www.monitor-versorgungsforschung.de www.m-vf.de 04/26 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 den Kongresspräsidentinnen des DKVF 2026, Prof. Dr. Lena Ansmann (li.) und Prof. Dr. Nicole Ernstmann (re.): „Versorgungsforschung gelingt wirklich nur gemeinsam"

„Verbindlichkeit ist die Voraussetzung für effektive Steuerung" (Schreyögg)

„Zeit für Eigenverantwortung" (May)

„Krieg als Bedrohung für die Primärversorgung" (Poß-Doering)

ISSN 1866-0533

monitor VERSORGUNGS FORSCHUNG

04/26 19. Jahrgang

Editorial

„Masterfaktor Verbindlichkeit" 4
Herausgeber Prof. Dr. Reinhold Roski

Redaktion

„Versorgungsforschung gelingt nur gemeinsam"" 6
Titelinterview: Prof. Dr. Lena Ansmann und Prof. Dr. Nicole Ernstmann, DKVF 2026

„Verbindlichkeit ist die Voraussetzung" 12
Titelinterview: Prof. Dr. Jonas Schreyögg, HCHE

„Der verpflichtete Patient" 18
Deutschland streitet über die Primärversorgung

Kann Delegation die Hausarztversorgung sichern? 28
Potenzialanalyse von OptiMedis zum Einsatz von Praxisassistenzberufen

„Zeit für Eigenverantwortung" 30
Kommentar von Prof. Dr. rer. pol. Uwe May

Ein Zukunftslabor der wohnortnahen Versorgung 32
Serie „Deutschland baut um" – Teil 2: Der Gesundheitscampus Seelow

Cushing-Syndrom: Deutschland ist Schlusslicht 37
Recordati: Roundtable zur Unterversorgung von Patient:innen mit endogenem Cushing-Syndrom

Warum jede Impfung eine gute Investition ist 38
MVF-Fachkongress „Impfstatus 2026 – Status und Ökonomie des Impfens"

Transferstärkung von Versorgungsinnovationen 44
MSD-Symposium auf dem Hauptstadtkongress 2026

Prävention ist nicht geschlechtsneutral 48
6. Bundeskongress Gender-Gesundheit 2026

Impulsgeber für einen Paradigmenwechsel 52
15 Jahre inav – Forschung und Beratung im Gesundheitswesen

Wichtig ist fast nur die subjektive Wahrnehmung 53
IW-Gutachten zu Geografien der Unzufriedenheit

Internationale Erfahrungen und Handlungsoptionen 54
Neue Rubrik Wissenstransfer: Ersteinschätzung in der Versorgung

WISSENSCHAFT (Peer-Review)

Prof. Dr. med. Dr. h.c. Peter Paul Nawroth 82
„Grilling the data": Plädoyer für einen intensiveren Blick auf die Ergebnisse klinischer Studien
Der Autor ruft zum eigenständiges Lesen und Interpretieren von Originalliteratur auf. Es reiche nicht, sich auf Kongressen fortzubilden, Leitlinien zu kennen oder der Werbung des Pharmavertreters zuzuhören. Um dem ‚kritisch Erkunden, denkend verantworten' = ‚cavere' als Vorgehensweise gerecht zu werden, muss man willens und in der Lage sein, die Originalarbeiten zu verstehen und die Interpretation der Wissenschaftler zu hinterfragen.

Dipl.-Biol. Sabine Breiholz MSc / Nadine Simons / Dr. rer. nat. Friederike Geiß 87
Erweiterte Medikationsberatung bei Polymedikation im telepharmazeutischen Setting
Telepharmazeutische Medikationsanalysen sind in der Regelversorgung sehr gut machbar und effektiv. Sie bieten einen niederschwelligen, qualitativ hochwertigen Zugang zur AMTS-Optimierung, insbesondere für immobile Patientinnen und Patienten mit hoher Arzneimittellast.

Prof. Dr. rer. med. habil. Karel Kostev MA / Dipl.-Biol. Sabine Kluge Msc / Prof. Dr. phil. Marcel Konrad 94
Reduktion von Analgetika-Verschreibungen durch intraartikuläre Hyaluronsäure bei Kniegelenksarthrose
Der Beitrag analysiert psychodynamische, kommunikationstheoretische und neurowissenschaftliche Mechanismen des Gaslighting und identifiziert organisationale „rote Flaggen".

STANDARDS

Impressum 2 News 17, 29, 36, 65, 76

WISSEN (Peer-Review)

Krieg als Bedrohung für die Primärversorgung 60
Beitrag von Poß-Doering et al.

Der ökonomische Impact innovativer Arzneimittel 66
Beitrag von Dr. rer. pol. Marco Penske

Bitte beachten Sie die Sonderveröffentlichung von DNVF auf den Seiten 77–81

Bitte beachten Sie die Sonderveröffentlichung des Aktionsbündnis Patientensicherheit auf den Seiten 102–103

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

Monitor Versorgungsforschung
Fachzeitschrift zu Realität, Qualität und Innovation der Gesundheitsversorgung
19. Jahrgang
ISSN: 1866-0533 (Printversion)
ISSN: 2509-8381 (eFirst)

Herausgeber
Prof. Dr. Reinhold Roski, Berlin
roski@m-vf.de

Chefredaktion
Peter Stegmaier (verantw. Redakt.)
J.-von-Hanstein-Str. 2, 53115 Bonn
Tel +49 228 76 36 80 – 39
Fax +49 228 76 36 80 – 01
stegmaier@m-vf.de

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

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

Verlagsleitung
Peter Stegmaier
Anzeigenleitung/Vertrieb/Abo
Anke Heiser (verantwortlich für den Anzeigenteil)
heiser@m-vf.de
Marketing:
J.v.Hanstein-Str. 2, 53115 Bonn
Tel +49 228 76 36 80 – 30
Fax +49 228 76 36 80 – 01

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

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

Layout
eRelation AG, Bonn
J.v.Hanstein-Str. 2, 53115 Bonn

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

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

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 Zukunft durch Qualität — Dipl.-Kfm. Björn Broge 
- bbw fib Forschungsinstitut — Prof. Dr.-Ing. Thomas P. Zahn 
- BDI — Maria Kusmina 
- BertelsmannStiftung — Uwe Schwenk 
- Bosch Health Campus — Dr. Katja Vonhoff 
- DBfK — Vera Lux 
- Abbott — Dr. Robert Haustein 
- AOK Baden-Württemberg Die Gesundheitskasse. — Johannes Bauernfeind 
- AOK Nordost Die Gesundheitskasse. — Daniela Teichert 
- AstraZeneca — Dr. Helen Beckmann 
- B.A.G Selbsthilfe — Dr. Martin Danner 
- BKK Dachverband — Anne-Kathrin Klemm 
- Boehringer Ingelheim — Dr. Marco Penske 
- BPtK — Dr. Andrea Benecke 
- DAK Gesundheit — Andreas Storm 
- Deutsche Rheuma-Liga — Dr. Rolf Ulrich Schlenker 
- Deutscher Pflegerat e.V. — Christine Vogler 
- Gesundheitsforen — Roland Nagel 
- DGDA Institut für deskriptive Gesundheitsdatenanalyse — Dr. Katja Gehrke 
- INSIGHT HEALTH — Christian Luley 
- Deutsche Schlaganfall-Hilfe — Dr. Michael Brinkmeier 
- fbeta — Hans-Holger Bleß 
- iGES — Prof. Dr. Bertram Häussler 
- inav Institut für angewandte Versorgungsforschung — 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

- 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
- Prof. Dr. Wolf-Dieter Ludwig
- Franz Knieps, Miller & Meier Consulting
- Harald Möhlmann



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

Die Audio- und Video-dokumentation samt allen Vortragscharts des MVF-Fachkongress „Impfstatus 2026“ finden Sie auf dem MVF-Onlineportal: Link: https://t1p.de/721hc

Masterfaktor Verbindlichkeit

Titelinterview mit Kongresspräsidentinnen des DKVF 2026, Prof. Dr. Lena Ansmann und Prof. Dr. Nicole Ernstmann > S. 6 ff.

Zum 25-jährigen Jubiläum, zu dem das Team von „Monitor Versorgungsforschung“ ganz herzlich gratuliert, kehrt der Deutsche Kongress für Versorgungsforschung (DKVF) an seinen Ursprungsort Köln zurück. Im Titelinterview reflektieren die Kongresspräsidentinnen **Professorin Lena Ansmann** und **Professorin Nicole Ernstmann** das Vierteljahrhundert und blicken nach vorn. Ihr Fazit ist Programm: „Versorgungsforschung gelingt nur gemeinsam.“

Interview mit Prof. Dr. Jonas Schreyögg, Hamburg Center for Health Economics > S. 12 ff.

„Das eigentliche Problem ist, dass die HzV den entscheidenden Hebel, die verbindliche Steuerung, gar nicht in der Hand hat“, sagt **Professor Jonas Schreyögg**. „Erst die Verbindlichkeit macht aus einem gut gemeinten Programm ein System, das die Versorgung verbessert und gleichzeitig die Leistungsausgaben senken kann.“ Zu den methodischen Hintergründen und politischen Konsequenzen lesen Sie unser hochinteressantes Gespräch.

Bitte beachten Sie dazu auch unsere Bestandsaufnahme der politischen Debatte zur Reform der Primärversorgung: **„Der verpflichtete Patient“**. > S. 18 ff.

9. MVF-Fachkongress „Impfstatus 2026“ > S. 38 ff.

Impfprävention 2026 reicht weit über den Schutz vor einer Infektion hinaus. Gerade für Risikogruppen und ältere Menschen ist die Vermeidung schwerer Sekundärkomplikationen ein starkes Argument. „Es geht darum, dass aus einem Infekt kein Infarkt wird“ (**PD Dr. med. Carolin Fleischmann-Struzek**). Nur durch Entbürokratisierung, angemessene Beratungsvergütung und funktionierende Digitalsysteme kann Prävention zukunftsfest werden. Prävention als Investition braucht Vertrauen und ehrliche Kommunikation.

Kommentar

May plädiert für „eine im besten Sinne solidarische Kultur der Eigenverantwortung“, in der die Selbstbehandlung von Bagatellerkrankungen mit Unterstützung der Apotheken als aktiver Beitrag zur Systemstabilität verstanden wird. > S. 30

Neue Rubrik: Wissenstransfer: Evidenz für Politik und Versorgung

Naß u. a. vergleichen Ersteinschätzungssysteme in sieben Ländern, von den Niederlanden über das Vereinigte Königreich bis Australien. Sie leiten Erfolgsfaktoren und Handlungsoptionen für die Ausgestaltung und Weiterentwicklung eines deutschen Systems ab. > S. 54 ff.

Rubrik Wissen

Basierend auf dem Projekt RESILARE unterstreichen **Poß-Doering u. a.** die drängende Notwendigkeit, die Resilienz der Primärversorgung massiv zu stärken, z. B. für einen Krieg. > S. 60 ff.

Penske untersucht die multidimensionalen Effekte pharmazeutischer Innovationen und stellt den direkten Behandlungsausgaben vermiedene Folgekosten sowie makroökonomische Wertschöpfungsgewinne gegenüber. > S. 66 ff.

Wissenschaftliche Beiträge

Nawroth zeigt am Beispiel der Spezifikationskurvenanalyse, wie stark scheinbar eindeutige Aussagen von den Analyseentscheidungen der Auswertenden abhängen. > S. 83 ff.

Breiholz, Simons und **Geiß** untersuchen die Medikationsberatung in einer Onlineapotheke und zeigen, dass telepharmazeutische Medikationsanalysen effektiv machbar sind. > S. 87 ff.

Kostev, Kluge und **Konrad** untersuchen, wie der Einsatz von intraartikulärer Hyaluronsäure bei Kniegelenksarthrose die Verschreibung von Analgetika beeinflusst. > S. 94 ff.

Ich wünsche Ihnen interessante Lektüre mit vielen Informationen, die für Ihre Arbeit nützlich sind, und ich hoffe, Sie können den Sommer genießen.

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



„Versorgungsforschung gel wirklich nur gemeinsam"

Im Interview: Prof. Dr. Lena Ansmann (li.) und Prof. Dr. Nicole Ernstmann, die beiden Kongresspräsidentinnen des DKVF 2026

Im September kehrt der Deutsche Kongress für Versorgungsforschung an seinen Ursprungsort zurück und feiert an der Uniklinik Köln sein 25-jähriges Jubiläum. Die Kongresspräsidentinnen Prof. Dr. Lena Ansmann, Medizinsoziologin am IMVR der Universität zu Köln, und Prof. Dr. Nicole Ernstmann, Diplom-Psychologin und Professorin für Versorgungsforschung in Köln, zeigen im Gespräch mit „Monitor Versorgungsforschung" auf, warum es sich lohnt, dem von ihnen gestalteten Fachkongress teilzunehmen. Das Motto „Menschen. Beziehungen. Organisationen" ist für sie viel mehr als eine Trias der Schlagworte, sondern die Beschreibung eines Wegs in eine mögliche Zukunft der patientenzentrierten Versorgung.

>> Der von Ihnen als Präsidentinnen geleitete Kongress – übrigens der erste mit einer Doppelspitze und obendrein einer weiblichen – steht unter dem Motto „Menschen. Beziehungen. Organisationen." Beim ersten Kongress vor 25 Jahren hieß das Motto wesentlich programmatischer „Versorgungskontext verstehen, Praxistransfer befördern". Bei Ihrem Kongressmotto entdeckt man diese Programmatik nicht so offensichtlich. Was übersehe ich?

Ansmann: Auf den ersten Blick ist es eine Aufreihung von Schlagworten. Für uns steckt jedoch in den drei Begriffen eine doppelte Programmatik. Zum einen bilden die drei Begriffe die beiden Fachperspektiven von Nicole Ernstmann und mir ab: Die Trias „Menschen, Beziehungen, Organisationen" steht einerseits für die psychologische Perspektive von Nicole Ernstmann und andererseits für meine soziologische Perspektive. Gemeinsam forschen wir zur patientenzentrierten Versorgung, zu Beziehungen zwischen Ärzt:innen und Patient:innen und allen anderen Mitarbeitenden im Gesundheitswesen. Organisationen treiben mich als Soziologin seit Langem um – eine der ersten Arbeitsgruppen, die das DNVF gegründet hat, war ja die zur organisationsbezogenen Versorgungsforschung. Und nicht zu vergessen: Wir feiern ein großes Jubiläum des Deutschen Kongresses für Versorgungsforschung, auf dem sich seit mehr als einem Vierteljahrhundert Menschen mit all ihren Beziehungen treffen und das DNVF die Organisationsstruktur als Netzwerk beisteuert.

„Das oft gehörte und gebrauchte Argument, dass unser Gesundheitssystem so einzigartig sei und sich deshalb ein Vergleich schlichtweg nicht lohnt, stimmt einfach nicht."
Prof. Dr. Lena Ansmann

25 Jahre sind auch eine stolze Ansage in die Zukunft.

Ernstmann: Genau das steckt für uns im Titel, er ist deshalb Rückblick und Ausblick zugleich. Was wir in diesen 25 Jahren gelernt haben, ist vor allem eines: Versorgungsforschung gelingt wirklich nur gemeinsam. Wir haben als beschreibende Wissenschaft angefangen mit Bedarfs- und Inanspruchnahmefragen und sind über die Jahre zu einer Wissenschaft mit deutlich interventionellerer Ausrichtung geworden. Sobald man Versorgung nicht nur beschreiben, sondern gestalten will, hat man es mit Organisationen zu tun, mit den Versorgenden, mit der Selbstverwaltung und mit der Politik. Und man muss immer die Patientinnen und Patienten einbeziehen. In den letzten zehn Jahren wurde mehr als deutlich, wie zentral die Betroffenenperspektive ist. Die Begriffe „Menschen" und „Beziehungen" stehen dafür, dass unsere Forschung deutlich partizipativer werden muss.

Das klingt nach einem Anspruch, der leicht formuliert und schwer eingelöst ist.

Ernstmann: So ist es. Lange hatten wir uns das wohl vorgenommen, doch fehlten dafür gute Studiendesigns. Inzwischen entwickeln wir dazu Ideen und Lösungen, sehen aber auch die Herausforderungen. Auf dem Kongress fragen wir deshalb: Wie können wir die partizipativen Ansätze, die wir entwickelt haben, überhaupt evaluieren? Das ist eine Agenda für die Zukunft. Denn die Fragen an die Versorgungsforschung werden nicht weniger, sie werden mehr.

Ein Schwerpunkt, den Sie in Ihrem Programm betonen, ist die Internationalisierung. Deutschland galt in der Versorgungsforschung immer als Sonderfall – eigenes System, eigene Logik. Wohin geht Ihr Blick über die Grenze?

Ansmann: Das oft gehörte und gebrauchte Argument, dass unser Gesundheitssystem so einzigartig sei und sich deshalb ein Vergleich schlichtweg nicht lohne, stimmt einfach nicht. Ich bin überzeugt, dass es viele übergreifende Erkenntnisse gibt. Wir vergleichen doch ohnehin, wenn es um größere Reformansätze geht. Dann blickt man sofort nach Dänemark oder in die Niederlande. Das künftig weitaus systematischer und wissenschaftlicher zu tun, ergibt Sinn. Hinzu kommen geteilte Herausforderungen wie etwa knappe Kassen, demografischer Wandel und Fachkräftemangel. Das Voneinander-Lernen ist beispielsweise auch in Bezug auf die jeweils verwandten Methoden und Ansätze der Evaluation in der Versorgungsforschung in verschiedenen Ländern vielversprechend. Auf dem Kongress wird man darum in einer Session zur Evaluation komplexer Interventionen mit Beiträgen aus England, den Niederlanden und Deutschland sehr schön sehen können, wie unterschiedlich die Ansätze tatsächlich sind. In Großbritannien gibt es beispielsweise sogenannte Rapid Evaluations. Das bedeutet, dass ein Fördergeber einen Evaluator sucht, der innerhalb eines halben Jahres ein Ergebnis produzieren soll, das dann direkt genutzt werden kann. So etwas ist bei uns eigentlich undenkbar, weil wir ganz andere Erwartungen an Zeithorizonte haben.

Sie haben die Abstracteinreichung für internationale Beiträge geöffnet. Im Programmraster findet man zudem international besetzte Plenen – aber unter den eingereichten Abstracts kommen relativ wenige aus dem Ausland. Ist die Internationalisierung mehr Kulisse?

Ansmann: Es ist ein Versuch der Internationalisierung. Hier müssen wir uns jedoch ganz ehrlich fragen, welchen Zweck unser DKVF für internationale Forschende überhaupt haben kann. Einige andere Länder führen seit vielen, vielen Jahren eigene Kongresse durch, wie etwa Health Services Research UK in Großbritannien. Warum sollten britische Forschende dann bei uns einreichen? Wir gehen deshalb andersherum vor: Wir holen internationale Perspektiven herein, um das Programm attraktiver zu machen. In der Session zu den International Societies haben wir Vorstandsvorsitzende internationaler Fachgesellschaften – u. a. aus England, den USA, aus Neuseeland und Australien, die teils online zugeschaltet sind. Sie stellen ihre Gesellschaften vor, und wir diskutieren, etwa zu der Frage, ob wir nicht mehr europäische und internationale Netzwerke benötigen. Mal schauen, wie sich das entwickelt.

Das klingt sehr pragmatisch.

Ernstmann: Ist es auch. Aber wir sind zuversichtlich. Uns hat es auch gefreut, dass die Resonanz auf das Angebot, auf Deutsch oder Englisch einzureichen und zu präsentieren, groß ist. Das ist aber auch kein Wunder, denn unser DKVF ist seit Langem ein Kongress, der viele junge Menschen, die in drittmittelgeförderten Projekten arbeiten und promovieren, anzieht. Die „Jugend" ist viel internationaler als die Generation, die vor rund 30 Jahren damit begonnen hat, unsere immer noch junge Wissenschaftsrichtung zu entwickeln und zu etablieren. Wenn wir in unseren Studiengängen fragen, ob sie einen Gastbeitrag aus beispielsweise Birmingham hören wollen, sind sofort alle dabei. Ich glaube, wir müssen gar nicht schieben, wir müssen nur unsere Türen noch weiter öffnen, und die Internationalität wird immer stärker. Eine zweite Strategie muss es jedoch sein, Themen zu setzen, die international gut bespielt sind. Wir haben etwa eine Kooperation mit dem Deutschen Netzwerk Gesundheitskompetenz aufgebaut, das seine Jahrestagung als Pre-Conference-Workshop in Nachbarschaft zu unserem Kongress abhält. Denn Gesundheitskompetenz ist per se ein sehr internationales Thema. So entstehen thematische Cluster, die dann auch wieder Einreichungen aus dem europäischen Ausland anziehen.

Bleiben wir bei den Zahlen. Die Einreichungen sind um 21 Prozent gegenüber dem Vorjahr gesunken. Das ist kein kleiner Rückgang.

Ansmann: Das stimmt, und der Rückgang ist durchaus interessant. Kausal erklären können wir den Fakt nicht sicher, aber unsere Herleitung ist folgende: Im letzten Jahr, als der DNVF in Hamburg stattfand, lag die Einreichungszahl bei über 800, dieses Jahr bei 643. Es scheint eine Zwei-Jahres-Welle zu geben, da jedes zweite Jahr parallel ein großer anderer gemeinsamer Kongress stattfindet – dieses Jahr in Göttingen, mit der DEGAM, dem EbM-Netzwerk, der DGMS und DGSMP. Viele überlegen dann, ob sie beide Kongresse beschicken, oder teilen ihre Beiträge auf.

Ernstmann: Ich habe gar nicht nach einer Erklärung gesucht, weil ich mit der Zahl ganz glücklich bin. Wir liegen immerhin im oberen Drittel der letzten fünf Jahre. Und wir feiern das Jubiläum an dem Ort, an dem die Kongressreihe entstanden ist und das Netzwerk gegründet wurde. Nach den schwierigeren Standortwechseln der letzten Jahre – von Berlin über Potsdam – ist Köln verkehrsgünstig, und wir haben erneut einen echten Campuskongress: mitten in einer Uniklinik der Maximalversorgung, inmitten eines Comprehensive Cancer Centers.



Prof. Dr. rer. medic. Lena Ansmann

ist Kongresspräsidentin des DKVF 2026. Sie studierte Public Health in Bremen, Bielefeld und Malmö und promovierte 2014 in Köln. Nach Stationen als wissenschaftliche Mitarbeiterin und Juniorprofessorin an der Universität zu Köln war sie 2017–2023 Professorin für Organisationsbezogene Versorgungsforschung in Oldenburg. Seit 2023 hat sie die W3-Professur für Medizinsoziologie am IMVR der Universität zu Köln inne. Sie ist Vorstandsvorsitzende der DGMS und Mitglied im DNVF und der EACH.

Ein weiterer Punkt, über den wir reden müssen, ist die hohe Akzeptanzquote. Sie haben, wenn ich richtig liege, nur acht Abstracts abgelehnt. Ist eine Akzeptanzquote hundert Prozent noch Qualitätssicherung?

Ansmann: Diese Frage stellt sich jedes Kongressteam, und die meisten Fachkongresse gehen ähnlich damit um. Will heißen: Es gibt keine feste Ablehnungsrate. Wir tun, was möglich ist: Wir gehen die Gutachten jeder einzelnen Einreichung durch und platzieren einen schwächer bewerteten Beitrag an anderer, nicht so wichtiger Stelle im Programm. Der Grund ist schlicht und einfach, dass der Nachwuchs, der womöglich ein Abstract ohne fertige Ergebnisse einreicht, bei uns eine Chance bekommen soll. Sonst müssten wir, ganz hart genommen, nur noch Arbeiten annehmen, bei denen alle Daten vorliegen. Dann wären wir weniger aktuell und würden dem Nachwuchs den Zugang erschweren. Das ist für mich so etwas wie gelebte Nachwuchsförderung.

Frau Professorin Ernstmann, teilen Sie diese Einschätzung?

Ernstmann: Ich sehe das etwas anders. Ihre Frage nach der Annahmequote ist letztlich die Frage nach Qualitätskriterien. Und da sehen wir eine enorme Entwicklung. Ich war in den letzten 25 Jahren in vielen Programmkomitees. Die ersten zehn Jahre waren sehr heterogen, auch weil die Kongresse damals vom DNVF gemeinsam mit wechselnden klinischen Fachgesellschaften organisiert wurden. Da reichten viele ein, die keine Ausbildung in Versorgungsforschung hatten. Darüber sind wir hinweg, die Qualität steigt spürbar. Andererseits – und da bin ich ganz bei Ihnen – entstehen viele neue Hochschulstandorte, bei denen wir die Qualität ganz dringend sichern müssen. Versorgungsforschung wird von neuen Standorten gern als Forschungsschwerpunkt gewählt, vielleicht weil sie sehen, dass viele in der Versorgung liegende Probleme gelöst werden müssen, aber möglicherweise auch, weil unser Fach ohne teure Labore und Einrichtungen auskommt. Umso wichtiger ist es beispielsweise der Gruppe der Hochschullehrenden im DNVF, weiter an Qualitätskriterien zu arbeiten. Man muss aber auch beachten, dass alle Menschen, die die Hunderte an Abstracts begutachten, das ehrenamtlich und sehr aufwendig tun. Dass die Übereinstimmung mehrerer Gutachtender zum selben Beitrag durchweg hoch ist, mag ein Zeichen dafür sein, dass das System funktioniert. Das spricht auch für die über die vielen Jahre gewachsene Qualität.

Sie sprechen Strukturen an. Wer baut dieses Fach institutionell?

Ernstmann: Ein wichtiger Ort des Austauschs ist die Gruppe der Hochschullehrenden, die es seit zehn Jahren gibt. Dort tauschen sich Mitarbeitende von Universitäten, Hochschulen für angewandte Wissenschaften und medizinischen Hochschulen darüber aus, welche Professuren und Studiengänge wir dringend brauchen. Mittlerweile gibt es immerhin zehn Masterstudiengänge im Bereich Versorgungsforschung, wobei die ältesten – Heidelberg und Köln – auch schon wieder zehn Jahre alt sind. Darauf können wir mit Stolz zurückblicken: Welchen wissenschaftlichen Nachwuchs haben wir hervorgebracht, und wo geht er hin – in die Wissenschaft, in Ministerien, Behörden, Fördereinrichtungen? Die offene und ganz dringend zu diskutierende Frage ist allerdings, ob unser Kerncurriculum noch zu den Problemen und Methoden der nächsten Jahre passt.

Braucht es dafür spezialisierte Zentren – oder wächst hier alles historisch und ungesteuert?

Ernstmann: Genau das treibt mich um. Wir haben einmal gemappt, wie sich die Standorte derzeit clustern. Herauskommt, was nicht verwunderlich ist, dass die Standorte historisch gewachsen sind und aus den fachlichen Expertisen der „Gründungszeit" stammen. Die Frage ist, ob wir mehr Bündelung brauchen. Brauchen wir zehn Standorte beispielsweise mit onkologischer Expertise oder reichen drei oder vier? Mein Wunsch ist, dass wir die Standorte in den nächsten 25 Jahren so weiterentwickeln, dass die Versorgungsforschung für die wichtigsten und drängendsten Fragen unserer Zeit die richtigen Lösungen liefert und wir den Nachwuchs darin so gut wie möglich ausbilden.



Prof. Dr. Nicole Ernstmann

ist Kongresspräsidentin des DKVF 2026. Sie ist examinierte Krankenschwester und Diplom-Psychologin, promovierte 2007 in Köln und habilitierte sich 2012. Nach Jahren am ZVFK und IMVR wurde sie 2011 W1-Professorin in Köln, 2015 W2-Professorin für Psychosomatik und Kommunikation in Bonn, wo sie das CHSR leitete. 2021 wurde sie auf eine W3-Professur für Versorgungsforschung an die Universität zu Köln berufen. Seit 2022 leitet Nicole Ernstmann den Lehrstuhl für Versorgungsforschung am IMVR der Universität zu Köln.

Zur politischen Lage gehört nicht nur der Kostendruck, sondern auch eine wachsende Wissenschaftsskepsis. Trifft das auch die Versorgungsforschung?

Ansmann: Das treibt uns um, wie alle Wissenschaftsbereiche. Wie groß ist die Skepsis, wie groß ist das Vertrauen in die Wissenschaft noch? Auch hier muss die Versorgungsforschung investieren, etwa in Wissenschaftskommunikation – dazu gibt es übrigens eine AG im DNVF. Aber es besteht große Unsicherheit im Umgang damit und bei der Frage, ob das überhaupt Aufgabe der Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler ist. Man muss sich darauf einstellen, dass die Zeiten nicht einfacher werden und wir dafür neue kommunikative Kompetenzen brauchen. Dafür sind die Studiengänge wichtig – aber auch ein Kongress, auf dem man Vertrauen bildet.

Zur Tagespolitik. Genau am Tag unseres Gesprächs stand endgültig fest, dass der Innovationsfonds künftig nur noch mit 100 Millionen Euro ausgestattet ist – etwa die Hälfte der Summe der Vorjahre. Viele Institutionen haben mit dieser Förderung ihre Strukturen aufgebaut. Wie überlebt das Fach die Halbierung?

Ansmann: Das beschäftigt uns alle. Zwei Dinge dazu. Erstens: Es ist immer noch viel Geld, und die Förderung wurde eben nicht komplett gestrichen. Damit erkennt die Politik durchaus die Erfolge der Versorgungsforschung an – ansonsten hätte man den Fördertopf gleich ganz eingestellt. Zweitens: Die Versorgungsforschung ist mit dieser Förderschiene enorm gewachsen, es sind viele Standorte und neue Partner hinzugekommen. Dass jetzt mehr Institute um weniger Mittel konkurrieren, führt ganz natürlich zu Spannungen, aber das ist ein normaler Prozess. Ich habe den Eindruck, dass viele inzwischen auch den Wert der DFG-Förderung erkannt haben, wo man themenunabhängiger, dafür weniger anwendungsnah forschen kann. Und die Zahl der Anträge an den Innovationsfonds sinkt auch nicht. Das kann dazu führen, dass eine härtere Selektion vielleicht sogar zu besseren Projekten führt.

Das ist eine sehr konstruktive Lesart einer Förderkürzung. Man könnte auch sagen: Jetzt hat die Versorgungsforschung endlich wieder Zeit für Grundlagenforschung.

Ernstmann: Wir vereinen so viele klinische, wissenschaftliche und methodische Fachgesellschaften – wir könnten der Ort sein, an dem priorisiert wird, an dem wir Versorgungsforschungsziele bündeln, gerade weil die Ressourcen knapper werden. Ein Beispiel ist das Symposium der Deutschen Krebshilfe auf dem DKVF: Dort überlegen die Projekte eines Förderschwerpunkts – am Beispiel der onkologischen Versorgung von Menschen mit Migrationshintergrund –, was sie projektübergreifend gelernt haben. Genauso bei den Lotsenprojekten aus dem Innovationsfonds. Diesen übergreifenden Erkenntnisgewinn kann nur das DNVF leisten.

Da hake ich gerne ein: Eine stringente Forschungsagenda für das Fach Versorgungsforschung vermisse ich seit vielen Jahren. Ausschreibungsgetrieben kann jeder forschen, was er will – aber es gibt keine klare Strategie, die sagt: Das sind die zehn Wissenslücken, die wir unbedingt schließen müssen. Woran soll sich die Versorgungsforschung sonst messen lassen?

Ernstmann: Ich bin ganz bei Ihnen, und diese Notwendigkeit wird noch deutlicher werden. Ich glaube, alle in der Versorgungsforschung hätten eine große Bereitschaft, mehr in Priorisierung und Agenda-

Zitationshinweis

Ansmann, L., Ernstmann, N., Stegmaier, P.: „Versorgungsforschung gelingt wirklich nur gemeinsam", in „Monitor Versorgungsforschung" (04/26), S. 6–10. http://doi.org/10.24945/MVF.04.26.1866-0533.2842

Setting zu gehen. Wo sonst gibt es so viele Fachgesellschaften zusammen mit einem Netzwerk, das sich vorgenommen hat, Versorgung zu gestalten? Das ließe sich steuern.

„Wir müssen nicht nur Implementierungs-, sondern auch Deimplementierungs-Expert:innen werden."
Prof. Dr. Nicole Ernstmann

Damit verschiebt sich die Perspektive auch von der Frage, was neu ins System kommt, hin zu der Frage, was wieder herausmuss.

Ernstmann: Das ist ein zentraler Punkt. Wir haben Innovationen bisher fast nur von einer Seite gedacht: neue Leistungen implementieren. Wir müssen aber nicht nur Implementierungs-, sondern auch De-Implementierungs-Expert:innen werden und fragen: Was muss im System bleiben? Was darf nicht bleiben, weil es die Solidargemeinschaft unnötig belastet? Wir haben eine aktuelle Entscheidung gesehen, künftig auch bei der Homöopathie zu prüfen, was die Solidargemeinschaft weiter tragen soll. Wir stehen für eine evidenzbasierte Versorgungsgestaltung, und dazu gehören solche Fragen.

Man könnte fast mit Beuys fragen: „Ist das Versorgung, oder kann das weg?" 25 Jahre heißt auch: 25 Jahre, in denen etwas nicht gelungen ist. Wo hat das Fach blinde Flecken?

Ansmann: Interessant, dass Sie das sagen, denn es gibt im DNVF eine erste Idee, in Richtung „kritische Versorgungsforschung" zu reflektieren. Dazu wird es eine internationale Session geben. Es geht dabei nicht darum, uns selbst schlechtzureden, sondern konstruktiv zu fragen: Wo sehen wir Probleme nicht, weil uns die Methoden oder die Ausbildung fehlen? Wir machen zum Beispiel viele Mixed-Methods-Studien. In diesen Teams treffen qualitativ und quantitativ Ausgebildete aufeinander, die oft eine andere Sprache sprechen und verschiedene Vorstellungen davon haben, wie Wissen entsteht. Das reflektieren wir in einer State-of-the-Art-Session. Und wir haben diskutiert: Wenn man als versorgungsforschende Person kritische Ergebnisse produziert – was schlägt einem eigentlich entgegen?

Ernstmann: Deshalb hat sich vor Kurzem auch eine Ad-hoc-Kommission im DNVF gegründet. Uns wurde gespiegelt – und das ist gut so –, dass die Versorgungsforschung bisher nicht sehr divers ist. Wenn die Fragestellungen kultur- und diversitätssensibler werden, müssen wir prüfen, ob wir mit unseren Perspektiven gut genug abbilden, was wir beforschen. Ich finde es gut, dass wir das einmal anschauen.

Zur Grundlagenforschung und Theoriebildung: Fast alle Theorien stammen aus Soziologie, Ökonomie oder Verwaltungswissenschaft. Gibt es überhaupt Theorien aus der Versorgungsforschung selbst?

Ernstmann: Durchaus. So wie sich das Fach methodisch bei den Bezugsdisziplinen bedient, tut es das auch theoretisch, das ist klar. Aber es gibt viele Modelle und Frameworks, die aus der Versorgungswissenschaft heraus entwickelt wurden, um Bedarf, Inanspruchnahme oder gesundheitliche Ungleichheiten vorherzusagen. Denken Sie an die Rahmenmodelle, die vorgeben, wie wir evaluieren und implementieren. Man muss allerdings genau unterscheiden zwischen Theorien, Modellen und Rahmenmodellen. Auf den letzten beiden Ebenen sehe ich viel Eigenständiges, das wir an Studierende weitergeben können. Zugleich sagen wir allerdings: Bedient euch der Theorien eurer Herkunftsdisziplinen, wenn es um Verhalten, Einstellungen oder organisationalen Wandel geht.

Ansmann: Der Begriff „Theorie" ist manchmal missverständlich. Theorien wirklich großer Reichweite sind in diesem jungen Fach wohl noch nicht viele entstanden. Aber Frameworks und Modelle geringerer Reichweite sehr wohl – das Andersen-Modell der Inanspruchnahme etwa wird viel genutzt und sogar in DFG-Projekten weiterentwickelt. Der ganz große Klassiker kommt vielleicht erst in hundert Jahren. Warten wir es ab.

Nach welcher Logik ist das Kongressprogramm gebaut?

Ernstmann: Wir hatten in der Ausschreibung bestimmte Stränge entlang des Kongressmottos und der geplanten Schwerpunkte angelegt. Das ist gut aufgegangen: Alle Themen, zu denen wir eingeladen haben, finden sich im Kongress wieder. Weil die Beiträge qualitativ hochwertig waren, konnten wir thematisch stimmige Sessions clustern. Manches ist aber auch lebensweltlicher organisiert als früher. So haben wir mehrere Sessions zur Versorgungsforschung mit Kindern und Jugendlichen – lange ein blinder Fleck in Deutschland – und erstmals Sessions zu familienzentrierten Versorgungsansätzen. Denn ohne die Berücksichtigung von Lebenswelten gelingt weder patienten- noch familienzentrierte Versorgung.

Ansmann: Das war nicht immer so einfach. Man überlegt sich Stränge, weiß aber nicht, ob am Ende ein stimmiges Programm entsteht. Diesmal hat es funktioniert. Besonders freut mich, dass das Thema „Organisationen" sichtbarer wird. Wir hatten aus der AG „Organisationsbezogene Versorgungsforschung" heraus einmal zwei Kongressjahrgänge ausgewertet und festgestellt: Es gibt sehr viel organisationsbezogene Forschung, aber die Forschenden wissen es oft gar nicht. Sie untersuchen Krankenhäuser, Prozesse, Strukturen und machen Interventionen, ohne den organisationalen Kontext als relevant zu markieren. Jetzt haben sich viele explizit den Organisationsthemen zugeordnet, auch weil die Stränge es nahelegten. Das Thema ist sichtbarer geworden.

Worauf freuen Sie sich beim Jubiläumskongress am meisten?

Ernstmann: Auf die internationalen Gäste und darauf, wie sie aufgenommen werden. Vor allem aber auf die Eröffnung. Wir sitzen für die Eröffnungsplenarsitzung sogar in dem Hörsaal, in dem der erste DKVF eröffnet wurde – ein historischer Kreis, der sich schließt. Wir haben mit Professor Holger Pfaff, dem ersten DKVF-Präsidenten und DNVF-Ehrenmitglied, einen Blick zurück auf 25 Jahre, verbunden mit Denkaufgaben für die Zukunft. Und mit Professor Michael Hallek den aktuellen Blick aus der Perspektive des Sachverständigenrats. Er wird die Frage stellen, wohin sich die Versorgungsforschung entwickeln soll. Auch das BMG und das NRW-Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales beteiligen sich mit Grußworten und geben uns politische Aufgaben mit. Und die abschließende Plenarsitzung hat der Nachwuchs vollständig selbst gestaltet – weder Vorstand noch Präsidentinnen noch Programmkomitee haben eingegriffen. Besonders am Herzen liegt mir der Patiententag: Wenn wir es schaffen, mehr Menschen einzubeziehen, für die wir Versorgung gestalten, wird das eine schöne Veranstaltung.

Vielen Dank für das Gespräch. <<
Das Interview führte MVF-Chefredakteur Peter Stegmaier.

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

MSD

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

Gesundheitsversorgung für morgen: Stimmen Sie für Ihren Favoriten ab!



HERZENS-PROJEKTE

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

Über 50 Projekte haben sich für den MSD Gesundheitspreis 2026 beworben. Alle haben eines gemeinsam: Sie wollen die Versorgung der Patient:innen in Deutschland weiter verbessern. Eine Jury aus erfahrenen Gesundheitsexpert:innen hat alle Einreichungen gesichtet und daraus 10 Projekte nominiert. Nun sind Sie am Zug! Stimmen Sie für Ihren Favoriten ab. Das Ergebnis wird bei der Preisverleihung am 13. Oktober in München bekanntgegeben.

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

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

Stimmen Sie vom 03.08. bis 05.10.2025 für Ihr Herzensprojekt ab!

Mehr Informationen unter:
https://go.msd.com/voting2026

DE-NON-08542



„Verbindlichkeit ist die Vo setzung für effektive Steu

Im Interview: Prof. Dr. Jonas Schreyögg, Gesundheitsökonom an der Universität Hamburg, wissenschaftlicher Direktor des für die Studie verantwortlichen Hamburg Center for Health Economics (HCHE) und stellvertretender Vorsitzender des Sachverständigenrates Gesundheit

Die Techniker Krankenkasse hat ihre Evaluation der TK HzV-Bund-Verträge in 13 Bundesländern Deutschlands vorgestellt und prompt entbrannte ein Deutungskampf. Krankenkassen und ärztliche Verbände lesen das Ergebnis als Beleg, dass Hausarztprogramme den Versicherten keinen Vorteil bringen. Der Mann, der die Studie verantwortet, widerspricht. Prof. Dr. Jonas Schreyögg, Direktor des für die Studie verantwortlichen Hamburg Center for Health Economics (HCHE), erklärt im Gespräch mit „Monitor Versorgungsforschung", warum die HzV im untersuchten Modell nicht nicht, sondern „nur bedingt" steuert, weshalb er sie in der derzeitigen Form für ein Übergangsphänomen hält und wie ein verbindliches Primärversorgungsmodell unser Gesundheitssystem umbauen könnte.

>> Herr Professor Schreyögg, der Bundesvorsitzende des Virchow-Bundes, Dr. Dirk Heinrich – dessen Verband seit 17 Jahren Kooperationspartner des baden-württembergischen HzV-Modells ist –, wirft Ihnen vor, Ihre Studie (1) bilde „nur die halbe Wahrheit" ab, weil sie die Versorgungsrealität in Baden-Württemberg bewusst ausblende. Was entgegnen Sie ihm?

Diesen Vorwurf weise ich zurück. Dass Baden-Württemberg nicht enthalten ist, war keine wissenschaftliche oder gar politische Entscheidung, sondern bedingt sich alleine durch die Aufgabenstellung, auf die wir uns als Evaluatoren beworben und den Zuschlag bekommen haben. Die TK hat uns beauftragt, ihren TK-HzV-Bundvertrag, den sie in 13 Bundesländern separat abgeschlossen hat, zu evaluieren. Wichtig ist dabei zu wissen, dass es sich beim TK-HzV-Bundvertrag in den 13 Bundesländern um eine einheitliche und deshalb vergleichbare Intervention handelt, die Gegenstand der von uns gewonnenen Evaluationsausschreibung war.

Und Baden-Württemberg gehört eben nicht dazu.

Nur ganz bedingt. Der Grund ist, dass es neben den TK-HzV-Bundverträgen Sonderkonstruktionen gibt – etwa einen Add-on-Vertrag in Mecklenburg-Vorpommern, eigene Verträge in Sachsen-Anhalt und eben auch in Baden-Württemberg. Der baden-württembergische Vertrag ist jedoch anders aufgebaut als der Bundvertrag und – das möchte ich hinzufügen – zugleich anders als der HzV-Vertrag der AOK Baden-Württemberg, auf den Dr. Heinrich rekurriert. Will heißen, aus methodischen Gründen hätte man die KV-Regionen Baden-Württemberg, Mecklenburg-Vorpommern und Sachsen-Anhalt auch gar nicht in einen Pool mit den Bund-Verträgen geben können, da die Verträge von der bundesweiten Struktur der TK-HzV-Bundverträge abweichen und somit eine andere Intervention darstellen. Wer das trotzdem zusammenwerfen würde, vergleicht Unvergleichbares. Einfach ausgedrückt: Damit werden schlichtweg Äpfel mit Birnen verglichen. Was im Übrigen beiden Modellen – weder der TK noch der AOK Baden-Württemberg – gerecht werden würde. Ich persönlich finde übrigens das HzV-Modell der AOK Baden-Württemberg sehr spannend – es ist quasi ein Innovationslabor, in dem man immer wieder neue Sachen ausprobiert. Gerade deshalb ist es nicht mit dem in der Versorgungspraxis anders aufgebauten TK-Bundvertrag vergleichbar.

„Die eigentliche Krux ist die Konstruktion der HzV, so wie sie angelegt ist."

Die TK verkündet als „klares Ergebnis", Teilnehmende würden „nicht besser durch Versorgung gelotst", hätten nicht weniger Facharztkontakte und Klinikaufenthalte und verursachten keine geringeren Ausgaben. Auf welche Ihrer Befunde stützen sich diese Aussagen – und tragen Ihre Daten diese?

Die HzV reduziert – wenn wir auf die untersuchte Gesamtpopulation schauen – im ambulanten Bereich die Hausarztkontakte ganz leicht. Zugleich sehen wir aber mehr spezialfachärztliche Kontakte; und im stationären Bereich keine signifikante Steuerungswirkung. Wir finden auch bei Arzneimitteln, Arbeitsunfähigkeit und Krankengeld keinen wesentlichen positiven Einfluss. Unter dem Strich und auf die untersuchte Gesamtpopulation bezogen führt die Teilnahme in sämtlichen Leistungsbereichen sogar zu gesteigerten Ausgaben. Der erwartete Mechanismus – weniger Hospitalisierungen, weniger ungesteuerte Spezialistenbesuche – greift in dieser Form nicht. Anders ist das aber bei Subpopulationen, in denen wir teils einen Steuerungseffekt sehen, vor allem in der Gruppe derer, die sich an den Überweisungsweg über die Hausärzte halten. Der Grund für die mangelnde Steuerungswirkung liegt mit hoher Wahrscheinlichkeit jedoch nicht bei den Hausärzten selbst, sondern in der Konstruktion des Modells, weshalb die HzV eben nur einen bedingten Steuerungseffekt erzeugt.

Genau hier setzt ein konzeptioneller Einwand an: Ihre Kontrollgruppe ist die Regelversorgung – aber die ist kein Nullzustand, denn die Grundsätze hausärztlicher Tätigkeit sind nach Paragraf 73 SGB V längst normiert. Ist damit das Ausbleiben einer Differenz womöglich kein Beleg für Wirkungslosigkeit, sondern ein Deckeneffekt in einem schon gut funktionierenden System?

Das ist eine berechtigte und wichtige Frage – sie führt zur konzeptionellen Schlüsselstelle der Evaluation. Unser Vergleichsmaßstab ist bewusst die Regelversorgung ohne HzV-Einschreibung, denn wir wollen ja den zusätzlichen, kausalen Effekt der Einschreibung isolieren. Wenn sich die Regelversorgung über die Jahre selbst verbessert – etwa weil sich Steuerung auch dort einspielt –, dann fangen wir das ab, weil wir die Unterschiede im Zeittrend zwischen beiden Gruppen betrachten. Ein reiner Deckeneffekt würde aber bedeuten, dass es nichts mehr zu steuern gibt. Das sehen wir nicht: Wir beobachten in der HzV en gros eben keinen Rückgang der Spezialistenkontakte ohne Überweisung und keinen Rückgang der stationären Aufnahmen. Das eigentliche Problem ist, dass die HzV den entscheidenden Hebel, die verbindliche Steuerung, gar nicht in der Hand hat.

Warum nicht?

Weil die Versicherten nicht verpflichtet sind, sich an den vorgesehenen Weg zu halten. Die Hausärzt:innen können nicht steuern, wenn die Patient:innen direkt zum Spezialisten gehen dürfen. Wir haben dazu eigens eine Grafik in den Bericht aufgenommen, die zeigt, wie hoch der Anteil derer ist, die sich tatsächlich an den Pfad halten – und der ist sehr begrenzt. Die eigentliche Krux ist also die Konstruktion der HzV, so wie sie angelegt ist. Das ist übrigens kein TK-Spezifikum, so ist die HzV in ganz Deutschland gebaut: Sie geht davon aus, dass sich die Versicherten freiwillig steuern lassen.

Sie werten aber auch mehr Spezialistenkontakte als ausgebliebene Steuerung. Wäre in einem gut funktionierenden Primärarztsystem

nicht gerade die geplante, koordinierte Überweisung ein Qualitätsmerkmal – und der Anstieg damit ein Erfolg statt ein Defizit?

Im Prinzip ja. Gesteuerte Überweisungen sind erwünscht, ungesteuerte Direktzugänge sind das Problem. Genau deshalb schauen wir nicht nur auf die Zahl der Kontakte, sondern auch darauf, ob sie über eine Überweisung zustande kommen. Und da sehen wir einen geringen Rückgang der ungesteuerten Spezialistenkontakte, aber insgesamt eine Zunahme der Spezialistenkontakte. Der internationale Vergleich ist hier aufschlussreich: In Frankreich, wo ein Spezialistenkontakt ohne Überweisung mit einem deutlich höheren Eigenanteil verbunden ist, sinkt die Zahl der Facharztkontakte. In den Niederlanden ist eine fachärztliche Konsultation ohne hausärztliche Überweisung praktisch nicht erstattungsfähig. Doch gibt es in der deutschen HzV weder eine diesbezügliche finanzielle Incentivierung noch einen Ausschluss der fachärztlichen Versorgung ohne Überweisung.

Sie betonen, als Wissenschaftler erhöben Sie keinen Anspruch, Ihre Erkenntnisse der TK-HzV-Evaluierung auf andere Verträge zu verallgemeinern. Was gilt?

Beides lässt sich auflösen. Schaut man die TK-Bundverträge im Detail an, sind deren Elemente relativ ähnlich zu sehr vielen anderen HzV-Verträgen, schlichtweg weil sie sich über die Jahre stark angeglichen haben. Das von uns untersuchte TK-HzV-Modell ist demnach kein singulärer Vertrag, sondern einer, wie ihn viele andere Kassen mit gleichen oder ähnlichen Leistungspartnern auch abgeschlossen haben, und insofern gut vergleichbar. Verallgemeinerbar ist deshalb der strukturelle Befund: Ohne Verbindlichkeit bleibt die Steuerung schwach.

„Man kann Verbindlichkeit auch als den wirklichen Game-Changer bezeichnen."

Bleiben wir bei der möglichen Übertragbarkeit der Erkenntnisse. Die TK-Klientel ist im Schnitt jünger und gesünder als die der GKV insgesamt. Misst Ihre Studie damit nicht ausgerechnet dort, wo koordinierte Hausarztversorgung am wenigsten zusätzlichen Nutzen stiften kann?

Das Durchschnittsalter der HzV-Teilnehmenden liegt bei knapp 50 Jahren. Ja, die TK hat im engeren Sinne keine repräsentative Bevölkerungsabdeckung – das wissen wir aus vielen Innovationsfondsprojekten. Doch ist die TK-Population durch das starke Wachstum der Kasse näher an einen repräsentativen Aufbau herangerückt. Die AOK bildet quasi das andere Ende des Spektrums; idealerweise müsste man also beide Populationen zusammenführen. Das wäre das Optimum, doch entwertet das unsere Evaluation nicht, weil wir nicht bei der Gesamtschau stehen geblieben sind. Wir gehen in die Tiefe – in einzelne Altersgruppen und in die chronisch Erkrankten – und sehen dort, dass die Steuerung beispielsweise bei Älteren eher greift als bei Jüngeren. Genau deshalb spreche ich von einem bedingten Steuerungseffekt. Eine Verbesserung der Versorgung bei zugleich geringeren Ausgaben zeigt sich übrigens klar erst bei den über 80-Jährigen.

Auch hier wird es sich um einen grundlegenden Modellfehler handeln: Die HzV war ursprünglich doch nicht als reines Gatekeeping-System gedacht, sondern als strukturiertes Chronic-Care-Programm. Das von Ihnen eingesetzte Evaluationsdesign unterstellt, dass Teilnehmende und Nicht-Teilnehmende nach dem Balancing vergleichbar sind. Sie räumen jedoch auch ein, dass Einstellung und Motivation nicht erfasst sind. Gesundheitsbewusstere Menschen schreiben sich häufiger ein – ein klassischer Selektionseffekt. Wie valide ist Ihr Difference-in-Differences-Ansatz dann überhaupt?

Genau diesen Selektionseffekt zu neutralisieren, ist eines der wichtigsten Ziele der Studie. Wir kombinieren von daher ein Entropy Balancing mit einer Difference-in-Differences-Analyse, konkret dem Stacked DiD-Ansatz. Das Entscheidende ist der Vorher-Nachher-Vergleich gegen die Kontrollgruppe: Wenn jemand sich einschreibt, weil er oder sie motivierter ist, dann war das auch schon vor Einschreibung so. Dann hat er oder sie auch schon vor der HzV besser mit seinem Arzt kooperiert. Genau das wird in dem Modell sichtbar, da wir die Differenz der Unterschiede zwischen beiden Gruppen über die Zeit miteinander vergleichen – eben die Differenz (der beiden Gruppen) in der Differenz (nachher zu vorher). War die Motivation vorher schon da, ist sie über den Vortrend erkennbar; entsteht sie erst durch die HzV, ist sie Teil der Intervention. Beides berücksichtigen wir. Bedingung sind parallele Trends vor der Intervention; das ist die Hauptannahme für das DiD-Modell. Wo die Trends nicht von selbst parallel laufen, erzwingen wir das über das Balancing – und wir prüfen zudem die Robustheit mit dem Test von Rambachan und Roth.

Sie haben damit faktisch eine Art „RCT light" gebaut. Wie groß ist die Datenbasis, und wo lag die methodische Hauptschwierigkeit?

Die TK ist mit über zwölf Millionen Versicherten die größte deutsche Krankenkasse; über eine Million der TK-Versicherten sind in die HzV-Bundverträge eingeschrieben, an denen 10.000 Ärztinnen und Ärzte beteiligt sind. Für die Evaluation konnten wir über eine halbe Million Neueinschreibungen aus den Jahren 2015 bis 2022 heranziehen. Und in der Kontrollgruppe stehen uns je nach Jahr mindestens acht Millionen Beobachtungen aus der Regelversorgung zur Verfügung. Die Hauptschwierigkeit ist die sequentielle Einschreibung: Versicherte treten Jahr für Jahr bei, nicht zu einem Stichtag. Für jeden Jahrgang braucht man passende Kontrollpersonen, und man darf dieselben nicht immer wieder verwenden, sonst entsteht ein Bias. Genau das verhindert der gestaffelte Schätzer. Dafür braucht man einen riesigen Datensatz – den haben wir. Auch haben wir sehr transparent gemacht, wie wir selektiert haben.

Wie aufwendig war die Evaluation?

Der Aufwand war erheblich: Ab der Datenbereitstellung und -auswertung haben wir mit mehreren Personen rund ein Jahr gearbeitet. Das ist keine Studie, die man in wenigen Wochen herunterrechnet – schon weil die Methodik mit sequentieller Einschreibung und parallelen Trends sehr datenhungrig und rechenintensiv ist.

Im deutschen Forschungsdatenzentrum, dem FDZ, lägen noch

mehr Daten. Hätte das Ihre Studie aussagekräftiger gemacht?

Theoretisch ja, praktisch sind wir davon weit entfernt. So wie das FDZ derzeit konstruiert ist, gilt nur eine 60-Tage-Nutzung – in dieser Taktung ließe sich eine solche Auswertung nicht stemmen. Hinzu kommt ein inhaltliches Problem: Um über das FDZ sauber zu evaluieren, müsste man alle Verträge aller Kassen anschauen und prüfen, welche wirklich identisch sind. Viele dieser Verträge sind öffentlich, aber eine Übersicht über alle HzV-Verträge in Deutschland kenne ich zumindest nicht. Wir haben deshalb im Anhang der Studie zumindest den TK-Bundvertrag mit dem Vertrag der AOK Baden-Württemberg verglichen. Oberflächlich wirken viele Elemente ähnlich; im Detail zeigen sich entscheidende Unterschiede, etwa bei der Vergütung und beim Facharztprogramm. Eine vollständige Vertragsübersicht aller HzV-Verträge wäre überfällig – sie würde die Transparenz deutlich erhöhen, denn rund um diese Verträge wird viel spekuliert. Für das FDZ bräuchte man aber zusätzlich die Zustimmung jeder Kasse, denn man muss ja die Kassen identifizieren, um den jeweiligen HzV-Vertrag zuzuordnen. Ergo ist eine Analyse über das FDZ nicht realistisch.

