psychischer Störungen jedoch differenzierter betrachtet werden müsse. Ursachen für steigende Zahlen seien unter anderem eine bessere Diagnostik, Entstigmatisierung und verändertes Antwortverhalten in Screenings. Internationale Studien deuten darauf hin, dass die altersstandardisierte Prävalenz insgesamt relativ stabil geblieben ist, während insbesondere junge Menschen und Frauen stärker belastet erscheinen. Ein weiterer Schwerpunkt war die Versorgung wohnungsloser Menschen.

Prof. Dr. Stefan Gutwinski (Charité) berichtete, dass bis zu 76% der Wohnungslosen an psychischen Erkrankungen leiden. Wohnungslosigkeit sei häufig Folge psychischer Erkrankungen, verstärkt durch Faktoren wie Traumata, Schulden und fehlende soziale Teilhabe. Erfolgreiche Ansätze wie „Housing First" zeigten, dass stabile Wohnverhältnisse eine wichtige Grundlage für gesundheitliche Stabilisierung darstellen.

Breiten Raum nahm die Diskussion um das geplante GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz ein. Prof. Dr. Dr. Martin Härter (Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf und Hauptgeschäftsführer des DNVF) warnte vor Kürzungen im Innovationsfonds und Einsparungen im Bereich psychotherapeutischer Leistungen. Die geplanten Maßnahmen könnten zu längeren Wartezeiten, sinkenden Behandlungskapazitäten und einer Verschlechterung der wohnortnahen Versorgung führen. Zugleich wurde betont, dass Reformen wissenschaftlich begleitet werden müssten, um ihre Auswirkungen auf Versorgungsqualität und Patientensicherheit evaluieren zu können. Vorgestellt wurden zudem innovative Ansätze der nutzergeleiteten Forschung.

Dr. Silke Lipinski und Dr. Heike Stecklum vom Deutschen Zentrum für Psychische Gesundheit (DZPG) erläuterten, wie Betroffene und Angehörige stärker in Forschungsprozesse eingebunden werden können. Projekte wie der „Forschungskompass Mentale Gesundheit" oder „EMPOWER" sollen Erfahrungswissen systematisch nutzbar machen und Versorgungslücken identifizieren.

Ein weiteres Thema war die Umsetzung evidenzbasierter Leitlinien. PD Dr. Uta Gühne (Universitätsklinikum Leipzig) machte deutlich, dass hochwertige Leitlinien zwar vorhanden seien, ihre Anwendung in der Praxis jedoch häufig an strukturellen Hürden scheitere. Notwendig seien mehr Implementierungsforschung, bessere Finanzierung und stärkere Orientierung an den Lebensrealitäten der Patient:innen. Diskutiert wurden außerdem von Dr. Anne Neumann (Universitätsklinikum Dresden) sektorenübergreifende Versorgungsmodelle wie Regional- oder Globalbudgets. Diese könnten die Ambulantisierung fördern und Behandlungskontinuität verbessern.

Gleichzeitig zeigten Ergebnisse aus Innovationsfondsprojekten, vorgetragen von PD Dr. Julian Schwarz (Medizinische Hochschule Brandenburg) und PD Dr. Wiegand (Universitätsklinikum Halle und Vorstand DNVF), dass viele innovative Modelle bereits positive Effekte auf Kosten, Lebensqualität und Versorgungskontinuität erzielen, der Transfer in die Regelversorgung jedoch häufig ausbleibt. In der abschließenden Diskussion wurde betont, dass psychische Gesundheitsversorgung künftig stärker präventiv, sektorenübergreifend und partizipativ gedacht werden müsse. Die Versorgungsforschung stehe dabei vor der Aufgabe, wissenschaftliche Evidenz verständlicher zu kommunizieren und stärker in politische Entscheidungsprozesse einzubringen. <<

## News

**>> Zusammenhänge unter Alltagsbedingungen besser verstehen und evidenzbasierte Entscheidungen im Gesundheitswesen stärken**

Mit dem aktuellen Diskussionspapier „Kausale Inferenz in der Versorgungsforschung: Konzepte, Methoden und Anwendungsperspektiven" rückt die AG Kausale Inferenz des DNVF die Bedeutung kausaler Inferenzmethoden für die Weiterentwicklung der Versorgungsforschung in den Fokus. Die Autor:innen argumentieren, dass die Analyse von Ursache-Wirkungs-Zusammenhängen eine zentrale Voraussetzung ist, um gesundheitspolitische Maßnahmen, Versorgungsprogramme und innovative Interventionen valide bewerten zu können. Gerade in komplexen Versorgungssystemen reichten klassische Studiendesigns allein oft nicht aus, um belastbare Aussagen über Wirksamkeit und Nutzen von Interventionen unter realen Versorgungsbedingungen zu treffen. Im Mittelpunkt des Beitrags steht die Frage, wie sich kausale Effekte auch außerhalb randomisierter kontrollierter Studien (RCTs) identifizieren lassen. Zwar gelten RCTs weiterhin als wichtiger Goldstandard der Evidenzgenerierung, doch stoßen sie in der Versorgungsforschung häufig an praktische, ethische oder organisatorische Grenzen. Viele Fragestellungen – etwa zur Wirkung gesundheitspolitischer Reformen, sektorenübergreifender Versorgungskonzepte oder digitaler Interventionen – lassen sich im Alltag nicht ohne Weiteres randomisiert untersuchen. Hinzu kommt, dass Ergebnisse aus RCTs nicht immer auf die reale Versorgungssituation übertragbar sind. Das Diskussionspapier stellt deshalb methodische Ansätze vor, die eine differenziertere Analyse komplexer Versorgungskontexte ermöglichen sollen. <<

DNVF

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

**E-Mail: info@dnvf.de**

Deutscher Kongress für Versorgungsforschung

# *Menschen. Beziehungen. Organisationen.*

## *25 Jahre gemeinsame Versorgungsforschung*

### Kongressformate

- Pre-Conference Workshop
- Arbeits- und Fachgruppentreffen
- Vortrags- und Postersitzungen
- Data-Café/Networking
- Podiumsdiskussionen
- Plenarsitzungen
- Fotoausstellung
- Masters Corner
- Career Day
- Science Slam

### Zielgruppen

Akteur:innen, Entscheider:innen, Mitarbeiter:innen, Vertreter:innen, Studierende, Promovierende sowie Auszubildende aus...

- Institutionen im Bereich der Qualitätssicherung, Evaluation, Evidenz- und Leitlinienentwicklung, Gesundheitspolitik sowie Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen
- Dienstleistungsunternehmen im Gesundheitswesen und -management sowie Unternehmen der pharmazeutischen Industrie und der Medizintechnik
- Krankenkassen
- Organisationen der Selbstverwaltung im Gesundheitswesen
- universitären und außeruniversitären Forschungseinrichtungen
- Patienten- und Selbsthilfeorganisationen
- Krankenhäusern, Praxen, Pflegediensten, Rehabilitationseinrichtungen usw.

**Die Anmeldung für den DKVF 2026 ist seit dem 18. Mai freigeschaltet.**

Weiterführende Informationen zum Programm und zur Registrierung finden Sie unter www.dkvf.de

25. Kongress | **23.-25.09.2026** | Uniklinik Köln

Dr. med. Eik Niederlohmann

# Von Meldekanälen zu Prozessintegrität

## Whistleblower-Gaslighting als Prüfstein für Governance, Qualitätsmanagement und Aufsicht im Gesundheitswesen

Der erste MVF-Beitrag (02/26) zu Whistleblower-Gaslighting hat Mechanismen, Belastungsfolgen und Unterstützungsoptionen beschrieben (Niederlohmann, 2026). Dieser Folgebeitrag fragt enger: Woran erkennt eine Organisation, ob ihr Hinweisprozess tatsächlich funktioniert? Im Zentrum stehen damit nicht individuelle Belastungsdynamiken, sondern Governance, Qualitätsmanagement und Aufsicht. Im Gesundheitswesen sind Beschäftigte häufig die Ersten, die Abweichungen zwischen Leitbild und Versorgungspraxis bemerken: Hygienemängel, Medikationsrisiken, Unterbesetzung, Dokumentationslücken oder dysfunktionale Abläufe. Solche Hinweise sind sicherheitsrelevante Information. Zugleich beschreibt die Speak-up-Literatur seit Langem, dass Probleme oft nicht angesprochen werden, wenn negative Konsequenzen erwartet oder Hinweise als wirkungslos erlebt werden (Morrison & Milliken, 2000; Okuyama et al., 2014).

### Erkenntnisinteresse und enger Begriffsgebrauch

>> Für diesen Beitrag ist eine enge begriffliche Fassung entscheidend. "Speak-up" bezeichnet das situationsnahe Ansprechen sicherheitsrelevanter Risiken im Team oder in der Hierarchie; "Whistleblowing" meint formalisierte interne oder externe Meldungen an Stellen, die handeln können (Near & Miceli, 1985; Van Dyne et al., 2003). Von Whistleblower-Gaslighting wird hier nur gesprochen, wenn vier Elemente zusammenkommen: (1) ein Hinweis mit Sicherheits-, Qualitäts- oder Compliance-Bezug, (2) eine Reaktion, die den Fokus vom Sachverhalt auf die Person verlagert, (3) eine blockierte, verzögerte oder nicht nachvollziehbare Sachprüfung und (4) ein Abschreckungs- oder Sanktionseffekt für weiteres Hinweisverhalten. Nicht jede harte, verspätete oder kommunikativ schlechte Reaktion erfüllt diese Kriterien.

Konzeptionell ist diese enge Fassung anschlussfähig an Arbeiten zu Gaslighting, epistemischer Ungerechtigkeit und institutionellem Verrat (Abramson, 2014; Fricker, 2007; Smith & Freyd, 2014; Ahern, 2018). Für die Versorgungspraxis ist der Begriff nur dann nützlich, wenn er nicht als klinische Diagnose oder moralischer Kampfbegriff verwendet wird, sondern als beobachtbares Muster aus epistemischer Entwertung, blockierter Klärung und organisationaler Abschreckung. Methodisch handelt es sich um einen narrativen Konzeptbeitrag. Der Text beansprucht weder eine systematische Evidenzsynthese noch kausale Zuschreibungen zur Ownership-Frage; sein Mehrwert liegt in der Übersetzung verteilter Literatur in eine auditierbare Governance-Logik. Repressalie und institutionelles Gaslighting können zusammenfallen, sind aber nicht deckungsgleich. Repressalie bezeichnet den nachtei-


### Zusammenfassung

**Einleitung:** Hinweiskanäle schützen die Patientensicherheit nur dann, wenn Meldungen sachlich geprüft, fristgerecht rückgemeldet und ohne Abschreckung bearbeitet werden. Der vorliegende Folgebeitrag zu Whistleblower-Gaslighting verschiebt den Fokus daher von Belastungsfolgen auf Prozessintegrität. Entwickelt werden ein enger Begriffsgebrauch, ein prüffähiger Governance-Pfad und wenige anschlussfähige Indikatoren für Klinik, Qualitätsmanagement und Aufsicht.

**Methoden:** Narrativer Konzeptbeitrag mit Literatursynthese zu Speak-up/Whistleblowing, Gaslighting, epistemischer Ungerechtigkeit, Patientensicherheit, Governance-Standards sowie zu Rechtsquellen (u. a. HinSchG, ArbSchG, SGB V, QM-RL, ISO 37002, ISO 37301).

**Ergebnisse:** Whistleblower-Gaslighting wird im engeren Sinne als Muster gefasst, in dem ein sicherheits- oder compliancebezogener Hinweis personenzentriert entwertet, die Sachprüfung blockiert oder verzögert und weiteres Hinweisverhalten abschreckend beeinflusst wird. Entscheidend ist weniger die Eigentumsform als die Art, wie Zielkonflikte bearbeitet werden. Robuste Gegenmaßnahmen sind rollenklar getrennte Melde- und Prüfpfade, dokumentierte Triage, unabhängige Prüfung, Schutz vor Repressalien, alltagsnahe Audits und sichtbare Lernschleifen.

**Diskussion:** Für die Versorgungspraxis genügt es nicht, Meldekanäle vorzuhalten. Prüffähig werden Hinweisprozesse erst, wenn ihre Prozessintegrität, Schutzwirkung und Lerneffekte regelhaft beobachtet werden.



### Schlüsselwörter

Whistleblowing; Speak-up; Gaslighting; Patientensicherheit; Qualitätsmanagement; Hinweisgeberschutz; Governance; Organisationslernen

### Crossref/doi

http://doi.org/10.24945/MVF.03.26.1866-0533.2835


**Abgrenzung für die Praxis: Wovon hier genau die Rede ist**

| Begriff | Woran erkennbar? | Primäre Antwort |
|---|---|---|
| Institutionelles Gaslighting nach Hinweisgabe | Sicherheits- oder Compliance-Hinweis wird personenzentriert umgedeutet; Klärung bleibt blockiert, verzögert oder intransparent; weiteres Hinweisverhalten wird abgeschreckt. | Person und Sache trennen; unabhängige Prüfung; Schutz und dokumentierte Rückmeldung. |
| Konflikt / Dissens | Sachlicher Streit ist beidseitig benennbar; Metakommunikation und Verhandlung sind grundsätzlich möglich. | Moderation, Rollenklärung, Vereinbarungen mit Follow-up. |
| Bullying / Mobbing | Wiederholte negative Handlungen, Ausgrenzung oder Sabotage; Hinweisbezug ist möglich, aber nicht zwingend. | Beschwerdeweg, Schutzmaßnahmen, Anti-Bullying-Intervention. |
| Faire Leistungsrückmeldung | Transparente Kriterien, konkrete Beispiele, Korrekturmöglichkeit; nicht an einen Hinweisfall gekoppelt. | Standardisiertes Performance-Management. |
| Repressalie (HinSchG) | Nachteilige Maßnahme wegen Meldung, z. B. Versetzung, Degradierung oder Projektentzug. | Rechtliche und interne Prüfung; Dokumentations- und Begründungspflicht. |

***Tab. 1:*** Abgrenzung für die Praxis: Wovon hier genau die Rede ist. Eigene Darstellung.

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

ligen Folgeakt; Gaslighting die kommunikative und prozessuale Entwertung, die einen solchen Akt vorbereiten, begleiten oder auch ohne formale Sanktion einen Chilling Effect erzeugen kann.

## Wo Prozessintegrität bricht

Ein prüffähiger Hinweisprozess umfasst mindestens sechs Schritte: Zugang zum Kanal, Eingangsbestätigung, Triage, Sachprüfung, Rückmeldung und organisatorisches Lernen. An jeder dieser Stellen kann ein Shift von der Sache zur Person einsetzen. Typische Bruchstellen sind Einzelfall-Framing, Personalisierung ("Mindset", "Teamfähigkeit"), Vermischung mit disziplinarischen Routinen, interessenkonfliktbelastete Prüfung und ritualisierte Bearbeitung ohne nachvollziehbare Folgemaßnahmen. Dann bleibt der Kanal formal intakt, funktional aber verliert er seine Schutzwirkung. Dass organisationaler Kontext für Retaliation besonders bedeutsam ist, wurde für Whistleblowing früh beschrieben (Mesmer-Magnus & Viswesvaran, 2005).

Ökonomische und reputative Drucklagen können solche Bruchstellen verstärken. Die Ownership-Literatur liefert dafür jedoch keine Grundlage für pauschale Schuldzuschreibungen. Für Deutschland werden nach Privatisierungen auch Effizienzgewinne beschrieben (Tiemann & Schreyögg, 2012). Internationale Reviews berichten zugleich Qualitätsrisiken unter bestimmten Formen von Privatisierung und insbesondere bei Private-Equity-Eigentum, allerdings bei heterogener Evidenz und ohne einfachen Rückschluss auf einzelne Einrichtungen (Devereaux et al., 2002; Borsa et al., 2023; Goodair & Reeves, 2024). Für den vorliegenden Beitrag genügt deshalb ein bescheidener Schluss: Je stärker Kennzahlen-, Finanzierungs- oder Reputationslogiken die Bearbeitung von Hinweisen dominieren, desto höher ist das Risiko, dass Sicherheitsinformation als Betriebsstörung statt als Lernanlass gerahmt wird.

Für Governance und Aufsicht ist deshalb weniger die Eigentumsform selbst entscheidend als vielmehr die Bearbeitungslogik von Zielkonflikten. Das gilt trägerübergreifend: Besondere Loyalitätsordnungen sowie Rendite- oder Reputationsziele dürfen Hinweise nicht als Illoyalität rahmen, wenn Gesundwerdung und Gesunderhaltung von Patientinnen, Patienten und Mitarbeitenden berührt sind.

Kritisch wird es, wenn Personalakte und Hinweisfall ineinanderlaufen, wenn die vom Hinweis potenziell betroffene Hierarchie zugleich die Prüfung kontrolliert oder wenn Audits nur Dokumente, nicht aber die gelebte Praxis überprüfen. Aus Patientensicherheitssicht ist das kein Kulturdetail, sondern ein Prozessrisiko.

Abbildung 1 verdichtet diese Bruchstellenlogik als Speak-up-Sicherheitskette: An jeder Stufe des Hinweiswegs stehen typischen Governance-Failure-Points konkrete Mindestgegenmaßnahmen gegenüber.

## Mindeststandards für einen prüffähigen Hinweisprozess

Rechtliche Mindestanforderungen, Governance-Empfehlungen und Good Practice sollten sauber getrennt werden. Rechtlich relevant sind vor allem die Verfahrenspflichten des Hinweisgeberschutzgesetzes, die Berücksichtigung psychischer Belastungen im Arbeitsschutz sowie die qualitätsbezogenen Pflichten aus SGB V und QM-Richtlinie. Governance-seitig kommen rollenklar getrennte Prüfpfade, unabhängige Review-Strukturen und zusätzliche sichere Ansprechwege hinzu. Good Practice betrifft schließlich das konkrete Design von Sprache, Audits, Feedback und Lernroutinen.

Das Hinweisgeberschutzgesetz verlangt unter anderem eine Eingangsbestätigung binnen sieben Tagen und eine Rückmeldung grundsätzlich binnen drei Monaten (§ 17 HinSchG). Auf europäischer Ebene setzt die Richtlinie (EU) 2019/1937 Mindeststandards für interne und externe Meldewege, Vertraulichkeit und Schutz vor Repressalien. Das Arbeitsschutzrecht verlangt, psychische Belastungen in der Gefährdungsbeurteilung zu berücksichtigen (§ 5 ArbSchG). § 135a SGB V und die QM-Richtlinie des G-BA verankern die Pflicht, Qualität systematisch zu sichern und Risiken bearbeitbar zu machen. Diese Normen beantworten jedoch nicht von selbst die Frage, wie eine Einrichtung verhindert, dass Hinweise informell entwertet werden. Genau dort beginnt Governance.

Internationale Standards und Modelle liefern dafür eine nützliche Prozesssprache. ISO 37002 strukturiert Whistleblowing entlang von receive, assess, address und conclude; ISO 37301 bettet dies in ein umfassenderes Compliance-Management ein. Das Three Lines Model macht deutlich, warum operative Linie, Risiko-/Compliance-Funktion und unabhängige Prüfung nicht in derselben Entscheidungskette aufgehen sollten (International Organization for Standardization, 2021a, 2021b; Institute of Internal Auditors, 2020). Der britische Freedom-to-Speak-up-Ansatz zeigt darüber hinaus, welchen Wert sichtbare Schutzrollen und zusätzliche sichere Routen für Mitarbeitende haben können (Francis, 2015; Hughes, 2019).