Es gibt 13 TK-Bundverträge in 14 KV-Bezirken, es gibt aber 17 KVen. Wären die drei Regionen ohne Bundvertrag nicht die perfekte Kontrollgruppe?

Es wäre verlockend, aber es funktioniert nicht. Denn auch diese Regionen haben eine Intervention und taugen damit nicht als unbeeinflusste Kontrolle. Unbeeinflusst ist allein die Regelversorgung – und die ist in den vier Regionen nichts anderes als in den Bundvertrags-Ländern. Sie sprechen damit aber auch einen der wichtigsten Punkte an: die Wahl und Definition der Kontrollgruppe. Es gibt hier drei Strategien: nur Nicht-HzV-Versicherte in Nicht-HzV-Praxen, Nicht-HzV-Versicherte in HzV-Praxen, oder eine Mischung aus beiden. Wir haben alle drei gerechnet. Die Unterschiede sind allerdings so marginal, dass man sie kaum sieht; bei manchen Indikatoren stimmt das Ergebnis sogar in der zweiten Nachkommastelle noch überein. Alle drei sind übrigens in der Studie bzw. im Studienanhang publiziert.

Dr. Albrecht Kloepfer vom iX-Media-Institut hat in einem Editorial die aktuelle Debatte umgedeutet: Die eigentliche Frage laute nicht „HzV ja oder nein“, sondern „Unter welchen Vertragsbedingungen entfaltet ein 73b-Modell Steuerungswirkung?“. Baden-Württemberg funktioniere nur, weil der verbindliche 73b-Hausarztvertrag durch freiwillige Facharztverträge nach 73c und 140a flankiert werde.

Ich teile zumindest die Stoßrichtung. Genau deshalb sage ich, beide Evaluationen sind komplementär. Ein wichtiger Unterschied zwischen dem TK-Bundvertrag und dem AOK-Vertrag in Baden-Württemberg liegt nicht im Hausarztvertragsmodell selbst, sondern im Facharztprogramm und der damit stärkeren Einbindung der spezialfachärztlichen Versorgung. Wir führen das in der Diskussion sogar konkret aus: Dass die baden-württembergische Evaluation eine Reduktion der Polymedikation findet und wir nicht, könnte gerade an dieser engeren Abstimmung zwischen Haus- und Facharztebene liegen. Unsere Studie ist kein Verdikt über die Idee der hausärztlichen Koordination, sondern ein Befund über eine konkrete Vertragsimplementierung ohne Verbindlichkeit. Genau diese strukturelle Erkenntnis – dass es auf die Verbindlichkeit und auf die intrasektorale Verzahnung ankommt – ist sicherlich verallgemeinerbar.



Prof. Dr. Jonas Schreyögg

ist seit 2010 Inhaber des Lehrstuhls für Management im Gesundheitswesen und seit 2011 Wissenschaftlicher Direktor des Hamburg Center for Health Economics (HCHE) der Universität Hamburg. Nach seinem Studium der Betriebs- und Volkswirtschaftslehre an der Technischen Universität Berlin hat er hier auch seine Promotion am Fachgebiet für Finanzwissenschaft und Gesundheitsökonomie (Prof. Dr. Klaus-Dirk Henke) zum Dr. rer. oec. abgeschlossen. Nach seiner Promotion war er als Postdoc in Stanford.

Ihre Studie wird politisch in beide Richtungen gezogen. Stört Sie das?

So ist das Geschäft, das muss man nüchtern sehen. Ich bemühe mich, die wissenschaftliche Sicht differenziert darzustellen, bevor das Ganze ins Postfaktische abgleitet. Kassen und Leistungserbringerverbände haben legitime Interessen und Agenden. Doch es ist die Aufgabe der Wissenschaft, das politisch Gewollte und das empirisch Belegte sauber zu trennen.

Wenn Sie die wichtigsten Erkenntnisse auf den Punkt bringen: Was folgt daraus für ein künftiges Primärversorgungssystem?

Die wichtigste Erkenntnis ist tatsächlich die schon im aktuellen Koalitionsvertrag erwähnte Verbindlichkeit. Durch sie steigt die Wahrscheinlichkeit eines Steuerungseffekts deutlich – bei der Versorgungsqualität wie bei der Wirtschaftlichkeit. Man kann Verbindlichkeit auch als den wirklichen Game-Changer bezeichnen. International ist das eindeutig: Ich kenne kein System der Welt, in dem gesagt wird: Ihr macht jetzt Patientensteuerung, aber für die Versicherten ist das freiwillig. Konkret heißt das für ein verpflichtendes Primärversorgungsmodell: Man muss die Verbindlichkeit herstellen, entweder über die verbindliche Regelung oder über finanzielle Anreize beim ungesteuerten Facharztbesuch, damit der Zugang zur spezialfachärztlichen Versorgung über den Hausarzt läuft. Der zweite Punkt ist, die chronisch Erkrankten und Älteren explizit in den Blick zu nehmen, etwa indem man Disease-Management-Programme enger anbindet und bei The-

men wie der PRISCUS-Liste ansetzt. Drittens braucht es eine stärkere Vernetzung im ambulanten Sektor – auch mit standardisiertem digitalem Befundaustausch und digitalen Überweisungen, die der Hausarzt nach Dringlichkeit priorisiert.

Sie verweisen in Ihrer Studie oft ins Ausland. Welche konkreten Bausteine welcher Länder würden Sie übernehmen?

Die von den Niederlanden, England, Dänemark oder Frankreich. Gemeinsam ist bei diesen funktionierenden Systemen die Verbindlichkeit: In den Niederlanden senkt die Registrierung beim Hausarzt die Zuzahlungen und erleichtert die Terminvergabe, während der Facharzt nur mit Überweisung zugänglich ist; in Dänemark und Norwegen ist der Zugang ähnlich an die Überweisung gekoppelt. Daraus folgt für mich eine Registrierungspflicht – die im SGB V ohnehin angelegt ist, aber nicht praktiziert wird. Sie verstärkt die Steuerung, verbessert die Arzt-Patienten-Kommunikation und reduziert Mehrfachinanspruchnahmen. Üblich ist in solchen Systemen außerdem, bestimmte Fachgruppen wie Gynäkologie, Pädiatrie oder Augenheilkunde vom Überweisungsgebot auszunehmen. Was die HzV selbst angeht, bin ich mir sicher: Die derzeitige HzV an sich ist ein Übergangsphänomen hin zu einem umfassenden Primärversorgungssystem.

Sie sagen bewusst „Primärversorgung", der aktuelle Koalitionsvertrag spricht von „Primärarztmodellen". Semantik oder ein inhaltlicher Dissens?

Das ist ein ganz wichtiger inhaltlicher Punkt, den man – denke ich – im Bundesgesundheitsministerium ähnlich sieht. Man nennt das Vorhaben dort „Primärversorgung", weil auch andere Berufsgruppen beteiligt sein werden. Progressive Gemeinschaftspraxen machen das ohnehin – es ist in Deutschland nur sehr heterogen verteilt. Ein modernes Primärversorgungsmodell denkt das Team mit, nicht nur den Arzt.

Die TK fordert eine standardisierte digitale Ersteinschätzung als Gatekeeping-Instrument. Kritiker:innen warnen, solche Triage-Systeme würden vor allem von Älteren, bildungsferneren und chronisch Kranken seltener genutzt – also gerade von den Bedürftigsten – und verschärften die soziale Ungleichheit. Wo beginnt für Sie die sinnvolle Telematik und wo die Gefahr?

Eine digitale Ersteinschätzung ist sinnvoll, aber wir dürfen sie nicht zu losgelöst von den Primärversorgern denken – genau das adressiert auch die Gerechtigkeitsfrage. Wir wissen: 90 Prozent der Menschen in Deutschland nutzen mindestens einen Kinder- und Jugend- bzw. Hausarzt; zählt man die mit, die Gynäkolog:innen in Hausarztfunktion nutzen, sind es rund 95 Prozent. Im Grunde hat damit faktisch fast jeder in Deutschland einen Primärversorger, an den er sich wenden kann. Würde man stattdessen ein anonymes System aufsetzen, sehe ich – Auslandsevaluationen zeigen das – die Gefahr einer zusätzlichen Inanspruchnahme; zudem bleiben gerade vulnerable Gruppen außen vor. Die 116117 hat für Notfälle ihre Berechtigung, ebenso die 112, aber für Nicht-Notfälle würde ich die Ersteinschätzung an den Primärversorger koppeln. In vielen Ländern, in denen ich bereits gelebt habe – etwa in den USA, England oder Singapur – erreicht der Erstanruf zunächst eine Community Nurse bei einem Primärversorger, die strukturiert abfragt und einschätzt, ob und mit welchem Level eine Inanspruchnahme nötig ist. Das lässt sich auch digital gestalten, aber bitte eingebettet in die bestehende Versorgungsbeziehung.

Ein Primärversorgungssystem braucht eine Steuerungsinstanz, die haus- und fachärztliche Versorgung verbindlich integriert. In Baden-Württemberg leistet das eine Kasse mit hohem Marktanteil. Wer soll das bundesweit tun – die KBV, der G-BA? Und was wird aus dem Kontrahierungszwang, der die HzV in strukturschwachen Regionen heute an Hausärzt:innen bindet?

Ich würde das nicht zentralistisch in einer Behörde verorten. Mein Vorschlag ist ein verbindliches Basis-Primärversorgungsmodell für alle – für alle Kassen, alle Versicherten und alle Hausärztinnen und Hausärzte –, das aber darauf aufbauend wettbewerblich und vertraglich ausgestaltet wird, so wie wir es heute in der HzV sehen. Vertragspartner können, wie bisher in der HzV, sowohl für das Basismodell als auch für die HzV je nach Region der Hausärzteverband oder die KV sein. Es hat sich bewährt, dass man regional differenzieren kann, weil Regionen nun einmal sehr unterschiedlich aufgestellt sind. Wichtig ist mir: Man sollte die etablierten Strukturen nicht einreißen, sondern weiterführen. Ein abrupter Wegfall von Bindungsinstrumenten in unterversorgten Gebieten wäre kontraproduktiv – die Reihenfolge

Wie misst man Wirkung ohne randomisiertes Experiment? DiD mit Entropy Balancing

Eine Differenz-von-Differenzen-Analyse (DiD) vergleicht nicht einfach Eingeschriebene mit Nicht-Eingeschriebenen, sondern deren Veränderung über die Zeit: Wie entwickelt sich die Interventionsgruppe vor und nach dem Beitritt – relativ zur zeitlichen Entwicklung der Kontrollgruppe? Zeitkonstante Unterschiede lassen sich so herausrechnen. Das Problem: In die HzV schreiben sich Versicherte Jahr für Jahr ein (gestaffelte Einführung). Klassische Modelle verzerren die Schätzung dann, weil sie bereits Behandelte fälschlich als Kontrollen heranziehen. Der Stacked DiD-Ansatz vermeidet das: Er ermittelt für jede Einschreibekohorte und jedes Jahr einen eigenen, sauberen Effekt und nutzt nur Personen, die nicht der Intervention ausgesetzt sind, für die Kontrollgruppe. Vorgeschaltet ist ein Entropy Balancing – ein Gewichtungsverfahren, das die Kontrollgruppe so austariert, dass ihre messbaren Merkmale (Alter, Vorerkrankungen regionale Merkmale) exakt denen der Eingeschriebenen entsprechen – man nennt das auch synthetische Kontrollgruppe. Erst dadurch werden bei bestimmten Indikatoren die Verläufe vor dem Beitritt vergleichbar.

Kann man der Annahme trauen? Der Rambachan-&-Roth-Test

Jede DiD-Analyse steht und fällt mit der Annahme „paralleler Trends": Ohne die Intervention hätten sich beide Gruppen gleich weiterentwickelt. Beweisen lässt sich das nie, denn die hypothetische Entwicklung der Eingeschriebenen ohne HzV ist nicht beobachtbar. Prüfbar ist allein die Zeit davor – der Vortrend. Hier setzt das Verfahren von Rambachan und Roth (2023) an. Statt zu unterstellen, die Trends seien perfekt parallel, fragt es: Wie stark dürfte diese Annahme verletzt sein, bevor das Ergebnis kippt? Aus den beobachteten Abweichungen vor dem Beitritt wird ein Spielraum möglicher Verzerrungen danach abgeleitet. Bleibt der Effekt auch unter plausiblen Verletzungen bestehen, gilt er als robust. Die Kennzahl $\bar{M}$ benennt, bis zu welchem Ausmaß einer Trendverletzung der Effekt noch standhält; fällt sie zu niedrig aus, ist er nicht belastbar. In der TK-HzV-Studie bestehen diese Prüfung die allermeisten Indikatoren. Wenn die Gruppen aber kleiner werden, z. B. bei den Spezialistenkontakten der adhärenten Gruppe ($\bar{M} = 0{,}79$), kann auch ein Indikator diesen Test nicht bestehen, dann entsteht kein robuster Effekt und man kann keine Aussage ableiten.

Inhaltlicher Hinweis zur Einordnung: Das $\bar{M}$ (Mbar) ist in der Methode die „Breakdown˝-Schwelle – das Ausmaß einer Trendverletzung relativ zur größten beobachteten Vortrend-Abweichung, bis zu dem der Effekt signifikant bleibt. Die Studie wertet Werte unterhalb ihres geforderten Niveaus als „kein robuster Effekt˝.

Zitationshinweis

Schreyögg, J., Stegmaier, P.: „Verbindlichkeit ist die Voraussetzung für effektive Steuerung“, in „Monitor Versorgungsforschung“ (04/26), S. 12–17. http://doi.org/10.24945/MVF.04.26.1866-0533.2841

muss stimmen: erst die verbindliche Basis bauen, dann Bewährtes überführen.

Damit sind wir beim Übergangsrisiko: Strukturen werden in Deutschland leichter abgebaut als aufgebaut. Wie verhindern Sie ein Steuerungsvakuum, wenn die HzV verschwindet, bevor das Nachfolgesystem steht – ausgerechnet zulasten der Älteren und chronisch Kranken, für die Sie positive Effekte messen?

Indem man eben kein Parallelsystem aufbaut und keine Lücke zulässt. Wir können den Versicherten nicht sagen: Alle, die nicht in der HzV sind, sind in einer verbindlichen Primärversorgung und müssen den Versorgungsweg einhalten – und in der HzV kann alles so weitergehen wie bisher. So ist es im Koalitionsvertrag auch nicht angedacht. Es kann nur so sein, dass man ein Basis-Primärversorgungsmodell hat, das von Anfang an für alle gilt. Darauf ließe sich dann eine freiwillige HzV oben aufsetzen, etwa wenn eine Kasse ein Facharztprogramm selektivvertraglich oder Elemente für bestimmte Patientengruppen ergänzen will, weil es den Effekt verstärkt und sich so einen Vorteil im Wettbewerb verschaffen kann. Der Übergang ist dann kein Sprung ins Leere, sondern eine Überführung – die bestehenden Verträge und Beziehungen bleiben das Gerüst.

Wo fühlen Sie sich derzeit am gründlichsten missverstanden?

Am stärksten dort, wo behauptet wird, unsere Studie zeige, die HzV sei überflüssig. Das Gegenteil ist der Fall. Ich sehe sie als Stärkung eines künftigen Primärversorgungsmodells, so wie es im Koalitionsvertrag steht. Der zweite Punkt ist eine verbreitete Angst der Hausärzt:innen und ihrer Verbände, dass ein Primärversorgungsmodell alles in den Kollektivvertrag überführen würde. Ein Primärversorgungsmodell als Basis ist viel mehr als eine HzV – es ist verbindlich und hat viel mehr Elemente. Und Vertragspartner können aus meiner Sicht beide sein: die KVen oder der Hausärzteverband.

Wenn Sie das eben Gesagte auf einen Satz verdichten müssten: Was ist die Bedingung, ohne die kein Primärversorgungssystem in Deutschland gelingen wird?

Sinnvoll wird es sein, dass man ein Basis-Primärversorgungsmodell für alle einführt. Wenn ich es auf ein Wort zuspitzen soll: Dieses eine Wort – „verpflichtend“ – ist sehr ausschlaggebend. Erst die Verbindlichkeit macht aus einem gut gemeinten Programm ein System, das die Versorgung verbessert und gleichzeitig die Leistungsausgaben senken kann. So wie wir es heute betreiben, ist die Steuerung de facto in das Belieben der Versicherten gestellt – das ist ökonomisch ineffizient und für die Hausärztinnen und Hausärzte unbefriedigend, weil sie einen Steuerungsauftrag haben, den sie gar nicht durchsetzen können. Mein Petitum: Bauen wir eine verbindliche Basis und setzen darauf wettbewerbliche Elemente, bewahren wir die Erfahrungen aus der HzV, auch aus Baden-Württemberg, ohne ihre Konstruktionsfehler fortzuschreiben. Das wäre für mich der eigentliche Lernertrag unserer Evaluation.

Herr Professor Schreyögg, danke für das Gespräch. <<

Das Interview führte MVF-Chefredakteur Peter Stegmaier.

1: https://t1p.de/m0a9b

Lungenkrebs in zertifizierten Zentren behandeln

>> Wer Lungenkrebs überlebt, hängt nicht nur von der Diagnose ab – sondern auch davon, wo man behandelt wird. Zu diesem Schluss kommt eine aktuelle Studie einer Autorengruppe um PD Dr. Thomas Elter (Uniklinik Köln). Die jüngst im Elsevier-Journal „Lung Cancer“ publizierte Studie (1) basiert auf Abrechnungsdaten der BARMER und analysiert den Versorgungsalltag von mehr als 8.000 Patient:innen mit nicht-kleinzelligem Lungenkarzinom. Die Ergebnisse sind ernüchternd: Leitliniengerechte Behandlung ist keine Selbstverständlichkeit. Und wie auch schon in der WiZen-Studie von Prof. Dr. med. Jochen Schmitt, MPH (Universität Dresden), gezeigt: Der Unterschied zwischen spezialisierten Zentren und nicht-zertifizierten Kliniken kann buchstäblich lebensentscheidend sein.

Die aktuelle Studie untersuchte zwei Patientengruppen getrennt voneinander. Die erste umfasste ca. 900 Patient:innen in frühen Krankheitsstadien, die chirurgisch behandelt wurden. Als Qualitätsmerkmal galt hier, ob eine angemessene bildgebende Diagnostik – konkret ein FDG-PET/CT oder eine Kombination aus Szintigrafie und CT bzw. MRT – innerhalb von 42 Tagen vor dem Eingriff stattgefunden hatte. Das Ergebnis: Nur gut 61% der Patient:innen erhielten diese zeitgerechte Bildgebung. Jene, bei denen sie durchgeführt wurde, lebten statistisch deutlich länger als jene ohne adäquate voroperative Diagnostik. Besonders ausgeprägt war der Überlebensvorteil bei Patient:innen, die spezifisch ein FDG-PET/CT erhalten hatten, gegenüber denen, bei denen lediglich Szintigrafie mit CT oder MRT zum Einsatz kam.

Zertifizierte Lungenkrebszentren schnitten in einem wichtigen Punkt besser ab: Ihre Patient:innen bekamen häufiger das als Goldstandard geltende FDG-PET/CT als Patient:innen in nicht-zertifizierten Einrichtungen. Auf das Gesamtüberleben hatte die Zertifizierung des Behandlungsorts jedoch keinen direkt nachweisbaren eigenständigen Effekt – der Überlebensvorteil war vielmehr an die Qualität der Diagnostik selbst geknüpft, nicht allein an den Ort ihrer Durchführung.

Noch deutlichere Unterschiede traten in der zweiten Patientengruppe zutage: bei rund 1.600 Patient:innen mit fortgeschrittenem Lungenkarzinom, die ausschließlich systemisch behandelt wurden. Für sie ist die molekulare Biomarkertestung entscheidend, denn nur wer die passenden Genmutationen aufweist, kommt für zielgerichtete Therapien infrage – Behandlungen, die das Überleben im Vergleich zu nicht-zielgerichteten Therapien nach den Studiendaten nahezu halbieren können. Das Problem: Die Testrate lag in nicht-spezialisierten Versorgungsbereichen dramatisch unter der der Teilnehmenden am Nationalen Netzwerk Genomische Medizin Lungenkarzinom, kurz nNGM. Während im nNGM-Programm fast alle Patient:innen getestet wurden, waren es im übrigen Versorgungsbereich höchstens rund drei Viertel.

Die Autor:innen betonen, dass Abrechnungsdaten zwar keine vollständige klinische Information liefern und die beobachteten Zusammenhänge nicht als Kausalbeweise gelten können. Dennoch bieten sie einen unverstellten Blick auf die Versorgungsrealität jenseits der großen Studienzentren. Und dieser Blick zeigt: Während die Qualität der Lungenkrebsversorgung in Deutschland insgesamt gestiegen ist, bleibt die Lücke zwischen Spitzenzentren und der Regelversorgung besorgniserregend groß. Die Schlussfolgerung der Studienautor:innen fällt entsprechend klar aus: Lungenkrebspatient:innen sollten ausschließlich in zertifizierten Zentren behandelt werden. <<

1: https://t1p.de/hm55e

Deutschland streitet über die Primärversorgung – eine Reform, die alle wollen und über die sich niemand einig ist

Der verpflichtete Patient

Im Spätsommer soll ein Referentenentwurf für ein verbindliches Primärversorgungssystem vorliegen. Im Ziel sind sich Koalition, Krankenkassen und Ärzteschaft einig, doch wer steuern soll und wie verbindlich das geschieht, ist heftig umstritten. Zudem hat eine neue Evaluation der Hausarztzentrierten Versorgung (HzV) den Streit zusätzlich angefacht. Der Versuch einer umfassenden Bestandsaufnahme zwischen Reformversprechen, Ärztemangel, Kassenfinanzen und europäischen Vorbildern.

>> Im Koalitionsvertrag der Bundesregierung steht ein Vorhaben, das die ambulante Versorgung in Deutschland grundlegend verändern soll. Es geht um die Einführung eines verbindlichen Primärversorgungssystems. Während sich Politik, Krankenkassen und Ärzteschaft in der Zielsetzung einer besseren Patientensteuerung weitgehend einig sind, entzündet sich der Konflikt am Begriff der Verbindlichkeit. Ohne Verbindlichkeit verpufft jede Steuerungsarchitektur, wie internationale Vergleiche und aktuelle Evaluationen zeigen. Mit Verbindlichkeit drohen harte politische Auseinandersetzungen um freie Arztwahl und Honorarverteilung.

Verbindlich ist bisher nur der politische Wille. Die Details fehlen, und der Zeitplan ist gedehnt: Die gesetzgeberische Umsetzung steht auf der Agenda des Bundesgesundheitsministeriums. Bundesgesundheitsministerin Nina Warken (CDU) hat dazu bereits Ende Januar einen Fachdialog für den Aufbau einer Primärversorgung begonnen und für den Sommer einen Referentenentwurf angekündigt. Ihre Begründung für die Eile formulierte sie knapp: „Wir müssen das Gesundheitssystem sehr schnell effizienter machen." Zwischen dieser Ankündigung und einem funktionierenden System aber liegt ein Geflecht aus Interessen, Definitionsfragen und Zahlen, das in den vergangenen Monaten eine bemerkenswert dichte Debatte von den Krankenkassen über die Ärzteverbände bis zu Stiftungen und wissenschaftlichen Beiräten ausgelöst hat.

Was alle eint und was sie trennt

Die Diagnose teilen fast alle Beteiligten. Der Weg durch die kleinteilige Versorgungslandschaft hänge heute zu oft von historisch gewachsenen Strukturen oder gar Zufällen ab; Patient:innen klagten über Schwierigkeiten, zeitnahe ambulante Termine zu bekommen. So beschreibt es die Techniker Krankenkasse (TK) in ihrem Positionspapier vom September 2025, und kaum jemand widerspricht dieser Lagebeschreibung. Auch der Präsident der Bundesärztekammer, Klaus Reinhardt, hat sie auf eine einfache Formel gebracht: Deutschland sei das einzige Land, in dem die Patient:innen selbst entschieden, wo sie Leistungen in Anspruch nehmen. Angesichts immer komplexerer Versorgungsstrukturen seien die Menschen damit zunehmend überfordert. „Wir brauchen eine stärkere Steuerung", forderte Reinhardt und fügte hinzu, dass dies sorgfältig gegen das hohe Gut der freien Arztwahl und der Patientenautonomie abzuwägen sei.

In dieser Abwägung lassen sich drei Grundpositionen unterscheiden, die sich an einer Frage scheiden: ob ein fester Arzt jeden Behandlungsschritt koordiniert oder ob die Steuerung direkt am Anlass ansetzt. Das erste Lager beharrt auf der hausärztlichen Praxis als verbindlichem Einstieg. Das zweite Lager hält eine reine Hausarztzentrierung für zu eng und fordert fachärztliche Direktwege für definierte Patientengruppen. Das dritte verlagert den Schwerpunkt von der Praxis auf eine standardisierte Ersteinschätzung und rückt damit die Krankenkassen in den Mittelpunkt.

Eine genaue Bestandsaufname der Argumente offenbart auch die Fragen, die bislang unbeantwortet bleiben:

Am weitesten ausgearbeitet ist das Konzept dort, wo man am längsten daran arbeitet. Der Hausärztinnen- und Hausärzteverband verweist auf die Hausarztzentrierte Versorgung (HzV) als bereits etabliertes Primärarztsystem mit über zehn Millionen teilnehmenden Versicherten. „Mit der Hausarztzentrierten Versorgung (HzV) verfügen wir bereits über 17 Jahre praktische Erfahrung", sagt Nicola Buhlinger-Göpfarth, Bundesvorsitzende des Hausärztinnen- und Hausärzteverbands. In der HzV ist die Hausarztpraxis der zentrale Zugang, koordiniert die Behandlungsschritte und führt die Befunde zusammen. Gemessen an der Gesamtzahl der gesetzlich Versicherten bleibt die Teilnahme allerdings überschaubar: Rund zwölf Prozent der Patient:innen sind eingeschrieben. Das Rad, so die Botschaft des Verbandes, müsse nicht neu erfunden, sondern nur skaliert werden durch Anreize für Kassen und Versicherte, eine hausärztliche Nachwuchsinitiative, praxistaugliche Digitalisierung und eine stärkere Übertragung von Aufgaben an die Praxisteams.

Letzteres ist im Konzept HÄPPI ausgearbeitet, dem „Hausärztlichen Primärversorgungszentrum – Patientenversorgung Interprofessionell", das der Verband gemeinsam mit der Abteilung Allgemeinmedizin des Universitätsklinikums Heidelberg entwickelt hat. Eine multiprofessionelle Arbeitsgruppe im Hausärzteverband Baden-Württemberg erarbeitete es in rund eineinhalb Jahren. Eine sechsmonatige Machbarkeitsstudie ergab, dass es sich zur breiten Umsetzung eignet. Im Zentrum steht ein interprofessionelles Team aus Ärzt:innen, medizinischen Fachangestellten, Physician Assistants und weiteren Gesundheitsberufen, das – unterstützt von digitalen Lösungen und einem klaren Delegationsrahmen – die anfallenden Aufgaben gesetzeskonform so verteilt, dass die Hausarztpraxis ihre Rolle als steuernder Primärversorger auch bei steigendem Bedarf und knapper werdender Arztzeit erfüllen kann.

An dieser ordnungspolitischen Schnittstelle formiert sich jedoch fundamentaler Widerstand. Pflegeverbände warnen vehement davor, die Primärversorgung vor allem arztzentriert zu denken und Aufgaben lediglich im Direktionsrecht zu delegieren. Flankiert von der aktuellen Debatte um das Pflegeneuordnungsgesetz (PNOG) drängen sie auf eine echte Übertragung heilkundlicher Tätigkeiten auf akademisierte Pflegefachkräfte, wie etwa Community Health Nurses, die eigenverant-

wortlich steuern sollen.

Wer allerdings im Primärarztsystem künftig welche heilkundlichen Leistungen erbringen darf und wie die vom Gesetzgeber grob skizzierten Ausnahmen vom Überweisungsvorbehalt in der Praxis ablaufen, wird am Ende an anderer Stelle entschieden. Dem Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) obliegt es, diese ordnungspolitischen Abgrenzungen in rechtsverbindliche Richtlinien für den Versorgungsalltag zu gießen.

Wahrheit zwischen Politik und Evidenz

Ob die Hausarztzentrierung tatsächlich hält, was sie verspricht, ist seit Anfang Juni 2026 Gegenstand eines erbitterten Deutungskampfs. Ausgelöst hat ihn eine Evaluation der Hausarztzentrierten Versorgung, die die Techniker Krankenkasse (TK) für ihre in 13 Bundesländern abgeschlossenen TK-HzV-Bundverträge in Auftrag gegeben hatte. Verantwortet hat die Untersuchung Prof. Dr. Jonas Schreyögg, Gesundheitsökonom an der Universität Hamburg, wissenschaftlicher Direktor des Hamburg Center for Health Economics und stellvertretender Vorsitzender des Sachverständigenrates Gesundheit.

Die Datenbasis ist beträchtlich. Die TK ist mit über zwölf Millionen Versicherten die größte deutsche Krankenkasse, über eine Million davon sind in die HzV-Bundverträge eingeschrieben, an denen 10.000 Ärzt:innen und Ärzte beteiligt sind. Das Team zog mehr als eine halbe Million Neueinschreibungen aus den Jahren 2015 bis 2022 heran in der Kontrollgruppe standen je nach Jahr mindestens acht Millionen Beobachtungen aus der Regelversorgung zur Verfügung.

Die Kasse selbst liest das Ergebnis als Abrechnung mit den Hausarztprogrammen. Teilnehmende würden, so die TK, „nicht besser durch Versorgung gelotst", hätten nicht weniger Facharztkontakte und Klinikaufenthalte und verursachten keine geringeren Ausgaben. Tatsächlich zeichnet die Auswertung auf die Gesamtpopulation bezogen ein ernüchterndes Bild: Die HzV senkt die Hausarztkontakte nur leicht, während die spezialfachärztlichen Kontakte zunehmen. Im stationären Bereich findet sich keine signifikante Steuerungswirkung, und unter dem Strich führt die Teilnahme in sämtlichen Leistungsbereichen sogar zu gesteigerten Ausgaben. Der erwartete Mechanismus von weniger Klinikaufenthalten und weniger ungesteuerten Spezialistenbesuchen greift in dieser Form nicht.

Die politische Lesart liefert der stellvertretender Vorsitzender des Vorstands der TK, Thomas Ballast. Er stellt ihr ganz bewusst eine Würdigung der Hausärzteschaft voran: Deutschlands rund 66.000 Hausärzt:innen seien eine zentrale Säule der Versorgung, deren Nachwuchs die TK seit Jahren fördere. Immerhin ist die TK mit rund 1,3 Millionen Versicherten und etwa 14.000 teilnehmenden Ärzt:innen, das sind gut 20 Prozent aller Hausärzt:innen, Anbieter des größten HzV-Programms bundesweit, was ihr eine „Vogelperspektive" erlaube.

Gerade deshalb wiegt der Befund schwer. „Hausärzte versorgen ihre Patientinnen und Patienten unabhängig davon gut, egal ob diese in einem Programm eingeschrieben sind oder nicht", formuliert Ballast die Kehrseite des Ergebnisses. Dass die HzV bei der Steuerung keinen Zusatznutzen erbringe, überrasche nicht, da die Grundsätze hausärztlicher Tätigkeit längst für die Regelversorgung festgeschrieben seien, womit sie seiner Ansicht mach als Blaupause für ein Primärversorgungsmodell deshalb nicht tauge.

Daraus zieht die Kasse weitreichende Konsequenzen. Mit dem Status quo, argumentiert Ballast, leiste man sich „teure hausärztliche Doppelstrukturen", ein für alle Kassen verpflichtendes Vertragsmodell ohne echten Mehrwert neben der ohnehin verpflichtenden Regelversorgung. Ein flächendeckendes Primärversorgungssystem mit durchdachter Steuerungslogik mache ein verpflichtendes HzV-Programm überflüssig, folglich müsse der Kontrahierungszwang abgeschafft werden. Die HzV könne dann freiwillig und zielgerichtet auf jene zugeschnitten werden, die wirklich von ihr profitierten, wie etwa ältere, multimorbide Patient:innen. Zugleich kritisiert Ballast die Honorarverteilung, von der bislang nur wenige Praxen über zusätzliche HzV-Honorare profitierten, während das Geld der Versorgungsarbeit aller Hausärzt:innen zugutekommen sollte. Als Verlierer einer solchen Reform sieht er die Hausärzteschaft ausdrücklich nicht: „Ich bin davon überzeugt, dass in einem zeitgemäßen Primärversorgungssystem regelhaft die meisten Versorgungspfade über die Hausärztinnen und Hausärzte führen werden." Nur eben nicht für jede Patientengruppe und jedes Behandlungsproblem gleichermaßen.

Der Hebel heißt Verbindlichkeit

Schreyögg, der die von der TK beauftragte Studie verantwortet, widerspricht der politischen Verkürzung entschieden. Die HzV steuere nicht etwa gar nicht, sondern „nur bedingt". Der Grund dafür liege mit hoher Wahrscheinlichkeit nicht bei der Hausärzteschaft, sondern in der Anlage des Modells. „Die eigentliche Krux ist die Konstruktion der HzV, so wie sie angelegt ist", sagt der Ökonom (s, MVF-Interview auf den Seiten 12–17). Der entscheidende Hebel, die verbindliche Steuerung, liege gar nicht in der Hand der Praxen, weil die Versicherten nicht verpflichtet seien, sich an den vorgesehenen Weg zu halten. Die Hausärzt:innen könnten nicht steuern, wenn die Patient:innen direkt zum Spezialisten gehen dürften. Anders als in Frankreich, wo ein Facharztbesuch ohne Überweisung mit einem deutlich höheren Eigenanteil verbunden ist, oder in den Niederlanden, wo eine fachärztliche Konsultation ohne hausärztliche Überweisung praktisch nicht erstattungsfähig ist, fehle der deutschen HzV jegliche finanzielle Lenkung. Sein struktureller, nach eigenem Bekunden verallgemeinerbarer Befund lautet daher, dass ohne Verbindlichkeit die Steuerung schwach bleibe.

Das Bild der TK-HzV Studie differenziert sich, sobald man Subpopulationen anaylisert. In einzelnen Teilgruppen zeigt sich durchaus ein Steuerungseffekt, vor allem bei jenen, die sich an den Überweisungsweg halten, zudem stärker bei Älteren als bei Jüngeren. Auch kein Wunder: Das Durchschnittsalter der Teilnehmenden liegt bei knapp 50 Jahren. „Eine Verbesserung der Versorgung bei zugleich geringeren Ausgaben zeigt sich übrigens klar erst bei den über 80-Jährigen", sagt Schreyögg im MVF-Interview.

Die heftigste Gegenreaktion kam vom Virchowbund. Dessen Bundesvorsitzender, Dirk Heinrich, nannte die Untersuchung einen „missglückten Beitrag in der aktuellen Diskussion um ein Primärversorgungsmodell". Er bemängelt konkret, dass die TK-Studie leider nur die halbe Wahrheit abbilde, weil sie durch das „bewusste Ausblenden der Versorgungsrealität in Baden-Württemberg die Gesamtaussage verfälscht". Dort sei die hausärztliche Versorgung zwingend an die fachärztliche gekoppelt. Erst die zusätzlichen Facharztverträge würden das Modell sinnvoll machen, denn ambulante Versorgung sei „eine Gemeinschaftsaufgabe von Haus- und Fachärzten

gleichermaßen". Der Verband hat daraus ein eigenes Konzept abgeleitet, das Modell der Koordinationsärzt:in, in dem jede Patient:in eine koordinierende Ärzt:in hat, die bei Bedarf weiterüberweist. Dabei kommen auch Fachärzt:innen als Primärärzt:innen infrage, etwa Gynäkolog:innen bei grundsätzlich gesunden jungen Frauen oder Augenärzt:innen bei einer isolierten Erkrankung.

Schreyögg weist im MVF-Interview den Vorwurf zurück. Dies allerdings mit einer Begründung, die den Streit auf eine weit sachlichere Ebene hebt. Baden-Württemberg sei nicht aus wissenschaftlichen oder politischen Gründen ausgeklammert worden, sondern weil der dortige Vertrag anders aufgebaut sei als die bundesweit einheitlichen TK-Bundverträge und damit eine andere Intervention darstelle. Wer beide Systeme in einen Pool gebe, vergleiche Unvergleichbares. „Damit werden schlichtweg Äpfel mit Birnen verglichen", sagt er. Der wesentliche Unterschied liege aber nicht nicht im Hausarztvertrag selbst, sondern im Facharztprogramm und der dadurch engeren Verzahnung von haus- und fachärztlicher Ebene. Seiner Ansicht könne es ganau daran liegen, dass die baden-württembergische HzV-Auswertung eine Reduktion der Polymedikation finde und seine eigene nicht. In dieselbe Richtung deutet ein Editorial von Dr. Albrecht Kloepfer von iX-Media, das die Debatte umdeutet: Die eigentliche Frage laute nicht „HzV ja oder nein", sondern „unter welchen Vertragsbedingungen entfaltet ein 73b-Modell Steuerungswirkung?".

Für Schreyögg ist die Konsequenz eindeutig und trifft den Kern der politischen Reform. Die wichtigste Erkenntnis sei die schon im Koalitionsvertrag erwähnte Verbindlichkeit, durch sie steige die Wahrscheinlichkeit eines Steuerungseffekts bei Versorgungsqualität wie Wirtschaftlichkeit deutlich. „Man kann Verbindlichkeit auch als den wirklichen Game-Changer bezeichnen", sagt er. International sei der Befund eindeutig. Er kenne kein System der Welt, in dem Patientensteuerung betrieben werde, sie für die Versicherten aber freiwillig bleibe.

Daraus folge eine Registrierungspflicht, die im Sozialgesetzbuch ohnehin angelegt, aber nicht praktiziert sei, sowie flankiert von der Möglichkeit, bestimmte Fachgruppen wie Gynäkologie, Pädiatrie oder Augenheilkunde vom Überweisungsgebot auszunehmen. Die heutige HzV hält er ausdrücklich nicht für überflüssig, sondern für „ein Übergangsphänomen hin zu einem umfassenden Primärversorgungssystem". Sein Vorschlag ist ein verbindliches Basis-Primärversorgungsmodell für alle Kassen, Versicherten und Hausärzt:innen, auf das wettbewerbliche und selektivvertragliche Elemente – wie die HzV – aufgesetzt werden könnten, ohne die etablierten Strukturen einzureißen. Auf einen Begriff zugespitzt sei das Wort „verpflichtend" ausschlaggebend.

Schreyögg, dessen Studie die TK als Argument gegen die Hausarztzentrierung benutzt, begegnet zudem dem digitalen Ersteinschätzungsansatz der Kasse mit ausdrücklicher Skepsis. Eine solche Triage sei sinnvoll, dürfe aber nicht zu losgelöst von den Primärversorgern gedacht werden, warnt Schreyögg mit Blick auf die Gerechtigkeitsfrage: Rund 90 Prozent der Menschen in Deutschland nutzten mindestens eine haus- oder kinderärztliche Praxis, zähle man die Gynäkolog:innen in Hausarztfunktion hinzu, seien es etwa 95 Prozent. Ein anonymes System berge dagegen die Gefahr zusätzlicher Inanspruchnahme und lasse gerade vulnerable Gruppen außen vor.

Den Kern des Streits bringt Schreyögg selbst auf den Punkt. Seine Studie sei kein Verdikt über die Idee der hausärztlichen Koordination, sondern ein Befund über eine Vertragsimplementierung ohne Verbindlichkeit. Das ist keine Beschwichtigung. Es ist die wohl präziseste Aussage der gesamten Debatte. Sie trennt, was die politische Diskussion hartnäckig vermischt: die Frage, ob hausärztliche Steuerung funktionieren kann. Doch ebenso die Frage, ob sie überhaupt funktionieren kann, wenn die Patient:innen sich nicht daran halten müssen.

Der Engpass hat einen Namen: die Hausärzteschaft

Genau an dieser Stelle setzt die schärfste Kritik an. Denn ein Primärarztsystem, das stark auf die haus- und kinderärztliche Praxis zugeschnitten ist, setzt belastbare Strukturen dort voraus, wo sie ohnehin schon ausgedünnt sind. Der Anteil der an der hausärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzt:innen liegt in Deutschland bei rund 16 Prozent und ist damit im europäischen Vergleich eher gering, wie der Verband der Ersatzkassen unter Verweis auf Daten der OECD festhält. Andreas Beivers, Professor für Gesundheitsökonomie an der Hochschule Fresenius und Leiter von Studienprojekten bei der Rhön Stiftung, bringt das Dilemma auf den Punkt: Eines der größten Nadelöhre der Versorgungslandschaft sei die hausärztliche Versorgung, gerade Hausärzt:innen fänden oft keinen Nachfolger, strukturschwache ländliche Gebiete seien besonders betroffen, und auch in den Städten klagten viele über Überlastung. Sich daher allein auf die Hausärzteschaft im Status quo zu fokussieren, reiche nicht aus.

Die Rechnung, die der Berufsverband der Hals-Nasen-Ohrenärzte (BVHNO) in seinem Positionspapier aufmacht, illustriert die Größenordnung. In einem hausarztzentrierten Primärarztsystem kämen auf die Hausarztpraxen bis zu 102 Millionen Behandlungsfälle pro Jahr hinzu, die eine Überweisung zur Fachärzt:in benötigen. Das sind eben genau die Patient:innen, die sich bisher direkt bei der Fachärzt:in vorstellten. Umgerechnet auf rund 52.000 Hausärzt:innen wären das bis zu etwa 2.000 zusätzliche Kontakte. Schon heute versorgt eine Hausärzt:in im Durchschnitt etwa 3.600 Fälle im Jahr, ungefähr 900 pro Quartal. Zum Vergleich kamen auf eine HNO-Ärzt:in rund 5.000 Behandlungsfälle.

Die Errichtung von Zugangshürden für die fachärztliche Versorgung bei gleichzeitiger Konzentration der Ressourcen auf den haus- und kinderärztlichen Bereich, warnt der Verband, stelle „einen beispiellosen Paradigmenwechsel in der Versorgungslandschaft" dar. Der Verband sieht die Gefahr, dass die Hausarztpraxen auch noch beim Lotsen zum Flaschenhals würden.

Die derzeitigen Pläne werden maßgeblich durch die Debatte über Wartezeiten und die sogenannte Zweiklassenmedizin befeuert, dabei seien die Wartezeiten auf einen Facharzttermin im internationalen Vergleich kurz. Nach einer Befragung der OECD aus dem Jahr 2020 erhielten in Deutschland 75 Prozent der Patient:innen innerhalb eines Monats einen Facharzttermin. Terminprobleme einzelner Fachdisziplinen sind daher im Wesentlichen durch einen Ärztemangel in den betroffenen Fachgruppen erklärbar, valide Daten zur konkreten Wartezeit fehlen ohnehin.

Erhebungen der Kassen zeichnen ein detaillierteres Bild. So ergab eine repräsentative Forsa-Umfrage im Auftrag der TK, für die zwischen dem 25. September und dem 21. Oktober 2025 bundesweit 1.410 Personen befragt wurden, dass 31 Prozent der Befragten Schwierigkeiten haben, bei neuen ge-

sundheitlichen Beschwerden eine geeignete Arztpraxis zu finden. Nur acht Prozent der gesetzlich Versicherten erhielten binnen weniger Tage einen Facharzttermin, 13 Prozent innerhalb von zwei Wochen, 20 Prozent in bis zu vier Wochen. Einen Hausarzttermin bekamen 74 Prozent innerhalb weniger Tage.

Diese Gegenüberstellung der Erhebungen verdeckt allerdings einen wichtigen methodischen Unterschied der beiden Datensätze. Die OECD-Befragung bezieht sich auf den Zugang zu einem bereits bekannten Facharzt, die Forsa-Daten die Suche nach einer neuen Praxis bei unklaren Beschwerden. Dass ein Fachärzteverband, dessen Mitglieder direkt von Überweisungspflichten betroffen wären, ausgerechnet die erste Kategorie hervorhebt, ist nachvollziehbar, aber kein neutraler Befund.

Eine weitere, meist vergessene Perspektive bringt die erst im Juli 2026 erschienene Bertelsmann-Studie „Medizinische Fachangestellte in der ambulanten Versorgung" ins Spiel. Sie knüpft direkt an das Ressourcenproblem der Ärzteschaft an, stellt aber rund 475.000 in Deutschland tätige MFA, die das ärztliche Personal „um ein Mehrfaches" übersteigen, als zahlenmäßig größte und bereits vorhandene Ressource in den Fokus. Ein Primärversorgungssystem lasse sich, so die Studien-Autorinnen, nur tragen, wenn Aufgaben, die keine ärztliche Expertise erfordern, systematisch auf das Praxisteam verteilt würden.

Im Kern der Argumentation steht darum ein Paradigmenwechsel „von der Assistenz zur aktiven Mitgestaltung". Die Studie belegt über den darin zitierten Forschungsstand, dass Hausärzt:innen heute „deutlich häufiger als noch vor 15 Jahren" delegieren, und zwar zunehmend nicht nur technisch-diagnostische Routine (Blutdruck, EKG, Wundmanagement), sondern gerade die Funktionen, die ein Primärversorgungssystem ausmachen: strukturierte Ersteinschätzung und Telefontriage, Erstanamnese, Fallmanagement, geriatrische Assessments, DMP-Kontrollen, Versorgungskoordination und die Anbindung an soziale Dienste. Damit besetzten MFA genau jene Schnittstellen- und Lotsenfunktionen, um die im Primärarztsystemstreit gerungen wird.

Auch der GKV-Spitzenverband sieht in seinem im Juni 2025 beschlossenen Positionspapier „Primärversorgung: Patientenorientierte Koordination in der ambulanten Versorgung" die primärversorgende Praxis als zentrale Anlaufstelle und Koordinatorin der ambulanten Versorgung. Sie soll Behandlungen im Regelfall fallabschließend erbringen und Patient:innen nur bei Bedarf gezielt durch die Versorgungsstufen leiten. Durch gezielte Überweisung und digitale Steuerung sollen Facharztressourcen effizienter genutzt, unnötige Kontakte reduziert und eine bedarfsgerechte, kosteneffiziente Versorgung erreicht werden. Konkret sieht das Papier explizit vor, dass bestimmte Facharztgruppen „nicht mehr ohne Überweisung durch primärversorgende Praxen in Anspruch genommen werden können." Ohne diese Überweisung wäre dann auch keine Abdeckung der fachärztlichen Leistung mehr möglich, da die Behandlung nicht mehr über die Krankenkasse abrechenbar ist. Das Papier verweist allerdings darauf, dass dieses Prinzip schon heute gilt, etwa bei radiologischen Leistungen, die man ebenfalls nicht ohne Überweisung erstattet bekommt.

Nach diesem Papier soll die ärztliche Steuerung im Kern erhalten bleiben, doch wie auch bei der Bertelsmann-Studie in ein multiprofessionelles Team eingebettet werden. Der Text spricht durchgängig von der „primärversorgenden Praxis" als koordinierender Einheit und von einer „primärärztlichen Rolle" bzw. „primärärztlichen Koordinierung". Damit soll nach Ansicht des Spitzenverband Bund die Letztverantwortung für Steuerung, Diagnostik und Therapie bei der Ärzteschaft verbleiben. Gleichzeitig soll dieses Aufgabenspektrum ausdrücklich nicht allein von der Ärzt:in getragen werden. Das Papier fordert, „vermehrt qualifiziertes Personal weiterer Gesundheitsberufe in die Versorgung zu integrieren" und Aufgaben durch Delegation und teils sogar Substitution zu verlagern. Der Versorgungsauftrag soll zudem „interprofessionell ausgerichtet" sein, auch sollen im Rahmen einer „gestuften Patientensteuerung" Fachkräfte gezielter eingesetzt werden, um Ärzt:innen zu entlasten.

Der demografische Schatten

Über die Tagespolitik liegt schon längst der tiefschwarze Schatten der Demografie. In den kommenden Jahren werden Anteil und Zahl alter, kranker und multimorbider Menschen in der Bevölkerung erheblich ansteigen. Eine Entwicklung, die in nahezu allen Konzeptpapieren als eigentlicher Treiber genannt wird. Der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen und in der Pflege hat 2024 in seinem Gutachten „Fachkräfte im Gesundheitswesen. Nachhaltiger Einsatz einer knappen Ressource" festgehalten, dass ein Mehr an Fachkräften angesichts des demografischen Wandels nicht zu erwarten sei. Die Arbeit müsse deshalb effizienter und intelligenter organisiert werden. Der damalige Bundesgesundheitsminister Prof. Dr. Karl Lauterbach (SPD) nannte das Gutachten denn auch ein sehr wichtiges und gab ein politisches Ziel vor: „Gute Reformen oder keine Reformen".

Die Robert Bosch Stiftung verfolgt seit 2016 mit dem Programm „Patientenorientierte Zentren zur Primär- und Langzeitversorgung" (PORT) einen Ansatz, der über die reine Arztpraxis hinausweist: multiprofessionelle lokale Gesundheitszentren, die hausärztliche Versorgung, Pflege, Prävention und soziale Unterstützung zusammenführen und Versorgung für alle Lebensalter anbieten. Vorbilder fand die Stiftung in Ländern wie Kanada, Schweden, Spanien und Slowenien. Bundesweit werden elf Initiativen gefördert, darunter das Gesundheitskollektiv Berlin in Neukölln, ein Stadtteilgesundheitszentrum, das 2023 mit dem Berliner Gesundheitspreis ausgezeichnet wurde. Auf einer von der Rhön Stiftung veranstalteten Diskussionsrunde fiel der ernüchternde Befund, die Idee der Primärversorgung reiche in die 1970er-Jahre zurück, sei in Deutschland aber nie wirklich angekommen. Die nun favorisierte Fokussierung auf die niedergelassenen Ärzt:innen als Gatekeeper sei eher eine Systemkorrektur als ein echter Bruch mit der Arztzentrierung.

Die deutlichsten Warnungen kommen von der finanziellen Seite. Wenige Tage nach Beginn der Koalitionsverhandlungen legte ein Autorentrio im März 2025 in Buchform Vorschläge zu Strukturreformen vor. Das zentrale Argument des Buchs „Die Gesundheit der Zukunft", verfasst von Prof. Dr. Christian Karagiannidis, Prof. Dr. Boris Augurzky und Prof. Dr. Mark Dominik Alscher vom Bosch Health Campus, lautet, dass nicht die Preise, sondern die hohen Behandlungsmengen über Digitalisierung, künstliche Intelligenz, Patientensteuerung, Ambulantisierung und eine stärkere Rolle der Pflegefachkräfte gesenkt werden müssen. So warnte der Intensivmediziner und Co-Autor Karagiannidis: „Es bleiben jetzt gerade mal vier Jahre Zeit, um einen Turnaround zu schaffen". 2030 sei es wahrscheinlich zu spät, denn mit Geld allein seien die Probleme nicht mehr lösbar, auch nicht mit einem Sondervermögen.

Drei Modelle, eine Frage

Während die Problembeschreibung unstrittig ist, gehen die Lösungsansätze weit auseinander. Die Unterschiede treten besonders deutlich zutage, wenn man den Blick auf die konkreten Systemfehler richtet, die sie beheben wollen. Das erste Lager sieht den Fehler in der fehlenden hausärztlichen Koordination. Das zweite in der zu engen Fokussierung auf einen Berufsstand. Das dritte in der Abwesenheit einer standardisierten Ersteinschätzung, bevor eine Arztpraxis involviert ist. Die Therapievorschläge folgen jeweils dieser Diagnose und zeigen die Grenzen der Konzepte.

Das erste Lager, getragen vom Hausärzteverband, von der Bundesärztekammer und vom AOK-Bundesverband, setzt auf die hausärztliche Praxis als verbindlichen ersten Anlaufpunkt. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung, als Vertragspartner der Kassen unmittelbar betroffen, hat bislang keine eigenständige konzeptionelle Position veröffentlicht. Ihre öffentlichen Reaktionen auf die Koalitionspläne waren erkennbar abwartend.

Die Bundesärztekammer hat jedoch unter dem Titel „Koordination und Orientierung in der Versorgung" ein Konzeptpapier vorgelegt, demzufolge die primärärztliche Versorgung zum Normalfall werden soll. Um Verbindlichkeit zu erreichen, sollen sich Patient:innen für mindestens zwölf Monate bei einer Primärarztpraxis einschreiben. D

er AOK-Bundesverband formuliert es in seinem Eckpunktepapier „Von Anfang an gut versorgt" ähnlich. „Kernelement unseres Konzepts sind Primärversorgungspraxen als ein gut erreichbarer und verlässlicher Anlaufpunkt", sagt die Vorstandsvorsitzende des AOK-Bundesverbandes, Carola Reimann. Ausnahmen vom Überweisungsvorbehalt sollen für Kinder- und Jugendarztpraxen, die Frauenheilkunde, chronisch Kranke und Früherkennungsuntersuchungen gelten. Dass die Bevölkerung diesem Modell mehrheitlich zugeneigt ist, belegt eine Forsa-Umfrage im Auftrag der AOK: 55 Prozent stimmen dem Vorschlag zu, dass Facharzttermine nur nach Überweisung vergeben werden, Zahn-, Frauen- und Kinderärzt:innen sind übrigens ausgenommen. Für 79 Prozent der Befragten ist zudem ein fester Ansprechpartner wichtig, der sie durch das System lotst, bei Menschen ab 60 Jahren sind es sogar 84 Prozent.

Die wissenschaftliche Rückendeckung für dieses Lager ist erheblich. Schon der Sachverständigenrat hatte in seinem Gutachten „Bedarfsgerechte Steuerung der Gesundheitsversorgung" unter dem Vorsitz von Ferdinand Gerlach die hausarztkoordinierte Versorgung zur Regelversorgung machen wollen. „Wir sind davon überzeugt, dass der Patient einen Lotsen braucht", erläuterte Gerlach – einen Lotsen, der ihn durch das komplexe System steuere, ihn vor zu viel und falscher Medizin schütze und alle Informationen an einer Stelle bündele. Patient:innen sollten durch Anreize wie vergünstigte Wahltarife zur Teilnahme bewegt werden.

Das zweite Lager um die Facharztverbände lehnt den reinen Hausarztfokus ab und fordert direkte Zugangswege für definierte Patientengruppen. Der Berufsverband Deutscher Internistinnen und Internisten formuliert es unmissverständlich: „Eine pauschale Hausarztzentrierung greift dabei zu kurz." Für definierte Patientengruppen, etwa Dialysepflichtige, Menschen mit Typ-1-Diabetes oder schwerer Herzinsuffizienz, solle die behandelnde Fachärzt:in die Versorgung direkt koordinieren, jedoch abgestimmt mit der Hausärzt:in. Das sei keine Schwächung der hausärztlichen Primärversorgung, sondern entlaste die Praxen und entspreche der tatsächlichen Versorgungspraxis.

In dieselbe Richtung argumentiert der Spitzenverband Fachärzte Deutschlands, der einen fachärztlichen Direktzugang in definierten Fällen fordert und verlangt, dass auf Überweisung erbrachte fachärztliche Leistungen vollständig entbudgetiert werden, weil ihr Bedarf bereits nachgewiesen sei.

Auch der Berufsverband der Deutschen Urologie pocht auf einen garantierten Direktzugang für Notfälle, Tumorpatient:innen und Früherkennung – und lässt zugleich keinen Zweifel an seiner Skepsis gegenüber der politischen Ernsthaftigkeit: „In der Vorhabenplanung des Ministeriums steht das Primärarztsystem auf dem letzten Platz."

Das dritte Lager um die TK verfolgt einen grundlegend anderen Ansatz. Der Einstieg wird von der Arztpraxis in eine standardisierte Ersteinschätzung verlagert. Damit rücken die Krankenkassen und die Digitalisierung nach dem Prinzip „digital vor ambulant vor stationär" in den Mittelpunkt. An den Anfang jeder neuen Behandlung soll eine verbindliche, standardisierte Ersteinschätzung treten, ob online, telefonisch über die Rufnummer 116 117, am Praxistresen oder in einem neu zu schaffenden Integrierten Versorgungszentrum. Eine zentrale digitale Terminplattform, angebunden an die Telematikinfrastruktur und die Praxisverwaltungssysteme, soll Termine nach medizinischer Dringlichkeit vergeben. Vor allem aber lehnt die TK genau das ab, was die Ärzteverbände ins Zentrum stellen: Feste Steuerungsmodelle bei einer spezifischen Ärzt:in, die indikationsübergreifend jeden Behandlungsschritt koordiniert, seien „nicht zielführend", zumal die Auslastung der Hausärzt:innen bereits hoch sei. Die TK setzt stattdessen auf eine indikationsspezifische Steuerung: Primärärzt:in solle zunächst die von der Ersteinschätzung vorgeschlagene Fachrichtung sein.

TK-Vorstandsvorsitzender Jens Baas zieht daraus die direkteste Konsequenz: „Die Primärversorgung sollte nicht ausschließlich bei

Die Positionen der einzelnen Akteure im Überblick

Institution	Träger des Systems	Verbindlichkeitsmodell	vorw. abgelehntes Element
Hausärzteverband, BÄK, SpiBu, AOK	Hausarztpraxis als Pflicht-Erstanlaufstelle	Einschreibepflicht für 12 Monate	Direktzugang zur Mehrzahl der Fachärzte
Techniker Krankenkasse	standardisierte Ersteinschätzung, digital oder telefonisch	indikationsspezifische Steuerung	fester Primärarzt als allgemeiner Gatekeeper
Virchowbund	Koordinationsarzt, auch als Facharzt möglich	Facharztvertrag als Voraussetzung	reine Hausarztzentrierung
KBV	abwartend	keine Festlegung	Eingriff in den Kollektivvertrag ohne Vergütungsregelung
DEGAM	systemische Primärversorgung über Gatekeeping hinaus	Vergütungsreform als Voraussetzung	isolierte Steuerungsarchitektur ohne EBM-Reform
Patientenbeauftragter, VdK und BAG-Selbsthilfe	koordinierende Erstanlaufstelle	freie Facharztauswahl erhalten	finanzielle Strafmaßnahmen für Nicht-Eingeschriebene
vdek und BKK-Dachverband	skeptisch gegenüber allen Modellen	keine Festlegung	isoliertes Hausarzt- oder App-Modell

Tab. 1: Die Positionen der einzelnen Akteure im Überblick. Die BMC-Position ist hier nicht verortbar. Eigene Darstellung.

der Hausarztpraxis liegen." Folgerichtig fordert die TK, dass es mit einem Primärversorgungsansatz in der Regelversorgung kein paralleles Steuerungssystem in Form der HzV mehr brauche – der Kontrahierungszwang müsse wegfallen. Es ist die denkbare schärfste Absage an das hausärztliche Modell. Der Hausärzteverband reagierte prompt: Den TK-Vorschlag nannte er „abstrus und versorgungsfremd".

Es gibt aber noch mehr skeptische Stimmen. So zeigt sich der Verband der Ersatzkassen grundsätzlich skeptisch gegenüber Hausarzt- und Primärarztmodellen. „Die häufig in der Öffentlichkeit diskutierten Hausarztmodelle bieten dafür keine überzeugende Lösung", heißt es mit Verweis auf eigene Auswertungen, denen zufolge bei teilnehmenden Versicherten weder die Zahl der Facharztbesuche noch die der stationären Aufenthalte zurückgehe.

DEGAM-Vizepräsident Prof. Marco Roos warnt wiederum vor der Gegenrichtung: Patientensteuerung allein durch eine Ersteinschätzungs-App sei ein Holzweg. Nötig sei ein Gesamtkonzept, das digitale Ersteinschätzung mit Versorgungspfaden und einer Vergütungsreform verknüpfe. Die DEGAM vertritt als wissenschaftliche Fachgesellschaft der Allgemeinmedizin ebenso die Position, dass Primärversorgung strukturell mehr umfasst als reines Gatekeeping. Ohne eine grundlegende Neugestaltung der Vergütung, die kontinuierliche Arzt-Patienten-Beziehungen honoriert statt Einzelleistungen, bleibe jede Steuerungsarchitektur auf halbem Weg stehen.

Der BKK Dachverband hält hingegen fest, dass weder die Festlegung von Primärärzt:innen als Gatekeeper bei einer Hausarzt-Facharzt-Relation von 30:70 noch das Durchlaufen einer kurzen Befragung allein zu einer spürbaren Entspannung führen werde.

Eine zentrale Rolle in der Akzeptanzfrage spielen die institutionalisierten Patientenvertretungen, die in der Debatte zwischen Kassen und Ärzteschaft oft nur als Adressaten der Reform auftauchen. Der Patientenbeauftragte der Bundesregierung sowie Sozialverbände wie VdK und BAG-Selbsthilfe befürworten grundsätzlich eine koordinierende Erstanlaufstelle, um Orientierung im immer komplexeren System zu bieten. Eine strenge Gatekeeper-Lösung lehnen sie jedoch ab. Die freie Facharztauswahl müsse erhalten bleiben. Vor allem ziehen diese Akteure aber eine rote Linie bei möglichen Sanktionen. Finanzielle Strafmaßnahmen für Versicherte, die sich nicht in ein Primärarztsystem einschreiben oder den direkten Weg zum Spezialisten suchen, werden kategorisch abgelehnt. Diese Haltung markiert das politische Dilemma der Reform. Wirksame Steuerung erfordert Verbindlichkeit, doch spürbare Sanktionen sind kaum durchsetzbar.

Einen Kompromiss, der die unterschiedlichen Ansätze verbinden soll, hat der Bundesverband Managed Care (BMC) im Oktober 2025 unter dem Titel „Fünf Bausteine für die Primärversorgungsreform" (MVF 05/25) vorgelegt. Er verschiebt die Begrifflichkeit: Mit Primärversorgung sei „nicht allein ein Primärarztsystem gemeint", sondern eine interprofessionell organisierte, wohnortnahe Versorgung, in der die Menschen anhand ihrer Bedarfe an die richtige Stelle – hausärztlich, fachärztlich oder nicht-ärztlich – gelotst werden. Damit übernimmt der Verband die Triage-Logik des dritten Lagers, macht aber nicht die Ersteinschätzung selbst, sondern die wohnortnahe „primärversorgende Praxis" im interprofessionellen Team zum Anker. An der Schlüsselfrage der Verbindlichkeit bleibt der BMC bewusst weich: Die Bindung an die Primärpraxis soll „immer freiwillig" und über Anreize statt über Sanktionen erfolgen.

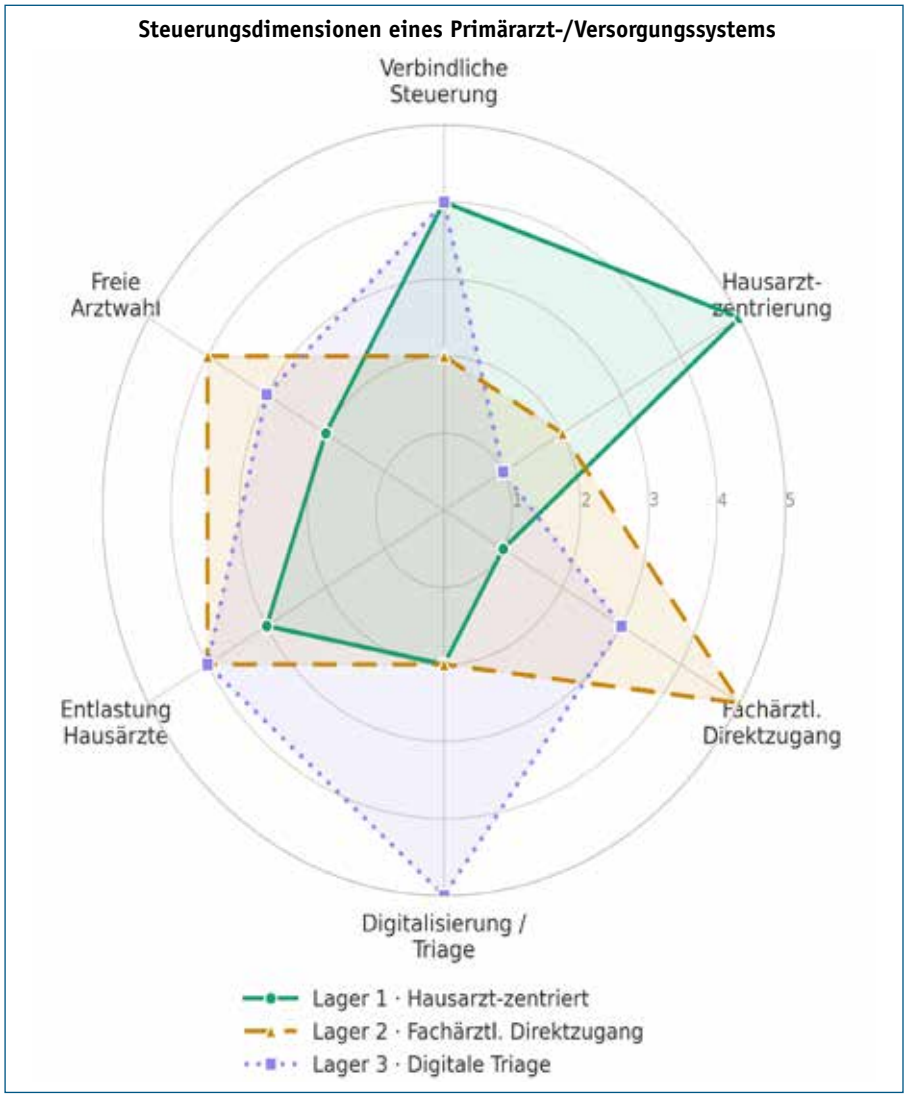


Abb. 1: Steuerungsdimensionen eines Primärarzt-/Versorgungssystems. Ausprägungskala 0–5 (Interpretation durch Stegmaier/Roski). Die BMC-Position ist hier nicht verortbar. Eigene Darstellung.

Lücken in der Datenlage

Die Vorgaben des Koalitionsvertrages sind empirisch nicht unterlegt. Die Lücken lassen sich klar eingrenzen. Zunächst fehlen Daten zu Steuerungseffekten bei unterschiedlichen Verbindlichkeitsstufen. Bislang ist unbekannt, welche Einschreibquote welchen

Lenkungseffekt produziert. Hinzu kommen fehlende Verlaufsanalysen – aufgeschlüsselt nach Einkommensgruppe und Versorgungsregion – für die Jahre nach Einführung des Gatekeepings, wie es sie in Frankreich und den Niederlanden gibt. Schließlich fehlen belastbare deutsche Zahlen zu unangemessenen Direktzugängen: Wie viele der rund 102 Millionen potenziell umgeleiteten Behandlungsfälle sind tatsächlich fehlgesteuerte Kontakte, wie viele sind sinnvolle Direktwege?

Besonders brisant ist der Umstand, dass diese Daten teilweise existieren, in der politischen Diskussion aber kaum herangezogen werden. Ohne sie bleibt jeder Vorschlag für eine Steuerungsarchitektur eine begründete Hypothese, aber beileibe keine evidenzbasierte. Die deutsche Debatte um Patientensteuerung bewegt sich demnach nach wie vor im eher empiriefreien Raum. Da drängt dich die Frage auf: Sind die Autor:innen des Koalitionsvertrages nicht vielleicht einem Schlagwort aufgesessen?

Hinter der Vermutung verbirgt sich ein ernstes Problem. Den Begriff „Primärarztsystem“ gibt es im deutschen Gesundheitssystem bislang nicht als definierte Größe. Ebenso fehlt eine klare Abgrenzung zwischen der Hausärzte- und Primärärzteschaft. Seit Bekanntwerden der Koalitionspläne arbeiteten jedoch Bundesärztekammer, Kassenärztliche Bundesvereinigung und die Berufsverbände getrennt voneinander daran, je eine Definition in ihrem Sinne zu erarbeiten. Prof. Dr. Andreas Beivers, Professor für Volkswirtschaftslehre und Gesundheitsökonomie an der HS Freseinus, fasst die Stimmung in eine Formel, die Zustimmung und Vorbehalt zugleich enthält: „Gute Idee, nun aber bitte an die Arbeit für gelingende Konzepte!“

Steuerungsmodelle im EU-Vergleich

Dass Primärarztsysteme funktionieren, ist international gut belegt. Genau dieser Befund wird von allen Lagern für sich reklamiert. Im internationalen Vergleich sind sie sogar eher Regel als Ausnahme, wie etwa in Italien, Spanien, England, den Niederlanden und Frankreich sowie in den skandinavischen Ländern Dänemark, Finnland und Norwegen (s. MVF-Beitrag auf S. 54 ff).

Nach einer Auswertung der „Zeitschrift für Allgemeinmedizin” ist ein gegliedertes Primärversorgungssystem in 15 von 28 europäischen Ländern etabliert, wie etwa Bulgarien, Kroatien, Estland, Finnland, Ungarn, Irland, Italien, Litauen, die Niederlande, Polen, Portugal, Slowenien, Spanien, Schweden und Großbritannien. In sieben weiteren Ländern wird die hausärztliche Überweisung über die Vermeidung von Zuzahlungen befördert. Ein Vergleich von 18 Industrieländern zeigte, dass die Sterblichkeit umso niedriger ausfällt, je stärker ein Land auf Primärversorgung orientiert ist – insbesondere bei chronischen Erkrankungen.

Die Modelle unterscheiden sich vor allem im Grad der Verbindlichkeit. In Italien und England ist die Registrierung formal freiwillig, faktisch aber verpflichtend, weil ohne sie kein Zugang zum staatlichen Gesundheitssystem besteht. In den Niederlanden, Frankreich und Norwegen ist sie freiwillig, aber folgenreich: In den Niederlanden und Frankreich gehen mit einer fehlenden Registrierung höhere Zuzahlungen oder Nachteile bei der Terminvergabe einher, in Norwegen müssen nicht registrierte Bürger ihre Besuche beim Primärversorger vollständig selbst bezahlen.

Das niederländische Modell, in dem der Hausarzt als Gatekeeper fungiert, sich maximal rund 1.500 Personen pro Hausärzt:in registrieren und etwa 70 Prozent des Einkommens über Kopfpauschalen abgerechnet werden, gilt seit Langem als Referenz. Die niederländische Fachgesellschaft wurde dafür bereits im Jahr 2000 mit dem Carl-Bertelsmann-Preis ausgezeichnet.

Dass dieses Modell unter erheblichem Druck steht, gehört zur vollständigen Einordnung. Niederländische Hausärzte zählen zu den am stärksten belasteten in Europa. Viele Praxen schließen ihre Patientenlisten, und die Wartezeiten auf einen ersten Hausarzttermin sind in den vergangenen Jahren gestiegen. Das mindert den Orientierungswert des Modells nicht grundsätzlich, schließt aber seine Eignung als unkritisches Vorbild aus. Wer das niederländische Modell empfiehlt, muss auch erklären, was Deutschland von den Problemen trennt, die dasselbe produziert hat.

Dänemark wiederum erlaubt seinen Versicherten, jährlich zwischen einem Hausarztmodell mit Gatekeeper und einer Variante ohne Steuerung zu wählen.

Die übergeordnete Evidenz liefert wie so oft die OECD. In ihrem ersten Bericht „Realising the Potential of Primary Health Care“ aus dem Jahr 2020 beschreibt sie die Primärversorgung als ersten Kontaktpunkt, der bei umfassender, kontinuierlicher und koordinierter Ausgestaltung die Effizienz des Systems und die Gesundheit über soziale Schichten hinweg verbessern könne. Zugleich dokumentiert sie ungenutzte Potenziale: Vermeidbare Krankenhausaufnahmen machten in 30 OECD-Staaten noch sechs Prozent der Belegungstage aus. Schätzungen zu unangemessenen Antibiotikaverordnungen in der Primärversorgung reichten von 45 bis 90 Prozent. Ein Viertel der chronisch Kranken in EU-Ländern habe in den vergangenen zwölf Monaten keinen einzigen Präventionstest erhalten. Zwischen 29 und 51 Prozent der Befragten in elf OECD-Ländern hätten Koordinationsprobleme zwischen Primär- und Spezialversorgung erlebt.

Ein weiteres, ganz aktuelles und vom ZI gefördertes OECD-Working Paper 196 „Incentivising patient pathways in outpatient care” geht noch einen Schritt weiter. Das erst Ende Mai dieses Jahres publizierte Paper kartiert die beiden Steuerungsinstrumente „Gatekeeping” und „Zuzahlungen” über alle 38 Mitgliedsländer hinweg. Der Befund fügt sich dabei fast nahtlos in die dargestellte Verbindlichkeitsdebatte: Mehr als drei Viertel der OECD-Staaten (31 von 38) nutzen ein Gatekeeping, in 24 davon ist es sogar verpflichtend – und in nahezu allen verpflichtenden Systemen (21 von 24) ist die Registrierung bei einer Primärarztpraxis Pflicht oder faktisch universell. Nur sieben Länder, darunter Frankreich und die Schweiz, steuern allein über finanzielle Anreize. Freiwilligkeit ohne Konsequenz, wie sie die deutsche HzV kennzeichnet, ist im internationalen Feld die Ausnahme, nicht die Regel – genau der Punkt, auf den Schreyögg die Reform zuspitzt.

Zugleich dämpft die neue OECD-Studie die Erwartungen an das Instrument der HzV selbst. Über die Länder hinweg verschiebt laut Erkenntnissen der OECD-Studie ein Gatekeeping zwar die Versorgung von der fachärztlichen zur hausärztlichen Ebene und senkt damit Klinik- und Notaufnahmekontakte, doch sinken die Gesamtausgaben kaum. Auch beim wichtigsten deutschen Reformmotiv, den Wartezeiten, fällt das OECD-Ergebnis ernüchternd aus: Länder mit verpflichtendem Gatekeeping weisen eher längere Facharztwartezeiten auf als solche mit Direktzugang. Das mag ein Hinweis darauf sein, dass die Lotsenfunktion auf Knappheit reagiert, statt sie zu beheben. So

betonen die OECD-Autor:innen in ihrer Arbeit, dass nicht das Gatekeeping allein die guten Ergebnisse starker Primärversorgungssysteme erklärt, sondern vor allem Kontinuität und Koordination. Für Deutschland hält das Papier eine besondere Pointe bereit: Die freiwillige HzV steuert auf Populationsebene kaum, womit sich der OECD-Blick mit der TK-Evaluation deckt. Dies gilt jedoch wie bei der TK-Studie von Schreyögg mit Einschränkungen. Für die tatsächlich Eingeschriebenen dokumentiert die im OECD-Paper referierte Literatur durchaus Effekte: höhere Impf- und Vorsorgeraten, weniger vermeidbare Klinikaufenthalte, aber, anders als bei Schreyögg, sogar sinkende Gesamtausgaben.

Von anderen Systemen lernen?

So viel Evidenz es auch immer geben mag, fast schon zwanghaft durchzieht die deutsche Debatte die Warnung, fremde Modelle zu kopieren. So mahnen beispielsweise die Internist:innen, dass Primärarztsysteme nur dann funktionierten, wenn sie zu den Strukturen eines Landes passten und nicht als Nachbau jener Systeme entstünden, die andere europäische Länder vor anderthalb Jahrzehnten eingeführt hätten. In der Rhön-Runde benannte eine Expertin eine weitere Hürde, die in Deutschland besonders schwer wiegt: Die Erfahrung anderer Länder zeige, dass „man mehr als 90 Prozent der Versicherten braucht, damit ein solches System funktioniert". Entweder mache man die Teilnahme obligatorisch – nach Jahrzehnten der freien Arztwahl schwer vorstellbar – oder man erreiche die Schwelle durch deutliche finanzielle Anreize.

Beides ist politisch heikel, das eine, weil es Zwang bedeutet, das andere, weil es Geld kostet. Über eine mögliche Malusregelung für Versicherte, die die vorgegebenen Wege nicht einhalten – ähnlich der bis 2012 erhobenen Praxisgebühr – gingen die Meinungen in der Runde entsprechend auseinander.

Die Dringlichkeit des Andreas Storm

Wenige bringen die Dringlichkeit eines einzuführenden Primärversorgungssystems so unverblümt zum Ausdruck wie Andreas Storm, der Vorstandsvorsitzende der DAK-Gesundheit. Für ihn ist ein solches System nicht nur eine Reform unter vielen, sondern Teil dessen, was er „eine Kernsanierung des Gesundheitswesens" nennt. Die Ausgangslage beschreibt er drastisch: Die Finanzlage der gesetzlichen Kranken- und der sozialen Pflegeversicherung sei so schlecht wie nie. Und trotz des höchsten Beitragssatzanstiegs in der Geschichte der Bundesrepublik zum Jahreswechsel seien die Reserven weit unter das gesetzlich vorgeschriebene Maß gesunken, einige Kassen bereits verschuldet. Vor Abschluss der Koalitionsverhandlungen forderte Storm einen umfassenden Finanzstatus, einen Kassensturz. Später warnte er vor einem „Jo-jo-Effekt" mit weiter stark steigenden Beiträgen und forderte einen Stabilitätspakt mit dauerhaft höheren Bundeszuschüssen sowie einer einnahmeorientierten Ausgabenpolitik. Eine ihm besonders wichtige Position: Der Bund finanziere seit Jahren die Gesundheitsversorgung von Bürgergeldempfängern nur unzureichend, woraus ein jährliches Defizit von rund zehn Milliarden Euro entstehe.

In dieses Bild fügt sich seine Haltung zur ambulanten Versorgung. Insbesondere diese müsse anders geregelt werden, sagt Storm, und nennt als Beispiel die Einführung eines Primärarztsystems, wie es die Bundesregierung plant – wichtig, um die zum Teil dramatische Situation bei der Terminvergabe in den Griff zu bekommen. In Storms Vorstellung wenden sich Patient:innen zunächst immer nur an eine festgelegte Ärzt:in, die bei Bedarf weitere Schritte veranlasst. Wer weiterhin freie Arztwahl wünsche, könne dies über einen Zusatztarif erhalten. Den Nutzen formuliert er knapp: „Ein Primärarztsystem sorgt dafür, dass Patient:innen schneller und ganzheitlicher versorgt werden." Zugleich dämpft er die Erwartung an das Tempo: Ein solches System lasse sich nicht in sechs Monaten einführen, man brauche eine klare Zeitschiene. Diese Forderung nach einem stringenten Zeitplan zieht sich durch Storms Auftritte – verbunden mit der Warnung, ohne entschlossenen Umbau in dieser Wahlperiode drohe Deutschland im internationalen Vergleich zurückzufallen.

Storms Stimme hat Gewicht. Sie hat aber natürlich auch eine eigene Interessenposition: Als Vorstandsvorsitzender einer großen Kasse ist er von der Frage des Kontrahierungszwangs unmittelbar betroffen. Welche Reform welcher Kasse nützt, ist keine neutrale Frage. Das gehört zur Einordnung.

Eine Reform auf Kurssuche

Was die aktuelle gesundheitspolitische Debatte verdeckt, ist nüchterner als ihr schieres Volumen vermuten lässt. Alle drei Lager umgehen denselben architektonischen Konstruktionsfehler: Ein System, das mehr als 90 Prozent der Versicherten erreichen muss, um echte Steuerungseffekte zu erzielen, erfordert Verbindlichkeit in einem Ausmaß, das freiwillige Einschreibemodelle strukturell nicht erreichen können. Das ist keine Meinung, sondern ein Befund der Versorgungsforschung, der sich aus der Schreyögg-Studie zur TK-Evaluation ebenso ergibt wie aus der Evidenz europäischer Vergleichsländer. In keinem der Systeme, die Patientenströme nachweislich effizient steuern, bleibt die Teilnahme freiwillig.

Daraus resultiert ein systemisches Risiko, das politisch bislang weitgehend ignoriert wird. Eine Reform, die Verbindlichkeit zwar behauptet, sie in der Durchführung aber nicht konsequent einlöst, reproduziert jene Bedingungen, unter denen bereits die Hausarztzentrierte Versorgung (HzV) ihre flächendeckende Steuerungswirkung verfehlte. Ein de facto freiwilliges System, das lediglich mit schwachen finanziellen Anreizen operiert, wird in eine Pseudo-Compliance münden. Die Befürchtung: Zehn Jahre nach Einführung wird eine Evaluation denselben Befund liefern wie Schreyögg heute, den dann wieder alle Interessengruppen für ihre sektoralen Partikularinteressen reklamieren werden.

Die Friedrich-Ebert-Stiftung hat in einem Anfang 2026 veröffentlichten Papier mit 70 Handlungsempfehlungen für eine Alternative zu diesem Entweder-Oder plädiert. Eine gestufte Einführung, die in gut versorgten Regionen oder expliziten Modellregionen beginnt, statt flächendeckend zu starten. Das mindert das Risiko eines bundesweiten Scheiterns, wirft aber die Folgefrage auf, ob ein regional begrenztes System die nötige Einschreibquote von über 90 Prozent je erreichen kann.

Ob der Gesetzentwurf diese Falle erkennt, wird sich an einer einzigen systemkritischen Schnittstelle ablesen lassen: an den Konsequenzen für Versicherte, die sich nicht einschreiben. Die Ernsthaftigkeit der Reform zeigt sich an einer ganz bestimmten Stelle: Nur wenn die Konsequenzen für nicht eingeschriebene Versicherte spürbar sind, ist der Systemwechsel mehr als eine politische Ankündigung.

Das strukturelle Kernproblem der Ressourcenallokation bleibt davon unberührt:

Ein Primärarztsystem, das die hausärztliche Ebene nicht zugleich durch konsequente Delegation und interprofessionelle Teambasierung entlastet, verengt den Flaschenhals, anstatt ihn zu weiten.

Die Bundesregierung hat sich mit dem Primärversorgungssystem eine der wenigen echten Strukturreformen im Gesundheitsbereich vorgenommen. Ob sie den Weg vom Erkenntnisstadium zum Implementierungsstadium findet, entscheidet sich jedoch nicht an der Formulierung neuer Versorgungsmodelle in Fachdialogen. Der Lackmustest der Reform liegt in der ordnungspolitischen Konsequenz. Ein Primärarztsystem, das echte Patientensteuerung zum Ziel hat, muss die Frage beantworten, welche strukturellen oder finanziellen Konsequenzen es für jene hat, die sich der Steuerung entziehen. Bleibt das Gesetz bei diesem Wort „verbindlich" unscharf, droht die Reform zu einem weiteren freiwilligen Zusatzangebot zu erodieren, das die Ressourcenknappheit im System nicht löst, sondern lediglich weiter verwaltet. <<

von:
MVF-Chefredakteur Peter Stegmaier und
MVF-Herausgeber Prof. Dr. Reinhold Roski

Literatur

Techniker Krankenkasse: Position „Digital vor ambulant vor stationär: Primärversorgungssystem als Schlüssel für mehr Effizienz", September 2025 – https://www.tk.de/presse/themen/medizinische-versorgung/position-primaerversorgung-2203688
Hamburg Center for Health Economics (HCHE) / Techniker Krankenkasse: Evaluation der TK-HzV-Bund-Verträge in 13 Bundesländern, 2026.
Schreyögg, J.; Stegmaier, P.: „Verbindlichkeit ist die Voraussetzung für effektive Steuerung", Interview, in: Online First zu Monitor Versorgungsforschung 04/2026, S. 12–17. (Dok.) – http://doi.org/10.24945/MVF.04.26.1866-0533.2840
Virchowbund (Verband der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte Deutschlands): Pressemitteilung „HzV-Studie der TK nur die halbe Wahrheit", Dr. Dirk Heinrich, Berlin, 2. Juni 2026.
Techniker Krankenkasse: Statement Thomas Ballast (stv. Vorstandsvorsitzender) zum Pressegespräch zur HzV-Evaluation, Berlin, 28. Mai 2026. Gutachten, Studien und Konzeptpapiere
Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen und in der Pflege: Gutachten „Bedarfsgerechte Steuerung der Gesundheitsversorgung", 2018 (zit. nach Deutsches Ärzteblatt) – https://www.aerzteblatt.de/archiv/sachverstaendigenrat-gesundheit-plaedoyer-fuer-gezieltere-steuerung-abec4997-e5f4-41d0-bc56-0cadd458510e
Sachverständigenrat Gesundheit & Pflege: Gutachten „Fachkräfte im Gesundheitswesen", 2024 (mit Statement Karl Lauterbach), Deutsches Ärzteblatt – https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/150956/SVR-Gutachten-Strukturelle-Probleme-angehen-und-Ressourcen-effizienter-einsetzen
Bundesärztekammer: Konzeptpapier „Koordination und Orientierung in der Versorgung", 2025 – https://www.bundesaerztekammer.de/presse/aktuelles/detail/baek-die-primaeraerztliche-versorgung-zum-normalfall-machen
AOK-Bundesverband: Eckpunktepapier „Von Anfang an gut versorgt: Eckpunkte für eine Primärversorgung in Deutschland" inkl. Forsa-Umfrage, 2025 – https://www.aok.de/pp/selbsthilfe/inkontakt/gesetz-primaerarztversorgung/
Hausärztinnen- und Hausärzteverband / Universitätsklinikum Heidelberg: Konzept HÄPPI. https://www.haev.de/themen/haeppi; Machbarkeitsstudie (AOK Baden-Württemberg) – https://www.aok.de/pp/bw/nachricht/haeppi/
Hausärztinnen- und Hausärzteverband: Factsheet Primärarztsystem / HZV, September 2025 – https://www.haev.de/fileadmin/user_upload/News_Dateien/2025/2025_09_05_HAEV_Factsheet_Primaerarztsystem.pdf
Robert Bosch Stiftung: Programm „PORT – Patientenorientierte Zentren zur Primär- und Langzeitversorgung" – https://www.bosch-stiftung.de/de/projekt/port-patientenorientierte-zentren-zur-primaer-und-langzeitversorgung
Friedrich-Ebert-Stiftung: „Reformbedarf in der Primärversorgung" (70 Handlungsempfehlungen), 2026 (zit. nach zm-online) – https://www.zm-online.de/news/detail/70-handlungsempfehlungen-zur-reform-der-primaerversorgung
Berufsverband der Hals-Nasen-Ohrenärzte (BVHNO): Positionspapier „Einführung einer Primärarztversorgung – Gatekeeper-Modell mit hohen Risiken" – https://www.hno-aerzte.de/fileadmin/Downloads/Pressemitteilungen/Positionspapier_Primaerarztmodell__BVHNO_.pdf
Berufsverband Deutscher Internistinnen und Internisten (BDI): Position „Primärarztsystem", September 2025 – https://www.bdi.de/politik-und-presse/politik/positionen/artikel/primaerarztsystem/
Berufsverband der Deutschen Urologie (BvDU): „Primärarztsystem – Patientensteuerung", 2025 – https://urologie-gestalten.de/blog/primaerarztsystem-patientensteuerung/
Popert, U.W. u.a.: „Warum wir ein Primärarztsystem brauchen", Zeitschrift für Allgemeinmedizin (Online-ZFA) – https://www.online-zfa.de/archiv/ausgabe/artikel/zfa-6-2018/49450-103238-zfa20180250-0254-warum-wir-ein-primaerarztsystem-brauchen/
Linde, K. u. a.: „Rahmenbedingungen der Primärversorgung in Deutschland, Norwegen, Großbritannien, den Niederlanden und Italien", Zeitschrift für Allgemeinmedizin, 2024 – https://link.springer.com/article/10.1007/s44266-024-00226-4
OECD: „Realising the Potential of Primary Health Care", OECD Health Policy Studies, 2020 – https://www.oecd.org/en/publications/realising-the-potential-of-primary-health-care_a92adee4-en.html
Koalitionsvertrag CDU/CSU/SPD, 21. Legislaturperiode (zit. S. 106; nach BVHNO-Positionspapier und Apotheken Umschau) – https://www.apotheken-umschau.de/gesundheitspolitik/primaerarztsystem-schneller-zum-termin-beim-facharzt-1292745.html
Bundesgesundheitsministerin Nina Warken, Zitat „... sehr schnell effizienter machen" (RND, zit. nach HÄVBW) – https://www.haevbw.de/News/2025_07_07_hzv-kampagne~n-15530
Bundesärztekammer / Klaus Reinhardt, „Wir brauchen eine stärkere Steuerung" (Ärztekammer Nordrhein) – https://www.aekno.de/aerzte/rheinisches-aerzteblatt/ausgabe/artikel/2024/juni-2024/sachverstaendigenrat-empfiehlt-primaerarztsystem
Nicola Buhlinger-Göpfarth (Hausärzteverband), „... 17 Jahre praktische Erfahrung" (ZWP online) – https://www.zwp-online.info/zwpnews/dental-news/branchenmeldungen/primararztsystem-besser-fur-alle-seiten
Karagiannidis, C. / Augurzky, B. / Alscher, M. D.: „Die Gesundheit der Zukunft" (2025) und Reformvorschläge (Deutsches Ärzteblatt, März 2025; mit Statement Andreas Storm) – https://www.aerzteblatt.de/news/rasche-und-tiefgreifende-reformen-des-gesundheitssystems-in-neuer-legislatur-gefordert-0cbcb3c4-2719-45e5-8914-2880f2f35f84
Andreas Storm (DAK-Gesundheit): „Kernsanierung des Gesundheitswesens" / Beitragsexplosion (Apotheken Umschau) – https://www.apotheken-umschau.de/news/dak-chef-andreas-storm-warnt-vor-beitragsexplosion-und-drohendem-kollaps-1295109.html
Andreas Storm: Kassensturz, Finanzlage, Zusatztarif (Deutsches Ärzteblatt) – https://www.aerzteblatt.de/news/dak-chef-storm-will-kassensturz-im-gesundheitswesen-496a0c5f-542a-4d93-b68b-0a03c833bd70
Andreas Storm: „Jo-jo-Effekt", Stabilitätspakt, Bürgergeld-Defizit (DAK-Gesundheit) – https://www.dak.de/presse/bundesthemen_47994
Andreas Storm / Michael Hubmann (BVKJ): Podcast „GKV in der Krise" (Ärzte Zeitung) – https://www.aerztezeitung.de/Podcasts/GKV-in-der-Krise-warum-ist-das-Klassenzimmer-die-Loesung-DAK-Chef-Storm-und-BVKJ-Praesident-Hubmann-458874.html
Andreas Beivers (Hochschule Fresenius / Rhön Stiftung): „Primärarztsystem ist nur ein Baustein" (Bibliomed Manager) – https://www.bibliomedmanager.de/news/primaerarztsystem-ist-nur-ein-baustein
Rhön Stiftung: Diskussionsrunde „Bringt ein Primärversorgungssystem eine bessere Patientensteuerung?" (90-Prozent-Schwelle) – https://www.rhoen-stiftung.de/bringt-ein-primaerversorgungssystem-eine-bessere-patientensteuerung/
vdek/SpiFa-Positionen, Empirie-Kritik (Observer Gesundheit) – https://www.observer-gesundheit.de/primaerarztsystem-wissen-sie-was-sie-tun-sollen
vdek: „Das deutsche Gesundheitswesen im europäischen Vergleich" (Anteil Hausärzte, Bettenzahl) – https://www.vdek.com/magazin/ausgaben/2024-04/gesundheitswesen-deutschland-europa-vergleich.html
BKK Dachverband: „Eckpunkte zur Neuausrichtung der ambulanten Versorgung" (30:70) – https://www.bkk-dachverband.de/versorgung/eckpunkte-zur-neuausrichtung-der-ambulanten-versorgung
Marco Roos (DEGAM) und Matthias Soyka („Krankenkassenzentrierte Versorgung"), berufspolitische Stimmen (änd) – https://www.aend.de/article/240007
Techniker Krankenkasse/Jens Baas: Forsa-Umfrage zur Arztsuche und Facharzttermine – https://www.tk.de/presse/themen/medizinische-versorgung/ambulante-versorgung/tk-forsa-umfrage-arztsuche-2168128
Primärarztsysteme im internationalen Vergleich (Registrierungsmodelle) – https://www.monitor-versorgungsforschung.de/abstract/primaerarztsysteme-im-internationalen-vergleich/
Ländervergleich Deutschland/Niederlande: Hausarzt als Gatekeeper, Carl-Bertelsmann-Preis (Deutsches Ärzteblatt) – https://www.aerzteblatt.de/archiv/laendervergleich-deutschland-niederlande-der-hausarzt-als-gatekeeper-74ca14b1-ff58-4429-9d1e-985543df1cf4
Hausarztmodell Dänemark / Niederlande (Groenewegen/Greß, Jahrbuch für kritische Medizin Bd. 38) – https://www.med.uni-magdeburg.de/jkmg/wp-content/uploads/2013/03/JKM_Band38_Kapitel07_Groenewegen_Gre%C3%9F.pdf
BMC: Fünf Bausteine für die Primärversorgungsreform. https://www.monitor-versorgungsforschung.de/abstract/bmc-stellt-roadmap-zur-primaerversorgung-vor/?highlight=BMC+Prim%C3%A4r
Incentivising patient pathways in outpatient care: OECD Health Working Papers No. 196. https://dx.doi.org/10.1787/349dcf1c-en
Spitzenverband Bund-Positionspapier „Primärversorgung: Patientenorientierte Koordination in der ambulanten Versorgung", https://t1p.de/wlejh

Transparenzhinweis

Für die Literaturrecherche und die Strukturierung der Argumentationslinien wurde im Arbeitsprozess Künstliche Intelligenz unterstützend herangezogen. Die Ergebnisse wurden durch die Autoren fachlich geprüft; die Verantwortung für den Text verbleibt bei den Verfassern.

Zitationshinweis

Stegmaier, P., Roski, R.: „Der verpflichtete Patient", in „Monitor Versorgungsforschung" (04/26), S. 18–27. http://doi.org/10.24945/MVF.04.26.1866-0533.2843

Primärquellen

Bezeichnung	Typ	Institution/Autor:innen	Jahr	Kernidee / Inhalt	Link
Koalitionsvertrag CDU/CSU/SPD – Verbindliches Primärarztsystem	Politik / Vorhaben	Bundesregierung (CDU, CSU, SPD)	2025	Einführung eines verbindlichen Primärarztsystems in der 21. Legislaturperiode; grundsätzlich entscheidet die Hausarztpraxis bei freier Arztwahl über Überweisungen.	https://t1p.de/z7x2h
Fachdialog Primärversorgung / geplantes Primärversorgungsgesetz	Gesetzesvorhaben	Bundesgesundheitsministerium (BMG, Min. Nina Warken)	2026	Ende Januar 2026 gestarteter Fachdialog zum Aufbau einer Primärversorgung; angekündigter Gesetzentwurf für das Primärarztsystem. Primärversorgungspraxen als verlässlicher erster Anlaufpunkt.	https://t1p.de/638jk
Konzeptpapier „Koordination und Orientierung in der Versorgung"	Konzeptpapier	Bundesärztekammer (BÄK), Präs. Klaus Reinhardt	2025	Primärärztliche Versorgung soll Normalfall werden; Patient:innen wählen verbindlich eine Praxis (Einschreibung mind. 12 Monate) als ersten Anlaufpunkt, der Weiterbehandlung koordiniert. Interprofessionelle Teamstrukturen, sektorenverbindende Versorgung.	https://t1p.de/rja3d
Eckpunktepapier „Von Anfang an gut versorgt: Eckpunkte für eine Primärversorgung in Deutschland"	Konzeptpapier + Umfrage	AOK-Bundesverband, Vorstandschefin Carola Reimann	2025	Primärversorgungspraxen als gut erreichbarer, verlässlicher Anlaufpunkt mit Überweisungsvorbehalt; Ausnahmen für Kinder-/Jugend-, Frauenheilkunde, chronisch Kranke, Früherkennung. Begleitende forsa-Umfrage (55% Zustimmung Überweisungsvorbehalt).	https://t1p.de/4i54t
HÄPPI – Hausärztliches Primärversorgungszentrum, Patientenversorgung Interprofessionell (Konzeptpapier)	Versorgungskonzept	Hausärztinnen- und Hausärzteverband in Kooperation mit Universität Heidelberg	2023	Interprofessionelle Teampraxis (Ärzte, MFA, PA, PCM) mit digitalen Lösungen und Delegationsrahmen; Hausarztpraxis als steuernder Primärversorger/Gatekeeper. Patient-Reported-Outcomes, gestufte Implementierung auf Basis der HzV.	https://t1p.de/s99or
HÄPPI – Konzeption eines Modells für die ambulante Versorgung (wiss. Publikation, ZFA)	Studie / Fachartikel	Hausärzteverband BW & Abt. Allgemeinmedizin Universitätsklinikum Heidelberg	2024	Wissenschaftliche Beschreibung der Modellentwicklung eines interprofessionellen Primärversorgungszentrums; Machbarkeitsstudie bestätigt breite Umsetzbarkeit.	https://t1p.de/58sjw
Factsheet Primärarztsystem + Hausarztzentrierte Versorgung (HZV)	Positionspapier	Hausärztinnen- und Hausärzteverband (HÄV)	2025	HzV als bereits etabliertes Primärarztsystem (>10 Mio. Versicherte, 17 Jahre Erfahrung) als Basis der Reform; Hausarztpraxis als zentraler Zugang.	https://t1p.de/6y0nu
Gutachten 2018 „Bedarfsgerechte Steuerung der Gesundheitsversorgung"	Gutachten / Studie	Sachverständigenrat Gesundheit & Pflege	2018	Über 70 Empfehlungen; hausarztkoordinierte Versorgung zur Regelversorgung machen; Patient als 'Lotse' durch das System.	https://t1p.de/9ptnq
Gutachten 2024 „Fachkräfte im Gesundheitswesen – Nachhaltiger Einsatz einer knappen Ressource"	Gutachten / Studie	Sachverständigenrat Gesundheit & Pflege (SVR)	2024	Empfiehlt Primärarztsystem mit flächendeckender Registrierung bei Haus-/Kinderärzten zur Steuerung in die angemessene Versorgungsebene; Quotierung der Facharztweiterbildung; verpflichtende ambulante Weiterbildungsabschnitte.	https://t1p.de/luwkf
PORT – Patientenorientierte Zentren zur Primär- und Langzeitversorgung	Förderprogramm / Modellkonzept	Robert Bosch Stiftung / Bosch Health Campus	2016	Multiprofessionelle lokale Gesundheitszentren (Hausarztmedizin, Pflege, Prävention, soziale Unterstützung) für alle Lebensalter; 11 geförderte Standorte (z. B. GeKo Berlin-Neukölln, Hohenstein). Inspiriert von Kanada, Schweden, Spanien, Slowenien.	https://t1p.de/0f357
PORT-Gesundheitszentren – Thesenpapier zu Umsetzung, Vergütung und Weiterentwicklung	Gutachten / Thesenpapier	Robert Bosch Stiftung (Gutachten u. a. Oberender AG)	2020	Zentrale Thesen zur Strukturierung der ambulanten Grundversorgung über PORT-Zentren; Weiterentwicklung zu regionaler Primärversorgung; Vergütungsmodelle Richtung Kopfpauschalen.	https://t1p.de/uf3se
Reformbedarf in der Primärversorgung – 70 Handlungsempfehlungen	Studie / Publikation	Friedrich-Ebert-Stiftung (FES), Expertenteam	2026	Analyse des Änderungsbedarfs; gestufte Einführung eines umfassenderen Primärversorgungssystems statt kurzfristiger flächendeckender Pflicht; Start in gut versorgten Regionen oder Modellregionen.	https://t1p.de/rdjqc
Gesundheitskollektiv Berlin (GeKo) – Stadtteilgesundheitszentrum	Praxis-/Modellprojekt	Gesundheitskollektiv Berlin e. V. (PORT-Standort)	2019	Stadtteilgesundheitszentrum in Berlin-Neukölln, das Gesundheits- und Sozialleistungen zugänglicher und gerechter macht; Vorbild für Berliner Förderprogramm weiterer Primärversorgungszentren. Berliner Gesundheitspreis 2023.	https://t1p.de/tteoa
Ensuring primary care in Germany – quantitative survey of general practitioners	Studie (peer-reviewed)	Forschungsteam (PMC / BMC), deutsche Hausärzt:innen	2024	Quantitative Befragung zu Maßnahmen gegen Hausärztemangel, konzeptioneller Schwerpunkt multiprofessionelle ambulante Zentren, Primärarztsystem und neue Delegationsmodelle zur Entlastung der Allgemeinmedizin.	https://t1p.de/pqef1
Rahmenbedingungen der Primärversorgung in DE, NO, GB, NL und IT – eine Übersicht (ZFA)	Vergleichsstudie	DEGAM / Zeitschrift für Allgemeinmedizin (K. Linde u. a.)	2024	Vergleichende Darstellung der Rahmenbedingungen (Gatekeeper-Funktion, Vergütung, Praxisgröße, Team) auf Basis der Commonwealth-Fund-Profile 2020.	https://t1p.de/401fd
Primärarztsysteme im internationalen Vergleich – Implikationen für Deutschland	Vergleichsstudie (peer-reviewed)	Gina Wittlinger MSc / Prof. Dr. oec. Leonie Sundmacher MSc	2025	Analyse von neun europäischen Gesundheitssystemen + Israel mit Fokus auf Koordinations- und Gatekeeping-Funktion; Registrierungspflicht/-freiwilligkeit, Wechselmöglichkeiten, Zuzahlungen.	https://t1p.de/skyx0
Position „Digital vor ambulant vor stationär: Primärversorgungssystem als Schlüssel für mehr Effizienz"	Positionspapier	Techniker Krankenkasse (TK)	2025	Primärversorgung nach Prinzip „digital vor ambulant vor stationär. HzV-Kontrahierungszwang soll entfallen.	https://t1p.de/ltdsg
„Fünf Bausteine für die Primärversorgungsreform"	Positionspapier	BMC e. V.	2025	Wohnortnahe „primärversorgende Praxis" im interprofessionellen Team, freie Arztwahl, keine Werbindlichkeit.	https://t1p.de/xkttm
Medizinische Fachangestellte in der ambulanten Versorgung	Studie	Bertelsmann Stiftung,	2026	Bestandsaufnahme, Analyse des Forschungsstands, Good-Practice-Beispiele und Analyse der Stakeholder-Positionen.	https://t1p.de/ldqnn
Primärversorgung: „Patientenorientierte Koordination in der ambulanten Versorgung"	Positionspapier	Spitzenverband Bund	2025	Primärversorgende Praxis als zentrale Steuerungsinstanz, Zugangssteuerung statt freier Direktinanspruchnahme.	https://t1p.de/wlejh
Internationale Erfahrungen und Handlungsoptionen für Deutschland	Studie	Philipp Naß MSc et al.	2026	Vergleich internationaler digitale Triage-Tools in Deutschland, Österreich, der Schweiz, den Niederlanden, Großbritannien, Finnland und Australien.	https://t1p.de/5kk3o

Tab. 1: Recherchestand: 22. Juli 2026. Eigene Darstellung.

OptiMedis-Studie für die Bertelmann Stiftung: Potenzialanalyse zum Einsatz von Praxisassistenzberufen

Kann Delegation die Hausarztversorgung sichern?

Wenn Hausärzt:innen knapper werden, lautet die reflexhafte Antwort meist: mehr Studienplätze. Eine neue Potenzialanalyse von OptiMedis im Auftrag der Bertelsmann Stiftung hält dem entgegen, dass dieser Weg viel zu lange dauert. Selbst bei sofortiger Aufstockung stünden zusätzliche ärztliche Kapazitäten erst in 12 bis 15 Jahren bereit. Die aktuelle Studie (1) verfolgt deshalb eine andere These: Die vorhandene ärztliche Arbeitszeit lässt sich durch konsequente Arbeitsteilung im Praxisteam so viel effizienter nutzen, dass die Versorgung kurzfristig gesichert werden kann.

>> Der Studienbefund fällt deutlich aus. Auf Basis zweier fallzahlstarker Innovationspraxen kommen die Autor:innen zu dem Ergebnis, dass weitergebildete und akademisierte Praxisassistenzberufe – vor allem Physician Assistants (PAs) und Nichtärztliche Praxisassistentinnen und -assistenten (NäPAs) – unter ärztlicher Aufsicht im Schnitt rund 65 Prozent jenes Zeitvolumens übernehmen können, das sonst Hausärzt:innen selbst aufbringen müssten. Anders gerechnet: Eine Praxis kann ihr Versorgungsvolumen rechnerisch um bis zu 200 Prozent steigern – und zwar bereits innerhalb der heute geltenden Delegationsvereinbarungen.

Den Vergleich liefern zwei Praxen, die schon heute stark auf Delegation setzen. Das MVZ Birkenallee im niedersächsischen Papenburg versorgt mit vier ärztlichen Vollzeitäquivalenten rund 3.200 Patientinnen und Patienten pro Arzt und Quartal – ein Vielfaches des bundesweiten Durchschnitts von 916. Möglich machen das elf PAs und drei NäPAs, die Hausbesuche, Wundversorgung, technische Diagnostik und geriatrische Assessments übernehmen, teils sogar fachärztliche Untersuchungen unter telemedizinischer Supervision spezialisierter Klinikärzte. Die zweite Innovationspraxis, die Hausärzte am Spritzenhaus im baden-württembergischen Baiersbronn, kombiniert Delegation mit einem ungewöhnlich hohen Digitalisierungsgrad, darunter KI-gestützte Dokumentation und eine Patienten-App; dort kommen 1.817 Patienten pro Arzt zusammen.

Den Gegenpol bilden drei kommunal getragene Standard-MVZs in ländlichen Regionen. Sie arbeiten überwiegend arztzentriert, beschäftigen keine PAs und nur punktuell NäPAs. Ihre Patientenstruktur unterscheidet sich kaum von den Innovationspraxen, der Chronikeranteil liegt bei etwa 52 Prozent. Trotzdem werden dort schätzungsweise nur fünf bis zehn Prozent der Leistungen delegiert – ein Hinweis darauf, dass die Unterschiede in der Versorgungskapazität nicht durch die Krankheitslast, sondern durch die Organisation der Arbeit erklärt werden.

Aus dem Quotienten von 65 Prozent leitet die Studie eine Simulation ab. Grundlage ist das Basisszenario des BARMER Instituts für Gesundheitssystemforschung (bifg), das für 2030 einen zusätzlichen Bedarf von gut 3.200 hausärztlichen Vollzeitäquivalenten prognostiziert. Rechnet man die rund 5.000 heute unbesetzten Arztsitze hinzu, ergibt sich ein Zielwert von rund 8.300 Vollzeitäquivalenten für eine, wie es heißt, "gelungene Vollversorgung". Das Ergebnis: Schon bei eher konservativen Annahmen lässt sich der errechnete Mehrbedarf kurzfristig zunehmend verringern und bis 2030 sogar überschießend decken; freigesetzt würde die Arbeitszeit von 8.818 vollzeitbeschäftigten Hausärzt:innen – rechnerisch genug, um bundesweit eine Vollversorgung zu ermöglichen.



Wie groß die regionalen Unterschiede sind, macht ein von OptiMedis entwickelter Versorgungssimulator sichtbar. Er ergänzt die bislang zu groben hausärztlichen Planungsbereiche um ein 100-Meter-Raster aus dem Mikrozensus, das auf einer Forschungsarbeit des Leibniz-Instituts für ökologische Raumentwicklung beruht. So lässt sich modellieren, wie zusätzliche Delegationskräfte den Versorgungsgrad und die verfügbare ärztliche Versorgungszeit in einzelnen Teilräumen verändern, und es wird sichtbar, wo zusätzliche Kapazitäten den größten Nutzen entfalten. Drei Beispiele illustrieren das Prinzip.

Beispiel Jüterbog

Im brandenburgischen Mittelbereich Jüterbog mit gut 28.000 Einwohnenden liegt der Versorgungsgrad bei 60,4 Prozent, getragen von 10,6 hausärztlichen Vollzeitäquivalenten und Versorgungszeiten zwischen 22 und höchstens 62 Minuten – deutlich unter dem Bundesdurchschnitt von 66 Minuten. Nach der modellhaften Verteilung von 13,3 Delegationskräften steigt der Versorgungsgrad auf 109,6 Prozent, die Versorgungszeiten auf 43 bis 93 Minuten. Zum Vergleich: Die bifg-Prognose erwartet für Jüterbog im Jahr 2040 lediglich einen Versorgungsgrad von 51,5 Prozent.

Beispiel Salzwedel

Ein ähnliches Bild zeigt Salzwedel in Sachsen-Anhalt. Den heute 30,8 vorhandenen ärztlichen Vollzeitäquivalenten und 34 Ärztinnen und Ärzten in 26 Praxen steht ein offizieller Versorgungsgrad von 77,5 Prozent gegenüber. Werden dem Mittelbereich 19,8 Delegationskräfte zugewiesen, steigt der Versorgungsgrad auf 111,6 Prozent. Über ein Histogramm lässt sich zudem nachvollziehen, wie sich die Einwohnerinnen und Einwohner im Szenario auf die verschiedenen Versorgungsgrade verteilen und wie deutlich sich die Ausgangslage verbessert.