**Speak-up-Sicherheitskette: typische Bruchstellen und Governance-Gegenmaßnahmen**




***Abb. 1:*** Speak-up-Sicherheitskette: typische Bruchstellen und Governance-Gegenmaßnahmen. Eigene Darstellung.

## Umsetzung in Klinik, Qualitätsmanagement und Aufsicht

Auf Träger- und Führungsebene beginnt ein wirksames Design mit expliziter

| Prüffähiger Hinweisprozess: Prozessschritte, Failure Points und Nachweise | | | |
|---|---|---|---|
| **Prozessschritt** | **Häufige Entwertung** | **Mindeststandard** | **Auditierbarer Nachweis** |
| Zugang zum Kanal | Kanal ist unklar, nur über Vorgesetzte erreichbar oder faktisch abschreckend. | Mehrgleisige interne und externe Wege; bekannte Zuständigkeiten; Vertraulichkeit. | Policy, Intranet, Schulungsunterlagen, Mitarbeiterinterviews. |
| Eingangsbestätigung / Triage | Keine Reaktion; Hinweis wird als Einzelfall oder Konflikt abgebogen. | Bestätigung binnen 7 Tagen; fallbezogene Zuordnung und Priorisierung. | Zeitstempel, Fallnummer, Triage-Log. |
| Sachprüfung | Personalisierung, Interessenkonflikt, fehlende Evidenzbasis. | Definierte Prüfzuständigkeit, Rollentrennung, dokumentierte Belege. | Prüfplan, Rollenmatrix, Sachstandsdokumentation. |
| Schutz während der Klärung | Rotationen, Projektentzug, Bewertungsverschiebungen oder isolierende Maßnahmen. | Non-Retaliation; getrennte Freigabewege für personenbezogene Maßnahmen. | Freigabe- und Begründungslog; Monitoring auffälliger Maßnahmen. |
| Rückmeldung | Schweigen oder formelhafte Antwort ohne Bezug zur Prüfung. | Rückmeldung binnen 3 Monaten; Information über Maßnahmen und Gründe. | Rückmeldeschreiben, Case-Closure-Summary. |
| Lernen / Audit | Fall bleibt im Einzelfall; Papierlösung ohne Veränderung. | Dokumentierte Folgemaßnahmen, Lessons Learned, praxisnahe Review-Schleifen. | Maßnahmenlog, Teamrückmeldung, Auditbefunde. |

***Tab. 2:*** Prüffähiger Hinweisprozess: Prozessschritte, Failure Points und Nachweise. Eigene Darstellung.

Non-Retaliation, Rollentrennung und einer klar zugeordneten Verantwortung der Träger- bzw. obersten Leitungs-ebene. Während laufender Prüfprozesse sollten Versetzungen, Bewertungsverschiebungen oder Projektentzüge nur mit dokumentierter, vom Hinweisfall getrennter Sachlogik möglich sein. Ethische Führung ist insofern kein bloßes Leitbild, sondern ein Prädiktor dafür, ob internes Whistleblowing überhaupt als sicher erlebt wird (Cheng et al., 2019).

Im Qualitätsmanagement sollte Speak-up nicht nebenher, sondern als Sicherheitsprozess geführt werden. Dazu gehören dokumentierte Triage, definierte Prüfzuständigkeiten, ein Audit-Trail, feste Rückmeldewege und eine Trennung von Sachprüfung und Personalverfahren. Hilfreich ist eine standardisierte, sachbezogene Formulierungspraxis: nicht „Wir müssen über Ihr Mindset sprechen", sondern „Besprochen werden zwei konkrete Ereignisse und der zugrunde liegende Standard; die Stellungnahme kann mit Vertrauensperson erfolgen". Solche sprachlichen Präzisierungen reduzieren Interpretationsspielräume und erschweren die Personalisierung des Falls. Teambasierte Maßnahmen wie Debriefs, standardisierte Eskalationsformeln und Routinen für psychologische Sicherheit bleiben wichtig, dürfen Governance-Lücken aber nicht ersetzen (Edmondson, 1999; Okuyama et al., 2014).

Für Aufsicht, Zertifizierung und externe Qualitätssicherung folgt daraus, dass nicht nur das Vorhandensein eines Meldekanals, sondern dessen Nutzbarkeit und Prozessintegrität geprüft werden sollten. Praxisnahe oder unangekündigte Prüfkomponenten können helfen, die Lücke zwischen Dokumentenlage und gelebter Praxis besser sichtbar zu machen als reine Aktenaudits; entsprechende Studien aus anderen Settings sprechen für zusätzliche Sensitivität unangekündigter Verfahren, auch wenn sie Hinweisprozesse nicht direkt untersuchen (Klerks et al., 2013; Ehlers et al., 2017; Barnett et al., 2017). Sinnvoll sind außerdem vertrauliche Mitarbeiterinterviews, Plausibilitätsprüfungen von Bearbeitungsfristen und die Sichtung aggregierter Lessons learned.

Ergänzend können in klar abgegrenzten, risikoarmen Prüffeldern Mystery-Patient- bzw. Mystery-Shopper-Verfahren erwogen werden, etwa zur Prüfung von Erreichbarkeit, Orientierung, Informationsqualität oder standardisierten Basisabläufen aus Nutzerperspektive. Ihre Aussagekraft ist jedoch begrenzt: Sie bilden punktuelle Erfahrungen ab, können Vertrauen belasten und ersetzen weder unangekündigte Audits noch die sachliche Aufklärung konkreter Hinweise. Für viele Fragestellungen sind patientenseitige Validierungen alltagsnäher und weniger eingriffsintensiv, etwa stichprobenartige Kurzbefragungen nach Entlassung, sichere digitale Feedbackkanäle oder der Abgleich angekündigter bzw. dokumentierter Leistungen mit tatsächlich erlebter Versorgung. Entscheidend ist, dass solche Instrumente nicht zur verdeckten Individualkontrolle von Mitarbeitenden dienen, sondern aggregiert, lernorientiert und mit klaren ethischen Leitplanken ausgewertet werden (Adams et al., 2015).

Die MVF-Leserschaft profitiert vor allem von anschlussfähigen Prüffragen: Wissen Beschäftigte, über welche Wege gemeldet werden kann? Wird der Eingang tatsächlich fristgerecht bestätigt? Ist die Prüf-

| Kernindikatoren für Klinik, QM und Aufsicht | |
|---|---|
| **Dimension** | **Beispielindikator** |
| Zugang und Nutzung | Anteil der Beschäftigten, die einen Meldeweg benennen können; Verteilung der Meldungen nach Kanaltyp. |
| Prozessintegrität | Anteil der Fälle mit 7-Tage-Bestätigung, dokumentierter Triage, definierter Prüfzuständigkeit und vollständigem Audit-Trail. |
| Schutzwirkung | Anteil der Fälle ohne Repressaliensignal; Sentinel-Indikatoren wie Versetzung, Projektentzug oder auffällige Bewertungsverschiebung nach Meldung. |
| Lernen | Anteil der Fälle mit dokumentierter Folgemaßnahme, Prozessänderung oder Rückspiegelung an Teams. |
| Klima | Psychologische Sicherheit, Speak-up-Klima und wahrgenommene Futility, z. B. über SUPS-Q oder kurze Teamklima-Instrumente. |
| Praxisnähe des QM | Abweichungen zwischen Dokumentenlage und beobachteter Praxis, insbesondere in praxisnahen oder unangekündigten Prüfungen. |

***Tab. 3:*** Kernindikatoren für Klinik, QM und Aufsicht. Eigene Darstellung.

instanz unabhängig? Werden Folgemaßnahmen und Rückmeldungen dokumentiert? Und lassen sich Abschreckungssignale nach Hinweisgabe in aggregierter Form erkennen? Für Träger, Kostenträger und Patientenvertretung sind solche Prozessindikatoren anschlussfähiger als Einzelfallnarrative, weil sie Governance bewertbar machen, ohne Vertraulichkeit zu verletzen.

## Indikatoren und Forschungsbedarf

Der Unterschied zwischen Appell und Governance liegt in der Messbarkeit. Für Klinikleitung, QM und Aufsicht reichen wenige robuste Kennzahlen.

Solche Kennzahlen ersetzen keine Fallanalyse. Sie ermöglichen aber Trendbeobachtung, Stationsvergleiche und Governance-Gespräche, ohne einzelne Meldungen offenzulegen. Für die Messung von Speak-up-Klima steht mit dem Speaking Up About Patient Safety Questionnaire (SUPS-Q) ein praxistaugliches Instrument zur Verfügung (Richard et al., 2021).

Für Forschung und Versorgungssteuerung sind vor allem drei Lücken relevant: Erstens fehlen Prävalenzstudien, die Gaslighting-spezifische Muster sauber von Konflikt, Bullying und rechtlicher Repressalie trennen. Zweitens braucht es Evaluationen von Ombud-/Guardian-Modellen, Rollentrennung und auditnahen Prüfdesigns. Drittens sollten Hinweisprozesse stärker mit Outcome-Daten aus Patientensicherheit, Personalbindung und Fehlzeiten verknüpft werden.

## Schlussfolgerungen

Whistleblower-Gaslighting ist für die Versorgung vor allem dann ein nützlicher Begriff, wenn er eng und prüffähig verwendet wird. Der Mehrwert des Konzepts liegt nicht darin, schwierige Führung pauschal zu moralisieren, sondern darin, ein wiederkehrendes Muster sichtbar zu machen: Sicherheitsinformation wird personenzentriert entwertet, Sachprüfung verlangsamt oder blockiert und weiteres Hinweisverhalten abgeschreckt.

Der eigentliche Prüfstein ist deshalb nicht der bloße Meldekanal,

**Literatur**


Abramson, K. (2014). Turning up the lights on gaslighting. Philosophical Perspectives, 28(1), 1-30. https://doi.org/10.1111/phpe.12046
Ahern, K. (2018). Institutional betrayal and gaslighting: Why whistle-blowers are so traumatized. Journal of Perinatal & Neonatal Nursing, 32(1), 59-65. https://doi.org/10.1097/JPN.0000000000000306
Adams, S. A., Paul, K. T., Ketelaars, C., & Robben, P. B. M. (2015). The use of mystery guests by the Dutch Health Inspectorate: Results of a pilot study in long-term intramural elderly care. Health Policy, 119(6), 821-830. https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2015.02.008
Barnett, M. L., Olenski, A. R., & Jena, A. B. (2017). Patient mortality during unannounced accreditation surveys at US hospitals. JAMA Internal Medicine, 177(5), 693-700. https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2016.9685
Borsa, A., Bejarano, G., Ellen, M., & Bruch, J. D. (2023). Evaluating trends in private equity ownership and impacts on health outcomes, costs, and quality: Systematic review. BMJ, 382, e075244. https://doi.org/10.1136/bmj-2023-075244
Bundesministerium der Justiz. (o. J.-a). Arbeitsschutzgesetz (ArbSchG), § 5 Beurteilung der Arbeitsbedingungen. https://www.gesetze-im-internet.de/arbschg/__5.html (Zugriff am 26.03.2026).
Bundesministerium der Justiz. (o. J.-b). Hinweisgeberschutzgesetz (HinSchG), § 17 Verfahren bei internen Meldungen. https://www.gesetze-im-internet.de/hinschg/__17.html (Zugriff am 26.03.2026).
Bundesministerium der Justiz. (o. J.-c). Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V), § 135a Verpflichtung der Leistungserbringer zur Qualitätssicherung. https://www.gesetze-im-internet.de/sgb_5/__135a.html (Zugriff am 26.03.2026).
Cheng, J., Bai, H., & Yang, X. (2019). Ethical leadership and internal whistleblowing: A mediated moderation model. Journal of Business Ethics, 155(1), 115-130. https://doi.org/10.1007/s10551-017-3517-3
Devereaux, P. J., Choi, P. T.-L., Lacchetti, C., Weaver, B., Schunemann, H. J., Haines, T., Lavis, J. N., Grant, B. J. B., Haslam, D. R. S., Bhandari, M., Sullivan, T., Cook, D. J., Walter, S. D., Meade, M. O., Khan, H., Bhatnagar, N., & Guyatt, G. H. (2002). A systematic review and meta-analysis of studies comparing mortality rates of private for-profit and private not-for-profit hospitals. CMAJ, 166(11), 1399-1406.
Edmondson, A. (1999). Psychological safety and learning behavior in work teams. Administrative Science Quarterly, 44(2), 350-383. https://doi.org/10.2307/2666999
Ehlers, L. H., Simonsen, K. B., Jensen, M. B., Rasmussen, G. S., & Olesen, A. V. (2017). Unannounced versus announced hospital surveys: A nationwide cluster-randomized controlled trial. International Journal for Quality in Health Care, 29(3), 406-411. https://doi.org/10.1093/intqhc/mzx039Europäisches Parlament und Rat. (2019). Richtlinie (EU) 2019/1937 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 23. Oktober 2019 zum Schutz von Personen, die Verstöße gegen das Unionsrecht melden. Amtsblatt der Europäischen Union, L 305, 17-56. https://eur-lex.europa.eu/legal-content/DE/TXT/?uri=CELEX:32019L1937
Francis, R. (2015). Freedom to Speak Up: An independent review into creating an open and honest reporting culture in the NHS. London: Department of Health.
Fricker, M. (2007). Epistemic Injustice: Power and the Ethics of Knowing. Oxford: Oxford University Press.
Gemeinsamer Bundesausschuss. (2024). Qualitätsmanagement-Richtlinie (QM-RL). https://www.g-ba.de/richtlinien/87/ (Zugriff am 26.03.2026).
Goodair, B., & Reeves, A. (2024). The effect of health-care privatisation on the quality of care. The Lancet Public Health, 9(3), e199-e206. https://doi.org/10.1016/S2468-2667(24)00003-3
Hughes, H. (2019). Freedom to speak up - the role of freedom to speak up guardians and the National Guardian's Office in England. Future Healthcare Journal, 6(3), 186-189. https://doi.org/10.7861/fhj.2019-0031
Institute of Internal Auditors. (2020). The IIA's Three Lines Model: An update of the Three Lines of Defense. Lake Mary, FL: IIA.
International Organization for Standardization. (2021a). ISO 37002:2021 Whistleblowing management systems - Guidelines. Geneva: ISO.
International Organization for Standardization. (2021b). ISO 37301:2021 Compliance management systems - Requirements with guidance for use. Geneva: ISO.
Klerks, M. C. J. L., Ketelaars, C. A. J., & Robben, P. B. M. (2013). Unannounced, compared with announced inspections: A systematic review and exploratory study in nursing homes. Health Policy, 111(3), 311-319. https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2013.05.001
Mesmer-Magnus, J. R., & Viswesvaran, C. (2005). Whistleblowing in organizations: An examination of correlates of whistleblowing intentions, actions, and retaliation. Journal of Business Ethics, 62(3), 277-297. https://doi.org/10.1007/s10551-005-0849-1
Morrison, E. W., & Milliken, F. J. (2000). Organizational silence: A barrier to change and development in a pluralistic world. Academy of Management Review, 25(4), 706-725. https://doi.org/10.2307/259200
Near, J. P., & Miceli, M. P. (1985). Organizational dissidence: The case of whistle-blowing. Journal of Business Ethics, 4(1), 1-16. https://doi.org/10.1007/BF00382668
Niederlohmann, E. (2026). Wenn Speak-up kippt: Whistleblower-Gaslighting als Risiko für Patientensicherheit und Organisationslernen. Monitor Versorgungsforschung, 19(2), 66-70.
Okuyama, A., Wagner, C., & Bijnen, B. (2014). Speaking up for patient safety by hospital-based health care professionals: A literature review. BMC Health Services Research, 14, 61. https://doi.org/10.1186/1472-6963-14-61
Richard, A., Pfeiffer, Y., & Schwappach, D. D. L. (2021). Development and psychometric evaluation of the Speaking Up About Patient Safety Questionnaire. Journal of Patient Safety, 17(7), e599-e606. https://doi.org/10.1097/PTS.0000000000000415
Smith, C. P., & Freyd, J. J. (2014). Institutional betrayal. American Psychologist, 69(6), 575-587. https://doi.org/10.1037/a0037564
Tiemann, O., & Schreyögg, J. (2012). Changes in hospital efficiency after privatization. Health Care Management Science, 15(4), 310-326. https://doi.org/10.1007/s10729-012-9193-z
Van Dyne, L., Ang, S., & Botero, I. C. (2003). Conceptualizing employee silence and employee voice as multidimensional constructs. Journal of Management Studies, 40(6), 1359-1392. https://doi.org/10.1111/1467-6486.00384

sondern die Prozessintegrität des gesamten Hinweiswegs. Wo Quittierung, Triage, unabhängige Prüfung, Schutz vor Repressalien, Rückmeldung und Lernen nachweisbar zusammenwirken, steigt die Chance, dass Hinweise in Verbesserungen übersetzt werden. Wo diese Kette bricht, entsteht Pseudocompliance. Für MVF-lesende relevante Akteure aus Klinik, Qualitätsmanagement, Aufsicht, Kostenträgerschaft und Patientenvertretung liegt der Gewinn des Beitrags in einer einfachen, auditierbaren Frage: Kann die Einrichtung zeigen, dass sie Hinweise nicht nur entgegennimmt, sondern fair, geschützt und lernwirksam bearbeitet? Für Kassen, Aufsicht und Zertifizierer sollte dabei weniger der Einzelfall als die aggregierte Prozessqualität des Hinweiswegs zum eigentlichen Steuerungsgegenstand werden. <<


## From Reporting Channels to Process Integrity: Whistleblower Gaslighting as a Test Case for Governance, Quality Management and Oversight in Health Care

**Introduction:** Reporting channels protect patient safety only if concerns are reviewed on their merits, feedback is timely, and further speaking up is not deterred. This follow-up concept paper therefore shifts the focus from individual burden to process integrity and develops a narrow definition of whistleblower gaslighting, a testable governance pathway, and a small set of indicators for hospitals, quality management, and oversight.

**Methods:** Narrative concept paper synthesizing research on speak-up and whistleblowing, gaslighting, epistemic injustice, patient safety, governance standards, and relevant German and European legal sources.

**Results:** Whistleblower gaslighting is used here in a narrow sense for cases in which a safety- or compliance-related concern is redirected from the issue to the person, factual review is blocked or delayed, and future reporting is chilled. The key determinant is less ownership as such than the way organizations handle target conflicts. Robust countermeasures include separated reporting and review functions, documented triage, independent review, non-retaliation, practice-near audits, and visible learning loops.

**Discussion:** Reporting channels become meaningful only when their process integrity, protective function, and learning effects are routinely monitored.