Beispiel Hamburg

Dass es nicht nur um den ländlichen Raum geht, zeigt das dritte Beispiel: Auch in Stadtstaaten existieren Versorgungsschwachstellen. In Hamburg betrifft dies etwa Teile von Neugraben-Fischbek mit gut 27.500 Einwohnenden und einer durchschnittlichen Versorgungszeit von 57 Minuten sowie von Finken-

Simulation Jüterbog: Versorgungsgrad vor und nach Simulation

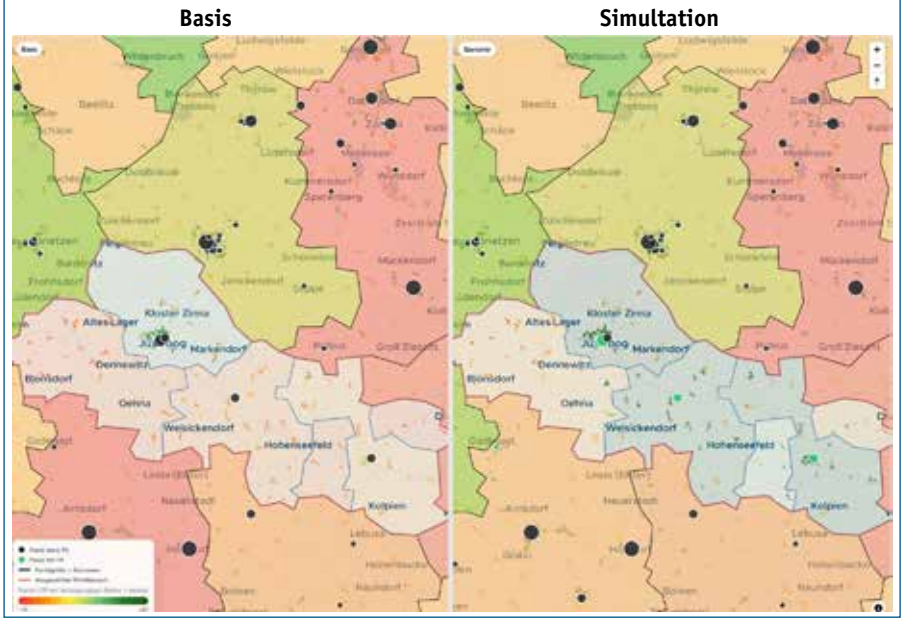


Abb. 1: Beispiel für die Simulation in Jüterbog. Quelle: Vortrag von Dr. h c. Helmut Hildebrandt auf dem BMC-Webgespräch „Wie sichern wir hausärztliche Versorgung trotz Ärztenmangel?" Vortragstitel: „Versorgungssimulation: Potenzialanalyse zum Einsatz von Praxisassistenzberufen in der hausärztlichen Versorgung / Delegation im Praxisteam".

werder und angrenzende Gebiete jenseits der Landesgrenze in Niedersachsen. Vergleichbar liegt der Mittelbereich Porta Westfalica in Nordrhein-Westfalen mit rund 36.500 Einwohnenden bei einem Versorgungsgrad von 65,9 Prozent und einer durchschnittlichen Versorgungszeit von 47 Minuten. Der Simulator versteht sich dabei ausdrücklich als ergänzende Entscheidungshilfe; er bildet weder Spezialisierungen noch tatsächliche Patientenströme ab und unterstellt eine lineare, homogene Wirkung der Delegationskräfte.

Bemerkenswert ist, dass dieser Effekt selbst unter bewusst vorsichtigen Annahmen bestehen bleibt. Die Simulation rechnet mit überwiegender Teilzeittätigkeit, mit einer Quote von nur 25 Prozent, die nach der Ausbildung tatsächlich in Hausarztpraxen gehen, und mit einem Umsetzungsgrad, der langsam von 15 Prozent im Jahr 2026 auf 70 Prozent 2030 ansteigt. Eine Plausibilitätsrechnung zeigt zudem, dass selbst bei einem Einsatz ausschließlich in kooperativen Strukturen wie Gemeinschaftspraxen und MVZs 2030 nur eine Delegationskraft auf 1,7 ärztliche Vollzeitäquivalente eingestellt werden müsste.

Die Hürden benennen die Autor:innen offen: Sorgen um rechtliche Sicherheit und Haftung, ungeklärte Refinanzierung, Unkenntnis über Ausbildungsinhalte sowie die Befürchtung von Qualitätsverlust oder Ablehnung durch Patienten. Für all dies lägen jedoch bereits Erfahrungen und Argumente vor. Ein Cochrane-Review von 2018 etwa legt nahe, dass von Pflegekräften erbrachte Versorgung im Vergleich zur ärztlichen "probably generates similar or better health outcomes for a broad range of patient conditions".

Die OptiMedis-Studie versteht sich ausdrücklich als Debattenbeitrag. Ihr Zielbild ist ein erweitertes Primärversorgungssystem, in dem ärztliche Zeit für Kernaufgaben, Supervision und Teamkoordination reserviert bleibt, während qualifizierte Teams, digitale Werkzeuge und Telemedizin die Routine tragen. Die Botschaft von Dr. Brigitte Mohn, der Vorstandsvorsitzenden der Bertelsmann Stiftung, im Studienvorwort ist eindeutig: Um einen künftigen Ärztemangel müsse man sich wenig sorgen, wenn die Aufgabenverteilung in den Praxen modernisiert werde – man müsse den Weg nur entschlossen angehen, bevor sich die Engpässe weiter verschärfen. <<

von: MVF-Chefredakteur Peter Stegmaier

1: https://t1p.de/2e5af

Zitationshinweis

Stegmaier, P.: „Kann Delegation die Hausarztversorgung sichern?", in „Monitor Versorgungs-forschung" (04/26), S. 28–29. http://doi.org/10.24945/MVF.04.26.1866-0533.2844

Zuerst zum Hausarzt?

>> In dem Beitrag (1) „Zuerst zum Hausarzt? So wirkt ein Primärarztsystem auf die Versorgung", veröffentlicht im „Science Media Center" der SMC Germany gGmbH e.V., Köln, wurden sechs Expert:innen gebeten, die die bislang vorhandene Evidenz für ein Primärarztsystem einzuschätzen und mit Blick auf die hausärztlichen Kapazitäten zu bewerten.

Prof. Dr. Ferdinand Gerlach vom Institut für Allgemeinmedizin der Frankfurter Goethe-Universität betont, dass in 80 bis 90% der Fälle eine fallabschließende Grundversorgung im Vordergrund stehe und nur bei 10 bis 20% eine Weiterleitung in andere Ebenen nötig sei. Deutschland leiste sich einen ungesteuerten Direktzugang in alle Versorgungsstufen, was zu hohen Kosten und mittelmäßigen Ergebnissen führe.

Auffällig ist die hohe Zahl der Arztkontakte. Die von der OECD berichteten 9,8 Kontakte pro Jahr bilden laut **Prof. Dr. Reinhard Busse** von der TU Berlin nur Abrechnungsfälle ab; tatsächlich dürften es grob geschätzt rund 20 sein. Fehlanreize einer mengenorientierten, quartalsbezogenen Vergütung provozierten unnötige Wiedereinbestellungen.

Prof. Dr. Stefanie Joos vom Universitätsklinikum Tübingen sieht das Kernproblem weniger in zu vielen Arztbesuchen als in mangelnder Koordination. Ein gutes System dürfe nicht auf Zugangskontrolle reduziert werden, sondern brauche eine verlässliche Anlaufstelle, multiprofessionelle Teams und eine funktionierende elektronische Patientenakte. Die zugleich diskutierte Krankschreibung ab dem ersten Tag hält sie für unvereinbar mit dem Ziel, unnötige Kontakte zu vermeiden.

Prof. Dr. Michel Wensing vom Universitätsklinikum Heidelberg betont, eine starke Primärversorgung verbessere die Gesundheit und senke Kosten.

Entscheidend sei Verbindlichkeit, so **Prof. Dr. Jonas Schreyögg** (Universität Hamburg): Die freiwillige hausarztzentrierte Versorgung entfalte nur begrenzte Steuerungswirkung.

Prof. Dr. Marco Roos (Universität Augsburg) fordert für die DEGAM verbindliche Versorgungspfade und eine bedarfsgerechte Vergütung. Als Vorbilder gelten die Niederlande, Dänemark und weitere nordische Länder – kopieren lasse sich jedoch keines. <<

1: https://t1p.de/ekei9

Zitationshinweis

May, U.: „Zeit für Eigenverantwortung", „Monitor Versorgungsforschung" (04/26), S. 30. http://doi.org/10.24945/MVF.04.26.1866-0533.2846



Prof. Dr. rer. pol. Uwe May ORCID 0000-0003-4948-706X

Professor für Gesundheitsökonomie mit Schwerpunkt Pharmakoökonomie, Hochschule Fresenius / May und Bauer – Konzepte im Gesundheitsmarkt

Zeit für Eigenverantwortung

>> Die aktuelle Gesundheitspolitik reagiert mit ungewohnter Konsequenz auf die defizitäre Lage der GKV und die sich abzeichnenden Versorgungsengpässe im Gesundheitssystem. Neben dem GKV-Spargesetz ist gegen Jahresende eine weitreichende strukturelle Reform der Primärversorgung zu erwarten. Dabei kann man über die im Raum stehenden Steuerungsinstrumente trefflich streiten. Zugleich sollte aber Einigkeit dahin gehend bestehen, dass es einen rationalen Weg jenseits tiefgreifender Einschnitte nicht gibt. Jedenfalls dann nicht, wenn das Ziel darin besteht, die knappen Ressourcen so einzusetzen, dass möglichst viel gesundheitlicher Nutzen für die Menschen erreicht wird.

Es ist nicht länger zu leugnen, dass die bereits beschlossenen oder noch diskutierten Maßnahmen auf gewisse Einschränkungen des Zugangs zu Leistungen und auf höhere finanzielle Beteiligungen der Patienten hinauslaufen. So z. B. durch die Notwendigkeit der digitalen Ersteinschätzung vor Arztbesuchen und eine deutliche Erhöhung der Patientenzuzahlungen u. a. zu verordneten Arzneimitteln. Auch eine Kontaktgebühr für Arztbesuche wurde wieder ins Gespräch gebracht. Letztere könnte Menschen sensibilisieren, bei leichteren Beschwerden die begrenzten ärztlichen Kapazitäten mit Bedacht in Anspruch zu nehmen. Damit übernehmen sie zugleich Mitverantwortung für jene Patienten, die eine medizinische Behandlung dringender benötigen.

Der an dieser Stelle naheliegende Begriff der Eigenverantwortung ist allerdings im Zusammenhang gesundheitspolitischer Überlegungen in Deutschland überwiegend negativ konnotiert. Assoziiert wird damit oft ein Mangel an Solidarität und unsozialer Abwälzung von Kosten auf die Patienten. Ganz anders sieht dies der schweizerisch-österreichische Wirtschaftsphilosoph Gerhard Schwarz, wenn er sagt: „Doch Eigenverantwortung ist ein Ausdruck von Solidarität. Wer für sich und die Seinen sorgt, um der Allgemeinheit nicht zur Last zu fallen, handelt solidarisch. Wer sich als Opfer zelebriert und wegen kleinster Probleme Hilfe fordert, ist asozial. Außerdem schließt Selbstverantwortung die soziale Verantwortung nicht aus. Es handelt sich um sich ergänzende Begriffe."

Diesem Gedanken folgend, fehlt es vielleicht auch oft einfach an einem gemeinsamen Verständnis dessen, was Eigenverantwortung konkret bedeuten kann. Dafür spricht zumindest die Beobachtung, dass in unseren Nachbarländern regelmäßig ein höheres Maß an Eigenverantwortung der Patienten erwartet wird, wobei dies als Selbstverständlichkeit und nicht als Mangel an Solidarität wahrgenommen wird.

In der Schweiz etwa sehen Patienten ihren Hausarzt im Durchschnitt zweimal pro Jahr, während der Wert für Deutschland um ein Vielfaches höher liegt. Evidenz dafür, dass unsere international rekordverdächtige Zahl an Arztbesuchen mit einem inkrementellen Gesundheitsnutzen einhergeht oder sogar kosteneffektiv ist, fehlt bis heute. Auch zukünftig wird dieser Beleg wohl kaum zu erbringen sein, denn ein relevanter Teil der vielen Besuche vor allem in Hausarztpraxen entfällt hierzulande auf leichtere, grundsätzlich selbst behandelbare Gesundheitsstörungen.

Viele dieser Arztkontakte entstehen nicht aus medizinischer Notwendigkeit, sondern durch strukturelle Rahmenbedingungen. So zählen Krankschreibungen zu den wichtigsten Frequenzbringern in Arztpraxen. Dies resultiert oft aus gesetzlichen und betrieblichen Vorgaben, die eine Krankschreibung bereits am ersten oder zweiten Tag der Abwesenheit vom Arbeitsplatz erfordern. Ebenso verbreitet ist die Motivation, eine Arztpraxis aufzusuchen, um günstig oder – im Fall einer Zuzahlungsbefreiung – sogar vermeintlich „kostenlos" an ein verordnetes Medikament zu gelangen.

Unsere aktuellen gesundheitsökonomischen Analysen zeigen, dass durch eine Stärkung der Selbstmedikation Effizienzgewinne in Milliardenhöhe für die GKV und die Volkswirtschaft sowie massive Entlastungen der Arztpraxen realisierbar sind. Voraussetzung hierfür ist allerdings der gezielte Abbau bestehender Fehlanreize: Der zentrale Treiber liegt darin, dass im Fall von „Bagatellerkrankungen" wie Erkältungen die von der Solidargemeinschaft zu tragenden Kosten einer Arztbehandlung um ein Vielfaches höher sind als die Kosten einer geeigneten Selbstmedikation mit rezeptfreien Arzneimitteln. Für die Patienten selbst ist die eigenverantwortliche Behandlung selbst behandelbarer Gesundheitsstörungen im Durchschnitt jedoch nicht teurer als ein Arztbesuch, da Zuzahlungen, Wegekosten und Mehrfachnutzungen von OTC-Arzneimitteln rechnerisch zu berücksichtigen sind.

Auch aus rein versorgungspolitischer Sicht ist der Bereich selbst behandelbarer Gesundheitsstörungen für ein Mehr an Eigenverantwortung prädestiniert. Dies liegt nicht zuletzt daran, dass eine heilberufliche Beratung und Begleitung der Patienten in den Apotheken zur Verfügung steht. Diese genießen in der Bevölkerung hohes Vertrauen und können als niedrigschwellige Anlaufstelle in der Primärversorgung eine zentrale Rolle bei der Selbstbehandlung übernehmen. Zudem können Apotheken künftig einen noch stärkeren Beitrag zur Prävention und Früherkennung leisten – und damit zur Förderung gesundheitsbezogener Eigenverantwortung. Die im Apothekenreformgesetz ermöglichten Kompetenzerweiterungen bzgl. Impfungen, Blutabnahmen, PoC-Tests sowie assistierte Telemedizin sind daher unbedingt zielführend. Ärztliche Standesvertretungen liegen schlicht falsch, wenn sie befürchten, dass die Apotheken im Versorgungsgeschehen als Konkurrenz zu Arztpraxen etabliert werden. Sie werden vielmehr komplementäre Aufgaben übernehmen, die in der ärztlichen Versorgung perspektivisch nicht (mehr) leistbar sind und z. T. auch dort als Überversorgung einzuordnen sind.

Die Neuordnung der Primärversorgung wird zum Lackmustest dafür, ob es gelingt, das deutsche Gesundheitssystem von einer Kultur der Inanspruchnahme hin zu einer Kultur der verantwortungsvollen Patientensteuerung weiterzuentwickeln. Im Idealfall gelingt es dabei sogar, in Deutschland der vielzitierten „Vollkaskomentalität" eine im besten Sinne solidarische Kultur der Eigenverantwortung entgegenzusetzen. <<

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



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

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

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

jnj.com/innovativemedicine/germany

Johnson&Johnson
The Health&Care Company

Serie Teil 2: Der Gesundheitscampus Seelow

Ein Zukunftslabor der wohnortnahen Versorgung

Auf den Fluren des Krankenhauses Seelow stehen Leitern, aus der Decke hängen Kabel. Wo bis vor Kurzem Patientinnen und Patienten lagen, arbeiten jetzt Handwerker. Das Bild, das der Journalist des Nordkuriers, Benjamin Lassiwe, bei seinem Besuch im Herbst 2025 (1) zeichnete, fasst die Lage der kleinen Klinik in der Kreisstadt von Märkisch-Oderland treffend zusammen: Hier wird nicht abgewickelt, hier wird umgebaut. Aus dem klassischen Landkrankenhaus der Grundversorgung mit einst 90 Betten soll binnen vier Jahren ein „Gesundheitscampus" werden – ein Ort, an dem ärztliche, therapeutische und pflegerische Leistungen unter einem Dach zusammenlaufen und wo dann je nach Bedarf entsprechend versorgt wird. Für Brandenburgs Gesundheitsministerin Britta Müller (2) ist Seelow nicht weniger als ein „wahres Leuchtturmprojekt für Brandenburg". Für Katja Thielemann, die Geschäftsführerin des Hauses, ist es vor allem eines: der hartnäckige Versuch, Versorgung am Leben zu halten, während ringsum die wirtschaftlichen Grundlagen wegbrechen. Doch: Ob dieser Geist und dieser Wille, die Versorgung nicht nur aufrechtzuerhalten, sondern zukunftsfähig zu gestalten, die nächsten Monate und Jahre übersteht, entscheidet sich nicht im ost-brandenburgischen Seelow, sondern im nur rund 80 Kilometer entfernten Berlin.

>> Solange die nötige Vorhaltung von Landkrankenhäusern der Grundversorgung – wie Seelow eines ist – nicht verlässlich gegenfinanziert wird, solange diese meist kleineren Häuser ihre Defizite über viele Monate vorstrecken müssen und solange ihnen Vorgaben, die im selben Umfang auch für Maximalversorger gelten, übergestülpt werden, bleibt das Reallabor für die Versorgung der Zukunft ein Modell; eines, das gegen den vor allem vom Sozialgesetzbuch gesetzten Rahmen anarbeitet. Die Handwerker auf den Fluren von Seelow haben längst den leichteren Teil erledigt, auch wenn gerade noch an einem ambulanten OP-Zentrum gebaut wird. Der weit schwierigere Part – die Zukunftssicherung und damit vor allem die Finanzierung jener Versorgung, die alle behaupten erhalten und sichern zu wollen – ist noch in voller Arbeit.

Die Causa Seelow verdichtet lehrbuchhaft, worum es im größten Umbau der deutschen Krankenhauslandschaft seit Einführung der Fallpauschalen geht. Seit Dezember 2024 gilt das Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVVG), das die Versorgung von einer rein mengengesteuerten Logik auf eine qualitätsorientierte, gestufte Struktur umstellen soll. Es sieht unter anderem vor, dass künftig rund 350 Standorte – etwa ein Fünftel aller heutigen Krankenhäuser – als sektorenübergreifende Versorger arbeiten, im Reformjargon technokratisch „Level-1i-Häuser" genannt. Seelow ist ein Haus in ländlicher Region, welches die Notfallversorgung und damit die Daseinsvorsorge sicherzustellen hat. Es ist zugleich ein Testfall für die Frage, die über der gesamten Branche schwebt: Lässt sich wohnortnahe Medizin im dünn besiedelten Flächenland erhalten, wenn das Geld knapper wird und die Vorgaben durch das anstehende GKV-Stabilisierungsgesetz sicher noch schwieriger werden?

Was in Seelow entsteht

Das Konzept des Seelower Gesundheitscampus, den die Partner – die Innovative Gesundheitsversorgung in Brandenburg" (IGiB) auf der einen und das Brandenburger Gesundheitsministerium (MASGZ) auf der anderen Seite – gemeinsam tragen, klingt zunächst nach einer Schrumpfung, also nach einem Abbau der Versorgung: Die Zahl der vollstationären Betten sinkt von 90 auf 45. Doch bildet der rein ökonomisch bedingte Bettenabbau nur die eine Hälfte der Rechnung; die andere ist der Aufbau neuer Versorgungsformen, die den Versorgungsauftrag des Standorts gerade nicht entkernen, sondern neu ausrichten und möglichst zukunftssicher aufstellen sollen.

Konkret bleiben die Mindestvoraussetzungen für ein Krankenhaus der Grundversorgung erhalten – Innere Medizin, Notfallversorgung sowie Allgemein- und Unfallchirurgie. Zugleich werden am Standort verstärkt ambulante chirurgische Eingriffe erbracht. An der Schnittstelle zwischen ambulant und stationär entsteht zudem eine sogenannte Überwachungseinheit, in der Patient:innen nach einem ambulanten Eingriff bis zu 24 Stunden beobachtet werden können, ohne formell stationär aufgenommen zu werden – jene Grauzone, in der bislang die wohnortnahe Medizin auf dem Land an formalen Aufnahmekriterien scheitert. Dazu versorgt eine Kurzzeitpflegestation mit bis zu 18 Plätzen Menschen, die vorübergehend Pflege brauchen. Hinzu kommen Physiotherapie, eine Apotheke, ein Sanitätshaus sowie Beratungs- und Koordinierungsleistungen. Perspektivisch sollen auch telemedizinische Lösungen den Zugang zu weiteren Angeboten erleichtern, ein Weiterbildungsnetzwerk soll ebenfalls Teil des Campus werden. Das ist aber Zukunftsmusik.

Spiegelbildlich zur Aufwertung des Ambulanten wird das Spezialisierte abgegeben: Das in Seelow bislang betriebene Herzkatheterlabor und die kardiologischen Angebote wandern ins rund 40 Kilometer entfernte Strausberg. Dies folgt voll einem ökonomischen Grundsatz aus der Krankenhausreform, den Katja Thielemann immer wieder betont: Nicht jeder Standort muss alles vorhalten, wenn die Region als Ganzes gut versorgt sein soll. Deshalb übernimmt im Versorgungsverbund des Landkreises jedes der drei kommunalen Häuser eine eigene Rolle: Seelow als kleinstes Haus die ländliche Grund- und Notfallversorgung samt ambulantem Zentrum, Wriezen





Katja Thielemann ist Geschäftsführerin der Krankenhaus Märkisch-Oderland GmbH, Träger von drei kommunalen Krankenhäusern: Seelow (siehe Bild), Wriezen und Strausberg. Bild: Krankenhaus Märkisch-Oderland GmbH.

als zweitgrößtes ebenfalls die Grundversorgung, ergänzt um ein Endoprothetik- und ein Wirbelsäulenzentrum, Strausberg schließlich die spezialisierte Medizin von der Gynäkologie und Geburtshilfe über die Gefäß- und Onkochirurgie bis zur Kardiologie. „Alles, was sich ambulant versorgen lässt, können wir hier mit hoher Qualität, sehr guter Ausstattung und qualifiziertem Personal abbilden", beschreibt Krankenhauschefin Thielemann die neue Aufgabenteilung von Seelow.

Nur so lässt sich eine Versorgungslücke schließen, die ein einzelnes Haus nie hätte füllen können: So hätte sich beispielsweise eine niedergelassene gynäkologische Praxis in Seelow nie getragen, im Verbund aber – mit einer gut ausgebildeten Oberärztin aus Strausberg und interdisziplinär genutzten Räumen des bereits etablierten Medizinischen Versorgungszentrums in Seelow – ließ sich das Angebot etablieren. Ein Selbstläufer sei das aber nicht, sagt Thielemann; die Personalgewinnung bleibe schwierig. Ihren Standort beschreibt sie als aus dem „Dornröschenschlaf" erwacht; eine „Revitalisierungskur" zum Wohle der Versorgung in der Region nennt sie den Umbau, der seinen Preis hat: ein ständiges Jonglieren, um das Konstrukt irgendwie am Laufen zu halten.

Das Dilemma der Vorhaltung

Um zu verstehen, warum ein Krankenhaus, das wirklich für die Grundversorgung gebraucht wird, dennoch in wirtschaftliche Not gerät, muss man die Logik der ländlichen Versorgung kennen. Katja Thielemann erklärt sie mit der Geduld einer Frau, die seit 1992 im Krankenhausgeschäft tätig ist und seit 2021 mit der Übernahme der drei Krankenhäuser in Seelow, Wriezen und Strausberg durch den kommunalen Gesundheitsverbund der Krankenhaus Märkisch-Oderland GmbH für alle drei Standorte verantwortlich zeichnet. Brandenburg, sagt sie, habe die bundesweit höchste Dichte an sogenannten Sicherstellungskrankenhäusern – Häuser, deren Schließung einen „versorgungsweißen Fleck" auf der Landkarte hinterließe. Im Landkreis Märkisch-Oderland trifft dieser Status sogar auf zwei von drei Kliniken zu. Einfach ausgedrückt: Nimmt man zwei der drei Häuser aus der Gleichung, entsteht in der Region eine reale Unterversorgung.

Das Problem liegt im Bauprinzip der Krankenhausfinanzierung. Die Länder tragen die Investitionsförderung – Bauten, Medizintechnik, Instandhaltung –, die Krankenkassen zahlen über die Erlöse den laufenden Betrieb. Wo immer es liegt, muss jedes Krankenhaus die definierte Infrastruktur rund um die Uhr vorhalten, gleich ob ein Patient kommt oder nicht: 24/7-Notfallversorgung, Ärzte im Haus und Bereitschaft, Rettungsstelle in Betrieb. Aus dem Auseinanderklaffen von Vorhaltekosten und tatsächlicher Inanspruchnahme entstehen Defizite fast zwangsläufig: Man hält vor, doch die fehlende Inanspruchnahme bedeutet ständig fehlende Einnahmen. Eine ganz einfache Gleichung.

Auf der anderen Seite haben Sicherstellungskrankenhäuser einen Rechtsanspruch, sich das entstehende Jahresdefizit ausgleichen zu lassen. Doch der Ausgleich kommt erst spät – frühestens im August des Folgejahres kann der Zuschlag beantragt werden, wenn die Jahresabschlüsse vorliegen und geprüft sind. So lange muss der Träger die Defizite vorstrecken und seine Fixkosten selbst finanzieren. Das kommunale Krankenhaus Seelow erhält derzeit keine Zuschüsse seines Trägers, sondern arbeitet mit Liquiditätskrediten und balanciert die Lasten im Verbund, bis die Defizitfinanzierung greift. Auch sie deckt die Kosten nicht vollständig: Die Sicherstellungszuschläge fangen das Minus nur teilweise auf. Ohne diesen Sicherstellungscharakter, stellt Thielemann klar, hätte das

Haus aus insolvenzrechtlicher Sicht keine Chance – es fehlt die Fortführungsprognose, weil so niemals die Aussicht auf eine schwarze Null bestehe.

Hinzu kommt ein struktureller Widersinn, den die anstehende Reform des GKV-Stabilisierungsgesetzes wohl noch eher verschärft denn auflöst. Die medizinisch und ökonomisch durchaus sinnvolle Ambulantisierung verdrängt die stationäre Behandlungsnotwendigkeit. Gerade auf dem Land, mit einer oft hochbetagten Klientel, gäbe es viele Fälle, die – so Thielemann – für 24 oder 48 Stunden „ganz gut" in ein Krankenhausbett gehörten, schlicht damit jemand ein Auge auf den Patienten hat. Doch wo Leistungen ambulant erbracht werden müssen und eine stationäre Aufnahme nur unter engen Kriterien erlaubt ist, bleiben in der Fläche kaum noch stationäre Fälle. Das kleine Haus steht dann da mit – überspitzt – mehr Ärzten als Patienten, gefangen in Personal-, Struktur- und Qualifikationsvorgaben, die für einen Maximalversorger gedacht sind, sich aber, so Thielemanns Kritik, eben nicht eins zu eins auf ein grundversorgendes Landkrankenhaus übertragen lassen.

Genau hier setzt das Seelower Konzept seinen pragmatischen Hebel an. Statt das pflegerische Personal, das für mehrere Stationen vorhanden ist, mit zu wenig Patienten zu beschäftigen, wird eine Kurzzeitpflege ins Krankenhaus integriert. Dies aber nicht als eigene GmbH ausgegründet, sondern als Station unter dem Dach des Hauses, abgerechnet über die Pflegeversicherung statt über das Krankenhausentgelt. Seit Januar läuft das Angebot; von den 18 Plätzen sind im Schnitt zehn bis zwölf belegt – fast zwei Drittel. Doch bleibt die Auslastungssteuerung schwierig, weil hochbetagte Pflegebedürftige immer wieder doch krankenhausbehandlungsbedürftig werden oder – was natürlich auch vorkommt – versterben. Im Kern jedoch gelingt etwas Bemerkenswertes: Vorhandenes Pflegepersonal generiert Einnahmen und deckt vor allem einen Bedarf, der im Landkreis zwar schon lange vorhanden, aber bisher nicht zu decken war.

„Wir befinden uns im freien Fall"

So viel Aufbruch der Campus-Gedanke verströmt – die Zuversicht der Geschäftsführerin endet abrupt an der Stelle, an der die Bundespolitik ins Spiel kommt. Am 29. April 2026 hat die Bundesregierung ihren Gesetzentwurf zur GKV-Beitragssatzstabilisierung verabschiedet. Für die Krankenhäuser bedeutet das Gesetz nach Berechnung der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) sofort wirksame Erlöskürzungen von 4,6 Milliarden Euro im Jahr 2027, die bis 2030 auf 10,5 Milliarden Euro anwachsen; in Summe rund 30 Milliarden Euro über die Jahre 2027 bis 2030. Es ist dieser Sparkurs, den Thielemann mit der Bundesgesundheitsministerin verbindet – deren Namen sie im Gespräch immer wieder fallen lässt – und vor dessen gravierenden Folgen sie warnt.

Die Ausgangslage ist bundesweit schon vor diesen Kürzungen prekär. Bereits 2025 schrieben nach DKG-Angaben rund 75 Prozent der Krankenhäuser rote Zahlen. Etwa fünf Milliarden Euro müssen die kommunalen Träger jährlich aus ihren Haushalten bereitstellen, um die Defizite ihrer Häuser auszugleichen. Dennoch mussten zwischen 2023 und 2025 90 Krankenhäuser mit rund 39.000 betroffenen Beschäftigten ein Insolvenzverfahren durchlaufen. Eine Ende April 2026 veröffentlichte Analyse der Autoren des unabhängigen „Krankenhaus Rating Reports" zeichnet das Bild, das die geplanten Kürzungen erzeugen würden, in dunklen Farben: 2030 schrieben nur noch 19 Prozent der Kliniken schwarze Zahlen, die Branche geriete mit durchschnittlich minus sechs Prozent in eine beispiellose Schieflage, und 49 Prozent der Standorte wiesen ein hohes Insolvenzrisiko auf.

Für ein Haus wie Seelow ist die Mechanik besonders heikel. Thielemann hält die im KHVVG angelegte Vorhaltefinanzierung für eine „Mogelpackung": Sie sei an die stationären Fälle gekoppelt – wenn aber alles ambulantisiert werde, frage sich doch, aus welchen Fällen die Vorhaltepauschale überhaupt refinanziert werden solle. Ihre Grundkritik: Die Reform fordert zugleich Ambulantisierung, finanziert aber die Vorhaltung weiter über stationäre Mengen. Wer beidem folge, sägt, so Thielemann, am eigenen Ast. „Wir befinden uns im freien Fall", sagt sie. Eine Folgenabschätzung habe es im Vorfeld nicht gegeben; niemand habe analysiert, was im Ergebnis der derzeit stattfindenden Transformation herauskomme. Die Unsicherheit nimmt sogar noch zu: Denn was die anstehende Spargesetzgebung in den nächsten fünf Jahren bringe, könne sie schlicht nicht sagen – nur dass es wohl bedeute, dass „noch mehr Geld aus unseren Töpfen rausgeht".

Bemerkenswert ist, dass diese Kritik überhaupt nicht aus einer Verweigerungshaltung kommt. Die meisten Kliniken, betont Thielemann, seien sich einig, dass eine Gesundheitsreform nötig sei. Der Vorwurf richtet sich nicht gegen den Umbau an sich, sondern gegen seine Art: gegen das Tempo, die Hektik („getrieben ohne Ende"), gegen das Diktat detaillierter Vorgaben von oben, gegen überbordende Bürokratie und gegen das Fehlen einer Übergangsfinanzierung, die das wirtschaftliche Überleben bedarfsnotwendiger Häuser bis zum Greifen der neuen Planung sichert.

Welche Reformen die Krankenhausseite fordert

In dieser Frage verweist Thielemann ausdrücklich auf ein Papier der Deutschen Krankenhausgesellschaft (3). Dabei handelt es sich um einen ganzen Katalog von Maßnahmen, mit denen sich kurzfristig Kosten senken ließen. Gemeint ist die am 8. Mai 2026 vorgelegte Forderungsliste „Deregulierung und Kostensenkung jetzt!", in der die DKG 25 sofort umsetzbare Maßnahmen bündelt.

Der Verband beziffert das so zu hebende Entlastungspotenzial immerhin auf bis zu 15 Milliarden Euro jährlich – ohne, wie die DKG betont, negative Folgen für die Versorgungsqualität. Damit weist sie das Argument zurück, das Vertreter der Koalitionsfraktionen gegen jeden Entlastungsvorschlag ins Feld führten, weil man „bei der Qualität keine Abstriche machen" wolle. Auf eben diesen Punkt zielt auch Thielemann: Qualität werde gerne wie eine Monstranz vorangetragen, sei aber als Argument oft eine leere Hülle. Ihr Haus habe keine schlechte Qualität – wenn sie diese nachweisen könne, so ihre Logik, müsse man auch zugestehen, die Versorgung nach eigenem fachlichem Ermessen bestmöglich zu organisieren.

Die Stoßrichtung der DKG-Vorschläge ist Deregulierung. Schon ihr Erwartungspapier an die 21. Legislaturperiode des Bundestages – ein Zehn-Punkte-Katalog – forderte eine „konsequente Deregulierung, Hinwendung zu Anreizsystemen und umfassendem Bürokratieabbau". Konkret verlangt der Krankenhausverband, kleinteilige Personalvorgaben durch einen „Ganzhaus-Ansatz" zu ersetzen und bundeseinheitliche Planungs-

vorgaben am flexibleren „NRW-Modell“ auszurichten. Vor allem aber pocht die DKG auf eine „echte Strukturkostenförderung“, die auch kleine Standorte der wohnortnahen Grundversorgung „fallzahlunabhängig auskömmlich“ finanziert – exakt das Problem, an dem sich Seelow abarbeitet.

Den fünften Punkt widmet die DKG dem „Krankenhaus als Gesundheitscampus“ – derselbe Begriff, unter dem Seelow transformiert wird. Krankenhäuser seien, so die Argumentation, angesichts der wachsenden Probleme der Kassenärztlichen Vereinigungen, die ambulante Versorgung flächendeckend sicherzustellen, der zentrale Anlaufpunkt für Patient:innen und müssten konsequent für die klinisch-ambulante Versorgung geöffnet werden. Wo niedergelassene Ärzte die fachärztliche Versorgung nicht mehr sicherstellen können, sollten die Bundesländer Krankenhäusern dauerhaft ambulante Aufgaben zuweisen können – jenseits der KV-Zulassungsausschüsse.

Hier deckt sich die Verbandsposition fast wörtlich mit Thielemanns eigenem Wunsch. Im Grunde, sagt sie, wäre schon viel gewonnen, wenn die Sektorengrenzen fielen und das Krankenhaus „einfach schlichtweg versorgen“ dürfte, ohne für jede Leistung eine eigene Zulassung zu brauchen und in fremden Budgets zu wildern. „Mir ist es egal, wer durch die Tür kommt und medizinische Versorgung braucht“, formuliert sie das Versorgungsverständnis, das hinter dem Gedanken des Gesundheitscampus steht. Heute aber darf das Haus einen ambulant zu behandelnden Patienten – etwa nach einem Sturz oder bei unklaren Bauchschmerzen – nur als einzige, gering vergütete Pauschale abrechnen, während dieselbe Leistung im niedergelassenen Sektor einzeln und damit refinanzierbar bezahlt wird.

Würde man dem Krankenhaus erlauben, in die ambulante Grundversorgung zu gehen, ließen sich andere Versorgungskosten vermeiden und zugleich die Vorhaltung gegenfinanzieren – die heute, so Thielemann, eben nicht gegenfinanziert ist. Sie fordert daher für solche Transformationsprojekte mehr gestalterischen und finanziellen Spielraum für die Akteure vor Ort. Es ist auch die Forderung nach Vertrauen statt Vorschrift – das zieht sich, von der DKG über die Krankenkassen bis zur Seelower Geschäftsführerin, wie ein roter Faden durch viele Stellungnahmen solcher Fälle.

Konsens als Erfolgsrezept – und seine Grenzen

Was Seelow von anderen Schauplätzen des Strukturwandels unterscheidet, ist weniger die medizinische Zielsetzung als die Art der Umsetzung. Der Umbau verlief, wie der „Nordkurier“-Artikel festhielt, bislang „völlig geräuschlos“ – ein Leuchtturm, wie Müller es bei ihrem Besuch formulierte, ohne Nebelhorn. Landrat Gernot Schmidt (SPD) führt das auf die konsequente Einbeziehung aller Beteiligten zurück: „Wir haben immer alles gemeinsam in den Gremien besprochen“, sagt er; eine zerstörerische Standortdebatte um die drei kommunalen Häuser des Kreises habe es nie gegeben. Stattdessen setzte der Kreis auf flankierende Maßnahmen wie die Rekommunalisierung des Rettungsdienstes, um den Notarztstandort Seelow dauerhaft zu sichern, und auf das MVZ-System, um fachärztliche Sprechstunden ins Land zu bringen.

Der Kontrast zu anderen Regionen ist gewollt. Im Landkreis Elbe-Elster wurde zum Beispiel die Auseinandersetzung um die Krankenhausstandorte zum Synonym für öffentliche Kontroversen und Standortdiskussionen. Im brandenburgischen Wittstock traf die Schließung eines privaten Krankenhauses die Kommune völlig unvorbereitet. Ministerin Müller nutzt beide Negativbeispiele, um ihre zentrale Lehre zu illustrieren: „Einer alleine kann es heute nicht mehr schaffen“ – Versorgung gelinge nur, wenn die Akteure frühzeitig miteinander reden und Pläne gemeinsam schmieden. In der Lausitz, mit den wirtschaftlich schwer angeschlagenen Häusern Guben und Forst, zeigt dasselbe Prinzip seine Tragfähigkeit: weg von der Konkurrenz um dieselben Leistungen hin zu einer strukturierten Arbeitsteilung nach dem Grundsatz, nicht jeder Standort müsse alles anbieten, aber jede Region müsse gut versorgt sein.

Wie weit ein solcher proaktiver Weg trägt, demonstriert das niedersächsische Holzminden, in der MVF-Fachserie als „Blaupause“ (4) für integrierte Versorgung gehandelt. Nachdem die Trägergesellschaft Agaplesion im August 2023 Insolvenz angemeldet hatte und das Krankenhaus Ende November 2023 schloss, war der Landkreis zeitweise der erste in Niedersachsen ohne jede stationäre Krankenhausversorgung. Auf der „grünen Wiese“ entstand daraufhin ein Regionales Gesundheitszentrum, das 24-Stunden-Erreichbarkeit mit einer bettenführenden Pflegeeinheit verbindet. Holzminden zeigt damit, dass solche Zentren funktionieren können und die Patientenzufriedenheit hoch ist. Aber auch, dass solche Konzepte einen erheblichen Erklärungsbedarf gegenüber allen Beteiligten erzeugen.

Es ist dieser Erklärungsbedarf, an dem auch Thielemann arbeitet. In Seelow wurde das Konzept über Jahre in vertraulichen Gesprächen vorbereitet, ehe es im vergangenen Sommer öffentlich vorgestellt wurde – ein „Plan B“, wie es ein Experte beschreibt, eine Selbstverpflichtung des Krankenhauses, eng mit dem Ministerium abgestimmt, weil die gesetzlichen Rahmenbedingungen oft zu starr und bundesweite Reformen oft zu spät kommen für wirtschaftlich bedrängte Häuser. Genau diese Haltung – nicht auf den „Fingerzeig aus Berlin“ zu warten, sondern regional und passgenau zu handeln – beschreibt die Fachpresse als das Muster, dem inzwischen mehr Regionen folgen, als man gemeinhin denkt.

Die offene Rechnung

Dennoch bleibt Seelow ein Modell auf Bewährung. Auf die Frage, wo das Haus im Transformationsplan stehe, antwortet Thielemann mit einem fast triumphierenden „80 von 100“: Es fehle im Wesentlichen nur noch der bauliche Umbau zum ambulanten OP-Zentrum, der Rest sei bereits umgesetzt. Ihre Vision für die kommenden Jahre ist nüchtern und klar: Gelingt es, wie bisher weiterzumachen und die Möglichkeiten der aktuellen Finanzierung zu nutzen, könnte das Haus die Versorgung über die Kaskade von der allgemeinen zur spezialisierten Medizin aufrechterhalten – „und komme finanziell gerade so hin“. Was aber geschehen wird, wenn das anstehende Beitragssatzstabilisierungsgesetz greift: „Ich weiß es schlichtweg nicht.“

Hier wird das Lokale wieder politisch. Sollte der erneute Spardruck die Häuser überfordern, warnt Thielemann, drohten den Standorten neue und ganz reale Existenzgefahren. Und mit ihnen die Frage, wer die entstehenden Finanzierungslücken schließen kann, damit überhaupt Versorgung aufrechterhalten werden könne. Denn eines ist sicher: Geschlossen werden kann das Seelower Haus nicht ohne Weiteres: Solange die Bemessungsgrundlagen für Versorgungssicherheit – Radien, Einwohnerzahlen – unverändert bleiben, ist der Standort versorgungsnot-

wendig. Das heißt: Irgendjemand muss die Notfallversorgung sicherstellen. Macht es das Krankenhaus nicht mehr, muss es ein anderer tun. Daraus leitet Thielemann eine schlichte Verantwortungsregel ab: „Wer A sagt, muss dann auch B sagen." Wer die Sicherstellung der Versorgung wolle, müsse am Ende auch dafür sorgen, dass jemand sie leisten könne.

Ein solcher Jemand ist zum Beispiel ein durchaus moderner und gut ausgestatteter Versorgungsstandort wie Seelow. Was sie sich dafür wünscht, ist keine Sonderbehandlung, sondern Elastizität – der Spielraum, sich zu verändern, „ohne dass es einem auf die Füße fällt", und ein wenig mehr Mut zu unorthodoxen Wegen dort, wo die Versorgung sie braucht. Sie wünscht sich, dass die Politik genauer hinschaut, auf den einzelnen Standort und das, was er tatsächlich braucht, statt „eine Blase über alles" zu werfen. Hohe Qualitätsmaßstäbe und Personaluntergrenzen seien bei Maximalversorgern sicher zu Recht gesetzt – aber was praktisch nicht notwendig ist und nicht darstellbar sei, lasse sich auch nicht verordnen.

Damit steht Seelow exemplarisch für die Zerreißprobe des deutschen Gesundheitswesens. Das Krankenhaus tut, was die Reform im Großen will – es verzahnt ambulant und stationär, baut Überkapazitäten ab und neue Angebote auf, denkt in regionalen Konzepten statt in Einzelhäusern. Es tut es obendrein früher, leiser und kooperativer als andernorts, getragen vom Schulterschluss aus Land, Kreis, Kassen und Kassenärztlicher Vereinigung, den Katja Thielemann als ein „wichtiges und richtiges Signal an die Bevölkerung vor Ort" wertet. Mit dem Verbleib des Krankenhauses, so ihre nüchterne Bilanz, „wird die Gesundheitsversorgung in der Region gesichert" – gestaltet, wie sie sagt, „mit Herz, Engagement und Weitblick". <<

von: MVF-Chefredakteur Peter Stegmaier

Literatur:
1: https://t1p.de/ffcht
2: https://t1p.de/qnbx9
3: https://t1p.de/6cslr
4: https://t1p.de/myb4g

Zitationshinweis

Stegmaier, P.: „Ein Zukunftslabor der wohnortnahen Versorgung", „Monitor Versorgungsforschung" (04/26), S. 32–36. http://doi.org/10.24945/MVF.04.26.1866-0533.2845

WHO-Handlungsaufruf zeigt konkrete Wege für eine Transformation

>> Europas Gesundheitssysteme stehen vor einem doppelten Dilemma. Sie sollen gleichzeitig widerstandsfähiger gegen die wachsenden Folgen des Klimawandels werden und dabei ihren eigenen ökologischen Fußabdruck verringern – und das inmitten von steigenden Patientenzahlen, Personalengpässen und knapper werdenden Budgets. Die Paneuropäische Kommission für Klima und Gesundheit hat in ihrem Handlungsaufruf „Pan-European Commission on Climate and Health: Call to Action" (1) konkrete Wege aufgezeigt, wie diese Transformation gelingen kann.



Ein zentrales Hemmnis liegt in der Ausbildung: Derzeit berücksichtigt nur etwa jedes fünfte europäische Land mit verfügbaren Daten klimabezogene Inhalte oder Fragen der planetaren Gesundheit in seinen Akkreditierungsstandards für Medizin- und Pflegeberufe. Das ist alarmierend. Denn wer im Gesundheitswesen arbeitet, trifft täglich Entscheidungen, die sich direkt auf Emissionen und Resilienz auswirken. Die Kommissionsmitglieder – unter ihnen Prof. Dr. Karl Lauterbach – fordern deshalb, Klimakompetenz verbindlich in die Bildungsstandards aller Gesundheitsberufe zu verankern – und zwar nicht als Randthema, sondern als integraler Bestandteil eines interdisziplinären, systemorientierten Denkens.

Einen ebenso großen Hebel sieht die Kommission in der Beschaffung. Schätzungsweise 70 bis 80 Prozent der Emissionen des Gesundheitssektors entstehen entlang der Lieferketten – von Medizinprodukten über Gebäudeenergie bis zur Logistik. Solange jedes Land seine eigenen Einkaufskriterien anlegt, bleibt der Druck auf Hersteller gering. Eine Harmonisierung nachhaltiger Beschaffungsstandards über die gesamte paneuropäische Region hinweg würde hingegen ein klares Signal an die Industrie senden: Niedrigere Emissionen, weniger Einwegprodukte und belastbare Lieferketten müssen künftig zur Grundvoraussetzung werden.

Gleichzeitig plädiert die Kommission für eine Neuausrichtung der Versorgungswege. Europas Gesundheitssysteme bräuchten einen proaktiveren Ansatz, der unnötige Behandlungen reduziert, Prävention stärkt und klimabedingte Risiken systematisch in klinische Leitlinien integriert. So sollten Behandlungsempfehlungen künftig auch nicht-medikamentöse Alternativen bevorzugen, wo dies medizinisch vertretbar ist, und auf Diagnostik mit geringerem Ressourcenverbrauch setzen. Zudem sollen Hitzealarme und vergleichbare Klimaereignisse direkt in Versorgungsprotokolle einfließen, damit die Patientensicherheit auch unter extremen Wetterbedingungen gewährleistet bleibt.

Einen oft unterschätzten Aspekt betont die Kommission besonders nachdrücklich: die psychische Gesundheit. Der Klimawandel ist nicht nur eine körperliche Bedrohung – er ist auch eine schleichende seelische Krise. Trauer und Trauma nach Überschwemmungen oder Waldbränden, Angst vor einer ungewissen Zukunft, insbesondere bei Kindern und Jugendlichen – all das hinterlässt Spuren, die bislang in der klimabezogenen Gesundheitsplanung kaum berücksichtigt werden. Die Kommission fordert, psychosoziale Unterstützung nicht als nachgeordnetes Thema zu behandeln, sondern als Kernelement nationaler Anpassungsstrategien zu verankern. Gemeindenahe Angebote, psychologische Soforthilfe nach Extremereignissen und eine gestärkte Zivilgesellschaft sind nach Einschätzung der Kommission keine Luxusmaßnahmen, sondern Grundpfeiler echter Resilienz.

Schließlich fehlt es vielerorts an Transparenz und Verbindlichkeit. Mehr als drei Viertel der Länder in der Region verfügen über keine klaren Strategien zur Messung ihrer Fortschritte in Richtung klimaresilienter Gesundheitssysteme. Die Kommission spricht sich dafür aus, öffentlich zugängliche Leistungs-Dashboards zu entwickeln, die Schlüsselindikatoren zu Nachhaltigkeit und Klimaresilienz regelmäßig ausweisen. Nur was gemessen wird, kann auch verbessert werden. Gesundheitssysteme könnten nicht länger so tun, als wäre der Klimawandel eine externe Variable. Sie sind Teil des Problems – und können Teil der Lösung sein. <<

1: https://t1p.de/banvn



Die Teilnehmer:innen des Roundtables – v.l.n.r. PD Dr. Heide Hoffmann und Dr. Andreas Böhme (beide Netzwerk Hypophysen- und Nebennierenerkrankungen e. V.), eine am Cushing-Syndrom erkrankte Person, Moderation Dr. Dirk Maessen (Recordati Rare Diseases Germany GmbH), Prof. Dr. Martin Fassnacht (Universitätsklinikum Würzburg), Dr. Linus Haberbosch (Charité Berlin), Nora Seitz MdB (Berichterstatterin der CDU/CSU-Bundestagsfraktion für Seltene Erkrankungen).

Recordati: Roundtable zur Unterversorgung von Patient:innen mit endogenem Cushing-Syndrom

Cushing-Syndrom: Deutschland ist Schlusslicht

Beim gesundheitspolitischen Roundtable von Recordati Rare Diseases im Juni 2026 in Berlin diskutierten Nora Seitz MdB, Berichterstatterin der CDU/CSU-Fraktion für Seltene Erkrankungen, Prof. Dr. med. Martin Fassnacht, Universitätsklinikum Würzburg, designierter Präsident der Deutschen Gesellschaft für Endokrinologie (DGE), Dr. med. Linus Haberbosch, Charité Berlin, gesundheitspolitischer Sprecher der DGE, die Patientenvertreter:innen PD Dr. Heide Hoffmann und Dr. Andreas Böhme, beide vom Netzwerk Hypophysen- und Nebennierenerkrankungen e.V., sowie eine am Cushing-Syndrom erkrankte Person über strukturelle Versorgungslücken bei seltenen endokrinologischen Erkrankungen. Die Debatte zeigte, wie eng Facharztmangel, späte Diagnosen und aktuelle Reformpläne zusammenhängen.

>> Das endogene Cushing-Syndrom entsteht durch einen krankhaften Überschuss des Stresshormons Cortisol, meist ausgelöst durch einen gutartigen Tumor an Hypophyse oder Nebenniere. Weil die Symptome vielfältig und unspezifisch sind, wird die Erkrankung oft erst nach vielen Jahren erkannt. Bei einer Patientin dauerte es bis zur Diagnose rund neun Jahre. Ihre Beschwerden – kaum einstellbarer Bluthochdruck, Kopfschmerzen, Prädiabetes, Depressionen, Muskelschwäche und Gewichtszunahme mit typischem „Vollmondgesicht" – konnten Fachärzt:innen nicht einordnen bis ein Ultraschall beim Kardiologen einen Tumor an der Nebenniere ans Licht brachte. „Ich komme aus Mecklenburg-Vorpommern – niedergelassene Endokrinologen, da kenne ich gar keinen," gab sie zu Protokoll.

Deutschland weist mit rund 0,81 Endokrinolog:innen pro 100.000 Einwohner:innen die geringste Facharztdichte Europas auf (Stand 2024). Notwendig wären laut Haberbosch etwa 2,7. „Wir sind europaweit das Schlusslicht, was die Dichte an Endokrinologen angeht", so der gesundheitspolitische Sprecher der DGE. Bundesweit fehlten rund 1.100 Endokrinolog:innen. Die Folge: Cushing-Patient:innen warten weltweit 2,8 Jahre auf ihre Diagnose, in Deutschland 4,8. Fassnacht verwies auf über zwölf Millionen Menschen mit hormonellen Erkrankungen: Bei Volkskrankheiten wie Diabetes und Adipositas reiche eine hausärztliche Versorgung oft aus, komplexe Fälle müssten aber an Spezialist:innen weitergereicht werden, was bei der aktuellen Facharztdichte kaum realistisch ist.

Kritisch sehen Haberbosch und Fastnacht das Krankenhausreformanpassungsgesetz: Leistungsgruppen könnten künftig auch mit einem Facharzt für Innere Medizin und einjähriger diabetologischer Zusatzbezeichnung besetzt werden, statt mit einem sechsjährig ausgebildeten Facharzt für Endokrinologie und Diabetologie. Ein Diabetes-Zusatzarzt könne Cushing-Patient:innen fachlich nicht behandeln, warnte Fassnacht und sprach von „Etikettenschwindel". Er fordert, lieber wenige Häuser, die die Versorgung tatsächlich leisten könnten, als viele, die die Bezeichnung nur formal trügen. Haberbosch sieht in der Reform aber auch einen Hebel, um einen Facharzt für Endokrinologie fest in den Leistungsgruppen zu verankern. Ebenso machte der designierte DGE-Präsident klar, dass es beim Nachwuchs anfängt: „Wenn Studierende an der Uni schon über seltene Erkrankungen nichts erfahren, dann werden sie auch den entsprechenden Facharzt nicht machen."

Zentraler Konsens war die Bedeutung koordinierter Versorgung. Bei seltenen Erkrankungen brauche es ein enges Zusammenspiel von Fachdisziplinen, spezialisierten Zentren und Patientenorganisationen. „Wir müssen in Deutschland deutlich besser in der Diagnostik werden und Patient:innen schneller an die richtigen Stellen weiterleiten", betonte Seitz. Angesichts der engen Finanzlage rief sie zu Engagement auf Länderebene auf. „Ich kann nur jedem empfehlen, laut zu sein und die entsprechenden Verantwortlichen immer wieder mit diesem Thema anzusprechen," erklärte die CDU-Politikerin.

Besonders glaubwürdig könnten Patient:innen die Botschaft transportieren. Hier setzt das Netzwerk Hypophysen- und Nebennierenerkrankungen e. V.[1] an: über 30 regionale Gruppen, rund 4.000 Mitglieder, 2026 fast 20 Prozent Zuwachs. Das Netzwerk ist deshalb so wichtig für die Einzelnen, weil die Betroffenen am Ende alleine gelassen sind. Patientenvertreter Böhme kritisierte insbesondere ein lückenhaftes Entlassungsmanagement, aufgrund dessen viele Betroffene nach dem Klinikaufenthalt allein dastünden. Selbsthilfegruppen müssten sie auffangen und Kontakte zu Unikliniken herstellen.

Die Herausforderungen sind seit vielen Jahren bekannt. Entscheidend wird sein, den Dialog fortzusetzen und Ausbildung, Diagnostik und Versorgungsstrukturen konkret weiterzuentwickeln. <<

von: Mariann Stegmaier M.Sc.

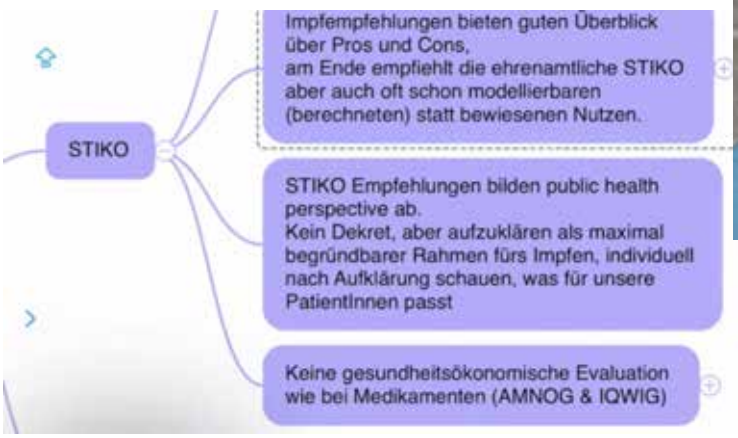
1: https://www.glandula-online.de/

MVF-Fachkongress „Impfstatus 2026 – Status und Ökonomie des Impfens“

Warum jede Impfung eine gute Investition ist

„Deutschland hat regulatorisch geliefert – und steht dennoch vor einem Paradox.“ Mit dieser Diagnose eröffnete Prof. Dr. Reinhold Roski, Herausgeber von „Monitor Versorgungsforschung", den 9. MVF-Fachkongress, der den Status quo und die Ökonomie des Impfens in den Mittelpunkt rückte. Vier Vorträge und eine Diskussionsrunde widmeten sich der Frage, wie sich medizinische Innovationen trotz struktureller Hürden in Versorgungsrealität verwandeln lassen. Das verbindende Leitmotiv: Impfen ist weit mehr als individueller Infektionsschutz und Schutz vor Sekundärkomplikationen. Impfen ist zugleich kollektiver Gesundheitsschutz und vor allem – aber bisher meist eher unbeachtet – aktiver Ressourcenschutz und sogar eine Investition mit messbarem Mehrwert für Gesellschaft und Wirtschaft.

>> In seiner Begrüßung skizzierte Roski den Widerspruch, der den durchaus kontroversen Nachmittag prägte. Die STIKO agiere in ihrer neuen Struktur schneller und entschiedener; mit der RSV-Prophylaxe und der MenACWY-Standardimpfung verfüge man über mächtige präventive Instrumente. Dem stehe jedoch die ernüchternde Realität gegenüber, die das Epidemiologische Bulletin 50/2025 des RKI vor Augen führe: Die Impfquoten stagnierten weiterhin und lägen weit unter den von der WHO definierten und von der STIKO empfohlenen Impfzielen.



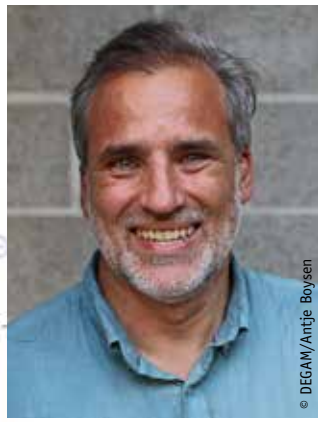

© DEGAM/Antje Boysen

Abb. 1: Aus Vortrag von Dr. med. Wolfgang Schneider-Rathert, DEGAM-AG Impfen: „Impfquoten zwischen STIKO-Empfehlungen und Patientenvorstellungen: die Impfenden als Vermittler“, MVF-Fachkongress „Impfstatus 2026“ am 17.06.2026

Hinzu komme ein Umsetzungsproblem auf der digitalen Ebene. Trotz Einführung der elektronischen Patientenakte samt Opt-Out-Lösung scheiterten der Einsatz eines elektronischen Impfpasses und eines dringend nötigen Recallsystems an technischen Hürden – von der bislang eher bescheidenen Nutzung der ePA mal abgesehen.

Roskis zentrale Forderung lautete, endlich aufzuhören, pauschal eine wie auch immer verursachte „Impfmüdigkeit" anzuprangern. Die wahren Bremsklötze seien struktureller Natur und vor allem auf digitale Anlaufschwierigkeiten und ökonomische Kurzsichtigkeit zurückzuführen. Roski: „Noch immer werden Impfungen als Kostenfaktor diskutiert, statt ihren Wert für Systemstabilität und Public Health anzuerkennen.“ Mit diesem Kongress wolle man daher vom Mahnen zum Gestalten kommen und Impfen als Investition begreifen. Die Vortragenden lieferten dazu die wissenschaftliche Evidenz und zeigten unter anderem, wie Influenza-Schutz teure Sekundärkomplikationen wie Herzinfarkte oder Demenz verhindert und so das System entlastet, und auch wie sich Impfungen als ökonomischer Wert berechnen lassen.

Zwischen den Stühlen: die hausärztliche Perspektive

Den fachlichen Auftakt übernahm Dr. med. Wolfgang Schneider-Rathert, Sektion Prävention der Deutschen Gesellschaft für Allgemein- und Familienmedizin, mit einem Vortrag über die Impfquoten zwischen STIKO-Empfehlungen und Patientenvorstellungen und über die Rolle der Impfenden als Vermittler. Seit 1999 in der Praxis tätig und seit über 17 Jahren an den DEGAM-Stellungnahmen zu geplanten STIKO-Empfehlungen beteiligt, beklagte er eingangs, dass er als Hausarzt nur die Impfung als solche abrechnen könne, nicht jedoch die wesentlich zeitaufwendigere Beratung. Seine Mitgliedschaft in der Organisation „Mein Essen zahle ich selbst“ begründe, warum er den Vortrag – wie übrigens alle anderen Referent:innen auch – pro bono halte; zugleich benannte er seine langjährige Zusammenarbeit mit der CompuGroup Medical, mit der zusammen er eine Erinnerungsfunktion für die zweite Masern-Mumps-Röteln-Impfung der nach dem 1. Januar 1970 Geborenen beim Check-up 35 pro bono habe implementieren können.

Die Hausärztinnen und Hausärzte verstünden sich als Rückgrat der Impfversorgung. Die allermeisten Impfungen würden in hausärztlichen Praxen verabreicht. Die Ärzteschaft wolle kein Bremsklotz beim Impfen sein, habe aber sehr wohl Vorstellungen davon, wie wissenschaftlich begründetes Impfen aussehe. Bereits 2009 habe ein DEGAM-Positionspapier mit dem bezeichnenden Titel „Impfen um jeden Preis? Impfmüdigkeit in Deutschland?“ darauf hingewiesen, dass die wachsende Zahl neuer Impfempfehlungen zu einer Unübersichtlichkeit für Laien wie Ärzte geführt habe und alteingeführte Impfungen

wie Diphtherie, Tetanus und Polio eher akzeptiert würden als neuere.

Hausärzte, so Dr. Schneider-Rathert, säßen zwischen den Stühlen: zwischen der Public-Health-Perspektive des RKI, den individuellen Vorstellungen der Patientinnen und Patienten und den rechtlichen Normen. Die STIKO sei eine ehrenamtliche Kommission am RKI, das dem Bundesgesundheitsministerium unterstehe. Ihre Empfehlungen würden mittlerweile sehr gut erarbeitet, doch empfehle sie am Ende oft eine Impfung allein anhand eines modellierten, berechneten, aber nicht bewiesenen Nutzens. Wichtig sei die Klarstellung: Die STIKO-Empfehlungen seien kein Dekret und kein eins zu eins umzusetzender Standard. Hausärzt:innen müssten über sie aufklären, was beispielsweise beim Check-up 35 obligatorischer Leistungsbestandteil sei. Doch hätten Patient:innen nach erfolgter Aufklärung das Recht, selbst zu entscheiden. Eine geringe Impfquote sei deshalb nicht automatisch ein Qualitätsmangel.

Wenn Modellierung und Zulassung auseinanderfallen

Besonders eindringlich illustrierte Dr. Schneider-Rathert das Spannungsfeld zwischen Wissenschaft und Wunschdenken am Beispiel der HPV-Impfung für Jungen. So hält er die Impfempfehlung der STIKO für die Impfung von Jungen für wenig belegt. Das RKI-Faktenblatt erwecke den Eindruck, die Impfung schütze auch vor Oropharynx- und Peniskarzinomen, doch Gardasil sei dafür laut Fachinformation gar nicht zugelassen, sondern nur für Cervix-, Vulva-, Vagina-, Anus-Karzinome und Genitalwarzen. In der Modellierung sei dennoch unterstellt worden, dass die Impfung auch vor Penis- und Oropharynxkarzinom schütze – er nennt das „Off-Label-Modelling". Zudem sei mit rund 4.800 Fällen gerechnet worden, während für Jungen real nur die rund 684 Analkarzinome plus die Condylomata relevant seien. Und selbst mit der Hinzunahme der viel häufigeren Oropharynxkarzinome habe man einen 100-Jahres-Zeitraum ansetzen müssen, um einen Nutzen errechnen zu können. Sein Punkt: Man dürfe Eltern keinen Schutz vor Penis- oder Oropharynxkarzinom suggerieren, der so nicht belegt sei. Seine Ansicht: „Wer impfkritischen Menschen nicht ehrlich und offen begegne, wird schnell argumentativ auf die Matte gelegt".

In der seinem Vortrag folgenden Diskussion stimmte ihm seine Nachrednerin, Prof. Dr. Irit Nachtigall, grundsätzlich zu, formulierte aber vorsichtiger. Bei den Peniskarzinomen sei ihrer Ansicht nach das letzte Wort nicht gesprochen. Sie kämen sehr selten vor und seien daher in Studien wenig belegt sowie auch nur in etwa der Hälfte der Fälle HPV-assoziiert. Somit wäre es schwerer als bei häufigeren Karzinomen, eine Assoziation statistisch aufzuzeigen. Unstrittig sei dagegen die reduzierte Inzidenz invasiver Zervixkarzinome. Als zweites Beispiel wählte Schneider-Ratherts die Tetanus-Auffrischung. Während in Dänemark viermal bis zum 18. Lebensjahr und danach nicht mehr geimpft werde, impften Niederländer und Briten sechsmal bis zum 18. Geburtstag – und hätten nicht mehr Tetanus- und Diphtheriefälle als Deutschland mit seiner Auffrischung alle zehn Jahre. Auch die WHO empfehle sechs Impfungen. Würde man dieser Empfehlung folgen, ließen sich nach Schneider-Ratherts Rechnung jährlich rund 120 Millionen Euro einsparen, ohne dass ein zusätzlicher Tetanus- oder Diphtherietoter zu erwarten wäre; im Gegenteil entstünden womöglich zusätzliche Guillain-Barré-Fälle und rund vier Millionen zusätzliche Arzttermine pro Jahr.

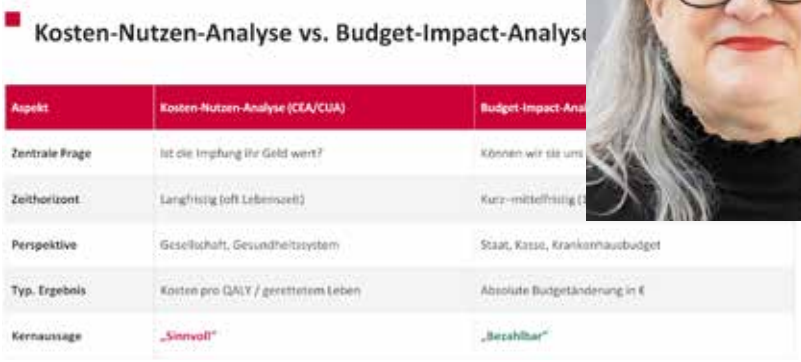
Wo niedrige Quoten gefährlich werden

Damit kein Missverständnis entstehe, betonte der Referent ausdrücklich, dass die DEGAM für wichtige Impfungen eine möglichst hohe Quote befürworte. In Europa beträfen 87 Prozent der Masernfälle Ungeimpfte. 2024 habe es europaweit rund 35.000 Masernfälle gegeben, 90 Prozent davon in Rumänien, wo 22 Kinder gestorben seien. Die Sterblichkeit liege bei Ausbrüchen in der Regel bei etwa einem Promille, während die Nebenwirkungsrate der MMR-Impfung um Zehnerpotenzen niedriger sei. Deutschland stehe mit 97 Prozent Erst- und 93 Prozent Zweitdosis vergleichsweise gut da, Rumänien dagegen mit zuletzt 78 und 62 Prozent. In Afrika seien 2025 rund 17.000 vermutete Diphtheriefälle mit 900 Toten verzeichnet worden. Erkrankungen, gegen die vier Impfungen sicher schützten. Auch Polio sei nicht ausgerottet; in der Abwassersurveillance seien in Bonn, Köln, Hamburg und München Polioviren nachgewiesen worden, dazu Ausbrüche in der Ukraine, in Tadschikistan, Israel und im Vereinigten Königreich.

Den ökonomischen Bogen schloss Schneider-Rathert mit Hinweisen auf die Preisbildung. Da die STIKO – anders als IQWiG und G-BA mit dem AMNOG bei Arzneimitteln – keinen gesundheitsökonomischen Bewertungsauftrag habe, fehle ein Korrektiv. Shingrix habe sich seit 2020 laut Warken-Kommission um 140 Prozent verteuert. Bei der HPV-Impfung liege der deutsche Apothekenpreis über 200 Euro, während der europäische Durchschnitt nach einer älteren Veröffentlichung bei knapp 50 Euro gelegen



Abb. 2: Aus Vortrag von Prof. Dr. Irit Nachtigall, MHBA, Vivantes: „Gesundheitsökonomische Bewertung moderner Impfstrategien", MVF-Fachkongress „Impfstatus 2026" am 17.06.2026



habe. Mit Blick auf die RSV-Impfung verwies er auf die unsichere Datenlage: Je nach Annahme koste eine verhinderte Krankenhauseinweisung eines über 75-Jährigen zwischen 100.000 Euro und zwei Millionen Euro, weil die vom RKI veröffentlichten Inzidenzen um den Faktor 100 schwankten.

Die DEGAM gehe davon aus, dass vor allem über 80-Jährige sicher profitierten, da sie ein vierfach höheres Risiko trügen. Sein versöhnliches Fazit: Nicht Orthodoxie, sondern Offenheit schütze. Empfohlen werde deshalb kein Druck und keine Impfpflicht, sondern ethisch begründetes Handeln.

Auch hier nahm Prof. Nachtigall eine etwas konträre Position ein. Anders als Dr. Schneider-Rathert geht sie von einer erheblichen Untererfassung von RSV-Fällen aus und rät zu keiner grundsätzlichen Zurückhaltung: Die Untererfassung sei über Sensitivitätsanalysen in den Modellen berücksichtigt, und die RSV-Impfung sei in vielen Szenarien kosteneffektiv bis kostensparend – besonders die maternale Impfung mit Nestschutz.

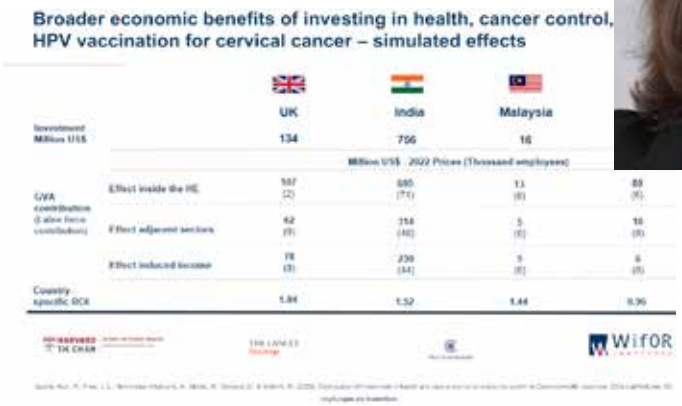
Ist die Impfung ihr Geld wert – und können wir sie uns leisten?

An diese Diskrepanz zwischen bloßen Modellrechnungen und dem tatsächlichen patientenindividuellen Nutzen knüpfte Prof. Dr. Irit Nachtigall (Medical School Berlin, Vivantes) in ihrem Vortrag zur gesundheitsökonomischen Bewertung moderner Impfstrategien an. Als Ärztin und studierte Gesundheitsökonomin stellte sie zwei Perspektiven nebeneinander, zwischen denen, wie sie sagte, in ihr „zwei Herzen" schlügen: die Kosten-Nutzen-Analyse, die nach dem langfristigen gesellschaftlichen Wert einer Impfung in Kosten pro QALY oder gerettetem Leben frage, und die Budget-Impact-Analyse, die kurzfristig die absolute Budgetänderung für Staat, Kasse oder Krankenhaus beziffere. Erst zusammen ergäben sie eine belastbare Entscheidungsgrundlage. Bei der Datenqualität mahnte sie indes zur Vorsicht: Eine Untersuchung aus dem Jahr 2017 mit 22 Studien habe gezeigt, dass nur etwas mehr als die Hälfte die angelegten Standards erfüllte und lediglich 36 Prozent der Berechnungen nachvollziehbar waren.

Ausdrücklich schloss sie sich der Einschätzung ihres Vorredners zur HPV-Impfung an, formulierte aber vorsichtiger: Bei den Peniskarzinomen sei das letzte Wort nicht gesprochen, da sie sehr selten und nur in rund der Hälfte der Fälle HPV-assoziiert seien; für sie gebe es bislang nicht ausreichend gute Daten, weder pro noch kontra. Die reduzierte Inzidenz invasiver Zervixkarzinome sei dagegen unstrittig. Für die Impfung zwölfjähriger Mädchen in Industrieländern lägen die Werte bei 3.000 bis 45.000 Dollar pro QALY – bei Schwellen von 50.000 Dollar in den USA und 30.000 Euro in Europa also klar im kosteneffektiven Bereich. Als blinden Fleck der Forschung benannte sie die fehlende geschlechtergetrennte Kosten-Nutzen-Analyse: Viele virale Erreger würden von Männern und Frauen immunologisch unterschiedlich verarbeitet, doch existierten solche Analysen bislang nur zu HPV – und auch dort nicht besonders gut.



Abb. 3: Aus Vortrag von Dr. Maike Schmitt, WifOR Institut: „Impfen als Investition: Makroökonomische Effekte", MVF-Fachkongress „Impfstatus 2026" am 17.06.2026



Ein Zahlenfeuerwerk quer durch die Impfstoffe

In rascher Folge führte Nachtigall die Evidenz für die wichtigsten Impfstoffe vor. Für 73 Low- und Middle-Income-Countries seien über zehn Erkrankungen, rund 20 Millionen verhinderte Todesfälle und 350 Milliarden Dollar eingesparte Krankheitskosten dokumentiert. Bei den Pneumokokken sei nach aktueller Evidenz PCV20 allein das kosteneffektivste Regime für Erwachsene; in England habe der Wechsel von PPV23 auf PCV20 über fünf Jahre 1.414 Todesfälle verhindert, bei einem Netto-Budget-Impact von 58,7 Millionen Pfund. Die Covid-19-Impfung habe weltweit rund 2,5 Millionen Todesfälle verhindert und 15 Millionen Lebensjahre gerettet, 90 Prozent der verhinderten Tode bei über 60-Jährigen. Bei Jüngeren ohne Vorerkrankung sei der Nutzen aus Kosten-Nutzen-Sicht allerdings nur grenzwertig. Auf das Thema Long-Covid, das vor allem Frauen treffe, ging sie eigens ein: Die Inzidenz sinke nach Impfung um 40 bis 60 Prozent.

Zur RSV-Impfung, die Nachtigall als Brücke zum vierten Vortrag nutzte, betonte sie die erhebliche Untererfassung – die Vivantes-Kliniken beprobten erst seit zwei Jahren regelmäßig, weshalb belastbare Langzeitkosten fehlten. RSV öffne zudem stärker als Influenza oder Corona die Tür für bakterielle Superinfektionen. Die maternale RSV-Impfung schütze über den Nestschutz das Kind und sei in vielen Szenarien kosteneffektiv bis kostensparend. Die Influenza-Impfung sei durchgängig kosteneffektiv bis kostensparend. Besonders eindrücklich sei die Saison 2017/18 gewesen, in der Krankenhäuser wegen erkrankten Personals teilweise halb geschlossen gewesen seien – weshalb die Influenza-Impfung beim Krankenhauspersonal eine extrem kosteneffektive Maßnahme darstelle, die jedoch unzureichend umgesetzt sei.

Kritisch äußerte sie sich zur Verlegung der Meningokokken-Empfehlung ins Pubertätsalter, in dem die Impfwahrscheinlichkeit geringer sei als bei Kleinkindern. Im afrikanischen Meningitisgürtel habe die Serogruppe-A-Impfung einen Rückgang von über 99 Prozent bewirkt – zentraler Bestandteil der WHO-Strategie zur Eliminierung der epidemischen Meningitis bis 2030. Die FSME-Impfung sei zu über 90 Prozent wirksam gegen schwere ZNS-Infektionen und bei einer Inzidenz von ein bis zwei Fällen pro

100.000, wie etwa in Brandenburg, kosteneffektiv. Wie dies bei so niedrigen Inzidenzen allein rechnerisch möglich sei, fragte Dr. Schneider-Rathert, wenn das Impfrisiko laut Fachinformation allein schon für schwerwiegende neurologische Nebenwirkungen nach FSME-Immun-Impfung (1:1000 bis 1:10.000) um den Faktor 5 bis 50 häufiger sei als das jährliche Risiko, an FSME zu erkranken. Aber selbst wenn die Behandlung von Impfnebenwirkungen mit einberechnet sei, müsse laut §630e BGB das Impfrisiko gerade hier in jedem Fall aufgeklärt werden.

Ausdrücklich begrüßte Nachtigall impfende Apotheken – ausschließlich für Totimpfstoffe – als Ergänzung: „Ich glaube, dass es genug Oberarme für alle gibt." Ihre Kernbotschaft fasste sie zweigeteilt: Die Kosten-Nutzen-Analysen zeigten, dass Impfen sinnvoll sei, die Budget-Impact-Analysen, dass es bezahlbar sei – vor allem für Ältere und Risikogruppen. Zugleich verwies sie auf methodische Lücken, insbesondere bei den bisher durchgeführten Budget-Impact-Analysen.

Impfen als wirtschaftlicher Impuls

Den ökonomischen Faden spann Dr. Maike Schmitt vom WifOR Institut – einem unabhängigen Institut, das zu Arbeitsmarkt, Gesundheit und Nachhaltigkeit forscht – weiter und weitete den Blick über die klassische gesundheitsökonomische Betrachtung hinaus. Ihr Anliegen: Impfungen nicht nur als Ausgaben, sondern als Investition mit messbarem Mehrwert für Gesellschaft und Wirtschaft zu begreifen.

Sie plädierte zunächst für einen grundlegenden Perspektivwechsel: Gesundheit werde meist als reiner Kostenfaktor verstanden, dabei sei die Gesundheitswirtschaft nicht nur Versorgungssektor, sondern zugleich Innovationsmotor, Arbeitgeber und Wertschöpfungsfaktor. Impfungen vereinten dabei zwei Wirkmechanismen: Sie erzeugten wirtschaftliche Aktivität bereits durch die Investition selbst und schüfen Nutzen, indem sie Krankheit verhinderten und so Produktivität und gesellschaftliche Teilhabe ermöglichten.

Vom Gesundheitsfußabdruck zur Wertschöpfung

Um diesen Wert messbar zu machen, stellte Schmitt eine über ein Jahrzehnt entwickelte Methodik aus drei Säulen vor. Den Ausgangspunkt bilde der Gesundheitsfußabdruck einer Impfmaßnahme, der den inkrementellen Nutzen im Sinne vermiedener Krankheitslast modelliere – hier verwies sie auf die Modelle aus Nachtigalls Vortrag, die oft als Ausgangspunkt dienen können. Im zweiten Schritt werde dieser Gesundheitsgewinn in produktive Zeit übersetzt, wobei sowohl bezahlte als auch unbezahlte Arbeit berücksichtigt werde. Im dritten Schritt erfolge die Monetarisierung über die Bruttowertschöpfung je Stunde, da Kennzahlen in der Politik oft erst dann Beachtung fänden, wenn ein monetärer Verlust dargestellt wird. Auch nach dem Ausscheiden aus dem Erwerbsleben leisteten Menschen einen hohen Beitrag durch unbezahlte Tätigkeiten; um diese von Freizeit abzugrenzen, ziehe man das Dritte-Personen-Kriterium heran – berücksichtigt würden nur Tätigkeiten, die andernfalls am Markt eingekauft werden müssten, etwa Pflege, Kinderbetreuung oder Instandhaltungsarbeiten.



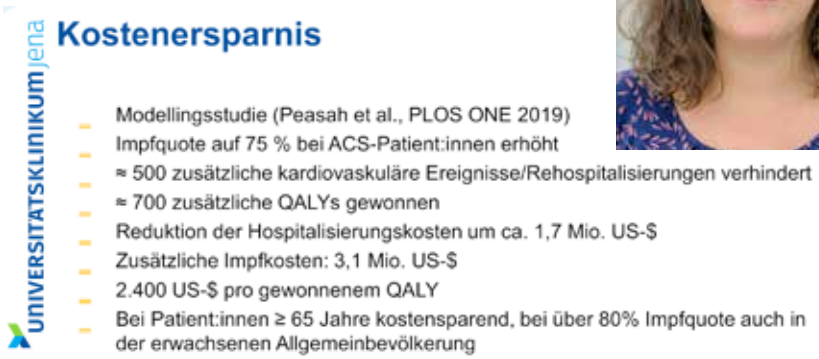


Abb. 4: Aus Vortrag von PD Dr. med. Carolin Fleischmann-Struzek: „Reduktion von Sekundärkomplikationen von Influenza und anderen Infektionen durch Impfungen", MVF-Fachkongress „Impfstatus 2026" am 17.06.2026

Eine strategische Investition

Neben den Humankapitaleffekten generieren Investitionen in Impfungen auch einen wirtschaftlichen Vorteil. Dass dieser Perspektivwechsel in der Politik bereits ankomme, belegte Schmitt mit einem Zitat von Bundeskanzler Friedrich Merz, wonach das Gesundheitswesen der am schnellsten wachsende Sektor der Wirtschaft sei. Die Gesundheitswirtschaft generiere inzwischen rund 500 Milliarden Euro Bruttowertschöpfung, stelle fast acht Millionen Arbeitsplätze und wachse seit Jahren stärker als die Gesamtwirtschaft. Investitionen in Impfungen seien somit kein Randbereich, sondern Investitionen in eine der größten Branchen Deutschlands. Deren ökonomischen Fußabdruck zerlegte sie in direkte Effekte (Entwicklung, Produktion, Verteilung, Verabreichung), indirekte Effekte über bezogene Vorleistungen und induzierte Effekte über Einkommen und Konsum.

„Die STIKO-Empfehlungen sind kein Dekret und kein eins zu eins umzusetzender Standard. Hausärzte müssten über sie aufklären, was beispielsweise beim Check-up 35 obligatorischer Leistungsbestandteil sei. Doch haben Patienten nach erfolgter Aufklärung das Recht, selbst zu entscheiden."

Dr. med. Wolfgang Schneider-Rathert, Sektion Prävention der DEGAM

Am Beispiel der HPV-Impfung verwies Schmitt auf eine im vergangenen Jahr in der Lancet-Gruppe veröffentlichte Studie (1) zu vier Commonwealth-Ländern. Sie habe exemplarisch gezeigt, wie sich Gesundheitsinvestitionen in Wertschöpfung, Einkommen und Beschäftigung übersetzen ließen; für das betrachtete Programm im Vereinigten Königreich habe sich ein Return on Investment von rund 1,8 ergeben – jeder investierte Dollar erzeuge also zusätzliche wirtschaft-

„Jeder investierte Dollar erzeugt zusätzliche wirtschaftliche Aktivität."
Dr. Maike Schmitt, WifOR Institut

liche Aktivität. Ihr Fazit blieb ausgewogen: Die Kostenseite weiter zu betrachten sei essenziell, doch müsse Gesundheit gerade im politischen Diskurs stärker als strategische Investition verstanden werden. Wer nur die Kosten der Impfung betrachte, werde stets zu wenig investieren – und übersehe die Kosten des Nichthandelns.

Damit aus einem Infekt kein Infarkt wird

Den vierten Vortrag, der die zuvor wiederholt angeklungene kardiovaskuläre Dimension vertiefte, hielt PD Dr. med. Carolin Fleischmann-Struzek vom Universitätsklinikum Jena über die Reduktion von Sekundärkomplikationen durch Impfungen. Vor allem seit Covid-19 sei viel präsenter geworden, dass Infektionen Langzeitfolgen nach sich ziehen könnten, die weit über das eigentliche Krankheitsfenster hinausreichten und neuerdings als postakute Infektionssyndrome zusammengefasst würden. Ihren Fokus legte sie auf die kardiovaskulären Komplikationen, die wegen ihrer hohen Krankheitslast einen relevanten Hebel zur Senkung der Morbidität böten.

Das Risiko schwerer kardiovaskulärer Ereignisse sei vor allem in den ersten 30 Tagen nach einer Infektion deutlich erhöht. Major Cardiac Events träten nach Infektionen insgesamt rund achtfach häufiger auf, nach viralen bis zu dreizehnfach; der Zusammenhang zwischen Influenza und Myokardinfarkt sei in den ersten sieben Tagen siebenfach ausgeprägt und gleiche sich danach wieder an. In der Summe gälten rund 4,4 Prozent der kardiovaskulären Ereignisse als potenziell präventabel: Von den jährlich rund 2,4 Millionen kardiovaskulären Todesfällen in den High-Income-Countries seien etwa 110.000 bis 150.000 verhinderbar, weil durch Infektionen hervorgerufen – ein Beitrag, der mit dem etablierter Risikofaktoren wie Diabetes vergleichbar sei. Pathomechanistisch erkläre sich dies über die infektionsbedingte Zytokin-Freisetzung, die zu Plaqueinstabilität, Thrombose und Myokardinfarkt führen könne.

Evidenz für einen kardioprotektiven Impfeffekt

Dass Impfungen diesem Mechanismus entgegenwirkten, sei in der Forschung belegt. Eine englische Kohorte mit rund 200.000 Personen (2) habe in den 120 Tagen nach Impfung einen Nutzen hinsichtlich Myokardinfarkt, instabiler Angina und Schlaganfall gezeigt – sowohl bei Personen mit niedrigem als auch mit hohem kardiovaskulären Risiko. Auf dem Niveau randomisiert kontrollierter Studien liege die relative Risikoreduktion bei rund 33 Prozent, bei Hochrisikopatient:innen bei 45 Prozent; die Number Needed to Vaccinate zur Verhinderung eines kardiovaskulären Ereignisses betrage 56. Entsprechend habe die Influenza-Impfung Eingang in die Leitlinien zum akuten Koronarsyndrom und zur chronischen Herzinsuffizienz gefunden und werde im Bündel der Sekundärprävention der World Heart Federation gleichrangig mit Rauchentwöhnung, Bewegung und Statinen genannt. Auch für weitere Impfstoffe liege Evidenz vor: Für Covid-19 zeige eine Kohorte mit rund 45 Millionen Erwachsenen in England eine deutliche Reduktion von Major Cardiac Events und venösen Thromboembolien – bei seltenen Nebenwirkungen wie Myo- und Perikarditis. Eine Metaanalyse von 15 Studien belege für Pneumokokken eine um rund 25 Prozent reduzierte Sterblichkeit; eine dänische randomisierte Studie mit über 130.000 Erwachsenen über 60 Jahre habe für die RSV-Impfung rund zehn Prozent weniger kardiorespiratorische Hospitalisierungen gezeigt, wobei rein kardiovaskuläre Hospitalisierungen nicht signifikant seltener gewesen seien.

Diesen Befunden stellte Fleischmann-Struzek die niedrigen und rückläufigen deutschen Impfquoten gegenüber – gerade auch in den Risikokollektiven. Aus dieser Lücke leitete sie einen kommunikativen Ansatzpunkt ab. Eine dänische Studie habe zudem gezeigt, dass eine kardiovaskulär gerahmte Kommunikation im Gain-Frame – die Influenza-Impfung könne Herzinfarkt und Herzinsuffizienz verhindern – die Impfquote selbst positiv beeinflusst habe. Ihr Schlusswort fasste den Gedanken in eine Formel: „Es geht darum, dass aus einem Infekt kein Infarkt wird."

„Ich glaube, dass es genug Oberarme für alle gibt."
Prof. Dr. Irit Nachtigall, Medical School Berlin, Vivantes

Podiumsdiskussion: Strukturen, Vertrauen und der digitale Rückstand

In der abschließenden Q&A-Session unter Moderation von MVF-Herausgeber Prof. Roski rückten die strukturellen Bedingungen in den Vordergrund. Auf die Frage nach den Gruppen, die am stärksten zur Stagnation beitragen, verwies Nachtigall darauf, dass die Quoten bei Kleinkindern gut seien und mit zunehmendem Lebensalter abnähmen, weil ältere Menschen anders angesprochen werden müssten. Sie warb für eine gezielte, datengestützte Ansprache nach israelischem Vorbild und für einen elektronischen Impfpass mit Erinnerungs- und edukativer Funk-

tion. Strategisch plädierte sie dafür, sich auf Impfskeptiker statt auf Impfgegner zu konzentrieren.

Fleischmann-Struzek ergänzte, dass die Krankenkassen ihre Diagnosedaten erst seit dem Gesundheitsdaten-Nutzungsgesetz auf Risikofaktoren hin analysieren dürften. In einem über den Innovationsfonds geförderten Pilotprojekt (3) werde nun erstmals erprobt, wie sich Risikogruppen sinnvoll identifizieren und gezielt – statt „mit der Gießkanne" – ansprechen ließen. Schneider-Rathert lenkte den Blick auf die ambulanten Hürden: komplexe Impfziffern und Regressrisiken. Vor allem verwies er auf die Notwendigkeit, das Vertrauen der Menschen zurückzugewinnen. Eine Demokratie müsse es aushalten, sich selbstkritisch zu Entscheidungen der Corona-Zeit zu äußern; gerade diese Offenheit könne helfen, die zurückgehenden Quoten bei den essenziellen Impfungen wieder zu heben.

Beim zweiten Themenblock, dem ökonomischen Nutzen und der Vergütung von Aufklärungsgesprächen, mahnte Schmitt, den Bewertungsrahmen zu erweitern und Evidenzlücken strukturiert zu schließen, damit Gesundheitserfolge sichtbar und „belohnbar" würden. Nachtigall verwies hingegen darauf, dass finanzielle Anreize nach US-Daten weniger brächten als erhofft. Andererseits sei eine Vergütung von neun Euro für die Impfung inklusive eines Aufklärungsgesprächs jedoch keinesfalls angemessen. Schneider-Rathert verdeutlichte die Lage: Bei einem Fallwert von 75 Euro pro Quartal für die gesamte hausärztliche Versorgung bedeute die drohende Honorarkürzung um acht Prozent bei festen Praxiskosten de facto rund 16 Prozent weniger Einkommen. Dies werde die hausärztliche Leistung unweigerlich beschneiden. Zugleich kritisierte er die Preisbildung bei Impfstoffen: Eine Impfung werde auch dadurch wirtschaftlich, dass sie zu wirtschaftlichen Preisen angeboten werde.

„Es geht darum, dass aus einem Infekt kein Infarkt wird."
PD Dr. med. Carolin Fleischmann-Struzek, Universitätsklinikum Jena

Auf den abschließenden „Wunschzettel" mit jeweils drei Maßnahmen antworteten die Referierenden weitgehend übereinstimmend. Nachtigall stellte den elektronischen Impfpass voran – scanbar, erinnernd und mit edukativem Hinweis, warum eine Impfung gerade für die betreffende Person wichtig sei – und mahnte einen Blick auf digital weiter fortgeschrittene Länder wie Estland an. Schneider-Rathert forderte den Abbau praktischer Impfbarrieren: einfache Impfziffern, einen unkomplizierten Impfstoffbezug, den Verzicht auf Regresse und insgesamt eine Entbürokratisierung; bereits eine elektronische Impfliste analog zur Medikationsliste wäre hilfreich. Schmitt hob Recall-Systeme, die Vereinfachung der Dokumentation und einen Blick ins Baltikum hervor, wo sie den digitalen Vorsprung selbst erlebt habe. Fleischmann-Struzek ergänzte den Ausbau elektronischer Dokumentations- und Erinnerungssysteme – auch, um über bessere Real-World-Data statt bloßer Modellierungen eine belastbare Evidenz zu generieren und diese transparenter zu kommunizieren, um so Vertrauen zurückgewinnen zu können.

Roski schloss den Nachmittag mit dem Ziel, das den Kongress durchzogen hatte: einem Perspektivwechsel hin zu einer Ökonomie des Impfens. Um Impfungen voranzubringen, braucht es mehr als Appelle an die Eigenverantwortung der Bürger. Nötig sind mehr Offenheit und Transparenz bei den Informationen, eine angemessene Vergütung der Impfenden, konsequente Entbürokratisierung, sektorenübergreifende ökonomische Analyse und der Roll-out eines funktionsfähigen E-Impfpasses. Nur wenn die strukturellen Bremsklötze beseitigt werden, lässt sich Impfen zukunftsfest machen. <<

„Noch immer werden Impfungen als Kostenfaktor diskutiert, statt ihren Wert für Systemstabilität und Public Health anzuerkennen."
Prof. Dr. Reinhold Roski, MVF-Herausgeber

von: MVF-Chefredakteur Peter Stegmaier

Literatur:
1: https://www.thelancet.com/journals/eclinm/article/PIIS2589-5370(25)00112-9/fulltext?uuid=uuid%3A0460573b-0e98-4035-881a-2d6da36a5e8b
2: https://academic.oup.com/eurheartj/article/44/7/610/6947058
3: https://innovationsfonds.g-ba.de/projekte/sepwiss-2-0.772)

Hinweis

Alle Referent:innen hielten ihre Vorträge pro bono. Der Kongress wurde – ohne auf den Inhalt Einfluss zu nehmen – finanziell unterstützt von Biontech, GSK, MSD, Pfizer und Sanofi. Die Audio- und Videodokumentation samt allen Vortragscharts des MVF-Fachkongresses „Impfstatus 2026" finden Sie open access auf dem MVF-Onlineportal:

Link: https://t1p.de/721hc

Zitationshinweis

Stegmaier, P.: „Warum jede Impfung eine gute Investition ist", in „Monitor Versorgungsforschung" (04/26), S. 38–43. http://doi.org/10.24945/MVF.04.26.1866-0533.2847

MSD-Symposium auf dem Hauptstadtkongress 2026

Transferstärkung von Versorgungsinnovationen

Versorgungsinnovationen entstehen in Deutschland in großer Zahl – doch ihr Weg in die Regelversorgung bleibt mühsam, langwierig und zumeist ergebnislos. Genau an diesem Spannungsfeld setzte das von MSD veranstaltete Symposium „Transferstärkung von Versorgungsinnovationen" auf dem Hauptstadtkongress 2026 an. Auf dem Podium diskutierten Vertreter:innen aus Ministerium, ärztlicher Berufspolitik, Krankenkassen und unabhängiger Beratung, wie sich erprobte Prozessinnovationen verlässlicher in die dauerhafte Versorgung überführen lassen. Vier Impulse bildeten die Grundlage – von Praxisbeispielen aus der Kinder- und Jugendmedizin über die Perspektive der größten gesetzlichen Krankenkasse bis zu einem Transfermodell des Bundesgesundheitsministeriums und dessen prototypischer Weiterentwicklung. Durch die Veranstaltung führte Michael Weller, Gesundheitssystemexperte und ehemaliger Abteilungsleiter im Bundesministerium für Gesundheit.

>> Weller stellte die Leitfrage in den Mittelpunkt: „Wie gestaltet man einen Transferrahmen für die Überleitung erfolgreich erprobter Prozessinnovationen in die Regelversorgung?" Bewusst grenzte er den Blick nicht allein auf den Innovationsfonds ein – auch Selektivverträge, Modellvorhaben und regionale Ansätze gehörten dazu. Es gehe – so Weller – darum, positive Beispiele aufzuzeigen, herauszuarbeiten, was gut und was weniger gut gelaufen sei, die regionale Perspektive einzunehmen und Strukturen, Governance, Prozesse und Finanzierung weiterzudenken. „Wir wollen hier nicht jammern", machte Weller deutlich; der Blick solle darauf gerichtet sein, was sich für die Zukunft lernen lasse.



Die Referent:innen v. li.: Dr. Michael Hubmann, Dr. Regina Klakow-Franck, M.A., Michael Weller, Prof. Dr Martin Dietrich und Hans Matz. Foto: Roski.

Zur gemeinsamen Wissensgrundlage skizzierte er den Innovationsfonds als etabliertes Förderinstrument. Seit 2016 ist er die zentrale Plattform zur Entwicklung neuer Versorgungsformen (NVF) und versorgungsnaher Forschung (VSF); 60 Förderbekanntmachungen und insgesamt 791 geförderte Projekte (254 NVF / 537 VSF) stehen zu Buche, davon 329 derzeit in der Umsetzung. Gefördert werden insbesondere Vorhaben, die die sektorenübergreifende Versorgung verbessern – maßgeblicher Gradmesser für den Innovationsausschuss – und ein hinreichendes Potenzial zur dauerhaften Aufnahme aufweisen. Zudem sind alle Transferempfehlungen und Berichte veröffentlicht.

Besondere Aufmerksamkeit widmete Weller den finanziellen Rahmenbedingungen. Das bis 2025 geltende Gesamtvolumen lag bei 200 Millionen Euro jährlich. Durch das Gesetz zur Befugniserweiterung und Entbürokratisierung in der Pflege (BEEP) ist für 2026 eine einmalige Absenkung auf 100 Mio. Euro vorgesehen, finanziert über die Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds; laufende Projekte bleiben unberührt. Mit dem Beitragssatzstabilisierungsgesetz (BStabG) soll die Finanzierung angepasst werden: Ab 2027 wäre das Volumen dauerhaft auf jährlich 100 Mio. Euro festgeschrieben, die Mittel kämen direkt aus dem Gesundheitsfonds an das BAS, die hälftige Finanzierung durch die Krankenkassen entfiele, und es gäbe nur noch ein einstufiges Regelförderverfahren von bis zu vier Jahren. Ob die Rückkehr zur Fördersumme von 200 Millionen Euro tatsächlich komme, bezeichnete Weller als „mehr als fraglich".

Den Transferweg beschrieb er als klar geregelt: Der Innovationsausschuss berät innerhalb von drei Monaten nach Eingang der vollständigen Projektberichte und beschließt, ob eine Empfehlung zur Überführung ganz oder teilweise ausgesprochen werden kann, und stellt fest, welche Organisation zuständig ist. Bei festgestellter Zuständigkeit des G-BA hat dieser innerhalb von zwölf Monaten Regelungen zur Aufnahme in die Versorgung zu beschließen.

Ein ernüchterndes Bild lieferten allerdings die Zahlen. Von 118 Projekten der Neuen Versorgungsformen, zu denen bis Dezember 2025 entschieden wurde, erhielten 50 Prozent – 59 Projekte – keine Empfehlung; die übrigen teilen sich hälftig auf in 30 Projekte mit Weitergabe der wissenschaftlichen Erkenntnisse und 29 mit Prüfung beziehungsweise Überführung. Weller erinnerte an die ursprüngliche Logik: Ein erfolgreich evaluiertes Projekt solle nicht automatisch in die Regelversorgung übergehen, sondern den üblichen Weg über die Gremien nehmen – ob das richtig sei, stellte er bewusst zur Diskussion.

Erster Impuls: Dr. Michael Hubmann

Den Auftakt übernahm Dr. med. Michael Hubmann, Präsident des Berufsverbandes der Kinder- und Jugendärzt*innen, der konkrete Beispiele mit einer Reformbotschaft verband. Im SGB V sei festgelegt, dass die Versorgung wirtschaftlich, ausreichend, notwendig und zweckmäßig sein müsse – geplant werde

aber häufig „das Optimale". Aus der Pandemie habe er mitgenommen, dass es „nur gemeinsam" gehe – eine Bereitschaft, die er sich gerade in finanziell härter werdenden Zeiten zurückwünsche, um Deutschland reformorientierter zu machen.

Als erstes Beispiel stellte Hubmann das Projekt „U+E" vor, das auf die früh erkennbare, aber schwer zu identifizierende postnatale Depression von Eltern rund um die Geburt zielt. Der Vorteil eines Screenings liege darin, dass alle angesprochen werden könnten und die Hürde aus Behandlersicht entfalle; das enge Netz pädiatrischer Vorsorgen bilde die Grundlage. Umgesetzt wird das Vorhaben digital: Über die App des Berufsverbandes, in die nach Hubmanns Angaben fast zwei Millionen Kinder und Jugendliche eingeschrieben sind, erhalten Eltern automatisiert einen Fragebogen, dessen Auswertung in die Praxen zurückgespielt wird – auffällige Befunde standardisiert über KIM. Der nächste Schritt sei, das Vorhaben gemeinsam mit Partnern als Selektivvertrag in die Regelversorgung zu bringen.

Daran knüpfte er eine Sorge: Am Beispiel der U10, die als G-BA-Vertrag demnächst in die Regelversorgung kommt, verdeutlichte er, dass man über zehn Jahre unterwegs gewesen sei. Eine gute Versorgungsform wolle man aber nicht zehn Jahre lang konservieren oder als individuelle Gesundheitsleistung durchführen – „Kinder- und Jugendheilkunde ist keine IGeL-Medizin". Eben deshalb brauche es Selektivverträge, um ohne Zeitverlust voranzukommen.

Als zweites Beispiel nannte Hubmann die REF-HPV-Impfung gegen das humane Papillomvirus als erste Möglichkeit, aktiv gegen Krebs zu impfen. Dem WHO-Ziel von 90 Prozent Impfrate bis 2030 stehe derzeit in Deutschland eine Quote von unter 50 Prozent gegenüber. Mit digitalen Impferinnerungen über die App habe man allein 2024 fast 55.000 Rückmeldungen erhalten und sehe Potenzial, das Impfalter nach vorne zu verlagern; zudem werde HPV inzwischen auch bei Jungen geimpft. Offen sei das Zusammenspiel mit der Präventionsansprache der Krankenkassen. Im zugehörigen Projekt mit Konsortialpartnern sollen Zugangswege identifiziert und Barrieren gelöst werden.

Hubmann verband seine Beispiele mit einem Plädoyer für Realismus. Da rund 90 Prozent der Impfungen aktuell im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung stattfänden und der Öffentliche Gesundheitsdienst eher abgebaut werde, sei das niederschwellige Impfangebot in den Praxen die realistische Größe – eine Einbindung von Apotheken sei dabei kein Problem.

Als Erfolgsfaktoren benannte Hubmann die Zusammenarbeit mit der Leistungsentwicklung, die Einbindung der Praktiker bereits ab Antragstellung sowie alltagstaugliche Routinen. Versorgungsforschung dürfe kein rein akademisches Thema sein; für ein „47. Extraprojekt" sei in der Versorgung keine Zeit mehr. Es brauche verlässliche Partner und eigene Strukturen – der Berufsverband habe dafür eine Service-GmbH aufgebaut – sowie eine frühzeitige Einbindung der Krankenkassen. An das BMG richtete er einen Digitalisierungswunsch: Statt Neues zu planen, für das es 2026 nicht einmal eine Beta-Version gebe, solle man bestehende, funktionierende Systeme integrieren. Denn die Grundaufgabe betreffe alle: „Wir müssen mit weniger Menschen mehr berechtigte Ansprüche in der Gesundheitsversorgung erfüllen."

Zweiter Impuls: Hans Matz

Den Blick der Kostenträger brachte Hans Matz ein, Leiter Markenverträge und Innovationen bei der TK-Hauptverwaltung in Hamburg. Ziel der TK sei es, einen Beitrag dazu zu leisten, wie Innovationen weiterhin im gesetzlichen System möglich blieben – ein Finanzierungs- wie Strukturthema, das er am Beispiel des Innovationsfonds erläuterte.

Matz warnte davor, den bereits geschaffenen Wert zu unterschätzen. Im Rahmen des Innovationsfonds seien viele innovative Versorgungslösungen entwickelt worden; wertvoll seien dabei nicht nur die Ergebnisse, sondern auch die gewachsenen Projektpartnerschaften und Erfahrungen. Zudem seien Patientinnen und Patienten versorgt worden – mit Leistungen, die sie in der Regelversorgung so nicht erhalten hätten. Diesen „Schatz" gelte es nicht ruhen zu lassen, sondern zu prüfen, wie sich einzelne Bestandteile regional oder bundesweit überführen ließen – etwas, das der Innovationsfonds bislang nicht geschafft habe. Die TK sei an nahezu jedem zweiten Projekt der Neuen Versorgungsformen sowie an 12 Prozent der Versorgungsforschungsprojekte beteiligt gewesen.

Im Kern formulierte Matz drei Bedarfe. Erstens brauche es ein anerkanntes, durchsetzungsfähiges Transfermodell für das bereits Vorhandene – vorzugsweise aus dem Innovationsfonds, aber auch aus regional erprobten Modellvorhaben. Zweitens müsse ein Anreizsystem zur Förderung erhalten bleiben, da der ordnungspolitische Rahmen den Krankenkassen kaum Spielräume zum eigenständigen Ausprobieren lasse. Drittens – für ihn der wesentliche Punkt – sei ein alternatives Finanzierungssystem nötig: weniger auf Forschung, stärker auf die Realität der Versorgung ausgerichtet, „smart" angelegt, am Versorgungsbedarf orientiert und mit messbaren gesundheitsökonomischen Erfolgen hinterlegt. Vor allem müsse es für Patientinnen und Patienten wie für Leistungserbringer attraktiv sein – viele Projekte seien an zu geringer Patientenbeteiligung gescheitert.

Den größten Hebel sah Matz beim Zeitfaktor. Ein Innovationsfondsprojekt benötige „10 plus X Jahre"; ein eigenes Projekt mit Idee aus 2017 und Antrag aus 2018 sei 2026 noch immer ohne klare Perspektive. Bürokratischer Aufwand binde zu viele Mittel; die Förderphase dauere bis zu vier Jahre, die tatsächliche Versorgungszeit oft nur maximal ein Jahr, was eine belastbare Evaluation erschwere. Zu verkürzen seien Vorbereitungs-, Bewertungs- und Abschlussphase.

Als Lösung skizzierte Matz ein Finanzierungs- statt Fördermodell, das stark auf Selektivverträgen aufbaut: Die Krankenkassen würden gesetzlich beauftragt, einen bestimmten Anteil je Versicherten in innovative Versorgungskonzepte zu investieren; Antragstellung und Bewertung lägen bei ihnen oder beauftragten Institutionen. Einen solchen strukturierten Bewertungsprozess habe die TK bereits als Portal auf ihrer Website. Wichtig sei zudem, das Datenarchiv des Innovationsfonds in einen transparenten Marktplatz zu verwandeln, sodass Leistungserbringer ohne Aufforderung Konzepte aufgreifen könnten. Auf Projektebene brauche es eine Finanzierungsperspektive über die Laufzeit hinaus – ein frühzeitig eingeplantes Business-Case-Modell; eine gesundheitsökonomische Wirksamkeitsdarstellung reiche aus Sicht der TK aus.

Dritter Impuls: Prof. Dr Martin Dietrich

Eine übergeordnete, konzeptionelle Perspektive eröffnete Prof. Dr. Martin Dietrich vom Bundesministerium für Gesundheit.

Agiles Projektmanagement/Scrum

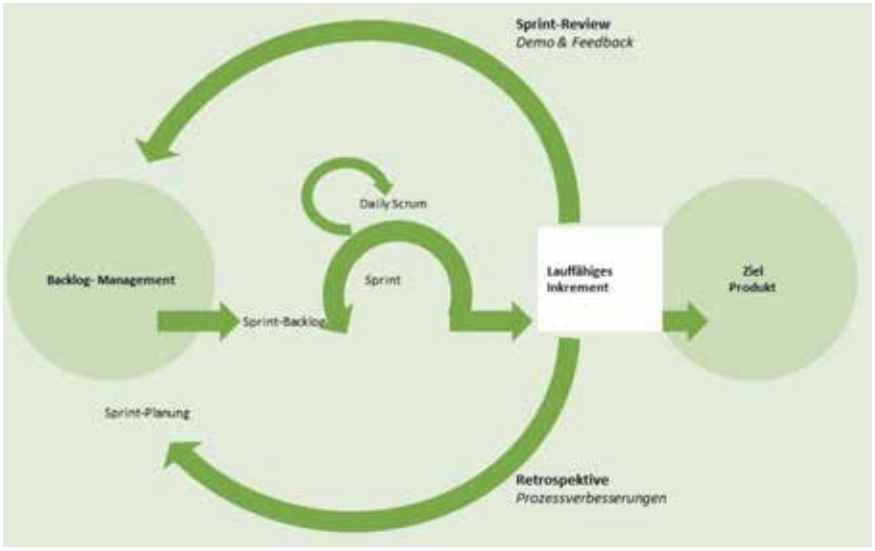


Abb. 1: Agiles Projektmanagement/Scrum. Aus: Vortrag von Dr. Regina Klakow-Franck, M.A. Quelle: Bundesverwaltungsamt Organisationshandbuch; https://t1p.de/w4gfhl, abgerufen am 14.06.2026.

Ein Kollege habe geschrieben, Deutschland habe „kein Innovationsproblem", sondern „ein Skalierungsproblem". Dietrich reagierte mit „zustimmendem Widerspruch": Zwar gebe es überproportional hohe Ausgaben für Forschung und Entwicklung und viele Patentanmeldungen, doch in der Verwertung sei Deutschland unterdurchschnittlich; gemessen an inzwischen fast zwei Milliarden Euro in zehn Jahren werde nicht hinreichend deutlich, was beim Patienten ankomme. Das eigentliche Problem sei, dass Innovation zu eng – allein als Projekt- beziehungsweise Forschungsförderung – gedacht werde.

Dem setzte Dietrich ein Drei-Phasen-Modell (siehe MVF 02/26) entgegen: Entwicklung, Transfer und Adaption. Die Entwicklungsphase sei wissenschaftlich geprägt, denn anders als bei einer iPhone-App gehe es um Gesundheit und Leben; ohne nachweisbaren Versorgungseffekt dürften solidarisch eingetriebene Gelder nicht verausgabt werden. Erfolgreich erprobte Innovationsfondsprojekte seien daher „außergewöhnliche Leistungen von außergewöhnlichen Menschen in außergewöhnlichen Situationen". Genau diese Stabilität aber ende mit dem Transfer, der „in einer Welt, in der sich Wissenschaftler nicht auskennen", ohne stabile Effekte spiele. Was in der Entwicklung die Wirksamkeitshypothese sei, müsse im Transfer die Transferhypothese sein – die Frage, ob ein wirksames Modell auch transferierbar ist; diese sei bislang „etwas unterentwickelt". Die anschließende Adaption erfordere passende Vertragsformen wie Selektivverträge, die jedoch ihrer Natur nach Ergänzungsverträge und nur ein Schritt, nicht das Ziel sein könnten.

Die zentrale Botschaft fasste Dietrich in einer Unterscheidung zusammen: Innovationserfolge seien nicht mit Projekterfolgen zu verwechseln. Bei manchen Akteuren gelte schon das Einwerben eines Projekts als Erfolg, ohne dass der Versorgungseffekt eine Rolle spiele; der eigentliche Innovationserfolg liege jedoch „viel, viel weiter hinten". Transfer und Adaption machten „mehr als die Hälfte des Innovationserfolges" aus, Projekterfolge seien lediglich die notwendige Voraussetzung. Deshalb arbeite das BMG an einem Fachkonzept zu Transferarchitektur und Versorgungsinnovation; ein Fachdialog dazu sei kurz zuvor erfolgreich verlaufen.

Daran anschließend nannte Dietrich Eckpunkte eines Transferleitbildes. Erstens brauche es konsentierte Kriterien der Versorgungsverbesserung; als Orientierung diene ihm der „Quintuple Aim": besserer gesundheitlicher Outcome, bessere Patient Experience, bessere Kosteneffektivität, bessere Erfahrungen der Fachkräfte (Clinician Well-Being) sowie mehr Versorgungsgerechtigkeit – Kriterien, die bislang nicht offiziell konsentiert seien. Zweitens dürften nicht Projekte, sondern Versorgungskonzepte verstetigt werden; Stellen zu verstetigen könne nicht das Ziel sein. Drittens brauche es einen flexiblen Rahmen für unterschiedliche Versorgungskonzepte, weshalb es keinen einheitlichen Transferweg geben könne. Viertens sei eine vorläufige Regulierung und Vergütung mit Ablaufdatum erforderlich: Würden definierte Key-Performance-Indicators nicht geliefert, müsse sich ein Konzept wieder zurücknehmen lassen. Es brauche daher Transfermonitoring statt neuer Einschlussevaluation sowie eine Transferbegleitung der relevanten Akteure – ohne Krankenkassen solle es nicht gehen.

Weitere Punkte betrafen die Nutzenorientierung. Letztlich seien es die Leistungserbringer, die mit den Konzepten arbeiten müssten; hier drohe eine „Not-invented-here"-Problematik, wenn andernorts entwickelte Konzepte auf ein bereits maximal belastetes Arbeitsfeld träfen. Konzepte müssten so „abnahmereif" sein, dass sie sofort umsetzbar seien. „Agile" als Prinzip des Transfers verstand Dietrich nicht als Modewort, sondern im Sinne des schnellen, validierten Lernens. Der Netto-Bürokratie-Effekt müsse nicht gleich null sein, doch dürften keine neue Behörde und keine langwierigen Entscheidungsprozesse entstehen, die mehr belasteten als entlasteten. Schließlich brauche es einen wissensgenerierenden Transfer: Im Transfer gewonnene Erfahrungen müssten strukturiert in die Entwicklung neuer Ideen zurückfließen.