## Keywords

whistleblowing; speak-up; gaslighting; patient safety; quality management; whistleblower protection; governance; organizational learning


## Statements


**Data Availability Statement:** Der Beitrag entwickelt einen konzeptionellen Rahmen und berichtet keinen neuen empirischen Datensatz.
**Ethics Statement:** Nicht anwendbar. Es wurden keine humanen Teilnehmenden, identifizierbaren Patientendaten oder sekundären klinischen Daten verwendet.
Author Contributions: EN konzipierte den Beitrag, führte die Literaturrecherche durch und verfasste das Manuskript.
**Funding:** Es wurde keine spezifische Förderung für diese Arbeit eingeworben.
**Use of AI:** KI wurde zur Literaturorganisation und sprachlichen Überarbeitung eingesetzt. Verantwortung für Inhalt, Bewertung der Evidenz und Endfassung liegt beim Autor.


## Autorenerklärung

Der Autor erklärt, dass keine Interessenkonflikte vorliegen.

## Zitationshinweis


Niederlohmann, E.: „Von Meldekanälen zu Prozessintegrität: Whistleblower-Gaslighting als Prüfstein für Governance, Qualitätsmanagement und Aufsicht im Gesundheitswesen“, in: „Monitor Versorgungsforschung“ (MVF 03/26), S. 62–66. http://doi.org/10.24945/MVF.03.26.1866-0533.2835



**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, insbesondere Experiential Dynamic Therapy (EDT).
Kontakt: Kontakt@Praxis-Niederlohmann.de




Prof. Dr. rer. medic. Florian Kron
Katja Heße MSc
Jasmin Nachtigall MSc
Johanna Röder MSc

# Immuntherapien beim nicht-kleinzelligen Lungenkarzinom zwischen Innovation und Wirtschaftlichkeit

## Status quo und Potenzialbetrachtung für Deutschland


### Zusammenfassung

**Einleitung:** Das nicht-kleinzellige Lungenkarzinom (NSCLC) ist die häufigste Form des Lungenkarzinoms. Immuncheckpoint-Inhibitoren haben die Therapie in den letzten Jahren grundlegend verändert, sind jedoch mit hohen Arzneimittelkosten verbunden. Vor dem Hintergrund des Wirtschaftlichkeitsgebots rückt die ökonomische Vergleichbarkeit therapeutischer Alternativen in den Fokus.

**Methoden:** Es erfolgte ein Vergleich der Arzneimittelkosten am Beispiel von Pembrolizumab und Cemiplimab unter Berücksichtigung der Dosierungsschemata und der geltenden Arzneimittelpreise.

**Ergebnisse:** Cemiplimab weist im Vergleich zu Pembrolizumab geringere Arzneimittelkosten auf (ca. 600 Euro pro Gabe bzw. rund 10.000 Euro pro Patient:in und Jahr). Hochgerechnet auf die Zielpopulation ergibt sich ein potenzielles Einsparpotenzial im Millionenbereich.

**Diskussion:** Auch bei vergleichbarer klinischer Wirksamkeit können unterschiedliche Arzneimittelpreise erhebliche wirtschaftliche Konsequenzen haben. Eine integrierte Bewertung von Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit ist erforderlich, um Therapieentscheidungen im Sinne des Wirtschaftlichkeitsgebots nachhaltig zu gestalten.



### Schlüsselwörter

Lungenkarzinom, NSCLC, Wirtschaftlichkeit, Immunonkologie

### Crossref/doi

http://doi.org/10.24945/MVF.02.26.1866-0533.2836


Mit rund 40.000 Neuerkrankungen jährlich ist das nicht-kleinzellige Lungenkarzinom (NSCLC) die häufigste Form des Lungenkrebses und macht etwa 79% aller Lungenkarzinome in Deutschland aus [1]. Ein erheblicher Anteil der Patient:innen wird erst in fortgeschrittenen Krankheitsstadien diagnostiziert, was die therapeutischen Handlungsspielräume einschränkt und die Bedeutung innovativer systemischer Therapieverfahren unterstreicht [2]. In den vergangenen Jahren haben immunonkologische Therapien – insbesondere Checkpoint-Inhibitoren – die Therapieoptionen beim NSCLC grundlegend erweitert. Diese Medikamente eröffnen neue Perspektiven hinsichtlich Ansprechraten und Überlebenswahrscheinlichkeit, stellen zugleich jedoch auch das Gesundheitssystem vor neue Herausforderungen [3]. Ihr Einsatz ist mit erheblichen Behandlungskosten verbunden, die sich sowohl auf die Budgetplanung der Krankenhäuser und niedergelassener Ärzt:innen als auch auf die Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung auswirken. Vor diesem Hintergrund stellt sich die Frage, wie sich medizinischer Fortschritt mit der wirtschaftlichen Tragfähigkeit in Einklang bringen lässt.

>> Gemäß des „Wirtschaftlichkeitsgebots“ nach § 12 SGB V ist eine Therapie nicht nur nach Wirksamkeit und medizinischer Notwendigkeit, sondern auch unter (gesundheits-)ökonomischen Gesichtspunkten zu bewerten (Systemsicht). Andererseits agieren Leistungserbringer in der stationären wie auch in der ambulanten Versorgung als Wirtschaftsunternehmen und unterliegen damit auch betriebswirtschaftlichen Regeln (Leistungserbringersicht).

Ob eine Behandlung auch „wirtschaftlich verantwortbar“ ist, lässt sich nur im Zusammenspiel der System- und Leistungserbringer-Perspektive beantworten. Während sich beispielsweise ärztliche Entscheidungsträger im Krankenhaus oder in der Niederlassung primär auf den klinischen Nutzen fokussieren, richtet das (Medizin)-Controlling einer Klinik den Blick auf Budgetauswirkungen, Erstattung und Kostenstrukturen. Die Krankenhausapotheke ergänzt diese Sicht um Aspekte wie Einkaufspreise, Beschaffungsprozesse/Logistik und vertragliche Rahmenbedingungen. Daraus ergibt sich ein notwendiger Mehrebenenblick auf die Therapieentscheidung. Erst die integrierte Betrachtung erlaubt eine fundierte Einschätzung und gemeinsame Entscheidungsfindung. Vor diesem Hintergrund erlangen insbesondere jene Therapien in der Onkologie an Bedeutung, die eine hohe klinische Relevanz aufweisen und potenziell Budgetwirkungen induzieren können. Dieser Umstand ist unter anderem bei Immuncheckpoint-Inhibitoren relevant, deren Einsatz in der Therapie des NSCLC zum therapeutischen Standard geworden ist. Innerhalb dieser Wirkstoffklasse nehmen beispielhaft Pembrolizumab und Cemiplimab eine zentrale Rolle ein [4]. Da die Behandlung sowohl im stationären als auch im ambulanten Sektor erfolgen kann und hier jeweils unterschiedliche Versorgungs- und Vergütungsmechanismen greifen, wirken sich diese Unterschiede direkt auf Wirtschaftlichkeit, Budgetbelastung und die Handlungsoptionen der Leistungserbringer aus.

## Arzneimittelkosten im Vergleich

Die Erfassung der Jahrestherapiekosten ermöglicht eine Evaluierung der ökonomischen Risiken kostenintensiver Therapien und lässt folglich eine wirtschaftliche Bewertung von Behandlungsangeboten und potenziellen Alternativen zu.

Am Beispiel der beiden Immuncheckpoint-Inhibitoren Cemiplimab und Pembrolizumab, die beide unter anderem als Monotherapie in der Erstlinie des NSCLC eingesetzt werden, lässt sich dieses Spannungsfeld zwischen klinischem Nutzen und wirtschaftlicher Tragfähigkeit besonders anschaulich darstellen.

Beide Wirkstoffe werden im Drei-Wochen-Rhythmus verabreicht, wodurch sich bei kontinuierlicher Behandlung 17 Therapiezyklen pro Jahr ergeben. Die Dosierung beträgt bei Cemiplimab 350 mg und bei Pembrolizumab 200 mg pro Zyklus [5],[6]. Unter Berücksichtigung gesetzlich definierter Rabatte ergeben sich

| Arzneimittelkosten im Überblick | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **Wirkstoff** | **Dosierung** | **Kosten pro Gabe/Zyklus** | **Anzahl Zyklen pro Jahr** | **Jahrestherapie-kosten** |
| Cemiplimab | 350mg alle 3 Wochen | 4.076,16 Euro | 17 | 69.294,72 Euro |
| Pembrolizumab | 200mg alle 3 Wochen | 4.680,39 Euro | 17 | 79.566,63 Euro |

***Tab. 1:*** Arzneimittelkosten pro Patient:in. Eigene Darstellung.

Zykluskosten von 4.076,16 Euro für Cemiplimab und 4.680,39 Euro für Pembrolizumab. Mit 17 Zyklen pro Jahr summieren sich die Jahrestherapiekosten auf 69.294,72 Euro für Cemiplimab und 79.566,63 Euro für Pembrolizumab (siehe Tab. 1) auf.

Die Differenz der Arzneimittelkosten in Höhe von 600 Euro pro Patient:in pro Gabe und rund 10.000 Euro pro Patient:in pro Jahr gewinnt im Kontext wachsender Patientenzahlen auch auf Bevölkerungsebene erhebliches Gewicht.

Bei der Betrachtung der gesamten Zielpopulation ergibt sich ein signifikantes Einsparpotenzial auf Bevölkerungsebene. Laut Nutzenbewertung des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) liegt die Zielpopulation für die Behandlung mit Cemiplimab als Monotherapie in der Erstlinientherapie des NSCLC bei 3.697 bis 4.919 GKV-Patient:innen jährlich [7].

Wird diese Anzahl mit den Arzneimittelkosten pro Patient:in pro Gabe multipliziert, ergibt sich eine Differenz der beiden Therapieoptionen von 2,2 bis 2,9 Millionen Euro (siehe Abb. 1).

Dass Pembrolizumab im Jahr 2023 nach Berechnungen mit einem Umsatz von rund 1,57 Mrd. Euro das umsatzstärkste Onkologikum in Deutschland war, verdeutlicht die Größenordnung der potenziell ökonomischen Effekte und unterstreicht die Bedeutung von Wirtschaftlichkeitsanalysen [8]. Vor dem Hintergrund steigender Patientenzahlen und einer fortschreitenden Ausweitung der Anwendungsbereiche gewinnt dieser Aspekt zunehmend an Relevanz und kann einen wichtigen wirtschaftlichen Hebel für das Gesundheitssystem darstellen.

## Vergütung innovativer Therapien im DRG-System

Neben der Betrachtung von Arzneimittelkosten aus Systemsicht ist die Steuerungsfunktion der Leistungserbringersicht von hoher praktischer Bedeutung. Hierzu müssen Vergütungs- und Erstattungsmodalitäten sowie potenzielle sektorenspezifische (Fehl-)Anreizsysteme näher betrachtet werden.

Die stationäre Behandlung von Patient:innen mit NSCLC wird in Deutschland über das pauschalierte System der Diagnosis Related Groups (DRG) vergütet. Jeder DRG ist ein Relativgewicht zugeordnet, welches den durchschnittlichen Ressourcenverbrauch eines Behandlungsfalls abbildet. Die Vergütung eines stationären Falls ergibt sich aus dem Relativgewicht multipliziert mit dem jeweiligen Landesbasisfallwert [9].

Innerhalb jeder Fallpauschale sind entsprechende Beträge zur Deckung arzneimittelbezogener Kosten bereits einkalkuliert, wobei diese in den Kostenartengruppen „4a“ (Gemeinkosten Arzneimittel) und „4b“ (Einzelkosten Arzneimittel) abgebildet werden. Bei der Anwendung innovativer Arzneimittel entsteht jedoch häufig eine Diskrepanz zwischen den real entstehenden Kosten und dem vorkalkulierten Anteil für Arzneimittelkosten [10].

Um diese Unterdeckung zu vermeiden, stehen mit Zusatzentgelten (ZE) sowie Entgelten für sog. Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden (NUB) ergänzende Vergütungsinstrumente zur Verfügung. Zusatzentgelte werden in der Regel über spezifische OPS-Codes angesteuert und jährlich im vom Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) fortgeschriebenen Fallpauschalenkatalog ausgewiesen [11]. Grundsätzlich wird zwischen bewerteten und unbewerteten ZEs unterschieden. Bewertete ZEs verfügen über bundesweit einheitliche Eurobeträge, während unbewertete ZEs krankenhausindividuell zu vereinbaren sind. Die rechtliche Grundlage zu ZEs findet sich in § 6 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 KHEntgG.

Im direkten Vergleich der beiden Immuntherapien zeigt sich eine unterschiedliche Abbildung im Vergütungssystem. Für Cemiplimab ist ein unbewertetes ZE (ZE2026-218) ausgewiesen, wohingegen für Pembrolizumab mit dem ZE171 ein bundesweit bewertetes ZE vorliegt. Während das bewertete ZE über das DRG-Jahr starr festgelegt ist, können beim individuell mit den Krankenkassen zu verhandelnden ZE mögliche Preisanpassungen in die Vergütung einfließen, wodurch eine größere Flexibilität besteht [11].

## Arzneimittel in der ambulanten Krankenhausbehandlung: Systematik nach § 129a SGB V

Für die ambulante Versorgung im Krankenhaus gelten andere Abrechnungsmechanismen als im DRG-System – sowohl in Bezug auf die ärztliche Honorierung als auch bei den ambulant eingesetzten Medikamenten. Wird eine onkologische Immuntherapie ambulant im Krankenhaus verabreicht (z. B. per IV-Gabe), erfolgt die Arzneimittelabrechnung nach den Vorgaben des § 129a SGB V. Diese regeln die Preisbildung für Arzneimittel, die von Krankenhausapotheken zulasten der gesetzlichen Krankenversicherung abgegeben werden.

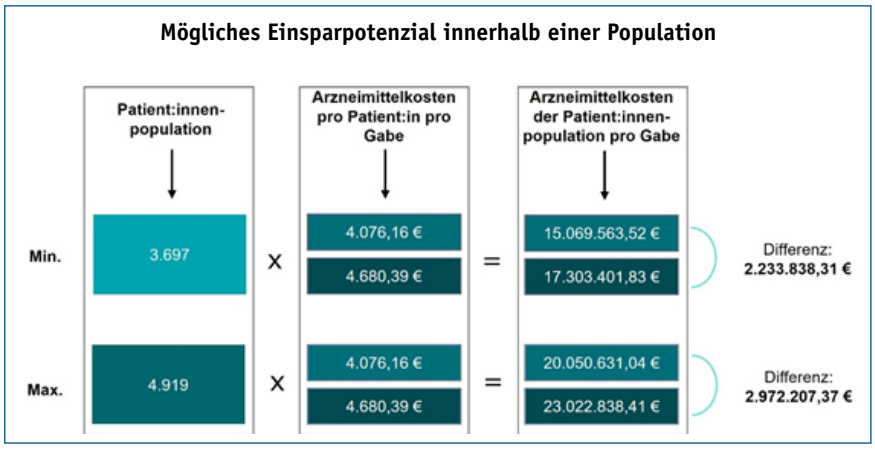



***Abb. 1:*** Mögliches Einsparpotenzial innerhalb einer Population. Eigene Darstellung.

| Modellhafte Beispielberechnung des Arzneimittelabrechnungsbetrags (in Euro) | | |
|---|---|---|
| | **Cemiplimab (i.v.)** | **Pembrolizumab (i.v.)** |
| Abgabepreis des pharmazeutischen Unternehmers (ApU) / Herstellerabgabepreis (HAP) | 3.478,65 | 4.001,48 |
| + Großhandelshöchstzuschlag (3,15% auf ApU, max. 37,80 Euro) + 0,73 Euro) | + 38,53 | |
| = Apothekeneinkaufspreis (AEP) / ApoEK / Taxe-EK | = 3.517,18 | = 4.040,01 |
| + Kompensationszuschlag auf AEP/ApoEK/Taxe-EK gem. § 129a SGB V | + 19% | |
| + Herstellungspauschale / Arbeitspreis gem. § 129a SGB V | + 100,00 | |
| Rezeptabrechnungsbetrag | = 4.285,44 | = 4.907,61 |
| - Gesetzliche Zuzahlung des Versicherten (10% vom Brutto-AVP, mind. 5 Euro und max. 10 Euro pro Packung) | Onkolog. Patienten meist von Zuzahlung befreit | |
| - Gesetzlicher Herstellerabschlag (7% vom ApU) gem. § 130a SGB V | - 243,51 | -280,10 |
| **= effektive Ausgaben der GKV (exkl. ggf. Rabattvertrag)** | **= 4.041,93** | **= 4.627,51** |

***Tab. 2:*** Modellhafte Beispielberechnung des Arzneimittelabrechnungsbetrags nach § 129a SGB V, Stand Februar 2026. Eigene Darstellung.

Der Abrechnungsweg nach § 129a SGB V basiert auf dem Abgabepreis des pharmazeutischen Unternehmens, ergänzt um den Großhandelszuschlag zum Apothekeneinkaufspreis. Darauf werden der Kompensationszuschlag sowie die Herstellungspauschale bzw. der Arbeitspreis aufgeschlagen, wodurch der Rezeptabrechnungsbetrag entsteht. Nach Abzug der gesetzlichen Zuzahlung und des Herstellerabschlags ergeben sich die effektiven GKV-Ausgaben pro Gabe, ohne Berücksichtigung möglicher Rabattverträge (siehe Tab. 2).

Beim Vergleich der beispielhaften Rezeptabrechnung nach § 129a SGB V für Cemiplimab und Pembrolizumab, jeweils ohne Berücksichtigung möglicher Rabattverträge, ergibt sich eine Differenz von über 500 Euro in den Ausgaben der GKV.

## Therapieentscheidungen im Spannungsfeld von Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit

Die medizin-ökonomische Bewertung und Steuerung immunonkologischer Therapien beim NSCLC zeigt, dass die Auswahl eines bestimmten Wirkstoffs weit über rein medizinische Aspekte hinausreicht. Das gezeigte Beispiel steht exemplarisch für zahlreiche Therapiefelder, in denen eine differenzierte Bewertung zwischen Kosteneinspareffekten aus Systemsicht und sektorenabhängigen Erstattungs- und Vergütungseffekten erfolgen muss.

Für die klinisch tätigen Leistungserbringer steht in erster Linie der Nutzen für die Patient:innen im Vordergrund. Dennoch wird auch in der Versorgung zunehmend deutlich, dass wirtschaftliche Aspekte mitgedacht werden müssen, beispielsweise bei der Auswahl der Therapien und Arzneimittel.

Im Controlling liegt der Fokus verstärkt auf der Steuerbarkeit der Kosten, während das Erlösmanagement vor allem Kodierungs- und Erstattungsthemen adressiert und damit die wirtschaftliche Absicherung der erbrachten Leistungen unterstützt.

Gerade bei hochpreisigen Therapien wirken sich Unterschiede in der Arzneimittelwahl spürbar auf Budgetplanung und Fallkosten aus. Entscheidungen über Arzneimittel sind damit nicht nur medizinisch, sondern auch betriebswirtschaftlich relevant.