Zur Veranschaulichung griff Dietrich zu einem Bild aus der Raumfahrt: Man stecke viel Energie in die Entwicklung leistungsfähiger „Antriebe", stelle diese dann aber „vor die Halle", ohne die Rampe zu bauen, von der aus gestartet werde. Genau die Rampe stelle der Transfer dar. So viel Leidenschaft in den Transfer zu legen wie in den Wirksamkeitsnachweis – das sei die Motivation, die ein Entwicklungs- und Transfermodell verbinden würde; diese Verbindung gebe es bislang nicht.

Vierter Impuls: Dr. Regina Klakow-Franck

Den vierten Impuls setzte Dr. Regina Klakow-Franck, freie Sachverständige und Beraterin sowie von 2012 bis 2018 unparteiisches Mitglied des Gemeinsamen Bundesausschusses. Sie verstand ihren Beitrag als Unterstützung des von Prof. Dietrich vorge-

stellten Transfermodells, dessen Entwicklung sie seit Längerem begleitet.

Zum Einstieg zeigte sie eine seltener gezeigte Folie des Innovationsausschusses zu den Adressaten der Überführungsempfehlungen. Über insgesamt 187 empfohlene Projekte – weit mehr als die 29 Modellvorhaben der Neuen Versorgungsformen – verteilten sich die Empfehlungen auf zahlreiche Adressaten: auf den G-BA entfielen rund 14 Prozent, die meisten gingen an die wissenschaftlichen Fachgesellschaften, viele auch an die Vertragspartner auf Landesebene (9 Prozent) und knapp 10 Prozent an Planungsbehörden und Ministerien der Länder. Ihre Schlussfolgerung: Es gibt auch andere Adressaten als den G-BA – ein singulärer Zuschnitt auf den G-BA als „Flaschenhals" greife zu kurz.

Anschließend griff sie einzelne Eckpunkte heraus, die selbst von einem hochkarätigen Fachpublikum bislang nicht hinreichend verstanden würden. Die ersten drei Quintuple Aims – Better Health Outcomes, Lower Costs, Improved Patient Experience – entsprächen genau den Aspekten von Value-Based Care, wie sie etwa Kaiser Permanente umsetze. Eine prägnante Zuspitzung führte sie auf die niederländische Gesundheitsministerin zurück, die Versorgungsverbesserung wörtlich zusammengefasst habe mit: „No longer paying for low-value care." Diese „geniale Zusammenfassung in einem Satz" als kohärentes Zielbild fehle in der deutschen Diskussion.

Den Kern ihres Beitrags bildete die Übertragung des Agile- beziehungsweise Scrum-Prinzips auf den Transfer. Dessen Grundprinzip sei der kontinuierliche Verbesserungszyklus „Plan, Do, Check, Act" in kleinen, inkrementellen Schritten – mit einem Product Owner, einem Scrum-Master mit der Aufsicht über den Prozess und einem Team, das das Produkt in wiederkehrenden Sprint-Zyklen zur Reife bringe. Dieses Modell übertrug sie auf einen eigenen Prototyp für ein künftiges Transfermodell.

In diesem Prototyp könne der Product Owner der G-BA sein – ebenso aber eine Planungsbehörde der Länder oder die Vertragspartner auf Landesebene; ausdrücklich solle dies nicht mehr der Innovationsausschuss „alter Strickart" sein, der weitgehend deckungsgleich mit den Trägern des G-BA ist. Der Product Owner beauftrage einen Scrum-Master – einen neuen „Transfer-Council" – mit der Ausschreibung eines Transfer-Managements, das keine neue Erprobungsstudie durchführe, sondern in kontinuierlichen Zyklen auf die Adaption in die Regelversorgung hinarbeite, etwa über neue EBM-Gebührenziffern oder Fallpauschalen. Für den Fall eines negativen Monitorings sah ihr Modell bewusst eine Exit-Möglichkeit vor. Entscheidend sei ein aktives Kooperations- und Beziehungsmanagement, damit Projekte weder versandeten noch in der Übergangslösung Selektivvertrag stecken blieben.

Mit Nachdruck schloss sich Klakow-Franck Dietrichs Position an: keine Verstetigung von Projekten und keine erneute Erprobung in der Transferphase. Das „Allerschlimmste" wäre aus ihrer Sicht eine neue Erprobungsrichtlinie nach dem Muster des § 137e SGB V – nach zehn Jahren Modellvorhaben dann nochmals zehn Jahre Erprobung. Das wäre „der Tod von jeglichem Innovationstransfer". Ihr Anliegen sei der Paradigmenwechsel: vom Wirksamkeitsnachweis durch eine Studie hin zu einem Transfer im Sinne eines agilen Entwicklungszyklus.

Diskussion: Vom Versorgungserfolg bis zur Rolle der Selbstverwaltung

In der anschließenden Diskussion vertieften die Beteiligten zentrale Stränge. Auf die Frage, wie der Sprung in die Regelversorgung gelinge, verwies Hubmann auf die Kindervorsorgen, bei denen Selektivverträge seit 2011 über 15 Jahre im Feld gewesen seien, ehe die Grundlage für die Regelversorgung entstanden sei; als wesentliche Ziele nannte er die „U10 neu" und die Steigerung der HPV-Impfrate. Grundsätzlich plädierte er für mehr „Gesamtsystem-Ehrlichkeit" und das „Omnibus-Prinzip": Komme etwas Neues hinzu und stünden keine neuen Mittel zur Verfügung, müsse etwas anderes wegfallen – andernfalls verliere man entweder die Patienten oder die Versorger.

Matz konkretisierte die Hürden jenseits des Zeitfaktors: Sein Ansatz ziele auf einfachere Modelle, die die Substitution von Leistungen besser realisierten, da nicht mehr Geld zur Verfügung stehe. Der Transfer einzelner, bis dahin selektivvertraglicher Modelle gelinge besser, wenn tragfähige Ideen frühzeitig mit den Krankenkassen besprochen würden.

Dietrich erläuterte am Beispiel des Innovationsfondsprojekts NPPV, das komplexe psychische Erkrankungen behandeln sollte, was ein Versorgungserfolg sein könne. Bereits vor Projektabschluss sei gesetzlich bestimmt worden, dass der G-BA eine entsprechende Richtlinie zu erlassen habe; 2021 sei diese verabschiedet, im Oktober 2022 seien die EBM-Ziffern geschaffen worden, und inzwischen treibe ein Anbieter die Umsetzung kampagnenartig voran. Die Zahl der nach diesem Konzept behandelten Patient:innen wäre für ihn das Merkmal eines Versorgungserfolgs – und ein Beispiel für ein einfaches Monitoring. Auf die Frage „Klasse statt Masse" antwortete er mit einem „eindeutigen Jein": Im Bereich der Versorgungsforschung neige er dazu, das Argument anzuerkennen; bei über 30 geförderten Lotsenprojekten habe es kein einziges nach harten Evidenzkriterien wirklich geschafft. Die Lösung könne sein, ähnlich gelagerte Projekte auf gemeinsame Wirkkomponenten zu untersuchen und daraus ein Versorgungskonzept zu formen, das zeitlich befristet beauftragt und nach KPIs fortgeführt oder abgestellt wird.

Klakow-Franck vertiefte das Verhältnis ihres Modells zur Selbstverwaltung, die nicht der einzige Stakeholder sei; kaum ein Gesundheitssystem habe so viele Akteure mit so unterschiedlichen Zuständigkeiten, und gerade die extreme Sektorierung und Fragmentierung hätten zum Problem beigetragen. Wolle man sektorenübergreifend Versorgung verbessern – für sie der Schlüssel zum Erfolg –, müsse es ermöglicht werden, dass auch andere beauftragen könnten: am Beispiel der Rettungskette etwa die Kommune unter Einbeziehung der Länderbehörde und schließlich die Selbstverwaltungspartner einschließlich der Landesverbände oder einer Krankenkasse. Der Landesausschuss auf Landesebene sei dafür keine geeignete Plattform. Sie warb daher für ein neutrales Modell, in dem unterschiedliche Stakeholder professionell beauftragen könnten, worauf hin ein professionelles Transfermanagement folge. <<

von:
MVF-Chefredakteur Peter Stegmaier

Zitationshinweis

Stegmaier, P.: „Transferstärkung von Versorgungsinnovationen, in „Monitor Versorgungsforschung" (04/26), S. 44–47. http://doi.org/10.24945/MVF.04.26.1866-0533.2848



© axentis/Lopata

Das Podium der Abschlussdiskussion „Ist der Mann für die Prävention verloren?“ – v.l.n.r. Dr. Thomas Solbach (Strategy& Deutschland), Andrea Galle (mkk – meine krankenkasse), Dr. Katharina Bruderek (Leitende Werksärztin, Volkswagen), Moderation Dr. Albrecht Kloepfer (iX – Institut für Gesundheitssystem-Entwicklung), Meghan Lawrence B.A. (Bundesvertretung der Medizinstudierenden in Deutschland), Prof. Dr. Clarissa Kurscheid (figus GmbH), Dr. Ute Teichert (ehem. Leiterin der Abteilung öffentliche Gesundheit im Bundesgesundheitsministerium). Foto: axentis/Lopata

6. Bundeskongress Gender-Gesundheit 2026

Prävention ist nicht geschlechterneutral

Unter dem Motto „Prävention geschlechterspezifisch?!“ hat der 6. Bundeskongress Gender-Gesundheit in der Berlin-Brandenburgischen Akademie der Wissenschaften am Gendarmenmarkt Wissenschaft, Selbstverwaltung, Politik und Praxis zusammengeführt. Der dicht getaktete Tag verband Grundlagenforschung, digitale Transformation und überraschenderweise sogar Gewaltprävention. Die gemeinsame Botschaft: Geschlechtersensible Prävention ist kein Nischenthema, sondern Qualitätsmerkmal moderner Versorgung und eine bislang ungenutzte Effizienzreserve – für alle Geschlechter.

>> Dass das Thema in der Mitte des Gesundheitswesens angekommen ist, machte bereits die Eröffnung deutlich. Christian Luft, Staatssekretär im Bundesgesundheitsministerium und Schirmherr des Kongresses, bezeichnete eine geschlechtersensible Ausrichtung des Gesundheitssystems als Qualitätsmerkmal moderner Versorgung: „Wer diese Unterschiede ignoriert, riskiert Fehldiagnosen, verspätete Behandlungen und vermeidbares Leid“. Über-, Unter- und Fehlversorgung verursachten zudem erhebliche Kosten. Bundesgesundheitsministerin Nina Warken bekräftigte in ihrem schriftlichen Grußwort, lange habe der „männliche Körper als Norm“ gegolten und es sei „Medizin von Männern für Männer“ gemacht worden. Gendergerechte Versorgung setze genau hier an und leiste einen Beitrag für die Gesundheit aller. Kongresspräsidentin Dr. Martina Kloepfer, Institut für Gender-Gesundheit e. V., rückte angesichts der angespannten Finanzlage die Effizienzreserven in den Vordergrund: Wer Patientinnen und Patienten von Anfang an richtig versorge, vermeide kostenintensive Umwege im System. Zugleich richtete sie den Blick auf Männergesundheit, „denn Männer haben ja beim Thema Prävention oder Vorsorge durchaus noch etwas Luft nach oben.“

Aktueller Stand der Gendermedizin und Forschung: fünf wissenschaftliche Impulse

Den fachlichen Auftakt setzte Prof. Dr. Gertraud Stadler, Leiterin des Teams Gender in Medicine an der Charité Berlin. Sie machte gleich zu Beginn klar: Acht Verhaltensweisen entscheiden maßgeblich über gesunde Lebensjahre. Wer sie konsequent umsetzt, gewinnt im Mittel bis zu 24 Lebensjahre (Männer) beziehungsweise 20 Lebensjahre (Frauen). Ihren Schwerpunkt legte Stadler auf Nikotinkonsum, der bei Frauen schädlicher wirkt und schwerer zu beenden ist. Frauen haben ein höheres Abhängigkeitsrisiko, erkranken früher und bereits bei geringeren Konsummengen an Herz-Kreislauf- und Krebserkrankungen. Das kritische Zeitfenster liege zwischen dem zehnten und zwanzigsten Lebensjahr, da sich bereits nach wenigen Tagen regelmäßigen Konsums eine rasche Nikotinabhängigkeit entwickeln kann. Essentiell ist, dass in diesen Jahren das Risiko für eine lebenslange Abhängigkeit bei Mädchen höher ist als bei Jungen. Hier setzt die Charité-Studie „nachvorn“ an, die an 42 Berliner Schulen erstmals europaweit die Primärprävention von Vaping und Tabakrauchen untersucht. Die Zahlen alarmieren: Von 100 Schulkindern zwischen 9 und 17 Jahren hat bereits jedes fünfte geraucht und jedes vierte gevapt, und schon 7% der Zehnjährigen sind nikotinerfahren. „Dabei spielen geschlechterspezifische Risikofaktoren eine entscheidende Rolle: Bei Jungen dominiert Gruppendruck, und bei Mädchen zeigt sich bereits in der fünften Klasse die Vorstellung, Nikotin zur Stressbewältigung zu nutzen.“ Aromatisierte E-Zigaretten wirkten als Einstiegsprodukt, gezielt weiblich vermarktet über Design und süß-fruchtige Aromen. Folglich plädiert Stadler für ein Aromenverbot bei Vapes nach niederländischem Vorbild, um Kinder und junge Menschen im kritischen Zeitfenster zu schützen.

Univ.-Prof. Dr. med. Ute Seeland, Zentrum für Innere Medizin/ Geschlechtersensible Medizin und Prävention an der Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg, führte das Auditorium auf die Systemebene. Sie plädiert für eine geschlechtersensible Medizin, die das biologische Geschlecht (engl. sex) und



Die Kongresspräsidentin sowie die Referent:innen der wissenschaftlichen Impulse: v.l.n.r. Dr. Martina Kloepfer, Prof. Dr. Gertraud Stadler (Charité Berlin), Prof. Dr. Ute Seeland (Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg), Prof. Dr. Sylvia Thun (Charité Berlin), Prof. Dr. Claudia Schmidtke (Universitäres Herzzentrum Lübeck), Prof. Dr. Volker Amelung (Medizinische Hochschule Hannover). © axentis/Lopata

das soziokulturelle Geschlecht (engl. gender) zusammendenkt. Ein zentrales Konzept ist die allostatische Last – jener körperliche Verschleiß, der durch anhaltende Stressoren entsteht und sich bei den Geschlechtern unterschiedlich niederschlägt. Soziale Diskriminierung sei ein weiterer eigenständiger, schwerer Risikofaktor, dem in der Versorgung weit mehr Aufmerksamkeit gebühre. An Beispielen aus der Kardiologie, Nephrologie und Diabetologie zeigte sie, wie unterschiedlich Krankheitsmuster verlaufen. Beispielsweise liege die 28-Tage-Letalität nach akutem Myokardinfarkt basierend auf noch unveröffentlichten Daten in Sachsen-Anhalt bei Frauen mit 13,81% höher als bei Männern mit 11,46% und bestätige das Wissen aus dem Monica/Kora Herzinfarktregister Augsburg. Aus dem Plenum folgte die Nachfrage nach Integration geschlechtersensibler Lehrinhalte in die Curricula der Universitäten. Als neu ans Institut für medizinische und pharmazeutische Prüfungsfragen berufene Sachverständige hat Seeland nun die Chance, Inhalte der geschlechtersensiblen Medizin in den Staatsexamensfragen zu verankern.

Der dritte Impuls legte den Fokus auf den Gender Bias in Daten und Künstlicher Intelligenz, der systematische Verzerrungen in Forschung, Diagnostik und Therapie bedeutet. Prof. Dr. Sylvia Thun, Direktorin eHealth & Interoperabilität am Berlin Institute of Health der Charité Berlin, konstatierte, dass das Kernproblem nicht mehr im lange versäumten Einschluss von Frauen in Studien läge, sondern darin, dass Daten nicht geschlechterspezifisch ausgewertet würden. Beispielsweise wiesen nur 18% der Covid-19-Studien stratifizierte Ergebnisse aus, obwohl in den BioNTech-Studien sogar mehr Frauen als Männer eingeschlossen waren. Problematisch werde dies in der KI: Der ursprünglich auf US-Soldatendaten mit nur 6% Frauenanteil basierende AKI-Alert zur Erkennung akuten Nierenversagens ist für Frauen faktisch unvalidiert. Der Charité-AKI-Alert ist zwar Charité-weit implementiert, beruht jedoch nicht auf diesen Veteranendaten und wurde gendergerecht angepasst. Wie sich aus verzerrten, „biased" Daten gerechtere machen lassen, fasste Thun unter dem Konzept „Fair AI" zusammen, das Differenzierung der Anfälligkeiten ermöglicht und Vorurteile vermeidet. Regulatorisch verwies sie auf EU AI Act und European Health Data Space, die Sex und Gender künftig zu Pflichtfeldern machen. Ihr Schlusswort, ein Zitat der Autorin Caroline Criado Perez: „Daten, die Frauen ignorieren, töten Frauen."

Prof. Dr. Claudia Schmidtke, MBA, Sprecherin des Universitären Herzzentrums Lübeck am Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, affiliierte Professorin am Deutschen Forschungszentrum für Künstliche Intelligenz im Forschungsbereich „KI für Assistive Gesundheitstechnologien" und ehem. Patientenbeauftragte der Bundesregierung, verband in ihrem Impuls die Dimensionen Alter und Geschlecht. Altern verlaufe nicht geschlechterneutral: Frauen leben mit rund 83 Jahren im Schnitt etwa fünf Jahre länger als Männer (78 Jahre), verbringen davon aber mehr Zeit in eingeschränkter Gesundheit – etwa 26 gegenüber 21 Jahren bei Männern. Krankheit sei kein Zustand, sondern ein Verlauf, betonte Schmidtke. Das heißt, dass nicht Einzeldiagnosen entscheidend seien, sondern die Dynamik der Übergänge zwischen Stabilität, Multimorbidität und Frailty. Frauen und Männer unterschieden sich im gesamten Verlauf der Alterung, d. h. in Zeitpunkt, Muster und Tempo biologischer Veränderungen. Die Menopause markiere einen tiefgreifenden biologischen Wendepunkt und ein frühes Warnsignal, werde klinisch aber kaum systematisch erfragt. Prävention müsse deshalb verlaufsorientiert am Geschlecht angepasst gedacht werden.

Den ökonomischen Rahmen lieferte Prof. Dr. Volker Amelung, Institut für Epidemiologie, Sozialmedizin und Gesundheitssystemforschung der Medizinischen Hochschule Hannover, der auch die Co-Referentin Sophia Sgraja M.A. vertrat. Geschlechtersensible Versorgung sei im Kern ein Stratifizierungsthema, und Geschlecht sei der grundlegendste Schritt jeder sinnvollen Unterteilung von Patientenpopulationen. Undifferenzierte, geschlechterunspezifische Behandlung sei schlicht schlechte Medizin, „und schlechte Medizin kann sich Deutschland nicht leisten". Gefragt sei mehr Wirkung pro Euro: Stratifizierung vermeide unnötige Behandlungen, senke Komplikations- und Folgekosten, adressiere Hochrisikofälle gezielter und setze begrenzte Ressourcen wirkungsvoller ein. Mit Kosteneffektivitäts- und Budget-Impact-Analysen lasse sich dieser Nutzen gruppenspezifisch belegen. Wie weit Praxis und ökonomischer Nachweis noch auseinanderliegen, zeigte das Innovationsfondsprojekt HeartGap (2023–2025)[1]: Der Mixed-Methods-Ansatz untersuchte, wie geschlechterspezifische Versorgung in der kardiologischen stationären Praxis ankommt. Nachweisbar sei besonders eine Diskrepanz zwischen evidenzbasiertem Leitlinienwissen und tatsächlicher Versorgungspraxis. Ärzteschaft und Pflege seien grundsätzlich bereit, scheiterten aber an Zeitdruck, Personalmangel und fehlender Verankerung in Leitlinien und Ausbildung. Was für den nächsten Schritt noch fehle, sei genau jene gesundheitsökonomische Komponente, die vermeidbare Kosten sichtbar macht.

Drei Workshops: Autoimmunität, Hormone, Gewaltprävention

Die parallelen Workshops am Nachmittag vertieften einzelne Versorgungsfelder. Im ersten erklärten PD Dr. Matthias Grothe, Klinik für Neurologie der Universitätsmedizin Greifswald, und Prof. Dr. Sarah Hoffmann, Klinik für

---

1: Konsortialführerin war Prof. Dr. Clarissa Kurscheid (figus GmbH), Projektleiter war Prof. Dr. Volker Amelung (Medizinische Hochschule Hannover). Als Projektpartnerinnen beteiligt waren Sophia Sgraja M.A. (Medizinische Hochschule Hannover), Judith Mollenhauer M.Sc. (figus), Dr. Martina Kloepfer (Institut für Gendergesundheit e. V.) sowie Prof. Dr. Ute Seeland (Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg).

Zitationshinweis

Stegmaier, M.: „Prävention ist nicht geschlechterneutral", in „Monitor Versorgungsforschung" (04/26), S. 48–50. http://doi.org/10.24945/MVF.04.26.1866-0533.2849

Neurologie und Experimentelle Neurologie der Charité Berlin, warum Autoimmunerkrankungen Frauen häufiger treffen. Die kurze Antwort: Man wisse es nicht. Geschlechterspezifische Unterschiede seien zwar gut dokumentiert, in ihren Ursachen aber noch unverstanden und nicht in der Versorgungsrealität abgebildet. Anhand von Multipler Sklerose und Myasthenia gravis zeigten sie den Einfluss der Hormone über die Lebensspanne und die enge Verzahnung von Therapie und Familienplanung. Zentrales Versorgungsproblem bleibe die verzögerte Diagnose. Ein Beispiel: Bei der Myasthenie warten Frauen mit rund zwei Jahren etwa doppelt so lange wie Männer, weil ihre Symptome häufiger als psychosomatisch fehlgedeutet würden. Als Hebel benannten beide mehr Bewusstsein in der Ärzteschaft, eine frühere Diagnose und eine konsequente Antikörperdiagnostik in der Schwangerschaft.

Der zweite Workshop von Prof. Dr. Michael Zitzmann, Centrum für Reproduktionsmedizin und Andrologie des Universitätsklinikums Münster, und PD Dr. Maike Henningsen, Fachärztin für Frauenheilkunde und Geburtsmedizin, widmete sich hormonellen Umbrüchen – dem „Hormon-Alarm" – von Männern und Frauen. Zitzmann räumte zunächst mit dem Mythos „männlicher Wechseljahre" auf: Sinkende Testosteronspiegel seien meist Folge vermeidbarer Begleiterkrankungen und daher kein zwangsläufiges Altersphänomen. Der funktionelle Hypogonadismus werde massiv unterkodiert und unterbehandelt – mit Produktivitätsverlusten von rund 270 Millionen Euro pro Jahr. Zitzmann forderte ein standardisiertes Screening und eine präzisere Kodierung mit fester Anbindung von Laborwerten. Henningsen verdeutlichte, dass Östrogene systemische Regulationshormone sind. Peri- und Menopause beträfen 7 bis 8 Millionen Frauen, der volkswirtschaftliche Schaden liege bei etwa 9,4 Milliarden Euro jährlich. Sie warb für eine bessere Anpassung der Arbeitswelt nach dem Vorbild Großbritanniens, Australiens oder Schwedens. Beide forderten mehr diagnostisches Bewusstsein und eine bessere Vergütung der „sprechenden Medizin", denn Geld sei im System genug vorhanden, es müsse nur gezielter eingesetzt werden.

Der dritte Workshop wechselte die Perspektive vom Medizinischen ins Psychologische. Männerberater Björn Süfke, Psychologe und Autor, fragte, wie traditionelle, „toxische" Männlichkeitsvorstellungen Gewalt begünstigen, von der überwiegend Frauen und Mädchen betroffen sind. Toxische Männlichkeit sei eine soziale Konstruktion, nicht die Eigenschaft Einzelner. Im Kern des Männlichkeitskonstrukts stehe ein Gefühlsverbot, dessen Abwehr in Hilflosigkeit und – wenn auch diese abgewehrt werde – in Gewalt münde. Dieselbe Sozialisation schade auch den Männern selbst, etwa sichtbar in einer dreifach erhöhten Suizidrate. Gewaltprävention müsse auf allen drei Präventionsebenen ansetzen, sei aber dramatisch unterfinanziert: Für die Täterarbeit (tertiäre Prävention) stehe beispielsweise in Nordrhein-Westfalen nur eine Dreiviertel-Stelle pro einer Million Einwohner zur Verfügung, eine Krisenberatung (sekundär) für Männer gebe es praktisch nicht, und während für Mädchen zahlreiche Empowerment-Projekte existierten, fehlten vergleichbare Aufklärungsangebote (primär) für Jungen weitgehend.

Keynote: Frauen als Ausgangspunkt einer kontinuierlichen Versorgung

In ihrer Keynote gaben Dr. Thomas Solbach und Simone Giehl, beide Strategy& Deutschland (die globale Strategieberatung von PwC), Einblick in die noch unveröffentlichte Studie „Future of Female Health". Gesundheit entwickle sich von punktueller Versorgung zu einem kontinuierlichen LIFEcare-Ökosystem, in dem Gesundbleiben (WELLcare) und Behandlung im Krankheitsfall (DISEASEcare) zunehmend verschmelzen. Für Frauen konvergierten beide Bereiche früher und stärker: Sie verhielten sich häufig gesundheitsbewusster und generierten über alle Lebensphasen hinweg mehr eigene Daten. Für Strategy& bedeutet das: Frauen sind der ideale Ausgangspunkt eines lebensphasenorientierten Modells. Doch 82% der Frauen sammelten Gesundheitsdaten, von denen nur ein knappes Drittel je den Weg in die Sprechstunde finde. Diesen Datenschatz zu heben, sei Aufgabe von Ärzteschaft, Politik, Kostenträgern und Industrie gleichermaßen.

Podiumsdiskussion: Ist der Mann für die Prävention verloren?

Die abschließende Podiumsdiskussion, moderiert von Dr. Albrecht Kloepfer (iX – Institut für Gesundheitssystem-Entwicklung), stand unter der provokanten Frage „Ist der Mann für die Prävention verloren?", die einhellig mit Nein beantwortet wurde. Andrea Galle, Vorständin der mkk – meine krankenkasse, betonte, der Mann sei nicht verloren, brauche aber eine geschlechtersensible Ansprache. Die große Herausforderung sei, dass Männer in der Regel Vorsorge erst mit dem Check-up 35 erreichten. Dr. Katharina Bruderek, Leitende Werksärztin bei Volkswagen, verwies dabei auf die Arbeitsmedizin als unterschätzten Hebel, über den sich gerade schwer erreichbare Männer ansprechen ließen. Prof. Dr. Clarissa Kurscheid, Geschäftsführerin der figus GmbH, verwies darauf, dass Herausforderungen in der Gesundheitsversorgung von Jungen und Männern aus ihrer Sicht nicht ausschließlich auf fehlende Zugänge zurückzuführen seien. Darüber hinaus plädierte sie für eine stärkere Einbindung von Patientinnen und Patienten in gesundheitliche Entscheidungen und für den Abbau paternalistischer Strukturen im Gesundheitswesen. Dr. Thomas Solbach, Managing Director bei Strategy& Deutschland (die globale Strategieberatung von PwC), machte Kommunikation zum entscheidenden Hebel der Prävention: Sie müsse lebensnah, niedrigschwellig und schließlich „sexy" sein.

Eine zweite Spannungslinie betraf das Verhältnis von solidarischem Gesundheitswesen und konsumorientierter Vorsorge. Galle setzte einen scharfen Gegenakzent zur Studienthese von Strategy& in ihrer Keynote: Die gesetzliche Krankenversicherung agiere nicht in einem Markt und betrachte Frauen nicht als Konsumentinnen. Werde Prävention und Versorgung zum Bezahlmarkt, drohe eine Zweiklassenmedizin. Dr. Ute Teichert, ehem. Leiterin der Abteilung öffentliche Gesundheit im Bundesgesundheitsministerium und langjährige Vorsitzende des Bundesverbandes der Ärztinnen und Ärzte im öffentlichen Gesundheitsdienst, warb für einen stärkeren Public-Health-Blick, denn die Lebenswelt finde nicht in der ärztlichen Versorgung statt, sondern in Betrieben, Kindertagesstätten und Schulen. Meghan Lawrence B.A., Bundesvertretung der Medizinstudierenden in Deutschland, forderte, diversitätssensible Medizin müsse ein Qualitätsmerkmal guter Ausbildung werden. Mit Blick auf den kurz zuvor stattgefundenen Deutschen Ärztetag in Hannover, auf dem Studentinnen von sexuellen Übergriffen berichtet hatten, forderte sie strukturelle Veränderungen und mehr Frauen in Führungspositionen. <<

von: Mariann Stegmaier M.Sc.

LEX LOTSEN OWL

Vom Innovationsfondsprojekt zur Realität



KOORDINIERUNG. REGIONAL. VERNETZEN.

LEX LOTSEN OWL Projekttagung 2026

Das **Innovationsfondsprojekt LEX LOTSEN OWL** erprobt, wie **Patientenlotsen** rechtlich und regional verortet werden können.

Im November schauen wir auf **erste Ergebnisse** und diskutieren **Handlungsempfehlungen** für die **gesetzliche Implementierung** einer patienten-zentrierten, koordinierten Versorgung durch Patientenlotsen.

Seien Sie dabei und diskutieren Sie mit!

Wann: **Dienstag, 10. November 2026**
Wo: **Hotel Rossi**
Lehrter Str. 66 • 10557 Berlin
Infos: **lex-lotsen-owl.de**

Melden Sie sich ***jetzt*** für Updates zum Event an!

STIFTUNG DEUTSCHE SCHLAGANFALL HILFE

Die Volkskrankheit Schlaganfall bleibt eine große Herausforderung – für die Betroffenen, das Umfeld und die Gesellschaft. Jedes Jahr erleiden hierzulande rund 270.000 Menschen einen Schlaganfall.

Unser Selbstverständnis: Vom Menschen lernen – systemisch helfen. Die Schlaganfall-Hilfe ist eine fördernde und helfende Stiftung und gestaltet gleichzeitig aktiv die Struktur des Gesundheitswesens mit.

Unsere Mission: Gemeinsam für Menschen – gegen den Schlaganfall.

Gefördert durch:
Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

15 Jahre inav – privates Institut für angewandte Versorgungsforschung GmbH

Impulsgeber für einen Paradigmenwechsel

Anlässlich des fünfzehnjährigen Bestehens des inav-Instituts versammelten sich führende Expert:innen der Gesundheitsbranche in Berlin, um über die drängenden Fragen einer zukunftsfähigen Versorgung zu debattieren. Im Zentrum des Symposiums stand die Erkenntnis, dass das deutsche Gesundheitssystem vor einer tiefgreifenden Transformation steht, die sowohl technologische Innovationen als auch eine radikale Neuausrichtung der sektoralen Zusammenarbeit erfordert.

>> Bisher erfolgt die Steuerung der Versorgung oft rückwärtsgewandt, indem man sich auf Abrechnungsdaten der Vergangenheit stützt. Daniela Teichert, Vorstandsvorsitzende der AOK Nordost, kritisierte diesen Status quo deutlich: „Wir schauen immer nur auf die Daten der Vergangenheit. Wir wissen damit, dass Menschen gestern im Krankenhaus waren, aber eben nicht, ob sie übermorgen ins Krankenhaus müssen." Um diesem ineffizienten Modell zu entkommen, sei ein Paradigmenwechsel hin zu einer vorausschauenden, datengestützten Planung unumgänglich.

Die anwesenden Expert:innen plädierten dafür, künftig verstärkt klinische Informationen und prädiktive Analysen zu nutzen, um Behandlungsbedarfe bereits zu erkennen, bevor akute Notfälle eintreten. Ein wesentlicher Hebel für diesen Wandel ist die Interoperabilität nach internationalen Standards. Prof. Dr. Sylvia Thun von der Charité Berlin verwies auf das enorme ökonomische Potenzial. So zeige eine OECD-Studie, dass mit interoperablen Daten sechs bis acht Prozent der Gesundheitskosten eingespart werden könnten. Dabei geht es jedoch nicht nur um Effizienz, sondern primär um die medizinische Qualität. So ermöglicht die Nutzung internationaler Nomenklaturen, seltene Erkrankungen präzise zu erfassen. Thun betonte die bisherige Unsichtbarkeit vieler Betroffener: „Wir haben über 8.500 seltene Erkrankungen, die einen Namen, aber keinen ICD-10-Code haben." Das bedeute, dass all diese Patient:innen in den Daten nicht sichtbar seien.

Ein zentrales Instrument hin zu einer datengestützen Entwicklung ist die elektronische Patientenakte, die sich zu einem dynamischen Therapiebegleiter entwickeln muss. Dennoch bleibt die Datenqualität eine kritische Hürde, da ungenaue Codierungen die Zuverlässigkeit von Algorithmen untergraben können. Wahre Transparenz entsteht erst, wenn Versicherte den konkreten Nutzen der Datenteilung erkennen. Daniela Teichert sieht darin die Bedingung für den Erfolg der Reform: „Wir stehen wirklich vor einem Paradigmenwechsel, wenn wir das schaffen, dass Menschen erkennen, warum ihre Daten wichtig sind für ihre Versorgung und darum systematisch zur Verfügung gestellt werden müssen."



Symposium und Geburtstagsfeier: 15 Jahre inav. © Natalia Brehmer.

Parallel zur digitalen Infrastruktur muss die Primärversorgung neu gedacht werden, um dem wachsenden Ressourcenmangel zu begegnen. Innovative Ansätze aus der Praxis zeigen bereits, wie eine effiziente Patientensteuerung gelingen kann. Annette Hempen, Leiterin der TK-Landesvertretung Niedersachsen, präsentierte beeindruckende Ergebnisse aus dem Projekt KVN-Akut: „83% der Menschen, die diesen Bereitschaftsdienst in Anspruch genommen haben, konnten abschließend telemedizinisch versorgt werden, ohne dass sie das Haus verlassen mussten."

Die Vision einer modernen Primärversorgung geht für Dr. Patricia Hänel vom Gesundheitskollektiv Berlin jedoch über rein technologische Lösungen hinaus. Sie umfasst multiprofessionelle Zentren, die als lokale Ankerpunkte fungieren und medizinische Hilfe mit sozialen und psychologischen Beratungsangeboten unter einem Dach bündeln. In solchen Einrichtungen arbeiten Hausärzte, Kinderärzte, Psychotherapeuten und speziell qualifizierte Pflegekräfte, wie Community Health Nurses, auf Augenhöhe zusammen. Hänel unterstrich zudem die Notwendigkeit, soziale Faktoren einzubeziehen: „Erkrankungen sind psychosozial. 50 Prozent der Menschen, die in die Hausarztpraxis kommen, tragen ein soziales Päckchen mit sich." Hänel warnte auch vor veralteten Hierarchien der Ärztezentierung: „Ich glaube, dass wir uns in die Tasche lügen, wenn wir sagen, wir wollen interprofessionell arbeiten, aber nur eine Profession den Hut auf hat. Das funktioniert nicht." Nur durch eine gelungene Kombination aus technologischen Lösungen und menschlicher Nähe in regional adaptierten Modellen könne eine gerechte Versorgung für die Zukunft gesichert werden. <<

IW-Gutachten zu Geografien der Unzufriedenheit

Wichtig ist fast nur die subjektive Wahrnehmung

Ein neues Gutachten, im Auftrag von Philip Morris durchgeführt vom Institut der deutschen Wirtschaft (IW), wirft ein differenziertes Licht auf die Versorgungslage in Deutschland: Erstmals wurden alle rund 10.800 Gemeinden des Landes hinsichtlich ihrer Daseinsvorsorge vermessen – von der Gesundheitsversorgung über Mobilität und Bildung bis hin zu Freizeitangeboten und digitaler Infrastruktur. Die Kölner Forscher:innen um Dr. Matthias Diermeier, bei IW Leiter des Kooperationsclusters Demokratie, Gesellschaft und Marktwirtschaft, kombinierten dafür Webscraping-Daten etwa aus Arztsuchen, dem Klinikatlas oder Google Places mit einer Befragung von mehr als 5.000 Menschen. Das Ergebnis widerspricht vielen gängigen Narrativen über ein angeblich flächendeckend abgehängtes Land.

>> Das Gutachten zeigt kein einfaches Stadt-Land- oder Ost-West-Gefälle, sondern ein eher kleinteiliges Mosaik. Zwar sind Großstädte im Schnitt am besten versorgt, doch auch periphere Gemeinden mit guter Anbindung an Metropolen schneiden mitunter hervorragend ab, wie etwa der schleswig-holsteinische Ort Fahrenkrug, der unter den zehn bestversorgten Kommunen Deutschlands landet.

Umgekehrt gibt es selbst im gut aufgestellten Bundesland Nordrhein-Westfalen Regionen mit deutlichen Lücken. Auch das vertraute Ost-West-Muster trägt nur bedingt: Ländliche ostdeutsche Räume sind zwar oft schlechter versorgt, ostdeutsche Städte schneiden im Vergleich zu westdeutschen jedoch häufig besser ab. Bei der subjektiven Wahrnehmung zeigt sich ein überraschend positives Stimmungsbild. Gut die Hälfte der Befragten ist mit der Versorgung in ihrem direkten Wohnumfeld zufrieden, nur etwa jeder Vierte äußert sich negativ. Auch der Unterschied zwischen Stadt/Land fällt geringer aus als erwartet: In Städten sind gut 55% zufrieden, auf dem Land immerhin noch rund 45%.

Besonders kritisch wird im ländlichen Raum die Mobilität bewertet, während ausgerechnet die Bildungsangebote dort positiver eingeschätzt werden als in den Städten – vermutlich, weil in Ballungsräumen Kapazitätsengpässe bei Schulen und Kitas stärker ins Gewicht fallen als lange Wege auf dem Land.

Der eigentliche Kern der Studie liegt auch in der politischen Dimension. Zwischen den Anhängern der etablierten Parteien der Mitte – SPD, Union und Grüne – zeigen sich kaum große Unterschiede in der Bewertung der Daseinsvorsorge; jeweils rund die Hälfte hält die Versorgung für verlässlich. Ganz anders bei der AfD-Anhängerschaft: Hier überwiegt die Unzufriedenheit deutlich, knapp 40% bewerten die Lage negativ, nur gut ein Viertel positiv.

Bemerkenswert ist, dass dieser Unterschied auch dann bestehen bleibt, wenn die Faktoren Wohnort, Einkommen oder Bildung statistisch herausgerechnet werden. Die kritischere Sicht lässt sich nach Meinung der Autor:innen also nicht einfach damit erklären, dass AfD-Anhänger überdurchschnittlich oft in strukturschwachen Regionen leben.

Noch aufschlussreicher wird es beim Blick auf den Zusammenhang zwischen tatsächlicher Versorgung und deren Bewertung. Die Auswertung zeigt: Eine objektiv bessere Infrastruktur führt zwar generell zu höherer Zufriedenheit vor Ort. Doch wenn es um weiterreichende politische Einstellungen wie beispielsweise die Bewertung staatlicher Leistungsfähigkeit, die Demokratiezufriedenheit oder die Neigung zur AfD geht, spielt die objektive Versorgungslage kaum noch eine Rolle. Entscheidend ist dann fast ausschließlich die subjektive Wahrnehmung.

Die Studienautor:innen formulieren es so, dass sich politische Unzufriedenheit nicht allein aus messbaren Defiziten speist, sondern maßgeblich aus deren Deutung und öffentlicher Vermittlung.

Mit diesem Befund reiht sich die Untersuchung in eine internationale Debatte ein, die längst auch in anderen Ländern beobachtet wurde: In Frankreich etwa steigt mit wachsender Entfernung zum nächsten Bahnhof die Zustimmung zu rechten Parteien, in England befeuerten Krankenhausschließungen den Zulauf zu populistischen Kräften.

Ein detaillierter Blick auf die Gesundheitsversorgung offenbart einige bemerkenswerte Muster. Objektiv erfasst wurden hier Hausärzteschaft, Krankenhäuser, Apotheken und Pflegeeinrichtungen, deren Erreichbarkeit die Forschenden über Fahrzeiten mit dem Auto berechneten. Regional zeigt sich, dass Gemeinden in Mecklenburg-Vorpommern in diesem Bereich im Durchschnitt am schlechtesten abschneiden. Zudem zeigt sich die Gesundheitsversorgung besonders eng mit der Dichte an Bildungs- und Freizeitangeboten sowie mit der digitalen oder verkehrlichen Infrastruktur verknüpft.

Bei der subjektiven Bewertung fällt zunächst auf, dass die Apothekenversorgung durchweg positiv beurteilt wird: In Städten sind vier von fünf Befragten damit zufrieden, doch auch auf dem Land liegt die Zufriedenheit noch deutlich höher als bei anderen Gesundheitsangeboten.

Die Verfügbarkeit von Ärzteschaft und Krankenhäusern wird dagegen spürbar kritischer gesehen, wobei sich zwischen Stadt und Land ein klarer Graben auftut: Während in Städten rund die Hälfte der Menschen mit der ärztlichen Versorgung zufrieden ist, sind es im ländlichen Raum nur etwas mehr als ein Drittel. Besonders auffällig ist die wahrgenommene Entwicklung der vergangenen fünf Jahre: Bei Ärzt:innen und Krankenhäusern registriert im ländlichen Raum mehr als jeder Dritte eine Verschlechterung, deutlich mehr als in den Städten.

Als Ursache nennen die Forscher:innen vor allem die konkrete Erfahrung von Praxisaufgaben und Klinikschließungen auf dem Land, während in den Städten eher ein wahrgenommenes Absinken der Qualität oder strengere Zugangsbeschränkungen den Ausschlag geben.

Verknüpft man objektive Versorgungsdaten mit der Zufriedenheit, bestätigt sich auch für den Gesundheitsbereich der generelle Befund der Studie: Eine bessere tatsächliche Ausstattung geht mit höherer Zufriedenheit einher, wirkt sich aber kaum auf tiefer liegende politische Einstellungen wie Demokratieunzufriedenheit oder gar AfD-Neigung aus. <<

von:
MVF-Chefredakteur Peter Stegmaier

1: Link zum IW-Gutachten und zu den auswert- und downloadbaren Rohdaten: https://t1p.de/xpsql

Ersteinschätzung in der Versorgung

Internationale Erfahrungen und Handlungsoptionen für Deutschland

Das deutsche Gesundheitssystem steht vor strukturellen Herausforderungen – darunter eine im internationalen Vergleich hohe Inanspruchnahme ambulanter Versorgungsangebote, steigende ambulante Notfallzahlen sowie die durch die Komplexität des Systems bedingten hohen Anforderungen an die eigenständige Navigation der Bevölkerung (1–3). Vor diesem Hintergrund werden Ersteinschätzungsinstrumente zunehmend als Ansatz zur Verbesserung der Versorgungssteuerung diskutiert.

>> Unter Ersteinschätzungsinstrumenten werden Tools der Triage verstanden, die darauf abzielen, die Entscheidungslogik medizinischer Expert:innen algorithmisch nachzubilden. Sie dienen der strukturierten Erfassung von Symptomen und leiten daraus eine standardisierte Einschätzung der Behandlungsdringlichkeit sowie Handlungsempfehlungen ab (4). Hierbei beantworten Patient:innen online oder telefonisch, teilweise unter Begleitung von medizinischem Fachpersonal, standardisierte Fragen zu ihren Symptomen. Auf dieser Grundlage generiert das entsprechende Tool eine Dringlichkeitseinschätzung und steuert das weitere Vorgehen. Dies kann beispielsweise die Weiterleitung an eine Terminvergabestelle, die Organisation eines Rückrufs durch Fachpersonal oder Hinweise zur Selbstversorgung umfassen. Bei Notfallsituationen wird in der Regel sofortige Hilfe veranlasst. Ein digitales Ersteinschätzungstool zielt somit nicht primär auf eine Diagnosestellung, sondern auf eine sichere und effiziente Versorgungsnavigation ab. Im Unterschied zu rein informativen Gesundheitsangeboten stellt es explizit eine strukturierte Entscheidungsunterstützung im Sinne einer Triage-Funktion bereit (5).

Aktuelle Forschungsergebnisse weisen darauf hin, dass der Einsatz unregulierter generativer Künstlicher Intelligenz (KI)-Systeme wie ChatGPT zur gesundheitlichen Selbsteinschätzung mit relevanten Risiken verbunden sein kann (6,7). Regulierte Ersteinschätzungssysteme bieten dagegen das Potenzial zur Entlastung bestehender Versorgungsstrukturen, insbesondere durch eine gezielte Unterstützung der Patient:innen bei der Navigation im Gesundheitssystem im Sinne einer Lotsung zum „Best Point of Service“. Für die Nutzer:innen ergeben sich dabei Vorteile wie die kostenfreie Verfügbarkeit einer medizinischen Einschätzung der individuellen Symptome rund um die Uhr sowie die potenzielle Vermeidung nicht notwendiger Arztbesuche. Für Leistungserbringer wiederum ermöglicht der Einsatz solcher Systeme eine stärkere Fokussierung auf medizinische Kernaufgaben durch die Reduktion von Bagatellfällen sowie eine standardisierte und zielgerichtete Zuweisung geeigneter Patient:innen (8).

Im internationalen Vergleich haben einige Länder die Nutzung nationaler, häufig digitaler Ersteinschätzungsinstrumente bereits implementiert. Auch in der deutschen gesundheitspolitischen Diskussion gewinnen Ersteinschätzungsinstrumente insbesondere im Zusammenhang mit einer effektiveren Steuerung der ambulanten Versorgung sowie der Einführung eines Primärversorgungssystems zunehmend an Bedeutung.

Für die vorliegende Arbeit wurden zentral erreichbare Ersteinschätzungsinstrumente in sieben Ländern (vgl. Tab. 1) systematisch verglichen und Implikationen für die Ausgestaltung eines nationalen Systems in Deutschland abgeleitet.

Vergleich der Ersteinschätzungsinstrumente in 7 Ländern

Einführung und Ziele von Ersteinschätzungsinstrumenten

Die folgenden Ergebnisse basieren, so-

Übersicht der analysierten Ersteinschätzungsinstrumente

Land	Gesundheitssystem	PVS	Tool	Einführung
Deutschland (DE)	Beitragsfinanziert	Nein	SmED Patient (Symptom-Checker) / SmED Telefon; SmED Kontakt+ (Klinisches Triage-Tool)	2020
Österreich (AT)	Beitragsfinanziert	Nein	1450 (Telefonhotline)	2017
Niederlande (NL)	Beitragsfinanziert	Ja	NTS (Klinisches Triage-Tool)	2007
Schweiz (CH)	Beitragsfinanziert	Teil-weise*	SMASS Pathfinder (Symptom-Checker) / SMASS Professional (Klinisches Triage-Tool)	2013-2017
Vereinigtes Königreich (UK)	Steuerfinanziert	Ja	NHS 111 Online (Symptom-Checker) / NHS 111 (Triage-Hotline)	2014 / 2017
Finnland (FI)	Steuerfinanziert	Ja	Omaolo (Symptom-Checker)	2020
Australien (AU)	Steuerfinanziert	Ja	Healthdirect (Symptom-Checker / Nurse Line)	2007

Tab. 1: Übersicht der analysierten Ersteinschätzungsinstrumente. Legende: PVS = Primärversorgungssystem; * In Abhängigkeit des gewählten Versicherungsmodells, ca. 60% der Bevölkerung haben ein Versicherungsmodell mit Hausarztbindung. Eigene Darstellung.

weit nicht anders gekennzeichnet, auf einer strukturierten Literaturrecherche, die entlang eines einheitlichen Analyserasters durchgeführt wurde. Die recherchierten Informationen wurden durch Expert:innen der jeweiligen Länder validiert und um Erkenntnisse aus leitfadengestützten Interviews ergänzt.[1]

Übergreifend wurden Ersteinschätzungstools in allen untersuchten Ländern aus vergleichbaren Gründen eingeführt. Dazu zählen insbesondere eine ineffiziente Patientensteuerung, die sich unter anderem in der steigenden Inanspruchnahme von Notaufnahmen manifestiert, sowie Sicherheitsrisiken im Zusammenhang mit unstrukturierten Triage-Prozessen. In mehreren Ländern wirkte zudem die Covid-19-Pandemie als externer Katalysator.

Die zentralen Einführungsziele lassen sich in drei übergeordnete Kategorien einteilen. Erstens sollen Notaufnahmen und Rettungsdienste durch die gezielte Umleitung von Patient:innen in geeignete Versorgungsebenen entlastet werden (explizit formuliertes Steuerungsziel u. a. in Österreich). Dabei gewinnt das Prinzip „digital vor ambulant vor stationär" zunehmend an Bedeutung. Zweitens steht die Verbesserung der Patientensicherheit im Vordergrund, insbesondere durch eine standardisierte und risikobasierte Ersteinschätzung (vor allem in Deutschland und der Schweiz). Drittens verfolgen einzelne Systeme das Ziel eines niedrigschwelligen Zugangs zur Versorgung im Sinne von „right care, right place, right time", mit besonderem Fokus auf ländliche und unterversorgte Regionen. In Australien wird das KI-gestützte Ersteinschätzungsinstrument zu einer nationalen virtuellen Erstanlaufstelle ausgebaut, die Nutzer:innen nach der Ersteinschätzung unter Berücksichtigung von Uhrzeit, Standort und regionaler Verfügbarkeit an geeignete Versorgungsangebote vermittelt.



Abb. 1: Funktionen zentraler Ersteinschätzungstools. Eigene Darstellung.

Zentrale Funktionen der Ersteinschätzung

Die untersuchten Ersteinschätzungstools richten sich in fast allen Ländern an die gesamte Bevölkerung ohne Einschränkung nach Alter, Region oder Versichertenstatus. Eine Ausnahme bildet Finnland, wo Omaolo erst ab 15 Jahren nutzbar ist (83). Der tatsächliche Zugang und die der Ersteinschätzung nachgelagerten Funktionen können jedoch variieren und hängen beispielsweise vom gewählten Versicherungsmodell oder den anwendenden Institutionen ab. Eine allgemeine Gesundheitsberatung unabhängig von einem akuten Anlass gehört hingegen nur in ausgewählten Ländern zum Anwendungsbereich.

Die in den Systemen implementierten Funktionen der Ersteinschätzung lassen sich in drei Bereiche gliedern (vgl. Abb. 1):

(1) Erhebung der Dringlichkeit,
(2) Identifikation der geeigneten Versorgungsebene und
(3) anschließende Versorgungsempfehlung/-steuerung.

Allen untersuchten Systemen gemeinsam ist die strukturierte Einschätzung der medizinischen Dringlichkeit. Auf dieser Grundlage werden Notfälle identifiziert und unmittelbar an den Rettungsdienst oder eine Notaufnahme verwiesen. Für alle übrigen Patient:innen erfolgt eine Empfehlung für die jeweils bedarfsgerechte Versorgungsebene. Das Spektrum der empfohlenen Versorgungsebenen variiert dabei zwischen den Ländern erheblich. Während die Primärversorgung in allen untersuchten Systemen als Ziel der Weiterleitung vorgesehen ist, werden Empfehlungen zur Selbstversorgung, zur Inanspruchnahme einer Apotheke oder zur fachärztlichen Versorgung nur von einem Teil der Systeme gegeben. Eine regelhafte Weiterleitung in die psychotherapeutische Versorgung ist nicht vorgesehen. Einzelne Länder haben jedoch spezifische Module implementiert, in denen psychische und psychosoziale Beschwerden systematisch erfasst werden und bei akuten Krisen eine gezielte Weiterleitung in entsprechende Notfallangebote erfolgt. NHS 111 kann zudem in bestimmten Bereichen (u. a.

– – – – –

1: Die Ausführungen basieren insbesondere auf den folgenden Quellen: DE (9–20), AT (8,21–37), NL (38–49), CH (50–57), UK (58–74) FI (75–89), AU (90–99).

Zahnmedizin, Optometrie) direkt auf spezialisierte Angebote verweisen.

Die Optionen der empfohlenen Versorgungsebene können innerhalb eines Landes regional variieren und zudem abhängig vom Nutzungskontext sein, etwa wenn die Triage außerhalb der regulären Sprechstundenzeiten stattfindet. Ein weiterer Aspekt betrifft die Empfehlungen zur Selbstbehandlung. Diese tragen potenziell zur Entlastung des Versorgungssystems bei, indem sie nicht medizinisch-notwendige Versorgungskontakte vermeiden. Der Anteil entsprechender Empfehlungen stellt daher eine relevante Steuerungsgröße dar, weist jedoch erhebliche Unterschiede zwischen den Ländern auf. Diese Varianz ist unter anderem darauf zurückzuführen, dass rechtliche Rahmenbedingungen in den jeweiligen Systemen unterschiedlich ausgestaltet sind, beispielsweise im Hinblick darauf, ob im Rahmen der Triage Medikationsempfehlungen zulässig sind.

Hinsichtlich der Versorgungssteuerung unterscheiden sich die Ersteinschätzungssysteme deutlich im Grad ihrer Integration in nachgelagerte Versorgungspfade: Während einige sich auf die Angabe einer strukturierten Versorgungsempfehlung beschränken (Stufe 1), stellen andere Listen geeigneter Leistungserbringer inklusive Verfügbarkeiten bereit (Stufe 2) oder ermöglichen eine direkte Terminvermittlung, etwa zum Haus- oder Facharzt (Stufe 3). Alle Länder stellen zumindest eine Empfehlung oder Information bereit, eine Navigation zu konkreten Versorgungsoptionen ist nur vereinzelt möglich. Auch eine aktive Organisation des Zugangs ist nur in wenigen Ländern umgesetzt. Zudem bestehen teilweise erhebliche regionale Unterschiede in der Verfügbarkeit und im Umfang der Vermittlungsleistungen. In UK hängt die Möglichkeit zur Terminbuchung beispielsweise von der Teilnahmebereitschaft der jeweiligen Hausarztpraxis, also dem Primärversorger, ab.

Eine direkte Vermittlung zum Facharzt ist aktuell in keinem der untersuchten Systeme als Regelfall vorgesehen. In Finnland bestehen vereinzelt regionale Ausnahmen, die jedoch nicht flächendeckend umgesetzt sind.

Nach übereinstimmender Einschätzung der befragten Länderexperten stellt oft nicht die Ersteinschätzung selbst, sondern die Verfügbarkeit und Vermittlung nachgelagerter Versorgungskapazitäten die zentrale Herausforderung dar. Eine direkt nachgelagerte Telekonsultation kann in einigen Ländern daher eine fallabschließende Versorgung fördern und damit den Mehrwert der Ersteinschätzung wesentlich erhöhen.

Die Triage-Ergebnisse können unabhängig vom Integrationsgrad des jeweiligen Systems auf verschiedene Weise weiterverarbeitet werden. So ist eine Übermittlung als Ergebniszusammenfassung an die Patient:innen, eine Dokumentation in der digitalen Patientenakte sowie eine direkte Weiterleitung an den nächsten Behandler möglich. Eine vollständige und automatisierte Umsetzung dieser Datentransfers ist laut den befragten Expert:innen jedoch in keinem der untersuchten Länder realisiert.

Die frühzeitige Einbindung der Stakeholder (Leistungserbringer, Kostenträger etc.) in Entwicklung und Roll-out wurde von den befragten Expert:innen als begünstigend für die erfolgreiche Implementierung beschrieben. Ergänzend setzten mehrere Länder auf die Stärkung der Glaubwürdigkeit durch Zertifizierung und Transparenz. Unter anderem ist SMASS in der Schweiz als Medizinprodukt der Klasse IIb (EU-MDR) zertifiziert, der Algorithmus vollständig nachvollziehbar sowie die Evidenzgrundlage publiziert, was das Vertrauen bei Leistungserbringern und Kostenträgern fördert (55).

Die Systemverantwortung unterscheidet sich zwischen den Gesundheitssystemen: Sie liegt beim Staat (Finnland, UK, Australien), wird von Staat und Sozialversicherung gemeinsam getragen (Österreich), durch die ärztliche Selbstverwaltung wahrgenommen (Deutschland) oder privatwirtschaftlich

Zugang und Nutzung der Tools im Ländervergleich

		DE	AT	NL	CH	UK	FI	AU
Zugang aus Patientenperspektive	Website	✓	–	–[x]	✓[y]	✓	✓	✓
	App	–[w]	–	–	✓[y]	✓	–	✓
	Telefon	✓	✓	✓	✓[y]	✓	–	✓
Modell	Omnichannel-Modell	✓	–	–	✓	✓	–	✓
Identifikation	Identifizierung erforderlich	–	✓	–	–	–	–	–
Triage durch	Patient:innen	✓	–	–[x]	✓	✓	✓	✓
	Nicht-med. Personal	✓	–	–	–	✓	–	–
	Med. Personal	✓	✓	✓	✓	✓	–	✓
Zusätzlich nutzende Institutionen	Hausarzt	✓	–	✓	✓	–	–	–
	Notaufnahmen	✓	–	✓	✓	–	–	–
	Bereitschaftsdienste	✓	✓	✓	✓[z]	✓	–	✓
	Apotheken	–	–	–	✓	–	–	–

✓ vorhanden – nicht vorhanden

Tab. 2: Zugang und Nutzung der Tools im Ländervergleich. Legende: w = 116117-App steht zur Terminfindung zur Verfügung. x = Die Angaben beziehen sich auf NTS. y = Der patientenseitige Zugang von SMASS für die Selbsteinschätzung hängt von der jeweiligen Krankenversicherung ab. z = Anwendung bei 24/7 Telemedizinanbietern wie Medi24, ConcordiaMed. Eigene Darstellung.

über Verträge zwischen Krankenversicherungen und Leistungserbringenden organisiert (Schweiz). Entsprechend ist auch die Governance der nachgelagerten Versorgung in der Schweiz von den jeweiligen Anbietern des Tools – insbesondere Krankenversicherungen und Leistungserbringenden – abhängig.

Explizite finanzielle Anreize zur Nutzung für Patient:innen finden sich nur in der Schweiz (z. B. im Rahmen gesteuerter Versicherungsmodelle mit Prämienrabatten bis zu 20% (100)) sowie in begrenztem Umfang für Leistungserbringer in den Niederlanden. Dort erhalten Hausärzt:innen eine Vergütung, wenn ihre Patient:innen ein digitales Triagetool („Moet ik naar de docter?") nutzen (101).

Zugang und Nutzung

Tabelle 2 gibt einen Überblick über die verfügbaren Zugangswege, die primären Nutzergruppen, die Einsatzorte sowie das Vorliegen eines Omnichannel-Modells, bei dem Patient:innen unabhängig vom gewählten Zugangskanal möglichst dieselbe Empfehlung erhalten. Web- und Telefonzugang sind in allen Ländern verfügbar, während Apps nur in Australien und UK angeboten werden.

Hinsichtlich der Identifizierung der Versicherten bieten viele Länder ein zweistufiges Modell, bei dem zunächst eine anonyme Triage erfolgt und nach optionaler Identifizierung eine Terminvermittlung möglich wird. Darüber hinaus unterscheiden sich die Ersteinschätzungssysteme zum einen hinsichtlich ihres Zugangswegs und zum anderen hinsichtlich ihres Einsatzortes. Während einige Systeme durch Patient:innen direkt digital genutzt werden können, sind andere ausschließlich über zentrale Hotlines erreichbar oder werden durch Gesundheitspersonal in institutionellen Settings, beispielsweise in Bereitschaftsdiensten, Notaufnahmen, Hausarztpraxen oder Apotheken, angewendet. Zudem variiert der Verbreitungsgrad der Systeme: Während einige innerhalb bestimmter Versorgungsbereiche flächendeckend zum Einsatz kommen, beschränkt sich die Anwendung anderer auf einzelne Einrichtungen des Gesundheitswesens.

Die Nutzung der Tools unterscheidet sich je nach Zugangsweg und Implementierungsgrad. Etablierte Systeme wie NHS 111 erreichen mit ca. 18 Mio. Assessments pro Jahr sehr hohe Kontaktzahlen, insbesondere außerhalb regulärer Versorgungszeiten, während SmED in Deutschland mit ca. 3,5 Mio. Assessments im Jahr 2025 bislang vergleichsweise selten in Anspruch genommen wurde.

Die Entscheidungskompetenz bei der Ersteinschätzung variiert je nach Systemdesign: Wo Personal eingebunden ist, wie in Österreich (Pflegefachkräfte mit Hintergrundarzt), Australien (Nurse Line), UK (NHS 111) und den Niederlanden sowie bei den Fachpersonal-Versionen in Deutschland und der Schweiz, kann dieses die Empfehlung des Algorithmus bei Bedarf anpassen. In reinen Selbst-Triage-Modellen (z. B. Omaolo, NHS 111 Online) bleibt die Einschätzung des Algorithmus die finale Triage-Empfehlung.

Evaluation der Ersteinschätzungsinstrumente

Die Evaluation von Ersteinschätzungstools erfolgt entlang komplementärer Dimensionen. Dazu zählen nutzerbezogene Aspekte wie Akzeptanz, klinische Kriterien wie Sensitivität und Spezifität, systembezogene Effekte wie die Versorgungssteuerung sowie ökonomische Aspekte wie Kosten.

Akzeptanz aus der Nutzerperspektive

Die Evidenz zeigt eine insgesamt hohe Zufriedenheit der Patient:innen mit Ersteinschätzungstools (8,14,102). Auch die Akzeptanz unter Leistungserbringern ist überwiegend positiv (79). Digitale Anwendungen weisen ebenfalls eine hohe Nutzerzufriedenheit auf (48). Ein niedrigschwelliger digitaler Zugang erhöht dabei die Erreichbarkeit, kann jedoch auch zu einer steigenden Inanspruchnahme führen (103). Online-Varianten der Tools werden vor diesem Hintergrund von Leistungserbringern teilweise kritisch gesehen (104). Zugleich zeigen Studien, dass digitale Ersteinschätzungsangebote ältere Menschen, digital weniger versierte Personen sowie Personen mit Migrationshintergrund systematisch schlechter erreichen (105,106). Insgesamt hängt die Akzeptanz wesentlich von der Systemintegration und der wahrgenommenen Entlastung im Versorgungssystem ab (103). Hinweise darauf liefert eine Studie zum britischen NHS-111-Telefondienst: Die erhaltenen Empfehlungen wurden als besonders hilfreich wahrgenommen, wenn der Dienst direkt in die Versorgungskette eingebunden war (107). Dies deutet darauf hin, dass die Akzeptanz steigt, wenn solche Systeme nicht nur Informationen bereitstellen, sondern aktiv die Koordination und Organisation der weiteren Versorgung übernehmen.

Der Einsatz ausgebildeten Fachpersonals erhöht dabei das Vertrauen der Nutzer:innen, die klinische Qualität der Triage sowie die Adhärenz gegenüber den Empfehlungen (108). Damit verbunden ist allerdings ein Spannungsfeld: Geringere Personalqualifikation kann Kosten senken und Personalengpässe überbrücken, begünstigt jedoch gleichzeitig Übertriage – mit entsprechend höherer Nachfrage in der Folgeversorgung (109,110).

Klinische Validität

Studien zu den untersuchten Ersteinschätzungstools zeigen systemübergreifend ein konsistentes Muster: eine hohe Sensitivität, also eine zuverlässige Erkennung potenziell kritischer Fälle, bei gleichzeitig geringerer Spezifität (43, 55, 71, 111, 112). Weniger dringliche Fälle werden dadurch tendenziell vorsorglich höher eingestuft, was zwar die klinische Sicherheit erhöht, zugleich aber Ressourcen bindet und die Versorgung tatsächlich dringlicher Fälle verzögern kann. Schwere unerwünschte Ereignisse und dokumentierte Haftungsfälle sind insgesamt selten. Die Vergleichbarkeit der Ergebnisse wird allerdings durch erheblich variierende Referenzstandards und Studienpopulationen eingeschränkt.

Versorgungssteuerung

Im Gegensatz zur klinischen Triagequalität beschreibt die Versorgungssteuerung, ob Patient:innen tatsächlich die empfohlene Versorgungsebene nutzen.

Die Evidenz ist bislang heterogen. Teilweise konnte beispielsweise in Finnland eine Reduktion vermeidbarer Notaufnahmebesuche um bis zu 36% gezeigt werden (113), in anderen Systemen waren trotz eines höheren Integrationsgrades keine konsistenten Effekte nachweisbar (5).

Ein möglicher Einflussfaktor auf die Steuerungswirkung ist die Integration mit nachgelagerten Versorgungsangeboten. Systeme, die telemedizinische Konsultationen oder fallabschließende Behandlungen unmittelbar anschließen, wie NHS 111, Healthdirect und 1450, können Fälle bereits vor Erreichen nachgelagerter Versorgungsebenen abschließen und deren Inanspruchnahme entsprechend beeinflussen (8,114,115). Dem gegenüber steht die Verfügbarkeit nachgelagerter Kapazitäten als strukturelle Voraussetzung.

Eine Weiterleitung in die Primärversorgung entfaltet ihre Wirkung nur dann, wenn dort zeitnah Termine verfügbar sind.

Eine zentrale Voraussetzung für die Wirksamkeit der Versorgungssteuerung ist zudem die Adhärenz gegenüber den ausgesprochenen Empfehlungen. Studien zeigen, dass die Befolgung der Empfehlungen zwischen Ländern und Versorgungsebenen variiert. So zeigte eine Studie aus UK, dass 11% der Nutzer:innen trotz Empfehlung zur Selbstversorgung oder zum Hausarzt eine Notaufnahme aufsuchten (116). Die Adhärenz hängt dabei häufig von der Art der Empfehlung ab und betrug 81% bei Selbstversorgung, 35% bei Primärversorgungsempfehlungen und 42% bei Empfehlungen zur Notaufnahme (66). In Deutschland lag die Adhärenz zur empfohlenen Versorgungsebene insgesamt bei 85,4% und reichte von 81,4% für den Rettungsdienst bis 68,4% für die hausärztliche Versorgung (15). Für Österreich wird eine Bereitschaft zur Befolgung der Empfehlungen von rund 70% berichtet (8).

Ökonomische Dimensionen

Digitale Ersteinschätzungstools haben das Potenzial, Kosten im Gesundheitswesen zu reduzieren, indem Patient:innen in bedarfsgerechte und häufig weniger ressourcenintensive Versorgungsbereiche gesteuert werden. Einzelne Länder berichten von relevanten Effizienzgewinnen, etwa durch geringere Notaufnahmefrequentierung in UK oder Einsparungen pro Versichertem in der Schweiz. Dabei variiert die Höhe der Einsparungen je nach Systemkontext und Berechnungsmethode allerdings erheblich (8, 109, 117).

Detaillierte Informationen zu den Betriebskosten der Ersteinschätzungssysteme sind allerdings häufig nicht öffentlich verfügbar. Für UK liegen entsprechende Analysen zu NHS 111 Online vor. Diese zeigen, dass die Kosten pro Kontakt deutlich unter denen der telefonischen Beratung liegen (ca. 39 £ gegenüber 106,80 £). Auch der Erstkontakt über die Online-Plattform ist mit etwa 1 £ gegenüber 11,40 £ für den telefonischen Zugang deutlich kostengünstiger. Die Einsparungen resultieren dabei insbesondere aus einer stärkeren Nutzung weniger kostenintensiver Versorgungspfade. Gleichzeitig ersetzt das Online-Angebot den telefonischen Dienst jedoch nicht vollständig und kann teilweise zusätzliche Nachfrage generieren (5).

Insgesamt ist die ökonomische Evidenz bislang begrenzt und heterogen. Die Wirtschaftlichkeit hängt maßgeblich davon ab, in welchem Umfang kostenintensive Versorgungsleistungen tatsächlich substituiert werden und ob die Systeme zusätzliche Inanspruchnahme erzeugen. Demzufolge sind die Ergebnisse aufgrund unterschiedlicher Systemkontexte und Bewertungsmethoden nur eingeschränkt übertragbar.

Implikationen für die Umsetzung der Ersteinschätzung in Deutschland

Die internationalen Erfahrungen zeigen, dass der Erfolg von Ersteinschätzungssystemen maßgeblich von konzeptionellen Entscheidungen abhängt.

Zielsetzung und Funktionsumfang

Aus den gewonnenen Erkenntnissen lässt sich ableiten, dass eine einheitliche technische Plattform mit regionalem Anpassungsspielraum einer Vielzahl voneinander getrennter Einzellösungen vorzuziehen ist. Grundlage ist zunächst eine klare gesundheitspolitische Zielsetzung. Dabei ist zu definieren, welche Funktionen das System in welchem Versorgungskontext übernehmen soll. Akutfallsteuerung, Gesundheitsberatung, Terminvermittlung und fallabschließende digitale Versorgung können dabei je nach Zielsetzung kombiniert realisiert werden. Erfahrungen aus den untersuchten Ländern deuten darauf hin, dass die Integration telemedizinischer Leistungen den Anteil fallabschließender Behandlungen erhöhen kann. Zudem stellen ausführliche Selbstversorgungshinweise ein ergänzendes Steuerungselement dar, welches medizinisch nicht erforderliche Versorgungskontakte reduzieren kann. Eine direkte Vermittlung in die fachärztliche Versorgung ist in den untersuchten Ländern entweder nicht vorgesehen oder findet in der Praxis kaum Anwendung. Da hierdurch die koordinierende Funktion der primärärztlichen Versorgungsebene umgangen werden kann, sollte eine solche Option nur nach sorgfältiger Abwägung eingeführt werden. Eine regelhafte Weiterleitung in die fachärztliche Versorgung ohne Beteiligung der Primärversorgung könnte die Rolle der Primärversorger als zentrale Verantwortliche für die kontinuierliche Versorgung relativieren.

Um die kontinuierliche Versorgung entlang des Patientenpfades sicherzustellen, sollte zudem die strukturierte Übermittlung von Triage-Ergebnissen – beispielsweise über die elektronische Patientenakte oder direkt an nachgelagerte Leistungserbringer – systematisch etabliert und weiterentwickelt werden. Ein bedarfsgerechter Zugriff auf ausgewählte Inhalte der elektronischen Patientenakte wie die Medikationsliste kann zudem die Qualität der Ersteinschätzung verbessern, ohne einen Vollzugriff zu erfordern.

Ressourcen und rechtliche Absicherung

Die Entscheidung, wer die Ersteinschätzung durchführt, wirkt sich auf Qualität, Kosten und Risikoaversion des Systems aus. Der Einsatz qualifizierten Personals erhöht sowohl die klinische Qualität der Triage als auch die Adhärenz der Nutzer:innen, ist jedoch mit höheren Betriebskosten verbunden. Demgegenüber begünstigen Modelle, bei denen Patient:innen die Ersteinschätzung ohne Unterstützung durch Fachpersonal eigenständig durchführen, aufgrund der systemimmanenten Risikoaversion eine systematische Übertriage. Ein gezielter Einsatz beziehungsweise eine gezielte Weiterleitung an qualifiziertes Personal sollte daher an geeigneten Stellen des Triageprozesses vorgesehen werden. In diesem Zusammenhang sollten auch Haftungsfragen adressiert werden, insbesondere hinsichtlich Selbstversorgungs- und Medikationshinweisen durch das eingesetzte Personal oder den zugrundeliegenden Algorithmus.

Die Zertifizierung als Medizinprodukt der Klasse IIb sowie begleitende klinische Studien einschließlich einer klinischen Evaluation nach Markteinführung (Post-Market Clinical Follow-up) tragen zur Patientensicherheit bei und schaffen eine belastbare Evidenzgrundlage für die kontinuierliche Weiterentwicklung des Systems. Zudem können die fortlaufende Meldung sicherheitsrelevanter Vorkommnisse und daraus abgeleitete Systemanpassungen als Bestandteil des Qualitätsmanagements verankert werden.

Zugang und Governance

Digitale Ersteinschätzungsangebote erreichen ältere Menschen, digital weniger versierte Personen und Menschen mit Migrationshintergrund systematisch schlechter (105, 106). Die Steigerung digitaler Gesundheitskompetenz und zielgruppenspezifische Kommunikation sollte daher von Beginn an mitgedacht werden.

Hinsichtlich des Zugangs bietet sich ein zweistufiges Verfahren an, bei dem eine anonyme Ersteinschätzung ohne vorherige Registrierung zunächst eine niedrigschwellige Nutzung gewährleistet und eine Identifikation der Nutzer:innen erst für die gezielte Weiterleitung an nachgelagerte Leistungserbringer erforderlich wird.

Die frühzeitige Einbindung aller relevanten Stakeholder erweist sich länderübergreifend als entscheidender Erfolgsfaktor. Eine schrittweise Einführung mit begleitender Evaluation, klar definierten Steuerungskennzahlen und dauerhaftem datenbasiertem Monitoring ist Voraussetzung für eine nachhaltige Systementwicklung. Darüber hinaus zeigen die internationalen Erfahrungen, dass hohe Nutzerzufriedenheit nicht automatisch mit hoher Befolgung der Empfehlungen einhergeht. Die Förderung der Adhärenz gegenüber Versorgungsempfehlungen sollte daher als eigenständige Zieldimension in der Systementwicklung berücksichtigt werden. In diesem Zusammenhang deuten Befragungsdaten darauf hin, dass die Bereitschaft zur Befolgung einer Empfehlung deutlich steigt, wenn diese mit einer konkreten Terminvermittlung verbunden ist (118,119). <<

Philipp Naß MSc[1]
ORCID: 0009-0009-7625-2929
Dr. oec. publ. Wiebke Schüttig MBR[1]
ORCID: 0000-0003-2669-2933
Luka Bereznoj BSc[1]
ORCID: 0009-0009-6551-9464
Prof. Dr. rer. oec. Leonie Sundmacher[1]
ORCID: 0000-0001-6057-8363

1: Lehrstuhl für Gesundheitsökonomie der Technischen Universität München und Munich Center for Health Economics and Policy

Autorenerklärung

Dieser Beitrag fasst ausgewählte Ergebnisse des Forschungsprojekts „Internationaler Vergleich von Instrumenten der Ersteinschätzung" zusammen und ordnet diese in den gesundheitspolitischen Kontext Deutschlands ein. Eine detaillierte Beschreibung der Methodik sowie die vollständigen wissenschaftlichen Ergebnisse werden im Rahmen einer internationalen Publikation veröffentlicht.
Die Autor:innen sind Mitarbeitende am Lehrstuhl für Gesundheitsökonomie der Technischen Universität München und Mitglieder des Munich Center for Health Economics and Policy. Das Projekt wurde ohne finanzielle Förderung durchgeführt.

Danksagung

Unser besonderer Dank gilt Dr. Dominik von Stillfried, Ian Langner, Dr. Beate Zoch-Lesniak, Dr. Markus Grunenberg, Madelon Kroneman, PhD, Dr. Andreas Meer, Prof. Dr. Joanne Turnbull, Frank Neumann, Piotr Orzechowski, Prof. Dr. Matt Sabin sowie Vesa Jormanainen, MD, für ihre fachkundige Unterstützung bei der Validierung der Informationen sowie für ihre hilfreichen Hinweise zu den jeweiligen Ersteinschätzungssystemen.

Literaturhinweis

Aufgrund des großen Umfangs der Literaturhinweise finden sich diese nur in den beiden Onlinefassungen – sowohl eFirst als auch nach Erscheinen der Printpublikation.

Zitationshinweis

Naß et al.: „Ersteinschätzung in der Versorgung: Internationale Erfahrungen und Handlungsoptionen für Deutschland", in „Monitor Versorgungsforschung" (04/26), S. 54–59. http://doi.org/10.24945/MVF.04.26.1866-0533.2856

Zusammenfassung

Hintergrund: Vor dem Hintergrund einer hohen Inanspruchnahme ambulanter Versorgung und steigender Anforderungen an die selbstständige Navigation der Versicherten im Gesundheitssystem kommt der medizinischen Ersteinschätzung in Deutschland eine zunehmend wichtige Rolle zu.
Forschungsprojekt: Basierend auf einem Vergleich von Ersteinschätzungssystemen in sieben Ländern (Deutschland, Österreich, Niederlande, Schweiz, Vereinigtes Königreich, Finnland, Australien) identifiziert der Beitrag zentrale Erfolgsfaktoren und Herausforderungen für die Ausgestaltung und Weiterentwicklung eines deutschen Ersteinschätzungssystems.
Zentrale Erkenntnisse: Zu den wesentlichen Erfolgsfaktoren zählt der gezielte Einsatz qualifizierten Personals an geeigneten Stellen des Triageprozesses, um die systemimmanente Risikoaversion algorithmischer Systeme und die daraus resultierende Übertriage zu begrenzen. Darüber hinaus kann die Integration telemedizinischer Leistungen den Anteil fallabschließender Behandlungen erhöhen, während umfassende Selbstversorgungshinweise dazu beitragen können, medizinisch nicht erforderliche Versorgungskontakte zu reduzieren.
Einordnung und nächste Schritte: Die internationalen Erfahrungen verdeutlichen, dass der Erfolg eines Ersteinschätzungssystems maßgeblich von seiner Einbettung in bestehende Versorgungsstrukturen abhäng
Schlüsselwörter: Ersteinschätzung, Primärversorgung, Patientensteuerung, Versorgungssteuerung, Triage, Ländervergleich

Initial Assessment in Healthcare: International Experiences and Policy Options for Germany

Background: Given the high utilization of ambulatory care and the population's increasing difficulties in independently navigating the healthcare system, structured medical initial assessment is gaining importance in Germany.
Research Project: Based on a comparison of initial assessment systems in seven countries (Germany, Austria, the Netherlands, Switzerland, the United Kingdom, Finland, Australia), this article identifies success factors and challenges for the design and further development of a German initial assessment system.
Key Findings: The key success factors include the targeted involvement of qualified healthcare professionals at appropriate stages of the triage process to mitigate the inherent risk aversion of algorithm-based systems and the resulting overtriage. In addition, the integration of telemedical services can increase the proportion of cases managed without onward referral, while comprehensive self-care advice can reduce unnecessary healthcare contacts.
Implications and Next Steps: International experience demonstrates that the success of an initial assessment system largely depends on its integration into existing healthcare structures.
Keywords: Initial assessment, Primary care, Patient steering, Care coordination, Triage, Cross-country comparison

Resilienz und Vigilanz stärken

Krieg als Bedrohung für die Primärversorgung

Krisen wie die Coronapandemie, der Klimawandel oder auch ein akuter Stromausfall stellen die Gesundheitsversorgung vor Herausforderungen. Aktuelle Kriege beeinflussen unsere Infrastruktur, zum Beispiel über die Abhängigkeit von Öl und damit verbundene steigende Energie- und Lebenshaltungskosten (Romanello et al. 2022), was wiederum Einfluss auf die Gesundheit der Bevölkerung haben kann. Studien aus Kriegsgebieten wie dem Sudan, der Ukraine oder Gaza unterstreichen die unabdingbare Notwendigkeit, die Resilienz der Gesundheitssysteme zu stärken (Aqtam 2025; Dafallah et al. 2023; Dale et al. 2024; Vus et al. 2024). Vor dem Hintergrund der Bedrohung der Sicherheit durch die Kriege im Nahen Osten und in der Ukraine sieht auch die Gesundheitsministerin Nina Warken (CDU) dringenden Handlungsbedarf (Warken 2026). Sie fordert, die Resilienz des deutschen Gesundheitswesens zu stärken und bis 2029 entsprechende Kapazitäten für den Kriegsfall zu schaffen, sodass die gesundheitliche Versorgung in einer solchen Krise aufrechterhalten und erhöhter Versorgungsbedarf entsprechend abgefangen werden kann.

>> Vor allem Hausärztinnen und Hausärzte stellen oft den Hauptkontaktpunkt vulnerabler Gruppen dar (Herrmann und Sauerborn 2018). Sie sind meist die ersten Ansprechpartner bei körperlichen und seelischen Erkrankungen und decken deren Grundversorgung sowie Bereiche der Prävention und Rehabilitation ab. Schon während der Coronapandemie mussten diese Ärztinnen und Ärzte dem erhöhten Behandlungsbedarf begegnen und ausgleichen, was in dieser Zeit in Krankenhäusern nicht mehr möglich war (Litke et al. 2024a). Wenn im Kriegsfall also strukturelle Änderungen anfallen, Krankenhäuser Kapazitäten für Kriegsverletzte freihalten würden und die reguläre Versorgung der Bevölkerung uneingeschränkt aufrechterhalten werden muss (Warken 2026), stehen vor allem die hausärztlichen Praxen vor Herausforderungen, die eine zuvor gestärkte Resilienz unumgänglich machen.

In Deutschland wurden bisher wenige Projekte, mit dem Ziel die Resilienz der primärärztlichen Versorgung zu stärken, durchgeführt. Das vom Innovationsausschuss geförderte Projekt RESILARE (Förderkennzeichen 01VSF20029) stellte Materialien für Praxen bereit, die beispielsweise im Rahmen des Qualitätsmanagements eingesetzt werden können, um die Resilienz vor Folgen des Klimawandels zu stärken (aQua-Institut 2021; Innovationsausschuss. 2021–2024). Diese umfassen unter anderem Einschränkungen der Infrastruktur wie etwa durch Stromausfall und können sich somit inhaltlich auch mit Folgen eines Krieges decken. RESILARE zielte auf die Förderung der Resilienz der deutschen ambulanten ärztlichen Versorgung und stellt dazu Qualitätsindikatoren und eine Checkliste zur Bestimmung und Unterstützung von Krisenresilienz in Praxen in den Bereichen der individuellen Resilienz, Krisenprävention, Praxisorganisation und Klimaresilienz bereit (Litke et al. 2025; Poß-Doering et al. 2024).

Folgen eines Krieges wie etwa Ausfall der kritischen Infrastruktur und Migration können zwar in Teilen mit Strategien zur Resilienzförderung adressiert werden, explizit werden Bedrohung durch und Vorbereitung auf einen potenziellen Krieg dabei jedoch noch wenig thematisiert. In diesem Artikel soll daher auf Basis von qualitativen Daten, die im Projekt RESILARE erhoben wurden der Frage nachgegangen werden, inwiefern Krieg als relevante Bedrohung für die ambulante Versorgung in Deutschland gesehen und dahin gehende Resilienz und Vigilanz von Praxisteams bereits diskutiert wird.

Methodik

Das Projekt RESILARE (Krisenresilienz fördern: Entwicklung und Validierung von Qualitätsindikatoren zur Vorbereitung von ambulanten Arztpraxen auf Krisensituationen (Förderkennzeichen 01VSF20029)) wurde vom aQua-Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen Göttingen und der Abteilung Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung des Universitätsklinikums Heidelberg zusammen mit den Projektpartnern Stiftung Praxissiegel e. V., dem MVZ Dachau und dem Arztnetz QuE eG Nürnberg von April 2021 bis Januar 2024 durchgeführt. In drei Projektphasen wurden Qualitätsindikatoren zur Förderung der Krisenresilienz entwickelt und evaluiert: In Phase 1 wurden theoretische Hintergründe unter Einbezug aktueller Evidenz und von n = 40 Expert:innen erörtert sowie ein Set an Qualitätsindikatoren vorgeschlagen (Fehrer et al. 2023; Litke et al. 2022; Litke et al. 2024b). Phase 2 umfasste ein Panelverfahren mit n = 15 Expert:innen, in dem die Qualitätsindikatoren bewertet und konsentiert wurden (Litke et al. 2025). In Phase 3 wurde das erstellte Indikatorset in n = 34 allgemeinmedizinischen Praxen pilotiert und evaluiert (Köppen et al. 2025; Poß-Doering et al. 2024a).

In den Studienphasen 1 und 3 wurden qualitative Studien mittels Fokusgruppen und Einzelinterviews mit Expert:innen und Primärversorgenden basierend auf semistrukturierten Leitfäden durchgeführt. Detaillierte Beschreibungen zur jeweiligen Methodik hinsichtlich Datenerhebung, Leitfäden, Rekrutierung und Datenanalyse werden in den genannten Publikationen ausgeführt. In einer sekundären Analyse wurden die qualitativen Daten aus beiden Studienphasen induktiv mit einer zusätzlichen Schlagwortsuche zu „Krieg“, „Migration“, „Infrastruktur“ und „Ressourcenknappheit“ für diesen Beitrag analysiert.

Ergebnisse

Im Rahmen der Studienphase 1 wurden n = 40 Expert:innen des ambulanten Gesundheitswesens und im Bereich Resilienz in 26 Einzelinterviews und 2 Fokusgruppen anhand semistrukturierter Leitfäden befragt. In Studienphase 3 wurden n = 65 Einzelinterviews mit Ärzt:innen und medizinischen Fachange-

Studienpopulation	
Teilnehmende Studienphase 1	**N = 40**
Expert:innen n (m/w)	40 (16/24)
• Ärzt:innen	14
• medizinische Fachangestellte • in Forschung tätig • im Gesundheitssystem tätig • in Versorgung tätig	16 3 4 3
Teilnehmende Studienphase 3	**N = 65**
Hausärzt:innen n (m/w)	33 (21/12)
medizinische Fachangestellte n (w)	32 (32)

Tab. 1: Studienpopulation. Quelle: Litke et al. 2022; Poß-Doering et al. 2024a.

stellten der n = 34 teilnehmenden hausärztlichen Praxen geführt. Tabelle 1 gibt einen kurzen Überblick über die Teilnehmenden in Phase 1 und 3.

Nachfolgend werden Ergebnisse zu Resilienz und Vigilanz hinsichtlich „Krieg", „Migration", „Infrastruktur" und „Ressourcenknappheit" beschrieben. Beispielzitate aus dem Datenmaterial sind gekennzeichnet mit ihrem jeweiligen Pseudonym (SP1 = Studienphase 1, SP3 = Studienphase 3; Int = Interview + Nummer, FG = Fokusgruppe + Nummer, A = Arzt/Ärztin) und der Position im Transkript. Die Zitate wurden zur besseren Verständlichkeit teilweise sprachlich bereinigt und verkürzt dargestellt. Abbildung 1 beschreibt Kernaussagen und benannte Strategien zu Vigilanz und Resilienzförderung aus beiden Studienphasen.

Studienphase 1 – Resilienz und Vigilanz

Als potenziell krisenhafte Situationen für ärztliche Praxen wurden neben der Corona-Pandemie weitere Krankheitswellen und Pandemien, Klimawandel, Fachkräftemangel, Versorgungsengpässe, Ressourcenknappheit, Zunahme psychischer Erkrankungen und ein damit verbundener erhöhter Beratungsaufwand genannt. Auch ein durch Migration bedingtes erhöhtes Patientenaufkommen und entsprechend erhöhter Versorgungsbedarf mit teilweise weniger bekannten Erkrankungen sowie wirtschaftliche Aspekte wurden thematisiert. Diese Themen wurden als im globalen Kontext miteinander einhergehend oder daraus resultierend beschrieben. Vereinzelt wurde auch Krieg als krisenhafte Situation genannt, von der man hoffte, sie nicht erleben zu müssen.

„Eine globale Krise, also klar, wenn jetzt die Goldmark wieder eingeführt wird, weil irgendeine üble Inflation kommt oder die Europäische Union sich auflöst oder ein Krieg gegen China oder so was, da will ich jetzt gar nicht weiter darüber nachdenken. Das sind Dinge, die – also politische Krisen hoffe ich nicht, dass ich erleben muss."
(SP1_Int_05, Pos. 94)

Hinsichtlich der Resilienz ambulanter Praxen wurde geschildert, dass neuen Anforderungen leichter begegnet werden könne, wenn ein gut funktionierendes Qualitätsmanagement implementiert und die eigene Arbeit so gut wie möglich optimiert sei.

Grafische Übersicht zu Ergebnissen und Kernaussagen aus den Studienphasen



Abb. 1: Grafische Übersicht zu Ergebnissen und Kernaussagen aus den Studienphasen 1 und 3. Wortwolke (blau) umfasst Auswirkungen von Kriegsgeschehen auf die deutsche ambulante Gesundheitsversorgung. Lösungsstrategien zusammengefasst als Mindmap (grün). Quelle: eigene Darstellung.

Gleichzeitig wurde beschrieben, dass zunächst eine Vorleistung erforderlich sei, um die sich daraus ergebenden Vorteile auch in Krisen nutzen zu können und handlungsfähig zu bleiben. Resilienz wurde auch in Verbindung mit der Größe der Praxis und Anzahl der Mitarbeitenden reflektiert und vermutet, dass größere Praxen in krisenhaften Situationen besser aufgestellt sein könnten, da sich Herausforderungen dann auf mehrere Schultern verteilten. Es wurde darauf hingewiesen, dass auch bei guter Planung und Vorbereitung Flexibilität erforderlich sei und im Geschehen ermittelt werden sollte, was funktioniere und was nicht. Mehrfach wurde erwähnt, dass die ambulante Versorgung wenig Wertschätzung und Würdigung für diese Vorleistungen spüre.

„ … das wird glaub ich zu wenig wertgeschätzt auch von der Politik, da wird immer nur von den Krankenhäusern, von den Krankenschwestern geredet und bei uns sind ja die Patienten, wir sind die erste Anlaufstelle, sie fragen bei uns am Telefon, wie müssen wir jetzt umgehen mit der Situation, was können wir tun, […] die kommen erst mal zu uns, wir sind immer erster Ansprechpartner und ich finde das wird immer zu wenig wertgeschätzt." (SP1_Int_19, Pos. 51)

Außerordentliche Belastungen für das Gesundheitssystem insgesamt, wurden in Verbindung mit Geflüchteten und Migration nach Deutschland und Phasen beschrieben, in denen viele Menschen kamen, die in schlechtem Zustand und zuvor medizinisch nicht versorgt waren. Es wurde die Annahme formuliert, dass Migration ein wiederkehrendes Thema sein würde, insbesondere bedingt durch den Klimawandel und falls Bürgerkriege in anderen Ländern aufträten, würden in kurzer Zeit sehr viele Menschen mit Tuberkulose oder Hepatitis, aber auch mit unbekannten Krankheiten sowie Sprachbarrieren ankommen. Daher sollten vorab entsprechende Vorbereitungen getroffenen werden.

„… verschiedene neue Probleme, die sich mit so einer Migrationswelle und einer Änderung auch unseres Patientenspektrums dann ergeben würden." (SP1_FG2, Pos. 150)

Die teilnehmenden Expert:innen reflektierten auch hinsichtlich Funktionalität und Abhängigkeiten von kritischer Infrastruktur

in krisenhaften Situationen und was der Ausfall von Strom, Wasser, Heizung und Internet für die ambulante Versorgung mit sich bringen könnte. Dabei wurde auch thematisiert, dass Ausfälle nicht nur durch Naturkatastrophen, sondern auch gezielt in böser Absicht herbeigeführt werden könnten und dann auch die Frage im Raum stünde, „wie funktional ist mein System überhaupt noch"? (SP1_FG2, Pos. 131). Weitere benannte Aspekte bezogen sich auf Möglichkeiten durch kurze Lieferketten und lokale Produktionen, die Verfügbarkeit und Weitergabe von benötigten Informationen und Materialien in krisenhaften Situationen wie etwa Schutzkleidung und Medikamente, den Erhalt lokaler Kompetenzen und Angebote, wie Apotheken und ärztliche Leistungen, um Wege im Krisenfall kurz und systemnotwendige Arzneimittel und Desinfektionsmittel verfügbar zu halten.

„Bestimmte Dinge darfst du einfach – die Kompetenz darfst du als souveräner Staat, als Gesellschaft nicht aus der Hand geben."
(SP1_Int_05, Pos. 146)

Studienphase 3 – Resilienz und Vigilanz

Krisenhafte Situationen für die Versorgung in ärztlichen Praxen, die in Studienphase 3 beschrieben wurden, bezogen sich auf die steigenden Preise für Energie und Nahrungsmittel, Inflation, Krieg in der Ukraine, die Versorgung von Geflüchteten und damit verbundene Schwierigkeiten wie Sprachbarrieren oder unklare Vergütung von ärztlichen Leistungen. Zwei Teilnehmende wiesen darauf hin, dass es seit mehr als 20 Jahren keinen Inflationsausgleich bei der Vergütung für Ärzt:innen gegeben habe. Kritisch reflektiert wurden Regelungen, die Praxen nicht darin unterstützten, in Infrastruktur bezüglich erneuerbarer Energien zu investieren. Auch eine Zunahme von Angst, Unsicherheit und Depression sowohl bei Patient:innen als auch Praxisteams wurden als Folge von Kriegen in anderen Regionen der Welt und Belastung in der ambulanten Versorgung wahrgenommen. Es wurde beschrieben, dass das Erleben einer heilen, sehr sicheren Welt nicht mehr gegeben sei, Ängste und Sorgen über einen potenziellen Krieg in Deutschland wurden jedoch nicht unmittelbar gesehen. Wie man reagieren würde, wenn in Deutschland ein Krieg ausbräche, kommentierte eine teilnehmende Person mit „keine Ahnung" (SP3_A19, Pos. 43),

Weitere Herausforderungen wurden hinsichtlich gesundheitlicher Problemstellungen von Geflüchteten beschrieben, die vermehrt in ambulanten Praxen behandelt würden, wie beispielsweise HIV, Tuberkulose, körperliche Kriegsverletzungen sowie psychische Traumata, und die Behandlung durch fehlende Dokumentation erschwert sei.

„Also gerade war jemand da, da war es erst nicht klar, ob wirklich eine HIV-Erkrankung vorliegt. Das ist herausgekommen, aber ziemlich schlecht eingestellt, weil Medikamente nicht mehr regelmäßig genommen wurden, weil man es ja nicht mehr hatte. Das sind so Dinge, […] jetzt natürlich vermehrt."
(SP3_A02, Pos. 47)

Alle Teilnehmenden berichteten von krisenhaften Situationen hinsichtlich Knappheit oder unzureichender Verfügbarkeit von Medikamenten, insbesondere bezüglich Fiebersäften für Kinder, Antibiotika, Insulinen, Statinen und Zytostatika. Einige beschrieben dies als tagtäglich wiederkehrendes Thema, welches als Folge von Krieg oder Globalisierung einzuordnen sei. Um der Herausforderung zu begegnen, wurden in Eigeninitiative lokale Netzwerke mit Apotheken gebildet, nicht mehr von Patient:innen benötigte Medikamente zur Weitergabe gesammelt und Medikamente im europäischen Ausland mit längeren Lieferfristen bestellt.

Anstrengungen, die die Produktion von Medikamenten in der Europäischen Union zum Ziel hätten, sowie Planungen zum Anlegen einer nationalen Reserve wurden als eine resilienzfördernde Strategie eingeordnet, welche Lieferengpässen entgegentreten und Versorgung im Krisenfall sichern könne. Die Verantwortung für Lösungen die Versorgungssicherheit betreffend wurde dazu grundsätzlich in Politik und Fachverbänden gesehen, da auch Verträge mit Herstellern geschlossen und rechtliche Fragen geklärt werden müssten.

„…Dann haben wir sichere Lieferketten, muss man annehmen."
(SP3_A14, Pos. 53)

Mit Blick auf Resilienz und Vigilanz primärversorgender Praxen wurde erwähnt, dass es vielleicht das Wichtigste sei zu verstehen, dass man einer Krise nicht hilflos und resignierend gegenüberstehen müsse, sondern es sich lohne, darüber nachzudenken, wie man potenziellen Krisen begegnen und mit ihnen proaktiv umgehen könne. Als hilfreich wurden dazu Tools gesehen, die eine Implementierung von wissenschaftlich erarbeiteten Empfehlungen zu konkreten Prozessen in der breiten Anwendung unterstützen könnten und nicht nur von individueller Initiative getragen wären.

„Was uns auf jeden Fall hilft, dass die, die das Problem sehen und willig sind, einfach ganz praktische Tools kriegen. Von der wissenschaftlichen Seite her, dass dort eine dringende Empfehlung kommt. Das hat ja Auswirkungen. Es gibt ja dort eine Vernetzung, wo das dann auch gestreut wird und dann wirkt das natürlich und hilft natürlich massiv." (SP3_A09, Pos. 29)

Es wurde auch erwähnt, dass es ein Missverständnis sei zu denken, eine Krise sei nicht relevant, wenn sie andere an anderen Orten beträfe, sondern sich einige krisenhafte Situationen bereits wieder abzeichneten und näher rückten. Eine teilnehmende Person reflektierte darüber, wann eine Krise eine Krise sei, und äußerte, dass mehr über potenzielle Krisen vor deren Eintreten nachgedacht werden müsse, um herauszufinden, wo man stehe und wie Vigilanz entstehen könne ohne Vorgaben von außen.

„Wenn Leute sagen, wir sind in der Krise und deswegen müsst ihr das jetzt machen, ich glaube, das wird nicht verstanden. […] Man muss mehr betonen, dass es hier um potenzielle Krisen geht, auf die man sich eben vorbereiten kann."
(SP3_A01, Pos. 54 und 55)

Diskussion

Die Einblicke in die vorgestellten Ergebnisse aus dem Projekt RESILARE zeigen, dass neben Krisen im Zusammenhang mit dem Klimawandel und sozialen Krisen auch das Thema Krieg bereits seit dem Jahr 2021 präsent in der ambulanten Versorgung ist. Auswirkungen auf die Versorgung, wie der Ausfall wichtiger Infrastruktur, Ressourcenengpässe, Migration, erhöhter Versorgungsbedarf von Patient:innen, wie auch Belastungen für die Praxisteams wurden krisenübergreifend reflektiert und der Umgang mit ihnen beschrieben. Lokale Produktionen und damit

verbundene kurze Lieferketten wurden als Mitigationsstrategien benannt.

Die Förderung der Resilienz von ambulanten ärztlichen Praxen wird als zwingend notwendig angesehen und Handlungsbedarf wird eingefordert, zusammen mit der Unterstützung durch politische Instanzen. Das Vorhaben von Gesundheitsministerin Nina Warken kommt dieser Forderung entgegen (Warken 2026). Das 2023 veröffentlichte Gutachten des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen zur Resilienz des Gesundheitswesens (Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen 2023) weist auf die Notwendigkeit zur Stärkung der Resilienz von Lieferketten beispielsweise von Arzneimitteln im Zusammenhang mit dem Krieg in der Ukraine hin. Die Verantwortung zur Umsetzung von Maßnahmen wird darin vor allem in der Industrie und nur zum Teil in der Politik gesehen und Strategien zur Resilienzförderung werden weiterhin krisenunabhängig beschrieben.

Auch im Rahmen des Projektes RESILARE konnten in Studienphase 1 Auswirkungen von Krisen auf die Gesundheitsversorgung krisenunabhängig identifiziert (Litke et al. 2022) sowie Strategien formuliert werden, die die übergeordnete Resilienz der Einrichtungen stärken können, wie beispielsweise die Sicherung von Lieferketten und Förderung lokaler Produktion.

Im öffentlichen Diskurs in Zeiten der ‚Multi-Krise' stehen in Deutschland stärkere Investitionen in Verteidigungsausgaben und Abhängigkeiten von fossilen Brennstoffen, die international zu steigenden Preisen bezogen werden. Laut dem Europa-Bericht 2026

Literatur

1. Aqtam, I. (2025). A narrative review of mental health and psychosocial impact of the war in Gaza. East Mediterr Health J 31, 89-96, doi: 10.26719/2025.31.2.89.
2. aQua-Institut (2021). Krisenresilienz fördern. URL: https://www.aqua-institut.de/resilare [Stand:15.05.2026].
3. Dafallah, A., Elmahi, O. K. O., Ibrahim, M. E., Elsheikh, R. E. und Blanchet, K. (2023). Destruction, disruption and disaster: Sudan's health system amidst armed conflict. Confl Health 17, 43, doi: 10.1186/s13031-023-00542-9.
4. Dale, E., Novak, J., Dmytriiev, D., Demeshko, O. und Habicht, J. (2024). Resilience of Primary Health Care in Ukraine: Challenges of the Pandemic and War. Health Syst Reform 10, 2352885, doi: 10.1080/23288604.2024.2352885.
5. Fehrer, V., Poß-Doering, R., Weis, A., Wensing, M., Szecsenyi, J. und Litke, N. (2023). Climate change mitigation: Qualitative analysis of environmental impact-reducing strategies in German primary care. European Journal of General Practice 29, 2232946, doi: 10.1080/13814788.2023.2232946.
6. Herrmann, A. und Sauerborn, R. (2018). General Practitioners' Perceptions of Heat Health Impacts on the Elderly in the Face of Climate Change-A Qualitative Study in Baden-Württemberg, Germany. Int J Environ Res Public Health 15, doi: 10.3390/ijerph15050843.
7. Innovationsausschuss., G. B. (2021-2024). RESILARE – Krisenresilienz fördern: Entwicklung und Validierung von Qualitätsindikatoren zur Vorbereitung von ambulanten Arztpraxen auf Krisensituationen. URL: https://innovationsfonds.g-ba.de/projekte/resilare.409 [Stand:15.05.2026].
8. Kang, H., Fischer, I. C., Vus, V., Kolyshkina, A., Ponomarenko, L., Chobanian, A., Esterlis, I. und Pietrzak, R. H. (2024). Psychological Resilience of Mental Health Workers During the Russia-Ukraine War: Implications for Clinical Interventions. Prim Care Companion CNS Disord 26, doi: 10.4088/PCC.24m03761.
9. Köppen, M., Szecsenyi, J., Litke, N., Poß-Doering, R. und Wensing, M. (2025). RESILARE Ergebnisbericht. URL: https://innovationsfonds.g-ba.de/downloads/beschluss-dokumente/850/2025-05-23_RESILARE_Ergebnisbericht.pdf.
10. Kriit, H. K., Chen-Xu, J., Semenza, J. C., Heiliger, H., Markandya, A., Dasandi, N., Jankin, S., van Daalen, K. R., Achebak, H., Alari, A., Alcayna, T., Ball, E., Ballester, J., Bechara, H., Callaghan, M. W., van Cauwenberghe, M., Charnley, G. E. C., Courtenay, O., Cirach, M., Garcia-Corral, P., Cross, T. J., Dasgupta, S., Dickson, Z. P., Eckelman, M. J., Erfort, C., Fransson, P., Farooq, Z., Gasparyan, O., Hamilton, I., Hesselman, M., Hänninen, R., Hsu, S.-C., Janoš, T., Jatkar, H., Jay, O., Kennard, H., Khanna, K., Kiesewetter, G., Lowe, R., Lührsen, D., Maia, C., Martinez-Urtaza, J., Minx, J. C., Nieuwenhuijsen, M., Palamarchuk, J., San José Plana, A., Repke, T., Roa-Contreras, J. A., Robinson, E. J. Z., Scamman, D., Shartova, N., Sherman, J. D., Sirotkina, E., Singh, P., Sofiev, M., Springmann, M., Stucki, L., Tartarini, F., Triñanes, J., Walawender, M., Romanello, M., Antó, J. M., Nilsson, M., Tonne, C. und Rocklöv, J. The 2026 Europe report of the Lancet Countdown on health and climate change: narrowing window for decisive health action. The Lancet Public Health, doi: 10.1016/S2468-2667(26)00025-3.
11. Litke, N., Poß-Doering, R., Weis, A., Koetsenruijter, J., Köppen, M., Kümmel, S., Broge, B., Wensing, M. und Szecsenyi, J. (2025). Qualitätsindikatoren zur Förderung von Krisenresilienz in primärärztlichen Praxen im Projekt RESILARE. Zeitschrift für Allgemeinmedizin 101, 74-80, doi: 10.1007/s44266-024-00305-6.
12. Litke, N., Weber, S., Breckner, A., Roth, C., Peters-Klimm, F., Wensing, M. und Stengel, S. (2024a). Resilience of the primary healthcare system: perspectives of German stakeholders at primary care interfaces during the second wave of the COVID-19 pandemic. Front Med (Lausanne) 11, 1322765, doi: 10.3389/fmed.2024.1322765.
13. Litke, N., Weis, A., Koetsenruijter, J., Fehrer, V., Koeppen, M., Kuemmel, S., Szecsenyi, J. und Wensing, M. (2022). Building resilience in German primary care practices: a qualitative study. BMC Primary Care 23, 221, doi: 10.1186/s12875-022-01834-4.
14. Litke, N. A., Poß-Doering, R., Fehrer, V., Köppen, M., Kümmel, S., Szecsenyi, J. und Wensing, M. (2024b). Building climate resilience: awareness of climate change adaptation in German outpatient medical practices. BMC Health Services Research 24, 184, doi: 10.1186/s12913-024-10664-2.
15. OECD/UNDP (2025). Investing in climate for growth and development: The case for enhanced NDCs. 4, URL: https://www.oecd.org/content/dam/oecd/en/about/projects/new-ndcs-to-deliver-climate-action-for-growth/investing-in-climate-for-growth-and-development-the-case-for-enhanced-NDCs-key-messages.pdf [Stand: 27.04.2026].
16. Poß-Doering, R., Koetsenruijter, J., Litke, N. A., Weis, A., Köppen, M., Kümmel, S., Szecsenyi, J. und Wensing, M. (2024a). Strengthening crisis resilience in German primary care by using quality indicators: findings of a process evaluation in the RESILARE project. Archives of Public Health 82, 177, doi: 10.1186/s13690-024-01400-7.
17. Poß-Doering, R., Litke, N. A., Koetsenruijter, J., Köppen, M., Szecsenyi, J. und Wensing, M. (2024b). Using quality indicators to strengthen crisis resilience in primary care. In 64th EQuiP Conference (Ghent, Belgium).
18. Poß-Doering, R., Köppen, M. und Litke, N. (2024). RESILARE - Selbstassessment zur Förderung der Krisenresilienz von Arztpraxen. (Universitätsklinikum Heidelberg, aQua Institut, Göttingen. https://static-content.springer.com/esm/art%3A10.1007%2Fs44266-024-00305-6/MediaObjects/44266_2024_305_MOESM2_ESM.pdf.
19. Robayo, M., Lucchetti, L. R., Delgado-Prieto, L. und Badiani-Magnusson, R. (2025). Soaring Food Prices Threaten Recent Economic Gains in the EU (The World Bank. Romanello, M., Di Napoli, C., Drummond, P., Green, C., Kennard, H., Lampard, P., Scamman, D., Arnell, N., Ayeb-Karlsson, S., Ford, L. B., Belesova, K., Bowen, K., Cai, W., Callaghan, M., Campbell-Lendrum, D., Chambers, J., van Daalen, K. R., Dalin, C., Dasandi, N., Dasgupta, S., Davies, M., Dominguez-Salas, P., Dubrow, R., Ebi, K. L., Eckelman, M., Ekins, P., Escobar, L. E., Georgeson, L., Graham, H., Gunther, S. H., Hamilton, I., Hang, Y., Hänninen, R., Hartinger, S., He, K., Hess, J. J., Hsu, S. C., Jankin, S., Jamart, L., Jay, O., Kelman, I., Kiesewetter, G., Kinney, P., Kjellstrom, T., Kniveton, D., Lee, J. K. W., Lemke, B., Liu, Y., Liu, Z., Lott, M., Batista, M. L., Lowe, R., MacGuire, F., Sewe, M. O., Martinez-Urtaza, J., Maslin, M., McAllister, L., McGushin, A., McMichael, C., Mi, Z., Milner, J., Minor, K., Minx, J. C., Mohajeri, N., Moradi-Lakeh, M., Morrissey, K., Munzert, S., Murray, K. A., Neville, T., Nilsson, M., Obradovich, N., O'Hare, M. B., Oreszczyn, T., Otto, M., Owfi, F., Pearman, O., Rabbaniha, M., Robinson, E. J. Z., Rocklöv, J., Salas, R. N., Semenza, J. C., Sherman, J. D., Shi, L., Shumake-Guillemot, J., Silbert, G., Sofiev, M., Springmann, M., Stowell, J., Tabatabaei, M., Taylor, J., Triñanes, J., Wagner, F., Wilkinson, P., Winning, M., Yglesias-González, M., Zhang, S., Gong, P., Montgomery, H. und Costello, A. (2022). The 2022 report of the Lancet Countdown on health and climate change: health at the mercy of fossil fuels. Lancet 400, 1619-1654, doi: 10.1016/s0140-6736(22)01540-9.
20. Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2023). Resilienz im Gesundheitswesen - Wege zur Bewältigung künftiger Krisen. https://dip.bundestag.de/drucksache/gutachten-2023-dessachverst%C3%A4ndigenrates-zur-begutachtung-der-entwicklung-im-gesundheitswesen-resilienz/265765. [Stand: 04.05.2026].
21. Stiftung Praxissiegel (2025). Qualitätssiegel Nachhaltige Praxis. URL: https://www.praxissiegel.de/nachhaltigkeit/ [Stand:04.05.2026].
22. Vus, V. I., Shkoliar, M. V., Proskuriakov, S. und Fradelos, E. (2024). Maintaining the mental health of Ukrainians in time of war: searching for a mechanism to provide a comprehensive system of psychosocial support and mental health awareness. Pol Merkur Lekarski 52, 373-379, doi: 10.36740/Merkur202403116.
23. Warken, N. (2026). Sicherheitspolitik ohne ein funktionierendes Gesundheitswesen ist nicht denkbar. URL: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/presse/interviews/interview/wams-15-02-26 [Stand:13.04.2026].

des „Lancet Countdown zu Gesundheit und Klimawandel“ verläuft die Energiewende in Europa in die richtige Richtung und bringt positive Nebeneffekte für die Gesundheit der Bevölkerung mit sich. Der Anteil fossiler Brennstoffe am Energiesystem in Europa beispielsweise sank nach vorläufigen Daten aus dem Jahr 2023 auf 70,6% (83,7% im Jahr 1990). Für Deutschland wird dazu ein zweistelliger Rückgang im Vergleich zu 2022 beschrieben. Zudem wird eine bemerkenswerte Zunahme bei der Stromerzeugung aus modernen erneuerbaren Energien seit 2010 berichtet, was vor allem auf einen Anstieg bei Solar- und Windenergie sowie bei CO_2-freien Energiequellen in Europa zurückgeführt wird (Kriit et al.). Der Bericht hält auch fest, dass angesichts des starken Anstiegs der Lebensmittelpreise in Europa (Robayo et al. 2025) Anstrengungen erforderlich seien, um sicherzustellen, dass Menschen sich eine gesunde Ernährung leisten können. Es wird auch darauf hingewiesen, dass die Senkung von Treibhausgasemissionen die lokale Wirtschaft ankurbeln, Innovation und Produktivität fördern und erhebliche Vorteile für die Gesundheit sowie die Energiesicherheit und den Zugang zu Energie mit sich bringen könne (OECD/UNDP 2025). Diese Entwicklungen und deren weiterer Ausbau könnten sich auch für einen Kriegsfall als hilfreich für die Aufrechterhaltung der Versorgungsinfrastruktur insgesamt erweisen, da Abhängigkeiten reduziert wären und mehr Ressourcen lokal bereitgestellt würden. Vigilanz und Resilienz in der ambulanten Versorgung müssen daher mit Nachdruck stärker als bisher fokussiert und gefördert werden.