Auch Krankenhausapotheken stehen vor komplexen Herausforderungen. Einkaufspreise, Verfügbarkeiten, Rabattverträge und sektorale Abrechnungsregeln beeinflussen die tatsächliche Wirt-

**Literatur**


[1] Robert-Koch-Institut, „Kleinzellige und nicht-kleinzellige Lungenkarzinome: Aktualisierte Leitlinien bei Onkopedia“, Zentrum für Krebsregisterdaten. Zugegriffen: 1. Dezember 2025. [Online]. Verfügbar unter: https://www.krebsdaten.de/Krebs/DE/Content/Publikationen/Kurzbeitraege/Archiv2023/2023_2_NSCLC_SCLC_Leitlinie.html

[2] Nationales Netzwerk Genomische Medizin, „Das nicht-kleinzellige Bronchialkarzinom – NSCLC“. Zugegriffen: 1. Dezember 2025. [Online]. Verfügbar unter: https://ngm-cancer.com/diagnose-und-therapie/nicht-kleinzelliges-bronchialkarzinom-nsclc/

[3] J. Schardt, „Der Einsatz von Immuncheckpoint-Inhibitoren im onkologischen Alltag“, Z. Für Rheumatol., Bd. 79, Nr. 8, S. 809–817, Okt. 2020, doi: 10.1007/s00393-020-00876-2.

[4] Onkopedia. Lungenkarzinom, nicht-kleinzellig (NSCLC). Stand: April 2025. Zugegriffen: 01.Dezember 2025.[Online]. Verfügbar unter: https://www.onkopedia.com/de/onkopedia/guidelines/lungenkarzinom-nicht-kleinzellig-nsclc/@@guideline/html/index.html

[5] Rote Liste Service GmbH, „Fachinformation Keytruda“. Zugegriffen: 1. Dezember 2025. [Online]. Verfügbar unter: https://www.fachinfo.de/fi/pdf/021480

[6] Rote Liste Service GmbH, „Fachinformation Libtayo“. Zugegriffen: 1. Dezember 2025. [Online]. Verfügbar unter: https://www.fachinfo.de/fi/pdf/024319/libtayo-r-350-mg-konzentrat-zur-herstellung-einer-infusionsloesung

[7] Gemeinsamer Bundesausschuss, „Dossier zur Nutzenbewertung gemäß §35a SGB V“. Zugegriffen: 1. Dezember 2025. [Online]. Verfügbar unter: https://www.g-ba.de/downloads/92-975-4967/2021_07_16_Modul3B_Cemiplimab.pdf

[8] IGES, „Die bedeutendsten Krebsmedikamente“, Arzneimittel-Atlas. Zugegriffen: 4. Dezember 2025. [Online]. Verfügbar unter: https://www.arzneimittel-atlas.de/arzneimittel/l01-antineoplastische-mittel/top-10/

[9] Bundesministerium für Gesundheit, „Landesbasisfallwerte“. Zugegriffen: 1. Dezember 2025. [Online]. Verfügbar unter: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/krankenversicherung/stationaere-versorgung/landesbasisfallwerte.html

[10] Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus, „Kalkulationshandbuch“. Zugegriffen: 1. Dezember 2025. [Online]. Verfügbar unter: https://www.g-drg.de/kalkulation/drg-fallpauschalen-17b-khg/kalkulationshandbuch

[11] Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus, „Fallpauschalenkatalog 2026“. Zugegriffen: 1. Dezember 2025. [Online]. Verfügbar unter: https://www.g-drg.de/ag-drg-system-2026/fallpauschalen-katalog

schaftlichkeit einer Therapie. Die Apotheke wird damit zu einem zentralen Akteur in der Behandlungsplanung, wenn es um die pragmatische Umsetzbarkeit von Arzneimitteln geht.

Angesichts steigender Gesamtausgaben im Gesundheitswesen müssen Ressourcen gezielt und verantwortungsvoll eingesetzt werden. Das ist nicht nur beim Beispiel NSCLC der Fall, sondern auch bei vielen anderen Indikationen mit innovativen, kostenintensiven Arzneimitteln. Vor diesem Hintergrund ist es umso wichtiger, dass medizinische, pharmazeutische und ökonomische Perspektiven eng zusammenwirken und gegenseitige Berücksichtigung finden. Entscheidend ist, dass die verschiedenen Berufsgruppen gemeinsam Verantwortung übernehmen und Wirtschaftlichkeit und Wissenschaft in Einklang gebracht werden. Nur in Zusammenarbeit kann eine leitliniengerechte und gleichzeitig wirtschaftlich tragfähige Versorgung langfristig gesichert werden. <<


## Immunotherapies for non-small cell lung cancer between innovation and cost-effectiveness – status quo and potential assessment for Germany

**Introduction:** Non-small cell lung cancer (NSCLC) is the most common form of lung cancer. Immune checkpoint inhibitors have fundamentally changed treatment in recent years, but they are associated with high drug costs. Against the backdrop of economic efficiency requirements, the economic comparability of therapeutic alternatives is coming into focus.

**Methods:** A comparison of drug acquisition costs was made using the example of pembrolizumab and cemiplimab, considering dosage regimens and current drug prices.

**Results:** Cemiplimab has lower drug costs than pembrolizumab (approximately Eur 600 per dose or around Eur 10,000 per patient per year). Extrapolated to the target population, this results in potential savings in the millions.

**Discussion:** Even with comparable clinical efficacy, different drug prices can have significant economic consequences. An integrated evaluation of effectiveness and cost considerations is therefore necessary to support sustainable treatment decisions in line with the principle of economic efficiency..



## Keywords

Lung carcinoma, NSCLC, economic efficiency, immuno-oncology


## Autorenerklärung


Florian Kron, Katja Heße, Jasmin Nachtigall und Johanna Röder sind Mitarbeiter des Unternehmens VITIS GmbH in Köln. Diese Publikation wurde durch die VITIS GmbH erstellt, auf der Grundlage einer Analyse, die mit finanzieller Unterstützung durch die Regeneron GmbH in München erfolgte.


## Zitationshinweis


Kron et al.: „Immuntherapien beim nicht-kleinzelligen Lungenkarzinom zwischen Innovation und Wirtschaftlichkeit – Status quo und Potenzialbetrachtung für Deutschland“, in: „Monitor Versorgungsforschung“ (MVF 03/26), S. 67–70. http://doi.org/10.24945/MVF.03.26.1866-0533.2836



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



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

**Katja Heße MSc** ORCID: 0009-0002-6692-9560



studierte Gesundheitsökonomie an der Universität zu Köln und arbeitet als Consultant HEOR bei der VITIS Healthcare Group in Köln. Davor arbeitete sie als wissenschaftliche Hilfskraft im Bereich klinischer Studien in einem Kölner Krankenhaus.
Kontakt: K.Hesse@vitis-healthcare.com

**Jasmin Nachtigall MSc** ORCID: 0009-0002-8064-975X



ist Gesundheitsökonomin (Studium an der Universität zu Köln) und arbeitet als HEOR Consultant bei der VITIS Healthcare Group in Köln. Ihr inhaltlicher Fokus liegt auf gesundheitsökonomischen Analysen und Evaluationen in Bezug auf Versorgungsstrukturen und -prozesse.
Kontakt: J.Nachtigall@vitis-healthcare.com

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



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

Prof. Dr. med. Stefan Schröder
Dr. med. Tillmann Speer
Dr. rer. nat. Helga Unger
Prof. Dr. rer. pol. Thomas Mühlbradt

# Führung im Gesundheitswesen neu denken: Crew Resource Management für die Systemresilienz

## Zusammenfassung

**Einleitung:** Das Gesundheitswesen ist heute durch steigende Komplexität, Fachkräftemangel, ökonomischen Druck und eine wachsende interprofessionelle Zusammenarbeit gekennzeichnet. Unter diesen Bedingungen stoßen klassische Führungsmodelle an ihre Grenzen. In der Patientensicherheitsforschung hat sich zudem ein Perspektivwechsel vollzogen: weg vom fehlerorientierten Safety-I-Ansatz, hin zum adaptivitätsorientierten Safety-II-Ansatz. Letzterer versteht Sicherheit als die Fähigkeit eines Systems, unter variablen Bedingungen erfolgreich zu funktionieren. Das Crew Resource Management (CRM) bietet hierzu praxisnahe Instrumente zur Förderung nicht-technischer Kompetenzen wie Kommunikation, Situationsbewusstsein und Teamentscheidungen. Ziel dieses Beitrags ist es, Safety-II und CRM konzeptionell zu verbinden, um einen integrativen Führungsansatz für resiliente Versorgungssysteme zu entwickeln.

**Methoden:** Es handelt sich um eine konzeptionelle Analyse zentraler Ansätze der Patientensicherheitsforschung und Organisationsentwicklung im Gesundheitswesen. Dabei werden die Ansätze Safety-II und Crew Resource Management theoretisch integriert und hinsichtlich ihrer Bedeutung für Führung, Teamarbeit und organisationale Lernprozesse diskutiert.

**Ergebnisse:** Safety-II bildet den strategischen Rahmen für ein adaptives Sicherheitsverständnis. CRM ergänzt diesen Ansatz durch konkrete Verhaltensstandards für Kommunikation, Entscheidungsprozesse und Teamkoordination. Die Kombination beider Ansätze ermöglicht ein Führungsmodell, das einen klaren Orientierungsrahmen mit situativer Anpassungsfähigkeit verbindet. Zentrale Elemente sind eine geteilte Situationswahrnehmung, strukturierte Entscheidungsmodelle, psychologische Sicherheit sowie Briefings und Debriefings. Erste Trainingserfahrungen zeigen eine hohe Praxisrelevanz.

**Diskussion:** Die Integration beider Ansätze eröffnet neue Perspektiven für die Führung in komplexen Versorgungssystemen. Zentrale Aufgaben sind dabei die Förderung kollektiver Handlungsfähigkeit, die Gestaltung von Lernprozessen im Arbeitsalltag sowie die Förderung offener Kommunikation. Zukünftige Versorgungsforschung sollte entsprechende Führungs- und Trainingskonzepte systematisch evaluieren.

## Schlüsselwörter

Safety-II; Crew Resource Management; Führung im Gesundheitswesen; Resilient Health Care; Interprofessionelle Zusammenarbeit; Adaptivität

## Crossref/doi

http://doi.org/10.24945/MVF.03.26.1866-0533.2837

Das Gesundheitswesen befindet sich in einem tiefgreifenden Wandel. Er ist geprägt von demografischen Veränderungen, Fachkräftemangel, Digitalisierung sowie ökonomischem Druck. Klinische Situationen sind durch Unsicherheit, hohe Arbeitslast und interprofessionelle Zusammenarbeit gekennzeichnet. Die Erwartungen an Qualität, Effizienz sowie Patienten- und Mitarbeitersicherheit steigen stetig. Komplexität zeigt sich dabei nicht nur in zunehmender Arbeitsdichte, sondern auch in der Gleichzeitigkeit widersprüchlicher Anforderungen, nicht-linearen Wirkzusammenhängen und der Notwendigkeit, unter Unsicherheit situativ zu entscheiden. Diese Dynamik überfordert klassische Führungsmodelle zunehmend. Unter diesen Bedingungen muss Führung einen verlässlichen Orientierungsrahmen schaffen und zugleich situative Anpassungsfähigkeit ermöglichen. Vor diesem Hintergrund hat die Patientensicherheitsforschung in den letzten Jahren einen grundlegenden Perspektivwechsel vollzogen. Der Fokus liegt nicht mehr allein auf der Fehlervermeidung, wie sie im Safety-I-Paradigma verankert ist, sondern auch auf der Stärkung der adaptiven Leistungsfähigkeit, wie sie im Safety-II-Ansatz beschrieben wird [1]. Unabhängig davon wurde das aus der Luftfahrt stammende Crew Resource Management (CRM) bereits zuvor in das Gesundheitswesen übertragen und hat sich als Instrument zur Verbesserung nicht-technischer Fähigkeiten etabliert [2]. Während Safety-II die systemischen Voraussetzungen erfolgreicher Versorgung beschreibt, operationalisiert CRM diese Perspektive durch konkrete Instrumente und kollektive Verhaltensstandards für die Teamarbeit im klinischen Alltag.

## Safety-I und Safety-II: ein verändertes Sicherheitsverständnis

>> Bei Safety-I wird Sicherheit als Abwesenheit von Fehlern definiert und der Fokus liegt auf der Identifikation und Eliminierung von Abweichungen. Dieses Modell hat zweifellos wichtige Fortschritte ermöglicht, stößt jedoch an seine Grenzen, wenn die Versorgung durch nicht-lineare Wechselwirkungen, Zielkonflikte und situative Variabilität geprägt ist. In solchen Kontexten lässt sich Sicherheit nicht allein durch die Vermeidung von Fehlern und Zwischenfällen herstellen.

Der Safety-II-Ansatz definiert Sicherheit als die Fähigkeit eines Systems, auch unter variablen und oft unvorhersehbaren Bedingungen erfolgreich zu funktionieren. Im Gegensatz zum klassischen Safety-I-Ansatz, bei dem es vor allem um die Vermeidung und Kontrolle von Fehlern geht, richtet Safety-II den Fokus auf das alltägliche Gelingen. Dabei wird Variabilität nicht als Störgröße, sondern als unvermeidlicher Bestandteil komplexer Systeme betrachtet. Dies erfordert von Fachkräften, flexibel auf situative Anforderungen zu reagieren, um die Funktionsfähigkeit des Gesamtsystems aufrechtzuerhalten. In diesem Verständnis entsteht Sicherheit weniger durch Standardisierung als durch die bewusste Förderung adaptiver Handlungs- und Entscheidungsprozesse.

Führungskräfte sind daher gefordert, Rahmenbedingungen zu schaffen, die diese Flexibilität und Lernfähigkeit unterstützen, beispielsweise durch eine offene Kommunikationskultur, Vertrauen und die kontinuierliche Reflexion von Arbeitsprozessen.

Das Konzept des Resilient Health Care knüpft unmittelbar an diese Überlegungen an und überträgt die Safety-II-Perspektive auf Organisationen im Gesundheitswesen. Demnach ist Resilienz die systemische Fähigkeit von Teams und Organisationen, unter wechselnden Bedingungen und Belastungen handlungs- und leis-

tungsfähig zu bleiben. Diese Fähigkeit beruht auf vier miteinander verknüpften Dimensionen: Antizipation (das frühzeitige Erkennen und Planen möglicher Entwicklungen), Monitoring (die kontinuierliche Beobachtung relevanter Systemzustände), Reaktion (das flexible und situationsangemessene Handeln bei Veränderungen oder Störungen) und Lernen (die systematische Reflexion und Weiterentwicklung organisatorischer Lösungen und Routinen). Während Safety-II die theoretische Grundlage für das Verständnis von Sicherheit als emergente Systemeigenschaft liefert, beschreibt das Konzept des Resilient Health Care, wie diese Prinzipien in der Praxis in Bezug auf Teams umgesetzt werden können – insbesondere in einem hochkomplexen und dynamischen Versorgungssystem [3].

## Crew Resource Management in der klinischen Praxis

Das Crew Resource Management (CRM) wurde entwickelt, um die menschliche Leistungsfähigkeit in kritischen Situationen zu optimieren, indem nicht-technische Fähigkeiten verbessert werden. Zentrale Elemente sind Situational Awareness (die kontinuierliche Wahrnehmung und Bewertung der aktuellen Lage) sowie Kommunikationsstandards wie Closed-Loop (eine Rückkopplungstechnik, bei der Informationen wiederholt und bestätigt werden, um Missverständnisse zu vermeiden) und Entscheidungsmodelle wie FOR-DEC (Facts–Options–Risks & Benefits–Decision–Execution–Check). Letzteres ist ein systematisches Schema zur Entscheidungsfindung unter Unsicherheit. Weitere zentrale Elemente sind Teamkoordination, Stress- und Workload-Management sowie strukturierte Briefings und Debriefings. All diese Elemente lassen sich in vielen Bereichen des Gesundheitswesens adaptieren.

CRM stellt etablierte Verhaltensweisen für die Situationswahrnehmung, Teamarbeit, das Aufgabenmanagement, die Entscheidungsfindung und die Kommunikation in dynamischen und kritischen Situationen bereit. Diese Verhaltensweisen entfalten jedoch nur dann ihre Wirkung, wenn das organisationale Umfeld dies ermöglicht, d. h., wenn klare Verantwortlichkeiten bestehen, eine Kultur vorhanden ist, in der Rückfragen und Widerspruch erwartet werden können, und Strukturen vorhanden sind, die das Lernen aus dem Arbeitsalltag systematisch verankern. Entscheidend ist daher weniger die Anwendung einzelner Verhaltensweisen als vielmehr die Frage, wie Führung die Rahmenbedingungen so gestaltet, dass Teams auch unter Unsicherheit verlässlich handeln können. Vor diesem Hintergrund gewinnen Instrumente des CRM eine neue Bedeutung: Sie strukturieren die Kommunikation und Entscheidungsprozesse auf Teamebene und machen adaptive Leistungsfähigkeit im klinischen Alltag praktisch handhabbar. In diesem Kontext wird Adaptivität nicht dem Zufall überlassen, sondern als bewusst gestaltete Führungsaufgabe verstanden. Führung zielt somit weniger auf die Kontrolle einzelner Abweichungen als auf die systematische Förderung kollektiver Handlungsfähigkeit in dynamischen und unsicheren Situationen.

## Ein integratives Führungsmodell für resiliente Versorgungssysteme

Aus der Verbindung von Safety-II und CRM lassen sich zentrale Gestaltungselemente für ein integratives Führungsmodell ableiten. Eine geteilte Situationswahrnehmung ist die kognitive Grundlage für adaptives Handeln: Nur wenn Teams ein gemeinsames Verständnis des klinischen Zustands, der Handlungsoptionen und der damit verbundenen Risiken entwickeln, können sie Entscheidungen koordinieren, Verantwortung situativ übertragen und bei Bedarf von Standardabläufen abweichen. Im Rahmen eines Safety-II-orientierten Führungsverständnisses unterstützen die CRM-Leitsätze dieses gemeinsame Situationsbewusstsein, indem sie Transparenz herstellen, geschlossene Kommunikationsschleifen fördern und Informationsflüsse strukturieren. Ebenso zentral ist die Gestaltung strukturierter Entscheidungsprozesse unter Unsicherheit (FOR-DEC). Eine lernorientierte Kultur verstärkt diese Leistungsfähigkeit. Strukturierte Debriefings und die Analyse erfolgreicher Abläufe fördern

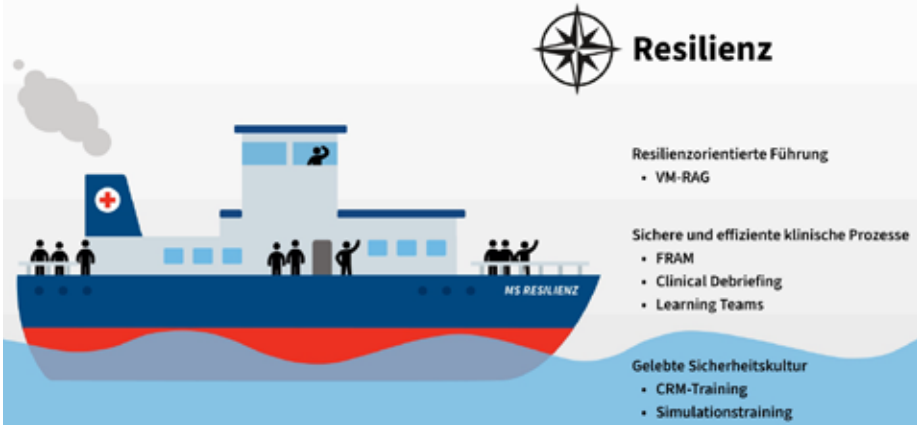



***Abb. 1:*** Die Abbildung nutzt die Metapher eines Motorschiffes („MS Resilienz“), um zentrale Ebenen resilienter Versorgungssysteme darzustellen. Das Schiff steht für eine Klinik bzw. Organisationseinheit mit ihren Mitarbeitenden, die durch die Dynamik des klinischen Alltags navigiert. Unterhalb der Wasserlinie befindet sich die gelebte Sicherheitskultur. Diese Ebene ist nicht unmittelbar sichtbar, beeinflusst jedoch maßgeblich Stabilität und Anpassungsfähigkeit der Organisation. Sie umfasst unter anderem CRM-Training sowie Simulationstraining. Die mittlere Ebene bilden sichere und effiziente klinische Prozesse. Hierzu zählen strukturierte Prozessanalysen (z. B. FRAM), Clinical Debriefings und Learning Teams. Diese Instrumente strukturieren Arbeitsabläufe und ermöglichen die systematische Reflexion und Weiterentwicklung klinischer Prozesse. Oberhalb dieser Prozesse ist die resilienzorientierte Führung angesiedelt. Sie gestaltet die Rahmenbedingungen für adaptive Leistungsfähigkeit und umfasst Mitarbeiterführung, Vorbildfunktion sowie die Führung der Organisationseinheit. Instrumente wie das Resilience Assessment Grid (VM-RAG) unterstützen die strukturierte Bewertung systemischer Fähigkeiten. Die Abbildung verdeutlicht das Zusammenspiel von Führung, Prozessen und Sicherheitskultur als Grundlage organisationaler Resilienz. Legende: VM-RAG = Verhaltensmarker Resilience Assessment Grid; FRAM = Funktionale Resonanzanalyse-Methode (engl.: Functional Resonance Analysis Method); CRM = Crew Resource Management. Quelle/Copyrigth: Abbildung aus Mühlbradt T, Schröder S, Speer T. Safety-II: Neue Wege zur Patientensicherheit. Strategien, Methoden und praktische Erfahrungen. Springer Gabler, Wiesbaden, 2024. Springer Verlag: Genehmigung zum Abdruck. Lizenz-Nummer: 625 134 076 147 7

organisationale Lernprozesse. Psychologische Sicherheit ist dabei ein zentraler Einflussfaktor, da sie die Wahrscheinlichkeit erhöht, dass Unsicherheiten angesprochen, Risiken thematisiert und alternative Sichtweisen eingebracht werden. Führungskräfte sind gefordert, diese Offenheit durch transparente Entscheidungsprozesse und konsistentes Kommunikationsverhalten aktiv zu unterstützen.

## Umsetzung in der Praxis: ein Anwendungsbeispiel

In der Praxis erfordert die Umsetzung Trainingsprogramme, die CRM-Methoden mit Safety-II-Elementen verbinden und die adaptive Leistungsfähigkeit systematisch fördern. Die Verbindung von Safety-II und CRM bietet einen konzeptionellen Rahmen für die Weiterentwicklung von Führung im Gesundheitswesen.

Ein frühes Anwendungsbeispiel hierfür ist das Fortbildungsprogramm der Artemed Akademie [4]. In interaktiven Workshops werden Führungskräfte aus den Bereichen Medizin, Pflege und Management mit den Grundlagen des CRM vertraut gemacht. Anhand realistischer Fallbeispiele trainieren sie, wie Kommunikation, Entscheidungsfindung und Teamkoordination unter Druck gelingen. Ein besonderer Schwerpunkt liegt auf der Anwendung von CRM-Prinzipien im klinischen Alltag. Dabei werden Kommunikation, Entscheidungsprozesse und Teamkoordination bewusst gestaltet, um systemische Resilienz zu fördern. Durch interprofessionellen Austausch, praktische Übungen und die Einbettung von Safety-II-Perspektiven entsteht ein strukturierter Reflexions- und Trainingsrahmen, in dem Führungskräfte sowohl ihre individuelle Handlungssicherheit als auch die kollektive Leistungsfähigkeit ihrer Teams weiterentwickeln können. Die CRM-Instrumente werden nicht isoliert trainiert, sondern explizit im Kontext adaptiver Leis tungsfähigkeit und systemischer Resilienz reflektiert. Erste qualitative Rückmeldungen der teilnehmenden Führungskräfte weisen auf eine hohe Praxisrelevanz und Anschlussfähigkeit des Formats hin. Das Beispiel illustriert, wie sich theoretische Sicherheitskonzepte in konkrete Führungsformate übersetzen lassen. Eine systematische wissenschaftliche Evaluation ist in Vorbereitung.

## Standardisierung und Adaptivität: Führung als Balanceleistung

Ein zentrales Spannungsfeld resilienter Versorgungssysteme liegt im Verhältnis von Standardisierung und adaptivem Handeln. Standardisierung reduziert die Variabilität in vorhersehbaren Situationen und schafft verlässliche Handlungsrahmen. Sie stößt jedoch an ihre Grenzen, wenn die klinische Realität durch Zielkonflikte, unerwartete Ereignisse oder kontextspezifische Besonderheiten geprägt ist. In solchen Situationen ist Adaptivität erforderlich, um Handlungsspielräume verantwortungsvoll zu nutzen.

Entscheidend ist daher nicht die Gegenüberstellung beider Prinzipien, sondern ihre situative Balance. Safety-II lenkt den Blick auf Variabilität als notwendige Bedingung systemischer Leistungsfähigkeit, während CRM strukturelle Kommunikations- und Entscheidungsformate bereitstellt, um Variabilität auf Teamebene zu ordnen. In diesem Kontext besteht Führung darin, stabile Orientierungsrahmen bereitzustellen und zugleich Räume für begründete Abweichungen offenzuhalten.

Psychologische Sicherheit unterstützt diese Balance, indem sie es ermöglicht, Unsicherheiten anzusprechen und alternative Perspektiven einzubringen. Interprofessionelle Zusammenarbeit erweitert die kollektive Expertise und erhöht somit die Wahrscheinlichkeit angemessener Anpassungen unter komplexen Bedingungen. Führungskräfte sind gefordert, diese strukturellen und kulturellen Voraussetzungen systematisch zu fördern.

## Messbarkeit von Resilienz: von der Theorie zu beobachtbarem Verhalten

Die Implementierung eines Safety-II-orientierten CRM ist jedoch mit Herausforderungen verbunden. Kulturelle Barrieren, Ressourcenknappheit, hierarchische Strukturen, fehlende Messinstrumente sowie fragmentierte Verantwortlichkeiten erschweren die Umsetzung. Eine zentrale Aufgabe der Versorgungsforschung besteht darin, Resilienz messbar zu machen und die Wirksamkeit von Führungsinterventionen empirisch zu überprüfen.

Mühlbradt et al. [5] zufolge lässt sich Resilienz in medizinischen Behandlungsteams vor allem dann messbar machen, wenn sie nicht als abstraktes Konzept, sondern als beobachtbares Teamverhalten verstanden wird. Grundlage der Messbarkeit sind klar definierte Verhaltensmarker, also beobachtbare Handlungen sowie Kommunikationsmuster, die Rückschlüsse auf die Resilienz eines Teams zulassen. Die zugrunde liegenden Items basieren auf den von Rall und Gaba beschriebenen CRM-Verhaltensmarkern, wurden jedoch für den Kontext standardisierter Befragungen sprachlich adaptiert und operationalisiert.

Die Autoren verbinden im Modell der „MS-Resilienz“ schließlich die verschiedenen Elemente zu einem strukturierten Rahmen, der sowohl Team- als auch Prozessfaktoren sowie Führung berücksichtigt (siehe Abb. 1). Auf diese Weise entsteht ein konzeptionell fundiertes Instrument, das die Fähigkeit von Behandlungsteams sichtbar macht, unter variablen Bedingungen sicher, flexibel und adaptiv zu handeln.

Die konzeptionelle Einbettung dieses Instruments folgt einer mehrstufigen Logik: Die Safety-II-Führungsprinzipien bilden die strategische Grundlage. Sie begreifen Variabilität als unvermeidlichen Bestandteil komplexer Systeme und stärken adaptive Leistungsfähigkeit sowie Lernen aus dem Gelingen im Alltag. Auf die-

**Literatur**

1. Hollnagel E. Safety-I and Safety-II: The Past and Future of Safety Management. Ashgate Publishing Limited, Farnham, 2014.
2. Rall M, Langewand S. Crew Resource Management für Führungskräfte im Gesundheitswesen, Springer Berlin, Heidelberg, 2022.
3. Wears RL, Hollnagel E, Braithwaite J (Hrsg). Resilient Health Care, Band 2: The Resilience of Everyday Clinical Work. Ashgate Publishing Limited, Farnham, 2015.
4. Artemed Akademie: „Führung im Gesundheitswesen neu denken: Crew Resource Management für die Systemresilienz“, abrufbar unter: https://www.artemed-akademie.de/crew-resource-management-fuer-fuehrungskraefte-im-gesundheitswesen (zuletzt aufgerufen am 01.03.2026).
5. Mühlbradt T, Schröder S, Speer T. Safety-II: Neue Wege zur Patientensicherheit. Strategien, Methoden und praktische Erfahrungen. Springer Gabler, Wiesbaden, 2024.

## Autorenerklärung

Die Autor:innen erklären, dass keine Interessenkonflikte vorliegen.

## Zitationshinweis

Schröder et al.: „Führung im Gesundheitswesen neu denken: Crew Resource Management für die Systemresilienz“ (MVF 03/26), S. 71–74. http://doi.org/10.24945/MVF.03.26.1866-0533.2837


ser strategischen Ebene bauen organisatorische Arbeitsprozesse auf, die den Rahmen des Handelns strukturieren. Auf der Teamebene konkretisiert sich diese Logik im Crew Resource Management. Dieses stellt mit Kommunikationsstandards wie Closed-Loop, Entscheidungsmodellen wie FOR-DEC, Teamkoordination durch Rollenflexibilität und Speaking-Up sowie Arbeitsorganisation durch Briefings und Debriefings konkrete Werkzeuge bereit. Resilientes Verhalten zeigt sich dort, wo die vier systemischen Fähigkeiten Antizipation, Monitoring, Reaktion und Lernen ausgeprägt sind. Das Ergebnis sind Teams, die unter variablen Bedingungen handlungsfähig bleiben und sich durch geteilte Situationswahrnehmung, psychologische Sicherheit und interprofessionelle Zusammenarbeit auszeichnen.

## Implikationen für Führung und Versorgungsforschung

Effektive Führung gestaltet die Bedingungen, unter denen Teams auch unter Unsicherheit handlungsfähig bleiben. Komplexe Versorgungssysteme erfordern ein Führungsverständnis, das Stabilität und Adaptivität zugleich ermöglicht. Die Kombination aus Safety-II und CRM bietet hierfür einen vielversprechenden Ansatz. Führungskräfte, die adaptive Leistungsfähigkeit fördern, psychologische Sicherheit schaffen und kollektive Handlungsfähigkeit stärken, können einen relevanten Beitrag leisten. Daraus ergibt sich für die Versorgungsforschung die Aufgabe, diese Ansätze weiterzuentwickeln und empirisch zu fundieren. <<


## Rethinking leadership in healthcare: Crew Resource Management for system resilience

**Introduction:** Today's healthcare system is characterized by increasing complexity, a shortage of skilled personnel, economic pressures, and growing interprofessional collaboration. Under these conditions, traditional leadership models are reaching their limits. Furthermore, a shift in perspective has taken place in patient safety research: away from the error-focused Safety I approach and toward the adaptability-focused Safety II approach. The latter understands safety as a system's ability to function successfully under variable conditions. Crew Resource Management (CRM) offers practical tools for this purpose to promote non-technical competencies such as communication, situational awareness, and team decision-making. The aim of this article is to conceptually link Safety II and CRM in order to develop an integrative leadership approach for resilient healthcare systems.

**Methods:** This is a conceptual analysis of key approaches in patient safety research and organizational development in healthcare. The Safety-II and Crew Resource Management approaches are theoretically integrated and discussed in terms of their significance for leadership, teamwork, and organizational learning processes.

**Results:** Safety II provides the strategic framework for an adaptive approach to safety. CRM complements this approach with specific behavioral standards for communication, decision-making processes, and team coordination. The combination of both approaches enables a leadership model that combines a clear orientation framework with situational adaptability. Key elements include a shared situational awareness, structured decision-making models, psychological safety, as well as briefings and debriefings. Initial training experiences demonstrate high practical relevance.

**Discussion:** The integration of both approaches opens up new perspectives for leadership in complex healthcare systems. Key tasks include fostering collective capacity for action, designing learning processes in everyday work, and promoting open communication. Future health services research should systematically evaluate corresponding leadership and training concepts.



## Keywords

Safety-II; Crew Resource Management; Leadership in Healthcare; Resilient Health Care; Interprofessional Collaboration; Adaptability





**Prof. Dr. med. Stefan Schröder** ORCID: 0000-0001-7634-166X
ist Facharzt für Anästhesiologie und Chefarzt am Artemed Krankenhaus Düren. Zudem engagiert er sich im Vorstand des Aktionsbündnisses Patientensicherheit. Sein Schwerpunkt liegt auf nationalen Strategien zur Verbesserung der Behandlungsqualität und -sicherheit durch Crew Resource Management und interdisziplinäre Simulationstrainings, die Teamleistung und Handlungssicherheit im klinischen Alltag nachhaltig stärken.
Kontakt: Stefan.Schroeder@artemed.de



**Dr. med. Tillmann Speer** ORCID: 0000-0002-6579-2470
ist Facharzt für Anästhesiologie und Notarzt am Klinikum Itzehoe. Er befasst sich mit Patientensicherheit und systemischen Ansätzen des klinischen Risikomanagements, insbesondere im Kontext von Safety-II und Simulationstraining zur Verbesserung der Teamarbeit in der Akutversorgung.
Kontakt: T.Speer@kh-itzehoe.de



**Dr. rer. nat. Helga Unger** ORCID: 0000-0001-8922-6003
ist Beraterin und Trainerin im Bereich Personal- und Organisationsentwicklung. Neben ihrer selbstständigen Praxis arbeitet sie als Lehrkraft und als Research Fellow an der FOM Hochschule in Aachen. Sie unterstützt interdisziplinäre Teams bei komplexen Veränderungsprozessen unter Einbezug arbeits- und organisationspsychologischer Ansätze.
Kontakt: Helga.Unger@fom.de



**Prof. Dr. rer. pol. Thomas Mühlbradt** ORCID: 0000-0002-6612-7210
ist Professor für Arbeits- und Ingenieurpsychologie an der FOM Hochschule in Aachen. Neben seiner Lehrtätigkeit arbeitet er in drittmittelfinanzierten Forschungsprojekten zu Lernförderlichkeit und systemischer Resilienz in komplexen Systemen wie der Akutversorgung. Er ist Ko-Autor des Buches „Safety-II: Neue Wege zur Patientensicherheit“.
Kontakt: Thomas.Muehlbradt@fom.de

Prof. Dr. med. Ralf Schmidmaier
Dr. rer. nat. Hans Derk Pannen
Dr. rer. hum. biol. Moritz Hadwiger
Dr. rer. nat. Luis Möckel

# Inanspruchnahme von Gesundheitsressourcen bei Patientinnen mit Romosozumab

## Eine retrospektive Analyse deutscher Krankenkassendaten


### Zusammenfassung

**Einleitung:** Diese Analyse hatte zum Ziel, die Kosten der Versorgung aus der Perspektive der gesetzlichen Krankenversicherung bei Osteoporose-Patientinnen mit Romosozumab-Behandlung zu beschreiben.

**Methoden:** Es handelte sich um eine retrospektive Datenanalyse der Daten von 19 gesetzlichen Krankenkassen mit potenziell insgesamt 6,3 Millionen Versicherten. Es wurden die Kosten (stationär, ambulant, Arzneimittel) für Romosozumab-Patientinnen (Index = Datum der 1. Romosozumab-Apothekenabgabe) analysiert, die 2 Jahre vor und mindestens ein bzw. zwei Jahre nach dem Index beobachtbar waren.

**Ergebnisse:** Bei Romosozumab-Patientinnen, die für mind. 1 Jahr nach Index beobachtet werden konnten (n = 71), betrugen die mittleren Gesamtkosten im Jahr vor Index 11.109 (SD 13.314; Median 8.033) EUR pro Patientin, wobei die höchsten Kosten im stationären Sektor auftraten. Im ersten Jahr nach Index lagen die mittleren Gesamtkosten bei 18.630 (SD 24.470; Median 12.215) EUR pro Patientin mit dem größten Anteil bei den Arzneimitteln. Bei Patientinnen mit einer Nachbeobachtungszeit von 2 Jahren (n = 22) sanken die durchschnittlichen Gesamtkosten pro Patientin im zweiten Jahr nach Index (5.604 [SD 7.778; Median 2.740] EUR) im Vergleich zu den mittleren Gesamtkosten im Jahr vor Index (16.390 [SD 15.956; Median 11.250] EUR) erheblich. In beiden Jahren nach Index sanken insbesondere die stationären Kosten.

**Diskussion:** Die Gesamtkosten bei Patientinnen mit Romosozumab waren im Jahr nach dem Beginn der Romosozumab-Behandlung vergleichbar bis leicht höher im Vergleich zum Jahr vor Index. Wohingegen im 2. Jahr nach der 1. Romosozumab-Abgabe die Kosten für die Patientinnen auf ein niedrigeres Niveau als vor Beginn der Romosozumab-Behandlung sanken.



### Schlüsselwörter

Hochrisiko-Osteoporose, Osteoanabolika, Frakturpatientinnen

### Crossref/doi

http://doi.org/10.24945/MVF.03.26.1866-0533.2838


Die Osteoporose ist eine systemische Skeletterkrankung, welche durch eine niedrigere Knochenmasse sowie eine mikroarchitektonische Verschlechterung des Knochengewebes charakterisiert ist. Dies führt zu einem erhöhten Risiko für Frakturen (DVO-Leitlinie, 2023). So treten bei Frauen im Alter von 50 Jahren oder älter in Deutschland jährlich etwa 58.851 neue femorale sowie 74.238 im Krankenhaus diagnostizierte sowie unabhängig vom Diagnoseort bis zu 145.188 neue vertebrale Frakturen auf (Möckel, 2021; Melnik et al. 2025). Daten aus dem deutschen Versorgungskontext zeigen je nach Auswertung und Typ der Vorfraktur, dass Patient:innen mit einer bestehenden Fraktur ein Risiko von 18% bis zu 30% für eine Folgefraktur innerhalb eines Jahres haben (Hadji et al., 2021; Melnik et al., 2025). Eine weitere Analyse aus dem internationalen Kontext berichtete außerdem, dass das Risiko für eine Folgefraktur innerhalb eines Jahres nach einer ersten klinischen Fraktur um das 5-Fache erhöht ist (van Geel et al., 2009). Dieses sehr hohe Frakturrisiko unmittelbar nach einer Fraktur wird auch als imminentes Frakturrisiko bezeichnet. Die Leitlinie des Dachverbands Osteologie empfiehlt, bei Patientinnen mit sehr hohem Frakturrisiko eine osteoanabole Substanz einzusetzen (DVO-Leitlinie, 2023).

>> Der monoklonale Antikörper Romosozumab ist eine solche osteoanabole Substanz, welche bei postmenopausalen Frauen mit manifester Osteoporose und erhöhtem Frakturrisiko eingesetzt werden kann. Dabei wird Romosozumab als einmal-monatliche Therapie über einen Zeitraum von 12 Monaten, gefolgt von einer antiresorptiven Osteoporose-Therapie, verabreicht (FI Romosozumab, 2024). In klinischen Studien hat die 12-monatige Romosozumab-Therapie gefolgt von Alendronsäure das Risiko für vertebrale, nicht-vertebrale sowie Hüftfrakturen signifikant gegenüber einer Gabe von Alendronsäure gesenkt (Saag et al., 2017). Zwei Analysen zur Kosteneffektivität zeigen, dass Romosozumab bzw. die Sequenztherapie in UK und Belgien kosteneffektiv sind (Bergström et al., 2024; Gielen et al., 2024).

Für Deutschland liegen bis zum jetzigen Zeitpunkt keine Daten vor, welche die Kosten bei Patientinnen mit Romosozumab untersucht haben. Aus diesem Grund war das Ziel dieser Analyse, die Healthcare Resource Utilizations (HCRUs) jeglicher Ursache bei Patientinnen mit Romosozumab zu analysieren. Im Fokus standen dabei die Anzahl der Arztkontakte, die Verweildauer im Krankenhaus sowie die Kosten nach Sektor (ambulant, stationäre, Arzneimittel) und die Gesamtkosten vor sowie nach Index (Index = 1. Abgabe von Romosozumab).

## Methoden

### Studiendesign und Datenquelle

Diese Studie war eine retrospektive Analyse von deutschen Krankenkassendaten, basierend auf dem anonymisierten Datensatz teilnehmender Krankenkassen der Gesellschaft für Wirtschaftlichkeit und Qualität bei Krankenkassen (GWQ ServicePlus AG). Der analysierte Datensatz enthielt die anonymisierten Abrechnungsdaten von 19 Betriebs- und Innungskrankenkassen mit etwa 6,3 Mio. gesetzlich Versicherten, welche die Jahre 2010 bis 2023 umfassten.

Eingeschlossen wurden alle Patientinnen, welche (i) mindestens eine Apothekenabgabe von Romosozumab (ATC-Code: M05BX06) erhalten hatten, wobei der Tag der ersten Abgabe den Index darstellte, die (ii) eine Prä-Index-Periode von mindestens 730 Tage aufwiesen, bei denen (iii) eindeutig Geschlecht sowie (iv) Geburtskohorte zugeordnet werden konnten, die (v) in der Prä-Index-Periode (730–0 Tage vor Index) durchgängig versichert waren und die (vi) explizit für die Kostenanalysen für mind. 365 bzw. 730 Tage nach der ersten Romosozumab-Abgabe nachbeobachtbar waren.

In Abhängigkeit vom Zeitpunkt der ersten Verordnung konnte

das Index-Datum zwischen dem 15.03.2020 und 31.12.2022 liegen (Abb. 1). Der Prä-Index-Zeitraum war definiert als 730 bis 0 Tage vor Index und die Patientinnen wurden entweder bis zu 730 Tage nach Index, bis zum Tod, zum Ende des Versicherungsverhältnisses oder des Beobachtungszeitraums (31.12.2022) nachverfolgt, je nachdem welches Ereignis zuerst einsetzte. Weitere Angaben zur Methodik und zur Analyse klinischer Parameter sind in Pannen et al. (2025) ausführlicher beschrieben (Abb. 1).

**Datenauswertung**

Die Beschreibung der Charakteristika der Patientinnen mittels deskriptiver Statistik erfolgte auf Basis aller Patientinnen, welche mind. eine Verordnung erhalten haben.

Die Verweildauer (in Tagen) im Krankenhaus wurde basierend auf den Patientinnen berechnet, welche in den Zeiträumen 730–0 und 365–0 vor bzw. 1–365 und 1–730 Tage nach Index mindestens einen stationären Krankenhausaufenthalt aufwiesen. Des Weiteren wurde die Anzahl der Arztkontakte (Summe aller stationären und ambulanten Behandlungsfälle) für die genannten Zeiträume analysiert. Berechnet wurden dabei Median, Minimum, Maximum sowie das 25. und 75. Perzentil.

Die Kosten (jeglicher Ursache und basierend auf den Angaben für die Jahre 2020–2022) wurden nach Sektor (ambulant, stationär, Arzneimittel und gesamt) zum einen für die Zeiträume 365–0 Tage vor und 1–365 Tage nach Index basierend auf allen Patientinnen berechnet, welche für mindestens 365 Tage nach Index nachverfolgbar waren. Des Weiteren erfolgte die Berechnung der Kosten für die Zeiträume 730–366 und 365–0 vor bzw. 1–365 und 366–730 Tage nach Index basierend auf der Patientinnen-Subkohorte, die mind. 730 Tage nach Index beobachtet werden konnten. Für die Analyse der Kosten nach Sektor wurden Mittelwert (MW), Standardabweichung (SD), Median, Minimum, Maximum sowie das 25. und 75. Quantil berechnet.

Die statistische Auswertung erfolgte mithilfe des Programms „R" Version 4.1.2 und der gängigen Pakete [R Core Team; Wickham et al., 2019].

## Ergebnisse

**Charakteristika der eingeschlossenen Patientinnen**

Es wurden insgesamt (Tab. 1) 138 Patientinnen in die Analyse eingeschlossen, welche überwiegend in den Jahren 1950–1969 geboren (66,0%) wurden. Der Charlson Comorbidity Index lag im Mittelwert bei 1,27 (SD 1,30). Lediglich 27,8% der Patientinnen erhielten in der Prä-Index-Periode keine spezifische Osteoporose-Vortherapie. Die Patientinnen hatten in den 1,5 Jahren vor der 1. Romosozumab-Abgabe insgesamt 387 Frakturen, was 2,8 Frakturen pro Patientin entspricht. Weitere Informationen wie die Top 5 der Komorbiditäten und ATC-Codes sind in Tabelle 1 dargestellt. Insgesamt 71 Patientinnen konnten mind. 365 Tage sowie 22 Patientinnen 730 Tage nach Index nachverfolgt werden.

**Charakteristika der Romosozumab-Patientinnen in Prä-Index-Periode sowie zu Index und Frakturinzidenzdichte vor und nach Index**

| Charakteristika | | N = 138 |
|---|---|---|
| Weiblich – n (%) | | 138 (100,0%) |
| Geburtskohorte – n (%) | 1930-1939 | 12 (8,7%) |
| | 1940-1949 | 30 (21,7%) |
| | 1950-1959 | 59 (42,8%) |
| | 1960-1969 | 32 (23,2%) |
| | nach 1970 | <8 |
| Charlson Comorbidity Index | Mittelwert (SD) | 1,27 (1,30) |
| | Median [Min., Max.] | 1,00 [0,00, 6,00)] |
| Spezifische Osteoporose-Vortherapien 730 Tage vor Index – n (%) | Bisphosphonate | 58 (42,0%) |
| | Bisphosphonate Kombinationen | <8 |
| | Östrogene | 32 (23,2%) |
| | Denosumab | 29 (21,0%) |
| | SERMs | <8 |
| | Teriparatid | <8 |
| | Keine Vortherapie | 38 (27,5%) |
| Top 5 ICD-10-Codes 730 Tage vor Index – n (%) | Z01: Sonst. spez. Untersuchungen und Abklärungen bei Personen ohne Beschwerden oder angegebenen Diagnosen | 136 (98,6%) |
| | M81: Osteoporose ohne pathologische Fraktur | 128 (92,8%) |
| | M80: Osteoporose mit pathologischer Fraktur | 117 (84,8%) |
| | M54: Rückenschmerzen | 108 (78,3%) |
| | Z12: Spez. Verfahren zur Untersuchung auf Neubildungen | 86 (62,3%) |
| Top 5 ATC-Codes 730 Tage vor Index – n (%) | N02: Analgetika | 109 (89,9%) |
| | M01: Antiphlogistika und Antirheumatika | 102 (73,9%) |
| | M05: Mittel zur Behandlung von Knochenkrankheiten | 83 (60,1%) |
| | A02: Mittel bei säurebedingten Erkrankungen | 81 (58,7%) |
| | J01: Antibiotika zur systemischen Anwendung | 70 (50,7%) |
| Indexjahr | 2020 | 16,7% |
| | 2021 | 36,2% |
| | 2022 | 47,1% |
| Anzahl Frakturen im Zeitraum 546 Tage vor Index | Gesamt | 387 |
| | Frakturen pro Patientin | 2,8 |

***Tab. 1:*** Charakteristika der Romosozumab-Patientinnen in Prä-Index-Periode sowie zu Index und Frakturinzidenzdichte vor und nach Index. Legende: *im Zeitraum 730 Tage vor Index. Eigene Darstellung.

Bei Patientinnen mit einer stationären Aufnahme war die mediane Krankenhausverweildauer vor Index mit 5 Tagen bzw. nach Index mit 4 Tagen (Index = 1. Abgabe von Romosozumab) vergleichbar (Abb. 2A). In den 730 Tagen vor Index wurden insgesamt 181 vollstationäre Krankenhauseinweisungen mit einer Entlassdiagnose beobachtet. Unter den häufigsten fünf Entlassdiagnosen finden

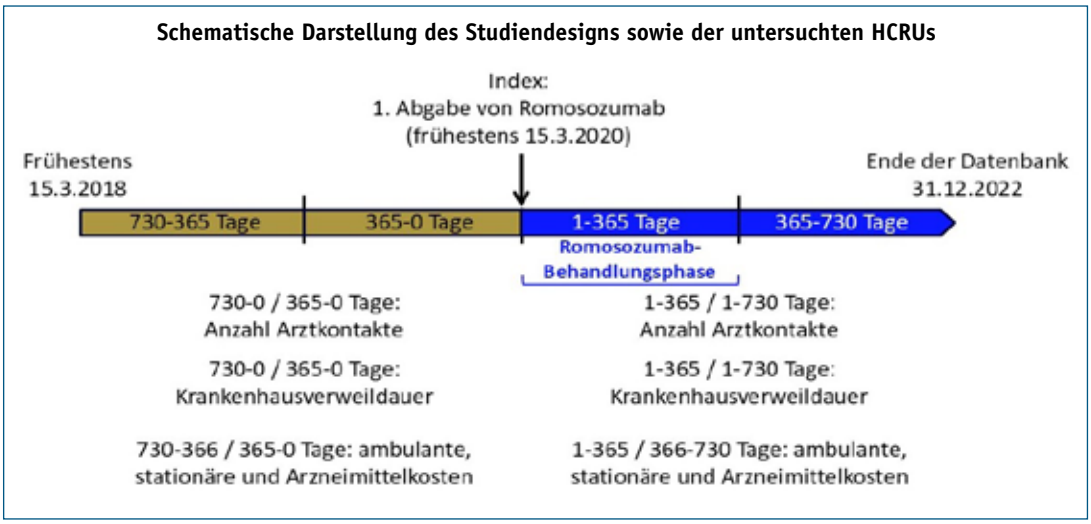



***Abb. 1:*** Schematische Darstellung des Studiendesigns sowie der untersuchten HCRUs. Quelle: Eigene Darstellung.

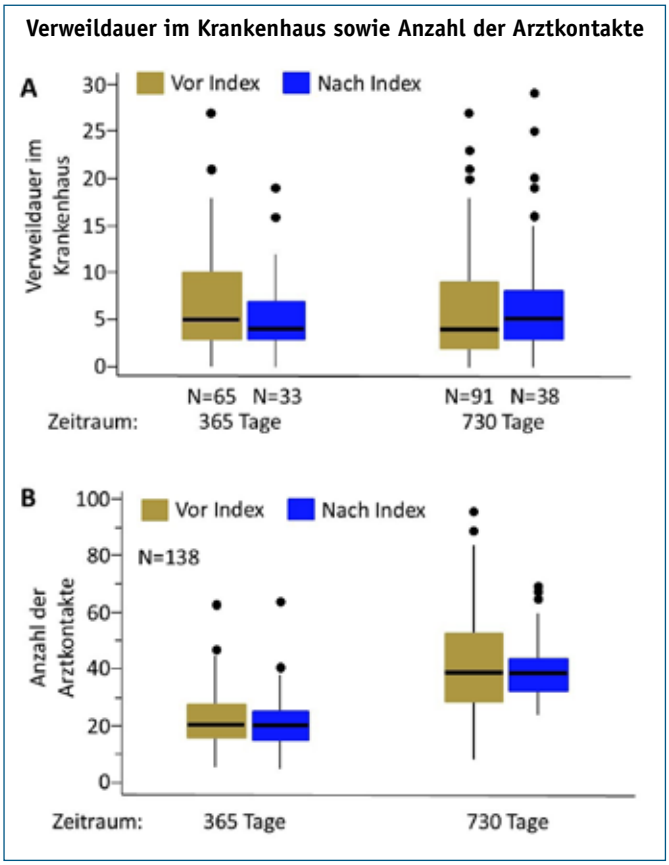



***Abb. 2:*** (A) Verweildauer im Krankenhaus sowie (B) Anzahl der Arztkontakte bei Romosozumab-Patientinnen in den Zeiträumen 730 und 365 Tagen vor bzw. nach Index (Index = 1. Abgabe von Romosozumab). Quelle: Eigene Darstellung.

sich vier mit Assoziation zu Osteoporose (Abb. 3).

Auch die Summe der Arztkontakte (Summe aller stationären und ambulanten Fälle) lag sowohl vor als auch nach Index bei etwa 20 Kontakten pro Jahr (Abb. 2B). In der Subgruppe von Patientinnen, welche nach Index 365 Tage beobachtbar waren, betrugen die mittleren Gesamtkosten (jeglicher Ursache) in den 365 Tagen vor der ersten Romosozumab-Abgabe 11.109 (SD 13.314; Median: 8.033) EUR sowie im Jahr der Romosozumab-Behandlung 18.630 (SD 24.470; Median: 12.215) EUR. In dem Jahr vor Index kamen die höchsten Kosten durch stationäre Kosten (MW 5.834 [SD 8.343] EUR; Median: 2.181 EUR) sowie im Jahr nach Index durch Arzneimittel (MW 14.403 [SD 24.025] EUR; Median: 9.653 EUR) zustande (Tab. 2). Anzumerken ist, dass insbesondere die stationären Kosten im Jahr der Romosozumab-Behandlung (1–365 Tage nach Index: MW 2.425 [SD 4.269] EUR; Median: 0 EUR) niedriger waren als im Jahr vor Index.

In der Subkohorte von Patientinnen, die nach Index 730 Tage beobachtbar waren, traten vergleichbare Kosten jeglicher Ursache wie in der zuvor beschrieben Kohorte auf, welche nur 365 Tage nach Index beobachtbar war (Tab. 3 und Abb. 4). Die mittleren Gesamtkosten (jeglicher Ursache) lagen in den Zeiträumen 730–366, 365–0, 1–365 und 366–730 Tage vor bzw. nach Index bei 9.350 (SD 11.483; Median: 3.717) EUR, 16.390 (SD 15.956; Median: 11.250) EUR, 17.165 (SD 8.606; Median: 13.069) EUR und 5.604 (SD 7.778; Median: 2.740) EUR. Auch in dieser Subkohorte kam es nach Index zu einer starken Abnahme der stationären Kosten, welche im Vergleich zum Jahr vor Index (365–0 Tage: MW 9.889 [SD 12.201] EUR; Median: 7.190 EUR) im ersten Jahr nach Index (1–365 Tage: MW 2.975 [SD 5.680] EUR; Median: 0 EUR) um Faktor 4 sowie im zweiten Jahr nach Index (366–730 Tage: MW 1.001 [SD 3.272] EUR; Median: 0 EUR) um Faktor 10 niedriger waren. Im ersten Jahr nach Index wurden 50% sowie im zweiten Jahr 75% der Patientinnen nicht ins Krankenhaus eingewiesen.

Im Vergleich zu den Arzneimittel- und stationären Kosten blieben die ambulanten Kosten in allen betrachteten Zeiträumen sowie in beiden betrachteten Kohorten vergleichbar (Tab. 2 und 3).

## Diskussion

Diese retrospektive Krankenkassendatenanalyse zeigt erstmals die Kosten für Patientinnen mit Romosozumab-Behandlung in Deutschland. Dabei sind die größten Kostenfaktoren im Jahr vor der ersten Abgabe von Romosozumab (Index) die stationären Kosten sowie erwartungsgemäß im Behandlungsjahr mit Romosozumab (1. Jahr nach Index) die Arzneimittelkosten. Gleichzeitig waren im ersten und zweiten Jahr nach Index die stationären Kosten niedriger als im Prä-Index-Zeitraum.

Für die Diskussion und Einordnung der Ergebnisse ist wichtig zu erwähnen, dass über 70% der betrachteten Patientinnen in den zwei Jahren vor der ersten Romosozumab-Abgabe mindestens eine andere Osteoporose-Therapie erhalten haben. Trotzdem sind in den 1,5 Jahre vor dem Start der Romosozumab-Behandlung im Durchschnitt 2,8 Frakturen pro Patientin aufgetreten, wobei nicht

| Kosten nach Sektor und gesamt | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Sektor** | **MW** | **SD** | **Median** | **Min.** | **Max.** | **25. Perzentil** | **75. Perzentil** |
| **Zeitraum 365-0 Tage vor Index** | | | | | | | |
| Ambulant | 1.801 Euro | 1.732 Euro | 1.420 Euro | 219 Euro | 11.928 Euro | 920 Euro | 1.984 Euro |
| Stationär | 5.834 Euro | 8.343 Euro | 2.181 Euro | 0 Euro | 39.282 Euro | 0 Euro | 8.421 Euro |
| Arzneimittel | 3.473 Euro | 9.220 Euro | 770 Euro | 12 Euro | 60.085 Euro | 320 Euro / 2.074 Euro | |
| Gesamt | 11.109 Euro | 13.314 Euro | 8.033 Euro | 491 Euro | 70.540 Euro | 2.005 Euro | 14.035 Euro |
| **Zeitraum 1-365 Tage nach Index** | | | | | | | |
| Ambulant | 1.803 Euro | 1.551 Euro | 1.313 Euro | 35 Euro | 9.295 Euro | 955 Euro | 2.063 Euro |
| Stationär | 2.425 Euro | 4.269 Euro | 0 Euro | 0 – 19.556 Euro | - | 0 Euro | 3.478 Euro |
| Arzneimittel | 14.403 Euro | 24.025 Euro | 9.653 Euro | 741 Euro | 190.437 Euro | 7.898 Euro | 11.401 Euro |
| Gesamt | 18.630 Euro | 24.470 Euro | 12.215 Euro | 963 Euro | 195.503 Euro | 9.982 Euro | 18.466 Euro |

***Tab. 2:*** Kosten nach Sektor und gesamt für die Zeiträume 365 vor und 365 nach Index, in der Subgruppe der Patientinnen (n = 71), welche mind. 365 Tage nach Index (Index = 1. Abgabe Romosozumab) nachbeobachtet werden konnten. Eigene Darstellung.

bekannt ist, ob diese Frakturen auch alle unter Vortherapie aufgetreten sind. Entsprechend handelte es sich bei den untersuchten Patientinnen um ein schwerstbetroffenes Kollektiv, welches möglicherweise ein vorheriges Therapieversagen unter den anderen Osteoporose-Medikationen zeigte (Tab. 1).

Eine Ursache für die hohen stationären Kosten in den 730 Tagen vor Index ist sicherlich auf die Osteoporose zurückzuführen, da vier der häufigsten fünf Entlassdiagnosen in einem direkten Zusammenhang mit Osteoporose stehen. Zum einen hatten die Patientinnen im Mittel 2,8 Frakturen im Zeitraum 545 Tage vor Index und zum anderen ist bekannt, dass bspw. etwa 95% der Patientinnen mit Schenkelhalsfraktur sowie 34–44% mit vertebraler Fraktur ins Krankenhaus eingewiesen bzw. dort diagnostiziert werden (Möckel et al. 2021, 2022).

Gleichzeitig sind diese Frakturen mit kostenintensiven Krankenhausbehandlungen wie einer Totalendoprothese, Kyphoplastie oder

| Kosten nach Sektor und gesamt | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Sektor** | **MW** | **SD** | **Median** | **Min.** | **Max.** | **25. Perzentil** | **75. Perzentil** |
| **Zeitraum 730-366 Tage vor Index** | | | | | | | |
| Ambulant | 2.053 Euro | 2.434 Euro | 1.616 Euro | 161 Euro | 11.607 Euro | 854 Euro | 2.160 Euro |
| Stationär | 4.584 Euro | 8.545 Euro | 144 Euro | 0 Euro | 36.269 Euro | 0 Euro | 6.240 Euro |
| Arzneimittel | 2.713 Euro | 7.061 Euro | 943 Euro | 76 Euro | 33.746 Euro | 380 Euro | 1.385 Euro |
| Gesamt | 9.350 Euro | 11.483 Euro | 3.717 Euro | 385 Euro | 40.121 Euro | 1.679 Euro | 12.685 Euro |
| **Zeitraum 365-0 Tage vor Index** | | | | | | | |
| Ambulant | 2.181 Euro | 2.343 Euro | 1.740 Euro | 275 Euro | 11.928 Euro | 1.066 Euro | 2.022 Euro |
| Stationär | 9.889 Euro | 12.201 Euro | 7.190 Euro | 0 Euro | 39.283 Euro | 0 Euro | 12.237 Euro |
| Arzneimittel | 4.319 Euro | 9.370 Euro | 1.360 Euro | 216 Euro | 37.529 Euro | 445 Euro | 2.008 Euro |
| Gesamt | 16.390 Euro | 15.956 Euro | 11.250 Euro | 491 Euro | 49.334 Euro | 3.624 Euro | 29.722 Euro |
| **Zeitraum 1-365 Tage nach Index** | | | | | | | |
| Ambulant | 1.625 Euro | 905 Euro | 1.330 Euro | 603 Euro | 4.258 Euro | 1.017 Euro | 2.094 Euro |
| Stationär | 2.975 Euro | 5.680 Euro | 0 Euro | 0 Euro | 19.556 Euro | 0 Euro | 3.016 Euro |
| Arzneimittel | 12.565 Euro | 7.584 Euro | 10.971 Euro | 2.710 Euro | 43.898 Euro | 10.383 Euro | 12.973 Euro |
| Gesamt | 17.165 Euro | 8.606 Euro | 13.069 Euro | 10.256 Euro Euro | 46.017 Euro | 12.085 Euro | 19.387 Euro |
| **Zeitraum 366-730 Tage nach Index** | | | | | | | |
| Ambulant | 1.572 Euro | 1.235 Euro | 1.149 Euro | 0 Euro Euro | 4.955 Euro | 788 Euro | 2.022 Euro |
| Stationär | 1.001 Euro | 3.272 Euro | 0 Euro | 0 Euro Euro | 14.090 Euro | 0 Euro | 0 Euro |
| Arzneimittel | 3.031 Euro | 5.854 Euro | 1.279 Euro | 311 Euro Euro | 26.598 Euro | 797 Euro | 1.759 Euro |
| Gesamt | 5.604 Euro | 7.778 Euro | 2.740 Euro | 328 Euro Euro | 28.182 Euro | 1.751 Euro | 5.202 Euro |

***Tab. 3:*** Kosten nach Sektor und gesamt für verschiedene Zeiträume in der Subgruppe der Patientinnen (n = 22), welche mind. 730 Tage nach Index (Index = 1. Abgabe Romosozumab) nachbeobachtet werden konnten. Eigene Darstellung.

Vertebroplastie assoziiert (Beschloss et al. 2022; DVO-Leitlinie, 2023; Jensen et al. 2024).

Im Jahr nach Index ist dagegen eine starke Abnahme der stationären Kosten sowohl im Romosozumab-Behandlungsjahr als auch im Folgejahr zu beobachten. Im Versorgungsalltag zeigten die bereits veröffentlichten Frakturdaten aus der vorliegenden Analyse ebenfalls eine Abnahme der Frakturinzidenz nach Index um 27% für den Zeitraum 1–365 Tage sowie um 51% für den Zeitraum 366–730 Tage im Vergleich zum letzten Jahr vor Index (Pannen et al. 2025). Im klinischen Studienprogramm hat Romosozumab sowohl gegenüber Placebo als auch gegenüber dem Bisphosphonat Alendronsäure eine signifikante Reduktion der Frakturrate gezeigt (Cosman et al. 2016; Saag et al. 2017). Es ist anzunehmen, dass diese Kostenreduktion unter anderem durch weniger Frakturen zustande kommt, insbesondere da die Jahreskosten nach einer Wirbelkörper- bzw. Schenkelhalsfraktur 9.400 bis 16.800 EUR in Deutschland betragen (Pannen et al. 2021).

**Top 5 Entlassdiagnosen von stationären Krankenhausaufenthalten im Zeitraum 730-0 Tage vor Index**

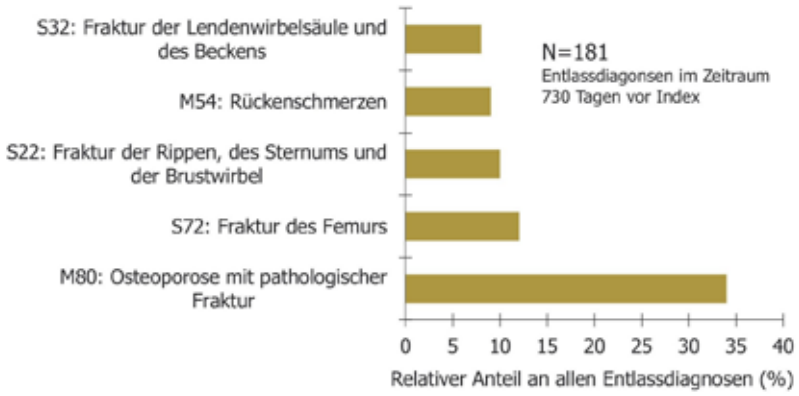



***Abb. 3:*** Top 5 Entlassdiagnosen von stationären Krankenhausaufenthalten im Zeitraum 730–0 Tage vor Index. Quelle: Eigene Darstellung.

Insgesamt kann angemerkt werden, dass die Gesamtkosten im Romosozumab-Behandlungsjahr je nach analysierter Kohorte leicht höher bis vergleichbar mit dem letzten Jahr vor Index waren. Der größte Kostenfaktor während des 1. Jahres nach Index sind die Arzneimittelkosten. Die zuvor publizierten Persistenzdaten aus dieser Analyse zeigten eine mediane Romosozumab-Behandlungsdauer von 355 Tagen (Pannen et al. 2025). Die ambulanten Kosten spielen sowohl vor als auch nach Index eine eher untergeordnete Rolle und sind in allen analysierten Zeiträumen relativ vergleichbar. Über allen vier betrachteten Jahre waren die Gesamtkosten im zweiten Jahr nach Index am niedrigsten, was insbesondere mit den reduzierten stationären Kosten zusammenhängt sowie dem Wegfall der Kosten für die Romosozumab-Therapie nach einem Jahr.

**Literatur**

Beschloss, A.M./Taghlabi, K.M./Rodriguez, D.A./Lee, N./Gupta, S./Bondar, K./Lombardi, J.M./Varthi, A./ Faraji, A./Saifi, C. (2022) Demographic and economic trends in vertebral fracture surgeries throughout the United States. N Am Spine Soc J. 12:100175. doi: 10.1016/j.xnsj.2022.100175.
Borgström, F./Lorentzon, M./Johansson, H./Harvey, N.C./McCloskey, E./Willems, D./Knutsson, D./Kanis, J.A. (2024). Cost-effectiveness intervention thresholds for romosozumab and teriparatide in the treatment of osteoporosis in the UK. Osteoporos Int. 35(12):2183-2193. doi: 10.1007/s00198-024-07251-w
Cosman, F./Crittenden, D.B./Adachi, J.D./Binkley, N./Czerwinski, E./Ferrari, S./Hofbauer, L.C./Lau, E./Lewiecki, E.M./Miyauchi, A./Zerbini, C.A./Milmont, C.E./Chen, L./Maddox, J./Meisner, P.D./Libanati, C./Grauer, A. (2016). Romosozumab Treatment in Postmenopausal Women with Osteoporosis. N Engl J Med. 375(16):1532-1543. doi: 10.1056/NEJMoa1607948
DVO-Leitlinie (2023). Leitlinie des Dachverbands der Deutschsprachigen Wissenschaftlichen Osteologischen Gesellschaften e.V. Prophylaxe, Diagnostik und Therapie der Osteoporose bei postmenopausalen Frauen und bei Männern ab dem 50. Lebensjahr. Langfassung V 2.1; AWMF-Register-Nr.: 183/001
Hadji, P./Schweikert, B./ Kloppmann, E./Gille, P./ Joeres, L./ Toth, E./ Möckel, L./ Glüer, C.C. (2021). Osteoporotic fractures and subsequent fractures: imminent fracture risk from an analysis of German real-world claims data. Arch Gynecol Obstet. 304(3):703-712. doi: 10.1007/s00404-021-06123-6
FI, Fachinformation. (2024) EVENITY® 105 mg Injektionslösung im Fertigpen/in einer Fertigspritze; Stand: August 2024
G-BA, Gemeinsamer Bundesausschuss. (2020). Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Arzneimittel-Richtlinie (AM-RL): Anlage XII – Nutzenbewertung von Arzneimitteln mit neuen Wirkstoffen nach § 35a SGB V Romosozumab (Osteoporose, postmenopausale Frauen)
G-BA, Gemeinsamer Bundesausschuss. (2024). Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Arzneimittel-Richtlinie: Anlage XII – Nutzenbewertung von Arzneimitteln mit neuen Wirkstoffen nach § 35a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) Abaloparatid (Osteoporose, postmenopausale Frauen)
Gielen, E./Aldvén, M./Kanis, J.A./Borgström, F./Senior, E./Willems, D. (2024). Cost-effectiveness of romosozumab for the treatment of postmenopausal women with osteoporosis at high risk of fracture in Belgium. Osteoporos Int. 35(7):1173-1183. doi: 10.1007/s00198-024-07043-2
Jensen, T.M./Pedersen, J.K./Waldorff, F.B./Søndergaard, J./Overgaard, S./Christensen, K. (2024). Trends in Incidence of Hip Fracture and Hip Replacement in Denmark, 1996 to 2018. JAMA Netw Open. 7(5):e249186. doi: 10.1001/jamanetworkopen.2024.9186.
Melnik, S./Pannen, H.D./Hermsen, C./Bley, R./Puschmann, J./Möckel, L. (2025). Gaps in OP Guidelines-adherent treatment: A claims data analysis on women aged 55+ in Germany. In: WCO-IOF-ESCEO 2025; Abstract P338
Möckel, L./Jöres, L./Grellmann, C./Heidbrede, T./Zimmermann, L./Pannen, D. (2021). Osteoporotic fracture diagnosis setting and consequences after sustaining a fracture: a real-world evidence study using German claims data. Deutscher Kongress für Orthopädie und Unfallchirurgie (DKOU 2021). Berlin, 26.-29.10.2021. Düsseldorf: German Medical Science GMS Publishing House; 2021. DocAB54-1309. doi: 10.3205/21dkou310
Möckel, L. (2022). Inzidenz S22.*und S32.*kodierter osteoporotischer Frakturen in den Bundesländern: Eine Analyse von Krankenhausfrakturfallzahlen aus der GBE-Datenbank. In: Osteologie. 31(01): 47-53. DOI: 10.1055/a-1657-8531
Möckel, L./Gerhard, A./Hofmann, T. (2022). Acute medical condition of patients with femoral neck fracture. In: Journal of Paramedic Practice. 14(2). https://doi.org/10.12968/jpar.2022.14.2.64
Pannen, H.D./Grotenrath, L./Hadwiger, M./Möckel, L. (2025). Romosozumab im Versorgungsalltag: Eine retrospektive Analyse von Daten Deutscher Krankenkassen. In: Osteologie. DOI: 10.1055/a-2552-3355
Pannen, H.D./Jöres, L./Gille, P./Grellmann, C./Heidbrede, T./Zimmermann, L./Möckel, L. (2021). Costs of Fractures: A Real-World Evidence Study using German Claims Data. Deutscher Kongress für Orthopädie und Unfallchirurgie (DKOU 2021). Berlin, 26.-29.10.2021. Düsseldorf: German Medical Science GMS Publishing House; 2021. DocAB31-1273. doi: 10.3205/21dkou129i:
R Core Team. R: A language and enviroment for statistical computing. R Foundation for Statistical Computing, Vienna, Austria, [Online]. Available at: www.r-project.org
Saag, K.G./Petersen, J./Brandi, M.L./Karaplis, A.C./Lorentzon, M./Thomas, T./Maddox, J./Fan, M./Meisner, P.D./Grauer, A. (2017). Romosozumab or Alendronate for Fracture Prevention in Women with Osteoporosis. N Engl J Med. 377(15):1417-1427. doi: 10.1056/NEJMoa1708322
van Geel, T.A./van Helden, S./Geusens, P.P./Winkens, B./Dinant, G.J. (2009). Clinical subsequent fractures cluster in time after first fractures. Ann Rheum Dis. 68(1):99-102. doi: 10.1136/ard.2008.092775
Wickham, H./Averick, M./Bryan, J./Chang, W./McGowan, L.D´A./ Francois, R. et al. (2019). Welcome to the Tidyverse. Journal of Open Source Software. 4(43): 1686. DOI: 10.21105/joss.01686

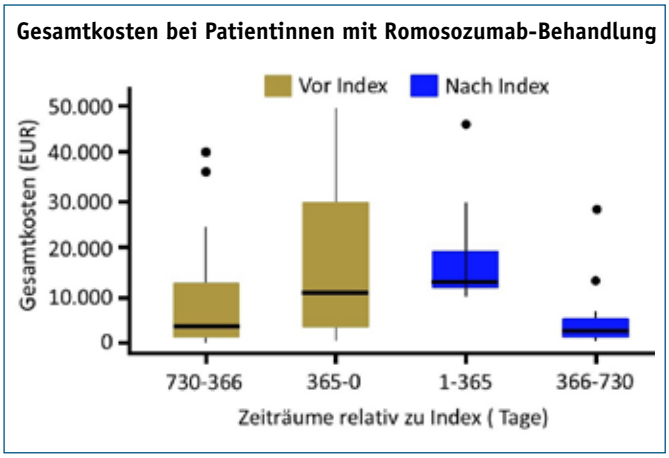



***Abb. 4:*** Gesamtkosten bei Patientinnen mit Romosozumab-Behandlung, welche mind. 730 Tage nach Index (Index = 1. Abgabe von Romosozumab) nachbeobachtet werden können (n = 22). Die Kosten sind jeweils für definierte Zeiträume vor bzw. nach Index angegeben. Quelle: Eigene Darstellung.

Diese Analyse hat mehrere Limitationen. Erstens führte der seltene Einsatz von Romosozumab in der Praxis zu einer insgesamt niedrigen Anzahl beobachtbarer Versicherter im Zeitraum 15.03.2020 bis 31.12.2022. Eine Über- oder Unterschätzung der Versorgungskosten kann dadurch nicht ausgeschlossen werden. Dafür spricht zudem, dass die geschätzten Jahrestherapiekosten einer Romosozumab-Behandlung im Jahr 2024 ca. ein Drittel geringer ausfielen als noch bei Markteinführung des Wirkstoffs (G-BA, 2020; 2024).

Zweitens wurde die Analyse mit den ersten nach Zulassung (15. März 2020) von Romosozumab behandelten Patientinnen durchgeführt, was dazu führen kann, dass es sich aufgrund eines Channeling Bias um ein weit schwerer betroffenes Patienteninnenkollektiv handelte, als es bei einer Analyse mit Daten aus dem Jahr 2025 der Fall wäre. Einen Hinweis darauf geben auch die 2,8 Frakturen pro Patientin in den 1,5 Jahren vor Start der Romosozumab-Behandlung. Drittens konnten nur zwei Jahre nach der ersten Abgabe von Romosozumab betrachtet werden, sodass keine Rückschlüsse zu der längerfristigen Entwicklung der Versorgung von Versicherten mit Osteoporose und Romosozumab gezogen werden können. Basierend auf den klinischen Studien sind allerdings auch über die zwei Jahre hinaus positive Effekte, wie eine Reduktion der Frakturrate, zu erwarten (Cosman et al., 2016; Saag et al., 2017). Viertens wurden keine Daten zu einer Vergleichsgruppe erhoben, bspw. unbehandelte Patientinnen oder Patientinnen mit anderen Osteoporose-Medikationen, sodass die Kosten im entsprechenden Kontext betrachtet werden könnten. Es wurde unter anderem auf eine Vergleichsgruppe verzichtet, da

(i) die Anzahl der Romosozumab-Patientinnen für einen validen Vergleich zu gering war und
(ii) die ersten Romosozumab-Patientinnen schwerer betroffen waren als Patientinnen unter anderen Osteoporose-Therapien (Pannen et al. 2025).

## Schlussfolgerung

Die mit Romosozumab behandelten und analysierten Patientinnen waren stark von Osteoporose betroffen und weisen vor der ersten Anwendung von Romosozumab multiple Frakturen auf. Die Gesamtkosten wurden insbesondere durch die hohen stationären Kosten getrieben. Die Gesamtkosten sind im Jahr vor und nach Index insbesondere in der Kohorte mit zwei Jahren Nachbeobachtungszeit vergleichbar. Im zweiten Jahr nach Index erreichten die Gesamtkosten ihren niedrigsten Stand im gesamten Beobachtungszeitraum. Zeitlich fiel dies mit dem Abschluss der im ersten Jahr durchgeführten Romosozumab-Therapie sowie einem Rückgang der stationären Kosten zusammen. <<

## Autorenerklärung

Ralf Schmidmaier hat Beratungshonorare von Alexion, Amgen, Sandoz und UCB sowie Vortragshonorare von Alexion, Amgen, Blueprint, Takeda/Shire, Theramex und UCB erhalten. Er ist Vorsitzender des Dachverbands Osteologie (DVO). Moritz Hadwiger befand sich während der Projektlaufzeit in einem Anstellungsverhältnis mit der GWQ ServicePlus AG, Deutschland. Hans Derk Pannen und Luis Möckel sind Mitarbeiter von UCB, Monheim am Rhein, Deutschland.

## Sponsoring

Diese Analyse wurde in Kooperation von GWQ ServicePlus AG, UCB und Amgen Inc. durchgeführt und von UCB finanziell unterstützt.

## Zitationshinweis

Schmidmaier et al.: „Inanspruchnahme von Gesundheitsressourcen bei Patientinnen mit Romosozumab: eine retrospektive Analyse deutscher Krankenkassendaten“ (MVF 03/26), S. 75–81. http://doi.org/10.24945/MVF.03.26.1866-0533.2838

## Health care resources utilizations in patients treated with romosozumab: a retrospective analysis of German health insurance data

**Introduction:** The aim of this analysis was to describe the all-cause healthcare costs of osteoporosis patients treated with romosozumab from the payers' perspective.

**Methods:** This was a retrospective analysis of data from 19 statutory health insurances with potentially up to 6.3 million insured persons. The costs (inpatient, outpatient, drugs) were analyzed for romosozumab patients (index = date of first romosozumab dispensing) who were observable 2 years before and at least one or two years after index.

**Results:** For romosozumab patients who could be observed for at least 1 year after the index (n=71), the mean total costs per patient in the year before the index amounted to EUR 11,109 [SD 13,314; median 8,033], with the highest costs occurring in the inpatient sector. In the first year after index, the total costs were EUR 18,630 [SD 24,470; median 12,215], with the largest share for drugs. For patients with a follow-up period of 2 years (n=22), the average total costs per patient decreased strongly in the second year after the index (5,604 [SD 7,778; Median 2,740] EUR) compared to the mean total costs in the last year before the index (16,390 [SD 15,956; Median 11,250] EUR). Especially inpatient costs decreased in both years after the index compared to pre-index.

**Discussion:** The total costs for patients were comparable to slightly higher in the year after the start of the romosozumab treatment compared to the years before index. Whereas, In the 2nd year after the 1st romosozumab dispensing, the total costs for patients decreased to a lower level than before the start of the treatment with romosozumab.

### Keywords

High risk osteoporosis, Osteoanabolics, Fracture patients

**Prof. Dr. med. Ralf Schmidmaier** ORCID: 0000-0003-3541-3588



ist Osteologe DVO, Facharzt für Innere Medizin, Endokrinologie/Diabetologie, Hämatologe/Onkologe und Geriater. Er ist stellvertretender Klinikdirektor der Medizinischen Klinik und Poliklinik IV am LMU Klinikum in München. Derzeit ist er 1. Vorsitzender des Dachverbandes Osteologie (DVO e. V.). Er ist Mitglied der Leitlinienkommission der Leitlinie Osteoporose des DVO.
Kontakt: Ralf.Schmidmaier@med.lmu.de

**Dr. rer. nat. Hans Derk Pannen** ORCID: 0000-0002-0852-7427



ist als ausgebildeter Biologe seit 2017 bei UCB in der medizinischen Abteilung tätig. Zunächst war er für den Bereich Osteoporose verantwortlich, bevor er vor zwei Jahren die Rolle des Evidence Generation Lead übernahm. In dieser Position koordiniert er Real-World-Evidence-Projekte und trägt zur wissenschaftlichen Fundierung strategischer Entscheidungen in der medizinischen Forschung und Versorgung bei.
Kontakt: HansDerk.Pannen@ucb.com

**Dr. rer. hum. biol. Moritz Hadwiger** ORCID: 0000-0001-7891-0096



hat Health Economics and Health Care Management studiert und danach für einige Jahre in der Epidemiologie eines Uniklinikums gearbeitet. Seit 2023 arbeitet er als Manager Data Science bei der GWQ ServicePlus AG im Health Data Lab.
Kontakt: Moritz.Hadwiger@gwq-serviceplus.de

**Dr. rer. nat. Luis Möckel** ORCID: 0000-0002-1338-8433



hat Biologie studiert und war zunächst für 4 Jahre bei UCB in der pharmazeutischen Industrie tätig, bevor er als Professor an der HSD Hochschule Döpfer (Schwerpunkt Gesundheitsversorgung) sowie im Anschluss an der IU Internationale Hochschule (Schwerpunkt Public Health) lehrte und forschte. Seit 2023 arbeitet er wieder bei UCB als RWE Team Lead. Seine aktuellen Forschungsschwerpunkte sind die Epidemiologie chronischer Krankheiten wie Osteoporose und Acne inversa sowie die Pharmaepidemiologie.
Kontakt: Luis.Moeckel@ucb.com

AKTIONSBÜNDNIS
PATIENTENSICHERHEIT

# Die DRF Luftrettung schafft Wissenstransfer: Die Event Risk Classification als neues Werkzeug im klinischen Risikomanagement

**Resiliente Organisationen zeichnen sich nach dem Verständnis moderner Sicherheitswissenschaften dadurch aus, dass sie nicht allein auf die Vermeidung von Fehlern fokussieren, sondern ihre Fähigkeit stärken, Risiken frühzeitig wahrzunehmen, auf Störungen angemessen zu reagieren, Entwicklungen zu antizipieren und aus Ereignissen systematisch zu lernen. Gerade im Gesundheitswesen ist diese Perspektive von hoher Relevanz, weil Patientensicherheit nicht ausschließlich durch fachliche Exzellenz in der Behandlung entsteht, sondern wesentlich auch durch die Qualität der Systeme, in denen Versorgung stattfindet. Ein Ansatz, den die DRF Luftrettung – als eine der führenden gemeinnützigen Luftrettungsorganisationen Deutschlands mit 33 Stationen bundesweit – seit Jahren konsequent verfolgt und weiterentwickelt. Vor diesem Hintergrund kann die Verbesserung der Beobachtungskompetenz einer Organisation als strategischer Hebel für ein wirksames klinisches Risikomanagement verstanden werden.**

In der Praxis stoßen viele Einrichtungen an ihre Grenzen, wenn einzelne unerwünschte Ereignisse oder Beinahe-Ereignisse mit klassischen Risikomatrizen bewertet werden sollen. Konventionelle Verfahren arbeiten typischerweise mit zwei Dimensionen: dem potenziellen Schadensausmaß und der Eintrittswahrscheinlichkeit. Aus beiden Größen wird ein Risikowert abgeleitet. Dieses Vorgehen wirkt auf den ersten Blick plausibel, erweist sich im Alltag aber häufig als unpräzise, aufwändig und nur eingeschränkt belastbar. Insbesondere die Bestimmung der Eintrittswahrscheinlichkeit führt regelmäßig zu Interpretationsspielräumen: Bezieht sie sich auf die Häufigkeit des zugrunde liegenden Fehlers, auf die Wahrscheinlichkeit des schwersten denkbaren Schadens oder auf das konkrete Ereignis in seiner spezifischen Situation? Noch schwieriger wird die Bewertung bei erstmalig auftretenden Problemen, etwa im Zusammenhang mit neuen Medizinprodukten, Prozessen oder organisatorischen Veränderungen. Die Folge sind uneinheitliche Bewertungen, Diskussionen im Analyseprozess und Kennzahlen, die sich nur begrenzt für Trendanalysen und Priorisierung eignen.

**Suche nach einer praxistauglichen Methode: Einführung der Event Risk Classification**

Vor diesem Hintergrund hat die DRF Luftrettung nach einer Methodik gesucht, einzelne Ereignisse konsistenter und praxisnäher zu bewerten. Als geeigneter Ansatz erwies sich die Event Risk Classification (ERC), ein Instrument aus der Luftfahrt. Die ERC wurde dort gezielt für die Bewertung einzelner Ereignisse entwickelt und verzichtet bewusst auf die unmittelbare Einschätzung der Eintrittswahrscheinlichkeit. Stattdessen konzentriert sich das Verfahren auf zwei Kernfragen: Erstens, was wäre der wahrscheinlich schlimmste Ausgang gewesen, wenn das Ereignis in einem Unfall geendet hätte? Zweitens, wie wirksam waren die Sicherheitsbarrieren, die zwischen dem Ereignis und diesem wahrscheinlich schlimmsten Ausgang standen? Aus der Kombination beider Einschätzungen ergibt sich ein Risikoindex, der sowohl statistische Auswertungen ermöglicht als auch Rückschlüsse auf die Herleitung zulässt. Damit verschiebt sich der Bewertungsfokus weg von spekulativen Wahrscheinlichkeiten hin zur Analyse konkreter Systemleistung im Ereignismoment.

Gerade diese Perspektivverschiebung ist für das klinische Risikomanagement von erheblicher Bedeutung. Während klassische Verfahren häufig zur Überschätzung von Kritikalität neigen, macht die ERC sichtbar, wie gut ein System im konkreten Fall tatsächlich funktioniert hat. Sie bewertet nicht nur die potenzielle Schwere eines möglichen Schadens, sondern ausdrücklich auch die vorhandenen und wirksamen Schutzmechanismen. Damit wird Sicherheitskultur messbar: Nicht nur das Risiko selbst, sondern auch die Qualität der organisatorischen und professionellen Abwehrleistung fließt in die Bewertung ein. Für Mitarbeitende wird dies oft als gerechter erlebt, weil ihre aktive Fehlerentdeckung und ihr sicherheitsorientiertes Verhalten nicht unsichtbar bleiben, sondern unmittelbar im Risikoindex abgebildet werden.

| Wirksamkeit der Abwehrmechanismen | | | |
|---|---|---|---|
| effektiv | eingeschränkt | minimal | unwirksam |
| 50 | 102 | 502 | 2500 |
| 10 | 21 | 101 | 500 |
| 2 | 4 | 20 | 100 |
| 1 | | | |

| Potenzielle Auswirkung | |
|---|---|
| gefährlich | Verlust des Luftfahrzeugs oder tödliche Verletzung |
| groß | Schwere Beschädigung des Luftfahrzeugs oder schwere Verletzung |
| gering | Leichte Beschädigung des Luftfahrzeugs oder leichte Verletzung |
| vernachlässigbar | Keine Beschädigung oder Verletzung |

| Risiko Level | Verlust des Luftfahrzeugs oder tödliche Verletzung |
|---|---|
| a | Information an Betriebs- und Bereichsführung, Untersuchung, Sofortmaßnahmen |
| b | Information an Bereichsführung, Untersuchung |
| c | einfache Ursachenanalyse |
| d | Statistische Erfassung |

| | |
|---|---|
| 21 | Risikoindex |

Abbildung: Matrix der Event Risk Classification (modifiziert durch DRF Luftrettung)

**Anwendung an einem praktischen Beispiel**

Wie dies in der Praxis aussieht, zeigt ein Beispiel aus dem Medikationsprozess. Bei einem Patienten mit akutem Koronarsyndrom sollte Morphin aufgezogen und mit Natriumchlorid verdünnt werden. Während des Aufziehens bemerkte der Notfallsanitäter, dass er statt einer Natriumchlorid-Ampulle versehentlich eine Ampulle Glucose G40 in der Hand hielt. Die Spritze wurde verworfen, eine Verabreichung fand nicht statt, anschließend wurde ein Bericht im CIRS erstellt. In einer klassischen Risikomatrix wäre bereits die Bestimmung des Schadensausmaßes kontrovers: Ist der Fall „grün", weil nichts passiert ist? „Gelb", weil Glucose in diesem Szenario voraussichtlich keine dramatischen Folgen gehabt hätte? Oder „rot", weil es sich grundsätzlich um eine falsche Medikamentengabe handelt, die in anderen Konstellationen potenziell tödlich enden kann? Noch schwieriger wäre die Eintrittswahrscheinlichkeit zu definieren.

Genau an dieser Stelle bietet die ERC einen robusteren Zugang. Für den wahrscheinlich schlimmsten Ausgang wurde im konkreten Fall eine schmerzhafte Venenreizung angenommen; die Wirkung des Morphins wäre voraussichtlich erhalten geblieben. Die potenzielle Auswirkung wurde daher als leichte Verletzung und somit als „gering" bewertet. Im nächsten Schritt wird nun die Effektivität der Schutzbarrieren im spezifischen Ereignis bewertet: Die DRF Luftrettung beschreibt die Medikamentengabe in einer eigenen Standard Operating Procedure (SOP). Innerhalb dieser SOP wurden mehrere Barrieren formuliert, die unter anderen auch die „Stop-Injekt-Check"-Regel beinhalten. Die Sicherheitsbarrieren wurden in diesem Fall als „effektiv" eingeschätzt, weil die Verwechslung frühzeitig erkannt wurde und durch die Organisation festgelegte Kontrollmechanismen zur Verfügung standen. Hätte zum Zeitpunkt des Ereignisses die SOP noch nicht Bestand gehabt, so wäre die Bewertung eher im Bereich minimal vorgenommen worden, da kaum systemische Barrieren vorhanden gewesen wären und nur das individuelle Handeln des Mitarbeiters den Zwischenfall verhindert hätte.

Als Ergebnis der ERC-Bewertung steht für diesen Fall nun „D2" fest. Buchstabe und Farbe geben eine Richtlinie für die weitere Bearbeitung des Falls. Ein grünes D kann in der Regel nach statistischer Erfassung abgeschlossen werden. Das Ereignis wird dann mit der Risikoliste abgeglichen und einem passenden Risiko zugeordnet. Hier spielt die Zahl des ERC-Index eine wichtige Funktion, die es ermöglicht, Ereignisse unter einem generellen Risiko zu aggregieren und hinsichtlich Summe und Trend zu betrachten. Im Rahmen der generellen Risiken wird dann auch wieder die konventionelle Risikobewertung einschließlich der Eintrittswahrscheinlichkeit bestimmt.

Im beschriebenen Beispiel wurde der Report statistisch erfasst und dem Risiko „Fehlerhafte Medikamentengabe" zugeordnet. Zur Sensibilisierung der Besatzungen wurde er anonymisiert und mit dem Hinweis auf die positive Leistung im internen Safety-Portal veröffentlicht.

Die ERC-Bewertung erscheint damit nicht nur methodisch konsistent, sondern auch anschlussfähig an das Fehlerbewusstsein des betroffenen Mitarbeiters und an die tatsächliche Sicherheitsleistung des Systems.

**Beitrag der ERC zu Transparenz, Lernkultur und Steuerung**

Für die Patientensicherheit entfaltet die ERC ihren Nutzen nicht direkt im Sinne einer therapeutischen Intervention, sondern indirekt über ein präziseres Lagebild. Sie unterstützt das Management dabei, Risiken differenzierter zu erkennen, Sicherheitsbarrieren systematisch zu reflektieren und knappe Ressourcen wirksamer zu steuern. Besonders relevant ist, dass der Risikoindex das Risiko zum Zeitpunkt des Ereignisses abbildet. Später eingeführte Maßnahmen verändern die Bewertung des zurückliegenden Falls nicht, können aber zukünftige Ereignisse deutlich entschärfen. Auf diese Weise wird sichtbar, ob Investitionen in Verfahren, Technik, Schulung oder Kultur tatsächlich wirksam werden. Gleichzeitig lässt sich erklären, warum in einem gut funktionierenden Risikomanagement die Zahl der gemeldeten Ereignisse steigen kann, ohne dass dies zwingend auf eine schlechtere Sicherheitslage hindeutet: Mehr Sensibilität und bessere Meldekultur erhöhen zunächst die Anzahl von Berichten zu unerwünschten Ereignissen. Entscheidend ist nicht die reine Fallzahl, sondern die Entwicklung der Kritikalität und der Qualität der Barrieren.

**Erfahrungen der DRF Luftrettung**

Bei der DRF Luftrettung wird die ERC seit sechs Jahren mit der Perspektive Patientensicherheit eingesetzt. Bereichsübergreifend wurden seit Einführung mehr als 3000 Ereignisse bewertet. Die Methodik ist vollständig in die bestehenden Systeme integriert und hat sich auch im Sprachgebrauch etabliert. Aus der Anwendung ergeben sich mehrere relevante Effekte: Die Bearbeitungsdauer von Fällen ist signifikant gesunken, weil das regelbasierte Vorgehen die Analyse strukturiert und vereinfacht. Die Akzeptanz bei den Mitarbeitenden ist hoch, nicht zuletzt, weil ihre Schutzleistungen im System sichtbar werden. Zugleich ist die Organisation heute besser in der Lage, bereichsübergreifende Risiken zu vergleichen, bislang verborgene Einflussfaktoren zu identifizieren und Stärken des eigenen Systems bewusster wahrzunehmen. Darüber hinaus eröffnet die gemeinsame Methodik sogar Vergleichsmöglichkeiten mit völlig anderen Domänen, etwa dem Flugbetrieb oder der Luftfahrzeugwartung, sofern ERC-basierte Kennzahlen zugrunde liegen.

**Fazit: Ein Werkzeug für ein gerechteres und wirksameres Risikomanagement**

Die Event Risk Classification ist damit mehr als ein neues Bewertungsinstrument. Sie ist ein praktisches Analysemodell, das klinisches Risikomanagement präziser, gerechter und steuerungsrelevanter macht. Gerade in komplexen Versorgungssystemen, in denen Sicherheit stets das Ergebnis vieler technischer, organisatorischer und menschlicher Faktoren ist, bietet die ERC einen Rahmen, um Ereignisse nicht nur zu registrieren, sondern aus ihnen wirksam zu lernen.

**Quelle: International Civil Aviation Organization (ICAO) (2024): Safety Risk Management Methodologies (SRM): Aviation Risk Management Solutions (ARMS) and Event Risk Classification (ERC), Version 1.0, Januar 2024, online verfügbar unter: ICAO-Website (https://www.icao.int/), Zugriff am 14.04.2026.**

**Korrespondierender Autor: Florian Kramer, Leiter Sicherheitsmanagement DRF Stiftung Luftrettung gGmbH E-Mail: florian.kramer@drf-luftrettung.de**

## Grußwort

Liebe Kolleg:innen, liebe Leser:innen,

Florian Kramer von der DRF Luftrettung wurde für die Implementierung der Event Risk Classification (ERC) mit dem Deutschen Preis für Patientensicherheit 2025 ausgezeichnet. Die ERC ermöglicht eine gezieltere Identifizierung von Risiken, erhöht die Transparenz und fördert Lernprozesse im akutmedizinischen Alltag. Kramer hat eindrucksvoll demonstriert, wie praktische Anwendung und Organisationsentwicklung Hand in Hand gehen können. Durch klare Bewertungsstandards und die Stärkung der Sicherheitskultur hat er die Qualität des Risikomanagements in seinem Unternehmen sichtbar verbessert und vorgemacht, wie Innovation die Patientensicherheit konkret voranbringen kann.

Das Aktionsbündnis Patientensicherheit dankt allen, die diesen Weg mitgestalten und durch Engagement, Offenheit und fachliche Exzellenz dazu beitragen, Vertrauen und Sicherheit im Gesundheitswesen weiter auszubauen.

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

**V.i.S.d.P.: Prof. Dr. med. Stefan Schröder, MHBA**

# WIR SIND DIE ARZTPRAXIS-AM-LAUFEN-HALTEN-VERSICHERUNG.

Niedergelassene Ärztinnen und Ärzte erhalten von den Privatversicherten höhere Honorare. So stärken wir die medizinische Versorgung für alle – besonders auf dem Lande.



Mehr Informationen unter:
**www.pkv.de/besser-für-alle**

PKV
Verband der Privaten Krankenversicherung