Auch die individuelle Resilienz und mentale Gesundheit von Gesundheitspersonal wird thematisiert (Litke et al. 2025). Das Stresslevel von Mitarbeitenden war vor allem in den letzten Jahren durch die Covid-19 Pandemie stark erhöht und die Teams bereits im Alltag ohne Krise überlastet (Litke et al. 2022). Weiteren starken psychischen Belastungen des Gesundheitspersonals durch Kriegsgeschehen gilt es daher vorzubeugen, wie Erkenntnisse aus Kriegsgebieten aktuell zeigen (Aqtam 2025; Kang et al. 2024; Vus et al. 2024).

Unabhängig spezifischer Krisen wird auch im Rahmen der Strategie zur Förderung der Resilienz (Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen 2023) dafür plädiert, Maßnahmen zur Resilienzförderung und die Umsetzung von nationalen Strategien durch Kontrollen im Rahmen der Qualitätssicherheitssysteme der Gesundheitseinrichtungen zu prüfen. Im Projekt RESILARE wurden dazu entsprechende Qualitätsindikatoren entwickelt, die ärztliche Praxen nutzen können, um Vigilanz und übergreifende Resilienz in ihrer Einrichtung zu fördern (Litke et al. 2025; Poß-Doering et al. 2024a). Diese umfassen unter anderem die Sicherstellung wichtiger Infrastruktur, individuelle Risikoanalysen und die Bildung eines Netzwerks. Die Teilnehmenden im Projekt RESILARE sahen bei der Anwendung der Indikatoren hohe Relevanz für sich in den Handlungsfeldern ‚Individuelle Resilienz‘ und ‚Organisationale Resilienz‘ sowie großes Verbesserungspotenzial im Handlungsfeld „Krisenprävention“ (Poß-Doering et al. 2024a; Poß-Doering et al. 2024b). Auf Basis dieser Qualitätsindikatoren und unter Einbezug der in RESILARE bereitgestellten Tools ist bereits das Qualitätssiegel Nachhaltige Praxis (Stiftung Praxissiegel 2025) entstanden, mit dem eine nachweisliche systematische Umsetzung ökologischer, sozialer und ökonomischer Ziele im Praxisalltag zertifiziert werden kann. Eine Adaptation und Aufarbeitung auf dieser Basis und ergänzt mit zwischenzeitlich neu hinzugewonnenen Erkenntnissen könnte auch für die Vigilanz hinsichtlich potenziel-

Zusammenfassung

Einleitung: Krisen wie Pandemien, steigende Kosten, Schwachstellen in Lieferketten und Kriegsgeschehen stellen die Primärversorgung vor große Herausforderungen. Ministerin Warken sieht vor dem Hintergrund einer bedrohten Sicherheitslage in Deutschland dringenden Handlungsbedarf, um die Resilienz des deutschen Gesundheitswesens zu stärken und Kapazitäten für den Kriegsfall zu schaffen. Im Projekt RESILARE wurden Qualitätsindikatoren zur Förderung von Resilienz in der Primärversorgung entwickelt und pilotiert. Basierend auf dazu erhobenen Daten soll der Frage nachgegangen werden, inwiefern Krieg als relevante Bedrohung für die ambulante Versorgung in Deutschland gesehen und dahin gehende Resilienz und Vigilanz von Praxisteams bereits thematisiert wird.
Methoden: In einer sekundären Analyse wurden qualitative Daten aus Fokusgruppen und Einzelinterviews mit Experten und Primärversorgenden induktiv analysiert.
Ergebnisse: „Krieg“ wurde bereits 2021 in der Primärversorgung diskutiert. Auswirkungen wie Ausfall wichtiger Infrastruktur, Ressourcenengpässe, Migration, erhöhter Versorgungsbedarf und Belastungen für die Praxisteams und der Umgang mit ihnen wurden krisenübergreifend reflektiert.
Diskussion: Konkrete Maßnahmen zur Stärkung von Vigilanz, Resilienz und Sicherung kritischer Infrastruktur sollten mit Unterstützung von Politik und Wissenschaft gefördert und gemeinsam mit allen beteiligten Akteuren umgesetzt werden.

Schlüsselwörter: Resilienz, Vigilanz, Hausarztpraxis, Krieg

War as a Threat to Primary Care in the German Healthcare System: Strengthening Resilience and Vigilance

Introduction: Crisis situations such as pandemics, rising costs, and acts of war repeatedly pose challenges to primary care. Against the backdrop of a threatened security situation in Germany, Minister Warken sees an urgent need for action to strengthen the resilience of the German healthcare system and build capacity in preparation for war. In the RESILARE project, quality indicators for promoting resilience in primary care were developed and piloted. Based on data collected for this purpose, this study aims to investigate the extent to which war is viewed as a relevant threat to outpatient care in Germany and whether resilience and vigilance of practice teams in this regard are already being addressed.
Methods: In a secondary analysis, qualitative data from focus groups and individual interviews with experts and primary care providers were analyzed inductively.
Results: The issue of war was already discussed in primary care in 2021. Impacts such as failure of critical infrastructure, resource shortages, migration, increased care needs, and the strain on practice teams—as well as how to manage these challenges—were reflected upon across various crises.
Discussion: Specific measures to strengthen vigilance, resilience, and the protection of critical infrastructure should be promoted with the support of policymakers and the scientific community and implemented in collaboration with all stakeholders.

Keywords: resilience, vigilance, war, general practice

Zitationshinweis

Poß-Doering et al.: „Krieg als Bedrohung für die Primärversorgung im deutschen Gesundheitssystem – Resilienz und Vigilanz stärken", in „Monitor Versorgungsforschung" (04/26), S. 60–65. http://doi.org/10.24945/MVF.04.26.1866-0533.2850

ler Kriegsgeschehen durchgeführt werden. So können konkrete Tools bereitgestellt werden, die Praxen aller Größen für eine Aufrechterhaltung der ambulanten Versorgung im Kriegsfall dienlich sein könnten.

Stärkung von Vigilanz und Resilienz bedeutet Aufwand und Investition, noch bevor krisenhafte Situationen entstehen und negative Auswirkungen spürbar sind. Für die ambulante Versorgung, die den Großteil der Patient:innen täglich versorgt, kann die Förderung von Vigilanz und Resilienz als unerlässlich gesehen werden, um auf potenzielle künftige Krisen wie etwa Kriegsgeschehen vorbereitet zu sein und reagieren zu können. Praxen der Primärversorgung sollten daher konkrete Maßnahmen zur Stärkung von Vigilanz, Resilienz und Sicherung der kritischen Infrastruktur zur Verfügung haben. Deren Umsetzung sollte gemeinsam mit allen beteiligten Akteuren niederschwellig ermöglicht und gefördert werden, auch durch konkrete Unterstützung der Politik und wissenschaftliche Erkenntnisse. <<

von:
Dr. sc. hum. Regina Poß-Doering[1]
ORCID: 0000-0003-0618-4034
Prof. Dr. Michel Wensing MSc[1]
ORCID: 0000-0001-6569-8137
Martina Köppen[2]
ORCID: 0009-0009-1273-7273
Dipl.-Kfm. Björn Broge[2]
ORCID: 0009-0005-6047-0367
Prof. Dr. med. Joachim Szecsenyi[2]
ORCID: 0000-0002-4483-0028
Dr. sc. hum. Nicola Alexandra Litke[1]
ORCID: 0000-0002-7123-7537

1: Universitätsklinikum Heidelberg
2: aQua – Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen, Göttingen

Autorenerklärung

Regina Poß-Doering ist wissenschaftliche Mitarbeiterin der Abteilung Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung am Universitätsklinikum Heidelberg. Michel Wensing ist Professor an der Universität Heidelberg sowie am Universitätsklinikum Heidelberg. Nicola Litke ist wissenschaftliche Mitarbeiterin derselben Abteilung mit den Schwerpunkten Versorgungsforschung, qualitative Methoden und organisationale Resilienz. Martina Köppen, Björn Broge und Joachim Szecsenyi sind Mitarbeiter:innen des aQua-Instituts für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH, Göttingen. Alle Autor:innen haben unentgeltlich an der Erhebung und Auswertung der Daten sowie der Interpretation und Publikation der Ergebnisse mitgewirkt. Die Analyse erfolgte im Rahmen des Projekts RESILARE mit finanzieller Unterstützung des Innovationsfonds des Gemeinsamen Bundesausschusses (Förderkennzeichen 01VSF20029).

hcb-Studie: Hohe Investitionsbedarfe zur Herstellung von Resilienz

>> Deutsche Krankenhäuser sind auf Krisen und Verteidigungsszenarien nur unzureichend vorbereitet. Zu diesem Ergebnis kommt ein Gutachten, das das Institut für Health Care Business (hcb) gemeinsam mit dem Deutschen Krankenhausinstitut (DKI) im Auftrag der Deutschen Krankenhausgesellschaft erarbeitet hat. Die Studie, die im Oktober 2025 vorgelegt wurde, analysiert den gegenwärtigen Resilienzstand der deutschen Krankenhauslandschaft und beziffert den Investitionsbedarf, der notwendig wäre, um die Versorgungsinfrastruktur krisenfest zu machen.

Ausgangspunkt der Untersuchung ist die veränderte Sicherheitslage in Europa. Hybride Bedrohungen wie Cyberangriffe auf Krankenhäuser und Sabotageakte an kritischer Infrastruktur haben spürbar zugenommen. Die Autor:innen unterscheiden drei Szenarien: das gegenwärtig bereits relevante Szenario von Cyberangriffen und Sabotageakten, den NATO-Bündnisfall mit täglich bis zu tausend Verwundeten sowie den Verteidigungsfall bei einem militärischen Angriff auf deutschem Territorium. Für jedes dieser Szenarien wurden Maßnahmenpakete entwickelt und ihre Kosten abgeschätzt. Die Befragung von 165 Krankenhäusern im Rahmen einer Blitzumfrage förderte erhebliche Schwachstellen zutage. In fünf Bereichen zeigen sich besonders gravierende Defizite.

Der Personalmangel gilt als die zentrale Schwachstelle: Schon im Normalbetrieb stoßen viele Häuser an ihre Kapazitätsgrenzen. Fortbildungen in Katastrophen- und Kriegsmedizin fehlen weitgehend, und mehr als achtzig Prozent der Kliniken schulen ihr Personal gar nicht gezielt für Extremszenarien. Hinzu kommt das Problem der Mehrfachverplanung: Ärzte und Pflegekräfte, die ehrenamtlich im Katastrophenschutz tätig sind, stehen im Ernstfall nicht gleichzeitig für den Krankenhausbetrieb zur Verfügung.

Aber auch die Cybersicherheit bleibt trotz früherer Investitionen ein Problemfeld. Viele Einrichtungen wären im Fall eines erfolgreichen Angriffs auf papiergestützte Prozesse angewiesen, was wertvolle Zeit kostet. Bei der physischen Sicherheit fehlt es an Zutrittskontrollen, Videoüberwachung und automatisierten Warnsystemen. Über die Hälfte der befragten Häuser verfügt über kein zentrales Durchsagesystem. Die Lagerkapazitäten reichen meist nur für wenige Tage, und die Vorbereitung auf chemische, biologische, radiologische und nukleare Ereignisse wird von den Kliniken selbst als vollständig unzureichend eingestuft.

Der Investitionsbedarf ist erheblich. Für das erste Szenario, also die Absicherung gegen Cyberangriffe und Sabotage, werden Investitionen von rund 2,7 Milliarden Euro veranschlagt, dazu jährliche Betriebskosten von 670 Millionen Euro. Im Bündnisfall steigen die Investitionskosten auf etwa fünf Milliarden Euro bei fast 900 Millionen Euro laufenden Kosten pro Jahr. Für den Verteidigungsfall werden rund 15 Milliarden Euro Investitionen und 1,1 Milliarden Euro jährliche Betriebskosten kalkuliert.

Die hcb-Autor:innen rund um Projektleiter Prof. Dr. Boris Augurzky empfehlen, kurzfristig umsetzbare Maßnahmen sofort anzugehen. Als Vorbild für schnelles staatliches Handeln verweisen die Verfasser:innen auf das LNG-Beschleunigungsgesetz von 2022. Ein vergleichbares Instrument wird von de n Auror:innen auch für den Krankenhausbereich für notwendig erachtet. <<

1: https://t1p.de/q8q5n

Strategiepartner IDG und RLP

>> Das IDG Institut für digitale Gesundheitsdaten RLP gGmbH (IDG) und die IT-Choice Software GmbH (IT-Choice) haben ihre bereits seit mehreren Jahren bestehende Zusammenarbeit offiziell in einer strategischen Partnerschaft verstetigt. Ziel ist es, die gemeinsame Entwicklung, Betreuung und perspektivische Vermarktung digitaler Lösungen im Gesundheitswesen langfristig strukturiert und verbindlich zu gestalten. Die Partnerschaft baut auf zahlreichen erfolgreich umgesetzten Projekten auf, in denen IDG und IT-Choice digitale Anwendungen für das Gesundheitswesen und die öffentliche Verwaltung realisiert haben – insbesondere im Bereich registerbasierter Dokumentation und datengetriebener Fachverfahren. „Die Digitalisierung im Gesundheitswesen braucht verlässliche Partner, die nicht nur Technologie liefern, sondern gemeinsam nachhaltige Lösungen ermöglichen", erklärt IDG-Geschäftsführer Philipp Kachel. „Mit IT-Choice verbindet uns eine langjährige Zusammenarbeit, die wir nun bewusst auf ein strategisches Fundament stellen." <<

Vom Kostenfaktor zur Investition

Der ökonomische Impact innovativer Arzneimittel

Ausgaben für pharmazeutische Innovationen werden weitgehend als Kosten gesehen – und das umso mehr, je größer die Finanzprobleme in der GKV sind. So werden auch im ersten Bericht der Finanzkommission Gesundheit vom 30. März 2026 Arzneimittel als Kostentreiber gesehen.[1] Auch der Kabinettsentwurf für ein GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz (BStabG) verfällt in alte Muster und sieht deutliche Einsparungen bei patentgeschützten Arzneimitteln vor.[2]

>> Die Entwicklung der Ausgaben für Arzneimittel wird seit jeher kontrovers diskutiert.[3] Diese Diskussion soll hier nicht wiederholt werden. Die Fakten zeigen:[4]

- Der auf Hersteller entfallende Anteil der Ausgaben für Arzneimittel an den GKV-Leistungsausgaben liegt seit Jahren konstant bei rund 12%. Davon entfallen rund 50% auf patentgeschützte Arzneimittel – konstant seit Jahren.
- Durch das AMNOG-Verfahren werden allein im Jahr 2026 Entlastungen in Höhe von 12 Mrd. Euro für die GKV erwartet. Insgesamt werden die Einsparungen inzwischen auf 55 Mrd. Euro beziffert.
- Der Pharmabereich leistete durch Abgaben und Rabatte Einsparungen von rund 29 Mrd. Euro im Jahr 2025.

Die Entwicklung der Arzneimittelausgaben ist im Wesentlichen auf die Verbrauchskomponente zurückzuführen[5] – bedingt durch breitere Therapieoptionen und eine alternde Gesellschaft. Sie liegt dabei unter dem Niveau, das aufgrund der allgemeinen Preisentwicklung und einer höheren Inanspruchnahme infolge einer alternden Gesellschaft zu erwarten ist.[6]

Fokus auf Arzneimittel verstellt Blick auf indirekte und Folgekosten

Dabei werden häufig nur Kosten für Arzneimittel betrachtet. Sachgemäß wäre hingegen die Betrachtung

- erstens aller direkten Kosten der Behandlung einer Erkrankung, d. h. jener Ausgaben, die direkt für eine medizinische Versorgung anfallen: ambulante und stationäre Behandlungen, Diagnostik, Arzneimittel etc., nicht nur Arzneimittelkosten. So könnten Einsparungen durch eine Therapie mit innovativen Arzneimitteln den Arzneimittelkosten gegenübergestellt werden. Auf diese Weise könnten die Gesamtkosten einer Behandlung gesteuert werden.
- Zweitens belasten die indirekten Kosten, auch Folgekosten genannt, die GKV und darüber hinaus durch Produktivitätsverluste aufgrund von Arbeitsunfähigkeit, Absentismus, Präsentismus (Leistungsminderung trotz Anwesenheit), Frühverrentung und Erwerbsunfähigkeit oder vorzeitige Mortalität auch die sozialen Sicherungssysteme und die Volkswirtschaft. Die direkten Kosten der Krebsversorgung in Europa beliefen sich 2023 auf rund 146 Mrd. Euro. Fast 50% der Gesamtbelastung liegen außerhalb der direkten Behandlungskosten. Ähnlich verhält es sich bei der Behandlung des Diabetes: Die Kosten werden auf über 40 Mrd. Euro in Deutschland geschätzt, davon rund die Hälfte aufgrund indirekter Kosten.[7]
- Drittens die verdeckten Kosten durch langfristige, oft unsichtbare gesellschaftliche Belastungen durch unbezahlte Pflege von Angehörigen, reduzierte Erwerbsbeteiligung von Familienmitgliedern, gesellschaftliche Spannungen und Vertrauensverlust. Im Jahr 2019 lebten weltweit 57 Mio. Menschen mit Demenz, mit gesellschaftlichen Kosten von rund 1,3 Billionen US-Dollar. Etwa die Hälfte dieser Kosten entfällt auf unbezahlte Pflege durch Angehörige.[8]

Positive Effekte von Arzneimitteln jenseits der besseren Patientenversorgung

Der einseitige Blick auf Arzneimittelausgaben verzerrt das Gesamtbild erheblich und lässt mehr als nur den medizinischen Nutzen von Patienten außer Acht. Studienergebnisse zeigen, dass neue Arzneimittel einen wesentlichen Anteil an der Steigerung der durchschnittlichen Lebenserwartung haben. Lichtenberg[9] schätzt den Anteil auf 66% bis 73% der beobachteten Zunahme. Antiretrovirale Therapien haben HIV/AIDS von einem Todesurteil in eine beherrschbare chronische Erkrankung verwandelt. Medikamente gegen Hepatitis C können viele Patienten heilen, mit weniger Nebenwirkungen und kürzeren Behandlungszeiten. GLP-1-Rezeptor-Agonisten und SGLT-2-Inhibitoren haben die Blutzuckerkontrolle für Diabetes-Patienten verbessert und Herzkrankheiten, Schlaganfall und Nierenerkrankungen reduziert sowie die Überlebensraten verbessert.[10]

Innovative Arzneimittel haben nicht nur positive Effekte auf die Gesundheit von Patienten. Sie haben anders als Konsumgüter breitere Effekte. Weder die gegenwärtigen Methoden des Health-Technology-Assessment (HTA) noch der Kosten-Nutzen-Analysen sind gegenwärtig geeignet, diese Komplexität abzubilden.[11] Die Quantifizierung möglichst aller Effekte ist jedoch entscheidend für eine effiziente Allokation knapper Ressourcen. In jüngerer Zeit wurden einige Forschungsarbeiten zu den verschiedenen Effekten veröffentlicht.[12] Die Studien fokussieren auf ausgewählte Effekte und Krankheiten. Praktische Anwendung finden sie in der Regel nicht. So empfiehlt derzeit nur die niederländische HTA-Behörde (ZIN) die Verwendung des iPCQ-Fragebogens zur Erfassung der Vorteile bezahlter und unbezahlter Arbeit.[13]

In Spanien hat das Gesundheitsministerium Anfang Juni 2026 ein neues Arzneimittelgesetz vorgelegt: Dem Gesetzentwurf zufolge sollen in der Preisbildung neben dem klinischen Nutzen explizit auch gesamtökonomische Effekte eines Arzneimittels berücksichtigt werden, etwa Einsparungen durch reduzierte Krankenhausaufenthalte, geringeren Pflegebedarf und weniger Produktivitätsverluste.[14]

Für eine umfassendere Bewertung des gesamtgesellschaftlichen Werts medizinischer Innovation erscheint eine Differenzierung in die mikro-, meso-, makro- und volkswirtschaftliche Ebene sinnvoll. Abbildung 1 beschreibt diese Wirkungsebenen und ihre jeweiligen Mechanismen.

Mikro-Ebene: patientenzentrierte Outcomes als Grundlage des Nutzens

Die Mikro-Ebene fokussiert auf den unmittelbaren, individuellen Nutzen für Patienten. Neue Therapien können das Überleben verlängern und die Lebenszeit bei verbesserter Gesundheit erhöhen. So konnte z. B. die Sterberate bei Herz-Kreislauf-Erkrankungen von 2000 bis 2022 um 43% reduziert werden. Die verlorenen Lebensjahre bei Typ 2 Diabetes mellitus konnten von 21 Jahren (1945) auf 6 Jahre (2017) reduziert werden.[15] Allgemein führen Innovative Arzneimittel häufig zu einer deutlichen Symptomlinderung, einer Reduktion der Krankheitslast sowie einer Verbesserung der körperlichen und psychischen Funktionsfähigkeit. Diese Effekte tragen wesentlich zur Steigerung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität bei. In der Nutzenbewertung finden sich diese Effekte in den Endpunktkategorien Morbidität, Mortalität, Lebensqualität und Nebenwirkungen wieder. In einer nutzenbasierten Preisfindung bilden sie die Grundlage für die Preisbildung.[16]

Diese Mikro-Ebene bildet somit die Basis, von der aus sich die positiven Effekte auf die nachgelagerten Ebenen ableiten. Menschen, die länger gesund sind, können am Arbeitsleben teilhaben, sie sorgen für Wachstum, zahlen Steuern und entlasten die sozialen Sicherungssysteme sowie pflegende Angehörige. Diese Effekte werden im Rahmen der Nutzenbewertung und Preisbildung neuer Arzneimittel (AMNOG) nicht weiter betrachtet.

Meso-Ebene: Effekte auf die sozialen Sicherungssysteme

Auf der Ebene der sozialen Sicherungssysteme entstehen ökonomische Effekte durch direkte und langfristige Einsparungen. Für die Gesetzliche Krankenversicherung (GKV) können innovative Arzneimittel zu unmittelbaren Kostenreduktionen führen, beispielsweise durch eine geringere Inanspruchnahme stationärer oder notfallmedizinischer Leistungen. Darüber hinaus kann eine wirksamere Behandlung die Entstehung schwerer Folgeerkrankungen reduzieren, die häufig mit komplexen und kostenintensiven Therapien verbunden sind.

Eine leitliniengerechte medikamentöse Therapie von Personen mit Diabetes mellitus Typ 2 (T2D) kann z. B. die Gesamtbehandlungskosten in Höhe von 1.679 Euro pro Patientenjahr reduzieren, insbesondere durch Einsparungen bei den stationären Kosten.[17] Die EDGE-COS-Studie[18] zeigt, dass die Behandlung mit dem SGLT-2-Inhibitor Empagliflozin das Gesundheitssystem insbesondere aufgrund reduzierter Krankenhausaufenthalte und je nach Versorgungskontext auch niedrigerer Arzneimittelkosten entlastet. Bei Personen mit T2D können die mittleren jährlichen Kosten pro Person gegenüber Vergleichstherapien (DPP-4-Inhibitoren, GLP-1-Rezeptor-Agonisten) um bis zu einem Drittel gesenkt werden. Dies entspricht einem hochgerechneten Einsparpotenzial von jährlich 2 Mrd. Euro.[19]

Über diese kurzfristig sichtbaren Kosteneffekte hinaus senken SGLT-2-Inhibitoren auch langfristige Folgekosten renaler Erkrankungen. Modellrechnungen zeigen, dass sie die Dialysepflichtigkeit bei Niereninsuffizienz um 7 Jahre, bei frühzeitigem Einsatz sogar bis zu 13 Jahre verzögern können.[20] Das damit verbundene Einsparpotenzial wird durch Prognos[21] auf 460 Mio. Euro jährlich beziffert.

Insgesamt beziffert Prognos[22] die Effizienzpotenziale durch die industrielle Gesundheitswirtschaft auf 20,8 Mrd. Euro im Jahr 2023. Damit könnten 7,2% der Ausgaben der GKV eingespart werden und die Qualität der Versorgung mindestens erhalten und im besten Fall sogar verbessert werden. Von den geschätzten Gesamteinsparungen entfallen

- 9 Mrd. Euro auf den Bereich der Medizintechnik, insbesondere aus dem Potenzial der Ambulantisierung,
- 7,2 Mrd. Euro auf den Bereich E-Health, insbesondere durch Anwendung von Künstlicher Intelligenz und Digitalisierung von Prozessen
- und weitere 4,6 Mrd. Euro auf den Bereich der Humanarzneimittel und Biotechnologie, davon 2,6 Mrd. Euro direkt auf Arzneimittel durch frühzeitige, leitliniengerechte Therapie.

Schreibt man dieses Szenario der Vorfahrt für Innovation fort, kann im Vergleich zum Referenzszenario eine Kosteneinsparung für die GKV von 47,8 Mrd. Euro (7,1%) im Jahr 2045 erreicht werden.[23] Differenziert nach Leistungsbereichen entfällt das größte Einsparpotenzial auf Krankenhausbehandlungen mit 21,8 Mrd. Euro, gefolgt von ärztlichen Behandlungen mit 13,5 Mrd. Euro und Arzneimitteln mit 6,2 Mrd. Euro.

Auch die Gesetzliche Rentenversicherung (GRV) profitiert von verlängerten Erwerbsbiografien und vermiedener Erwerbsunfähigkeit infolge gesünderer Erwerbstätiger. So zeigt der InnovationsRadar[24], dass z. B. durch Therapien mit innovativen Arzneimitteln der Anteil der Erwerbstätigen mit rheumatoider Arthritis vom Jahr 1997 bis heute von 42% auf 68% angestiegen ist. Patienten mit Krebserkrankungen nahmen im Jahr 2020 durchschnittlich mehr als vier Jahre länger am Erwerbsleben teil als noch im Jahr 2005.

Für die Gesetzliche Pflegeversicherung (GPV) resultieren positive Effekte insbesondere aus einem verzögerten oder verminderten Eintritt von Pflegebedürftigkeit. Durch eine stabilere gesundheitliche Situation sinkt die Wahrscheinlichkeit intensiver pflegerischer Interventionen. Darüber hinaus werden weitere staatliche Transferleistungen, wie Arbeitslosengeld oder Sozialleistungen, we-

Wirkungsebenen eines Arzneimittels



Abb. 1: Wirkungsebenen eines Arzneimittels. Quelle: eigene Darstellung.

niger häufig in Anspruch genommen, wenn Erkrankte länger am Arbeitsleben teilnehmen können. So sind die Fehlzeiten aufgrund von Krankheit von Patienten mit rheumatoider Arthritis von 30% im Jahr 2010 auf 19% im Jahr 2022 gesunken.[25]

Die sozialen Sicherungssysteme werden entlastet; denn Investitionen in das Humankapital durch präventive Maßnahmen und frühzeitige Behandlung senken nachweislich Fehlzeiten und können Folgeerkrankungen verhindern oder verzögern.[26] So erhöht die Vermeidung eines Krankheitstages im Durchschnitt die Bruttowertschöpfung um 16,4 Mrd. Euro. 2,4 Mrd. Euro könnte die Vermeidung eines Jahres Erwerbsunfähigkeit im Durchschnitt für die GRV sparen. Der gesamtgesellschaftliche Nutzen wird auf 16,2 Mrd. Euro geschätzt. Diese Zahlen verdeutlichen den erheblichen positiven Effekt einer gesünderen Bevölkerung.

Makro-Ebene: gesamtwirtschaftliche Effekte besserer Gesundheit

Dies zeigt: Innovative Arzneimittel beeinflussen die gesamtwirtschaftliche Leistungsfähigkeit, indem sie den Gesundheitszustand der Bevölkerung verbessern – ein zentrales Element des produktiven Humankapitals. Dadurch wird sowohl das individuelle Einkommen als auch die gesamtwirtschaftliche Arbeitsleistung gesteigert mit positiven Effekten auf Wachstum und Beschäftigung. WiFOR[27] unterscheidet in fünf Effekte von Gesundheit als ökonomischer Faktor, der Produktivität, Staatsfinanzen und gesellschaftliche Stabilität beeinflusst:

1. Humankapital: Gesundheit verbessert Bildungserfolge und langfristige Erwerbschancen. Gesunde Kinder erzielen bessere Lern- und kognitive Ergebnisse, erreichen höhere Bildungsabschlüsse und ein deutlich höheres Einkommen im Erwachsenenalter (im Durchschnitt 12% mehr im Vergleich zu Gleichaltrigen, bis zu 25% mehr im Vergleich zu ihren Geschwistern).

2. Arbeitskraft und Produktivität: Gesundheit stärkt die Leistungsfähigkeit der Erwerbsbevölkerung. Gesunde Erwachsene bleiben länger im Arbeitsmarkt, fehlen seltener krankheitsbedingt und sind anpassungsfähiger gegenüber neuen Anforderungen. Weltweit entstehen jährliche Produktivitätsverluste in Höhe von rund 2 Billionen US-Dollar durch Krebs, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, chronische Atemwegserkrankungen, Diabetes und psychische Erkrankungen.

3. Entlastung von pflegenden Angehörigen: Bessere Gesundheit reduziert unbezahlte Pflege und setzt Arbeitskraft frei. Informelle Pflege stellt eine große, oft unsichtbare wirtschaftliche Belastung dar. Ein erheblicher Teil der Kosten entsteht dadurch, dass pflegende Angehörige ihre Erwerbsarbeit reduzieren oder ganz aufgeben. Gesundheitsinvestitionen (Prävention, effektive Therapien, Langzeitversorgung) senken Pflegebedarfe und ermöglichen es Angehörigen, stärker am Arbeitsmarkt teilzunehmen. Dies steigert Erwerbsquote, Haushaltseinkommen und gesamtwirtschaftliche Produktivität.

4. Innovation, Wettbewerbsfähigkeit und Resilienz: Eine gesunde Bevölkerung ist Voraussetzung für Produktivitätsfortschritte. Länder mit hoher Lebenserwartung und geringer Krankheitslast verfügen über ein höheres Produktivitätswachstum und eine bessere Wettbewerbsfähigkeit. Gute Gesundheit fördert Investitionen in Forschung & Entwicklung, technologische Innovationen und den Umgang mit demografischem Wandel. So entsteht ein positiver Kreislauf aus Gesundheit, Produktivität und Innovation.

5. Fiskalische und gesellschaftliche Stabilität: Eine gesunde Bevölkerung vergrößert die Steuerbasis durch höhere und längere Erwerbstätigkeit. Gesundheitsausgaben wirken somit nicht als fiskalische Belastung, sondern als doppelter Gewinn: geringere Ausgaben und höhere Einnahmen. So zeigen Investitionen in Prävention (z. B. Krebsprävention), dass jeder investierte Euro ein Mehrfaches an wirtschaftlichem Nutzen erzeugt. Zusätzlich stärkt ein gerechter Zugang zu Gesundheitsleistungen Vertrauen in staatliche Institutionen und gesellschaftlichen Zusammenhalt.

Für Deutschland werden die Wertschöpfungsgewinne aufgrund des medizinischen Fortschritts auf 310 Mrd. Euro beziffert. Arzneimittel leisten hieran einen bedeutenden Anteil. Für die USA wird geschätzt, dass innovative Arzneimittel Erwerbseinkommen in Höhe von 221 Mrd. US-Dollar gesichert haben.[28] Gesundheit durch Arzneimittel ist ein makroökonomischer Faktor.

Prävention

Eine entscheidende Bedeutung kommt der Prävention zu. Das Robert Koch-Institut (RKI) beziffert die Ausgaben für Prävention und Gesundheitsschutz auf 298 Euro pro Person. Dies entspricht einem Anteil von 5% an den Gesundheitsausgaben.[29] „Das eigentliche Problem ist, dass Risikofaktoren nicht früh genug erkannt und behandelt werden. Das System ist gut für Akutfälle, schwach bei Langzeitprävention", kommentiert das Leibniz-Institut für Präventionsforschung und Epidemiologie, BIPS.[30] Dabei könnten frühe Diagnose und leitliniengerechte Behandlung Kosten vermeiden oder zumindest deutlich reduzieren.

Grundsätzlich werden drei Arten der Prävention unterschieden:

- **Primärprävention** zielt darauf ab, das erstmalige Auftreten einer Erkrankung oder schwerer Folgeereignisse bei Risikopersonen zu verhindern. Arzneimittel können hierbei eine wichtige Rolle spielen, indem sie frühe pathophysiologische Prozesse beeinflussen. So können SGLT-2-Inhibitoren bei Hochrisikopatienten (z. B. Typ-2-Diabetes mit kardiovaskulären Risikofaktoren) eingesetzt werden, um einen frühzeitigen Nierenfunktionsverlust zu vermeiden und damit teure Erstereignisse sowie langfristige Folgekosten zu verhindern.
- **Sekundärprävention** umfasst frühe Interventionen nach Diagnosestellung mit dem Ziel, Krankheitsprogression und Folgeereignisse zu verhindern. In diesem Kontext tragen SGLT-2-Inhibitoren bei Patienten mit früh diagnostizierter Herzinsuffizienz oder chronischer Nierenerkrankung (CKD) dazu bei, den Krankheitsverlauf zu verlangsamen und kostenintensive Eskalationen wie Hospitalisierungen oder den Übergang zur Dialyse hinauszuzögern.
- **Tertiärprävention** richtet sich an Patienten mit manifester Erkrankung und zielt darauf ab, Komplikationen, Rezidive und Mortalität zu reduzieren. Z. B. leisten SGLT-2-Inhibitoren bei etablierter Herzinsuffizienz oder CKD einen Beitrag zur Senkung von Hospitalisierungsraten und Mortalität und tragen damit auch zur nachhaltigen Entlastung des stationären Sektors bei.

Fehlanreiz im Risikostrukturausgleich

Eine wesentliche Rolle könnten hier Krankenversicherungen übernehmen. Diese haben jedoch keinen ökonomischen Anreiz zur Prävention oder zur Vermeidung von

Folgeerkrankungen.[31] Über den Risikostrukturausgleich (RSA) erhalten Krankenkassen für jeden Versicherten die erwarteten Ausgaben im Versicherungsjahr. Dies führt zu einer Ein-Jahres-Betrachtung: Investiert eine Krankenkasse in die Gesundheit ihrer Versicherten und verbessert sich dadurch der Gesundheitszustand, sinken auch die künftigen Zuweisungen aus dem RSA analog den Ausgaben. Investitionen in Prävention sind wirtschaftlich für eine GKV nicht rentabel: Zwar kann Prävention zu geringeren Gesundheitsausgaben führen, die damit verbundenen Ausgaben werden jedoch nicht refinanziert. „Investitionen, die zu einem späteren Auftreten der Krankheit führen, zahlen sich – aus Sicht der GKV – nicht aus. Aus Sicht der Versicherten schon."[32] Entsprechend gering sind die Anreize für präventive Maßnahmen oder generell zur Verbesserung der Behandlungsqualität, z. B. über Selektivverträge oder Disease-Management-Programme die Versorgung zu steuern. Demzufolge führte der Gesetzgeber im Jahr 2016 den Innovationsfonds und die gesetzliche Verpflichtung ein, einen festen Betrag pro Versicherten für Präventionsprogramme aufzuwenden (seit 2019: 7,52 Euro).[33]

Eine Reform des RSA zu einem nachhaltigen RSA kann die ökonomischen Fehlanreize beseitigen. Dafür könnten die RSA-Zuweisungen auf die erwarteten Gesundheitsausgaben in den nächsten zehn Jahren des Versicherten ausgeweitet werden. Investitionen in die Gesundheit würden sich so auch für eine Krankenkasse lohnen; denn erfolgreiche Programme verbessern die Gesundheit der Versicherten und führen zu niedrigeren Ausgaben in den Folgejahren. Gleichzeitig blieben die RSA-Zuweisungen aber gleich. Prävention würde so auch für die GKV finanzielle Vorteile bringen.[34]

Volkswirtschaftliche Ebene: die pharmazeutische Industrie als Schlüsselindustrie

Auf volkswirtschaftlicher Ebene leistet die pharmazeutische Industrie einen direkten Beitrag zu Wachstum und Beschäftigung.[35] Insgesamt trägt die Gesundheitswirtschaft in Deutschland rund 12,5% zur gesamtwirtschaftlichen Bruttowertschöpfung bei und beschäftigt etwa 7,7 Millionen Erwerbstätige. Damit arbeitet mittlerweile mehr als jeder sechste Beschäftigte in Deutschland in diesem Sektor. Die industrielle Gesundheitswirtschaft erwirtschaftet eine Bruttowertschöpfung von 101,5 Milliarden Euro jährlich und beschäftigt rund 1 Million Menschen. Durch indirekte und induzierte Effekte kommen weitere 1,1 Millionen Beschäftigte hinzu. Sie zählt damit zu den bedeutendsten Industrie- und Innovationsbranchen des Standorts Deutschland.[36]

Einen wesentlichen Anteil an der gesamtwirtschaftlichen Bedeutung der Gesundheitswirtschaft hat die pharmazeutische Industrie. Die direkte Bruttowertschöpfung der Pharmaindustrie in Deutschland beläuft sich auf rund 31 Milliarden Euro pro Jahr.[37] Über diese direkte Wertschöpfung hinaus entfaltet die Pharmaindustrie indirekte und induzierte Effekte in mindestens gleicher Höhe, die sich aus ihrer starken Vorleistungsnachfrage sowie aus einkommensinduzierten Nachfragewirkungen ergeben. Im Branchenvergleich gehört die Pharmaindustrie zu den Industriebranchen mit besonders hohen Multiplikatoreffekten.[38] Auch auf der Beschäftigungsseite entfaltet die pharmazeutische Industrie erhebliche Ausstrahlungseffekte. Zu den rund 130.000 direkt Beschäftigten in der Pharmaindustrie kommen signifikante indirekte und induzierte Beschäftigungseffekte in vor- und nachgelagerten Wirtschaftsbereichen hinzu. Die gesamtwirtschaftliche Beschäftigungswirkung der Branche liegt damit deutlich über der direkten Beschäftigung und erreicht eine mit großen industriellen Leitbranchen vergleichbare Größenordnung.[39] Sie wird aus mehreren Gründen als Leitindustrie oder Schlüsselsektor[40] bezeichnet:

1 Die pharmazeutische Industrie zählt zu den forschungsintensivsten Branchen Deutschlands. Gemessen am Verhältnis der internen F&E-Aufwendungen zum Umsatz ist sie die forschungsintensivste Industriebranche. Aktuell reinvestieren pharmazeutische Unternehmen in Deutschland 11,1% ihres Umsatzes in interne Forschung und Entwicklung (F&E). Insgesamt liegt die F&E-Intensität bei rund 16,9%. Damit liegt die Pharmaindustrie deutlich vor anderen großen Industriebranchen, auch vor dem Fahrzeugbau, dessen F&E-Intensität signifikant niedriger ausfällt.[41] Keine andere Industrie in Deutschland investiert einen höheren Umsatzanteil in Forschung und Entwicklung. Diese hohe F&E-Intensität ist Ausdruck des innovationsgetriebenen Geschäftsmodells der Branche, in dem medizinischer Fortschritt, lange Entwicklungszyklen und hohe regulatorische Anforderungen zentrale Rollen spielen. Der hohe Anteil an F&E-Aufwendungen trägt maßgeblich zur Zukunftsfähigkeit der Unternehmen und zur Sicherung hochwertiger Arbeitsplätze bei. Deutschland genießt trotz eines zunehmenden internationalen Wettbewerbs weiterhin hohes internationales Ansehen als Forschungs- und Entwicklungsstandort für Pharma und Biotechnologie. Besonders sichtbar wurde dies zuletzt bei der Entwicklung wirksamer Impfstoffe gegen Covid-19, bei der Deutschland – insbesondere im Bereich der mRNA-Technologie – weltweit eine führende Rolle einnahm.

2 Die Pharmaindustrie gehört zu den investitionsstärksten Industriebranchen in Deutschland. Mit rund 25.000 Euro Investitionen je Beschäftigten und jährlichen Sachinvestitionen von 2 Mrd. Euro leistet diese einen zentralen Beitrag zur Modernisierung des Standorts und setzt wichtige Impulse für vorgelagerte Industrien, insbesondere den Maschinen- und Anlagenbau.[42] Sie leistet wesentliche Beiträge zur fiskalischen Leistungsfähigkeit des Staates durch Unternehmenssteuern, Lohnsteuern und Sozialabgaben.

3 Die pharmazeutische Industrie leistet einen wichtigen Beitrag zur deutschen Exportstärke. Nach der Außenhandelsstatistik beliefen sich die Ausfuhren pharmazeutischer Erzeugnisse im Jahr 2025 auf rund 116,3 Mrd. Euro.[43] Die inländische Pharmaindustrie ist stark international ausgerichtet: Ein erheblicher Teil der heimischen Produktion wird auf internationalen Märkten abgesetzt. Über 60% des Umsatzes der in Deutschland produzierenden Pharmaunternehmen entfallen auf das Ausland. Im Jahr 2023 lag der Gesamtumsatz der Branche bei 58,7 Mrd. Euro, davon 37,0 Mrd. Euro Auslandsumsatz.[44]

4 Die Pharmaunternehmen leisten einen wesentlichen Beitrag zur Resilienz des Standorts. Die pharmazeutische Industrie produziert nicht nur für den deutschen Gesundheitsmarkt, sondern trägt über Exporte auch zur Gesundheitsversorgung in Europa und global bei. Umgekehrt wird die Gesundheitsversorgung in Deutschland durch ein europäisches und globales Netzwerk von Produktionsstandorten gewährleistet. Investitionen in moderne Anlagen für die Herstellung innovativer Arzneimittel sichern technologisches Know-how und Reservekapazitäten für Krisenzeiten. Sie sind zudem

ein zentraler Baustein für die technologische Souveränität Europas. Die geopolitischen Herausforderungen zeigen, wie wichtig strategische Unabhängigkeit ist neben der Vorsorge für Gesundheitskrisen der Zukunft. Eine Stärkung der Produktionskapazitäten im europäischen Raum erhöht die Resilienz gegenüber globalen Lieferkettenrisiken und verbessert die Stabilität der Arzneimittelversorgung im Krisenfall. Eine leistungsfähige heimische Pharmaindustrie ist sicherheitspolitisch essenziell, weil eigene Forschung und Produktion die Abhängigkeit von globalen Lieferketten verringern, schnelle Reaktionen in Krisen ermöglichen, Wissen im System halten und damit die strategische Autonomie des Gesundheitssystems und von Europa stärken. Pharmaunternehmen sind Teil dieser strategischen Infrastruktur.

5 Der nach wie vor wachsende globale Markt für Gesundheitsleistungen und Arzneimittel ist zudem eine Chance, das exportorientierte Wirtschaftsmodell Deutschlands neu aufzustellen und weiter auszubauen: erforscht, entwickelt und produziert in Deutschland. Die Menschen werden älter, der Bedarf steigt. Zusätzlich verstärkt wird die Nachfrage durch den steigenden Wohlstand in bisher weniger entwickelten Volkswirtschaften. Die pharmazeutische Industrie kann durch bessere Gesundheitsversorgung maßgeblich zur Exportstärke Deutschlands beitragen.

Erstattung als Standortfaktor

Ein mitentscheidender Standortfaktor für die Entwicklung der Branche sind auch die Erstattungsbedingungen. Eine Studie von BASYS[45] zeigt die negativen gesamtwirtschaftlichen Effekte einer Verschlechterung: Die Erhöhung des Herstellerabschlags von 7% auf 16% führt in diesem Szenario (Rabatt wird zur Stabilisierung der Finanzen verwendet, nicht zur Minderung des Beitragssatzanstiegs) nicht nur zu einer Minderung der Einnahmen von Pharmaunternehmen mit (direkten) Auswirkungen auf deren Wertschöpfung, sondern auch (indirekt) auf die Wertschöpfung vorgelagerter Wirtschaftsbereiche. Hinzu kommen negative induzierte Effekte, die beispielsweise damit zusammenhängen, wie Beschäftigte ihr Einkommen verwenden oder nicht verwenden, wenn es nicht entsteht. Über den Zeitraum von 2026 bis 2030 berechnet BASYS so einen kumulierten nominalen Wertschöpfungsverlust von insgesamt 48,1 Mrd. Euro. Gleichzeitig geht BASYS von rund zehn Mrd. Euro an Einsparungen aus, die die Anhebung auf 16% einbringt.

Das heißt: Eine Rabatterhöhung von einem Euro hat negative Einkommenseffekte von 3,80 Euro. Denn ein erhöhter Zwangsrabatt hat nicht nur Auswirkungen auf die Pharmaindustrie, sondern auch auf die Wertschöpfung vorgelagerter Wirtschaftsbereiche. Zudem fehlen Mittel, die in F&E fließen. Über die fünf untersuchten Jahre gehen (direkt, indirekt und induziert) rund 106.400 Erwerbsjahre verloren, also 21.000 Vollzeitarbeitsstellen. Wird unterstellt, dass die GKV die zusätzlichen Mittel zur Beitragssatzdämpfung nutzt, führt die Rabatterhöhung von einem Euro zu einem volkswirtschaftlichen Wertschöpfungsverlust von 2,50 Euro. Dementsprechend sah die Pharmastrategie der Bundesregierung von 2023[46] vor, den Herstellerabschlag bei 7% zu stabilisieren.



Abb. 2: Arzneimittelpreise im Ökosystem von Forschung, Entwicklung und Produktion. Quelle: eigene Darstellung.

Standort unter Druck

Forschung, Entwicklung, Produktion und ein innovationsoffener Markt stehen in enger Wechselwirkung (Abb. 2). Während attraktive Standortbedingungen meist wenig umstritten sind, werden Preise häufig kritisch bewertet. Empirische Studien zeigen einen positiven, wenn auch moderaten Zusammenhang zwischen Umsatzpotenzialen und Investitionen in F&E.[47] So finden Kouroukli et al.[48], dass steigende Arzneimittelausgaben in EU-Ländern signifikant mit mehr Innovationsaktivität in frühen Entwicklungsphasen (z. B. Patenten) einhergehen. Auch klassische ökonomische Analysen zeigen, dass höhere Preise mit steigenden F&E-Ausgaben einhergehen, wenngleich diese Ergebnisse stark vom Kontext und den zugrunde liegenden Modellannahmen abhängen.[49] Neuere Arbeiten relativieren die Stärke dieses Zusammenhangs und betonen die Bedeutung firmenspezifischer Faktoren sowie globaler Marktmechanismen. Hier spielen insbesondere Entwicklungen in den USA und China eine entscheidende Rolle.[50] Vor diesem Hintergrund ist die Bewertung des Sachverständigenrats Gesundheit (2025)[51] kritisch einzuordnen, wenn er eine Stärkung des Pharmastandorts über höhere Preise ablehnt und stattdessen auf direkte Förderinstrumente verweist. Die internationale Evidenz legt indes nahe, dass Preise bzw. Marktgröße ein relevanter, wenn auch nicht allein bestimmender Faktor für F&E-Ausgaben sind.

Wieso sollten Arzneimittelhersteller in Deutschland oder Europa forschen, entwickeln und produzieren, wenn die Arzneimittel später hierzulande keinen Markt vorfinden? Im globalen Wettbewerb um Investitionen folgen diese den Märkten. Dafür braucht es ein innovationsoffenes Erstattungssystem mit adäquaten Preisen und tatsächlichem[52] Zugang für Patienten. So entsteht ein Ökosystem, das sich gegenseitig unterstützt; denn die Wirkungen innovativer Arzneimittel entfalten sich multidimensional. Sie reichen von patientenrelevanten Verbesserungen auf der Mikro-Ebene über Entlastungen der sozialen Sicherungssysteme bis hin zu volkswirtschaftlichen Wertschöpfungseffekten. Eine systematische Betrachtung dieser Ebenen ermöglicht eine umfassende Bewertung der Wirkungen medizinischer Innovation und damit eine fundierte Grundlage für gesundheitspolitische Entscheidungen hin zu einer effizienten Allokation von Ressourcen.

Diese Diskussion ist nicht gänzlich neu. Doch es gibt einen entscheidenden Unter-

schied: Das geopolitische Umfeld hat sich fundamental verändert. Der Standort Deutschland steht unter erheblichem Druck aus den USA und zunehmend aus China.[53]

USA dominieren Pharmamarkt

Die USA verfügen über das schnellste Zulassungsverfahren. Patienten erhalten neue Therapien oft früher als in anderen Regionen. Donald Trump führte zudem einen „Voucher"-Mechanismus in der Executive Order vom 5. Mai 2025 ein, die die FDA verpflichtete, Zulassungen für Arzneimittel und Produktionsstätten in den USA zu beschleunigen, wenn die Herstellung im Inland erfolgt. Der Vorteil: Unternehmen mit US-Produktion erhalten ein beschleunigtes Zulassungsverfahren gegenüber dem Standardverfahren.[54] Gleichzeitig erheben sie Zölle für Importe und drohen weitere Erhöhungen an. Die Section-232-Untersuchung (2025/26) bewertet pharmazeutische Importabhängigkeiten als Risiko für die nationale Sicherheit der USA. Daraus folgen Zölle von bis zu 100% auf ausgewählte patentgeschützte Arzneimittel sowie starke Anreize zur Produktionsverlagerung in die USA. Die USA setzen so erhebliche Anreize für Investitionen in den USA. Für Europa und Deutschland bedeutet dies gravierende Exportnachteile. Insgesamt erhöht die US-Politik den Druck auf den Standort, da Zölle, Preise und Investitionen in den USA miteinander verknüpft werden.

Die USA refinanzieren einen Großteil der F&E-Ausgaben für innovative Arzneimittel. Bei einem Anteil an der Weltbevölkerung von 4,2% finanzieren sie 66,9% des weltweiten Umsatzes mit neuen Arzneimitteln (siehe Abb. 3).[55] Das setzt die Preise unter Druck: Unter Präsident Biden hat die US-Administration mit dem Inflation Reduction Act Preisverhandlungen für besonders umsatzstarke Arzneimittel für Medicare eingeführt.

Präsident Trump hat das sogenannte Most-Favored-Nations-Prinzip bei der Preisbildung eingeführt.[56] Das Konzept besagt, dass die USA höchstens den zweitniedrigsten (Netto-)Preis aus einem Länderkorb der G7-Staaten sowie Dänemark und der Schweiz bezahlen. Das GENEROUS-Modell gilt für Medicaid. Mit GLOBE und GUARD sind weitere Programme für Medicare in Vorbereitung. Angesichts der deutlich höheren Preise in den USA im Vergleich zu Deutschland und Europa ist dies eine Zäsur in der Preisbildung von Arzneimitteln. Es braucht eine neue Balance der globalen Preise, sollen europäische Märkte nicht weiter als schon bisher vom Fortschritt gegenüber den USA abgehängt werden. Ein Drittel der zwischen den Jahren 2016 und 2025 in den USA eingeführten Arzneimittel sind in der EU/Deutschland bereits heute nicht verfügbar (siehe Abbildung 4).[57]

China fördert Innovation

Auch China setzt den Innovationsstandort Deutschland unter Druck. China hat mit mehreren Maßnahmen die Zulassungsverfahren deutlich beschleunigt und mit dem Beitritt zur „International Council for Harmonisation of Technical Requirements for Pharmaceuticals for Human Use" (ICH) 2017 seine Evidenzanforderungen angepasst.[58] China führte zuletzt

Umsatz neuer Arzneimittel mit Einführung 2019 bis 2023 nach Regionen

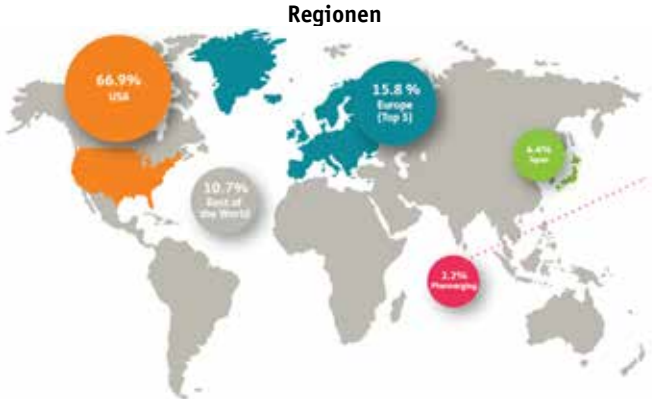


Abb. 3: Umsatz neuer Arzneimittel mit Einführung 2019 bis 2023 nach Regionen. Quelle: EFPIA (2025), The Pharmaceutical Industry in Figures, S. 4.

29% aller klinischen Studien weltweit durch – vor zehn Jahren waren es nur 8%.[59] Damit ist China nach den USA der zweitgrößte Entwickler neuer Medikamente. Wie Abbildung 5 zeigt, stammten im Jahr 2024 28 neue Arzneimittel aus China, 25 aus den USA und 18 aus Europa.[60] Viele in China entwickelte Medikamente erreichen Europa erst Jahre später oder werden gar nicht zugelassen. Ursachen sind lange EMA-Verfahren und höhere Evidenzanforderungen.[61] China hat in den letzten Jahren massiv aufgeholt und Europa überholt. Früher galt China als sehr langwierig. Heute ist China durch Reformen und Pilotprogramme fast auf US-Niveau. Europa bleibt dagegen streng reguliert, mit zusätzlichen Hürden nationaler Nutzenbewertung und Erstattung. Die Produktion von Generika dominiert China ohnehin. 44% des globalen Arzneimittelvolumens stammt aus China. Zwei Drittel der in Europa – und damit auch in Deutschland – benötigten Wirkstoffe werden mittlerweile in China und Indien hergestellt.[62]

Fazit

Der Standort Deutschland steht unter Druck: Es fehlt an wachstumsstarken Industrien. Mehrere Jahre ohne Wachstum belasten Beschäftigung, die Finanzierung der sozialen Sicherungssysteme und letztlich auch die Stabilität unseres demokratischen Systems. Gleichzeitig gerät das Gesundheitssystem durch demografischen Wandel, steigende Versorgungs-

Zulassungen für neue Arzneimittel

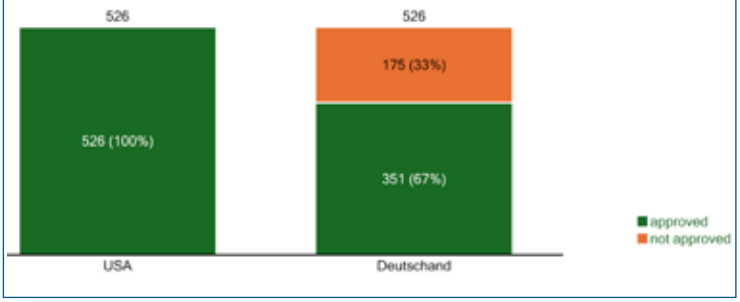


Abb. 4: Zulassungen für neue Arzneimittel in den USA und in Deutschland, einschließlich nationaler Zulassungen (2016–2025). Quelle: Wilsdon, T. et al. (2026), Europe's pharmaceutical innovation gap: An assessment of missing and delayed regulatory approvals compared with the US and China (2016–2025) and implications for Germany, S. 14f, 32f.

Zitationshinweis

Penkse, M.: „Der ökonomische Impact innovativer Arzneimittel", in „Monitor Versorgungsforschung" (04/26), S. 66–74.
http://doi.org/10.24945/MVF.04.26.1866-0533.2851

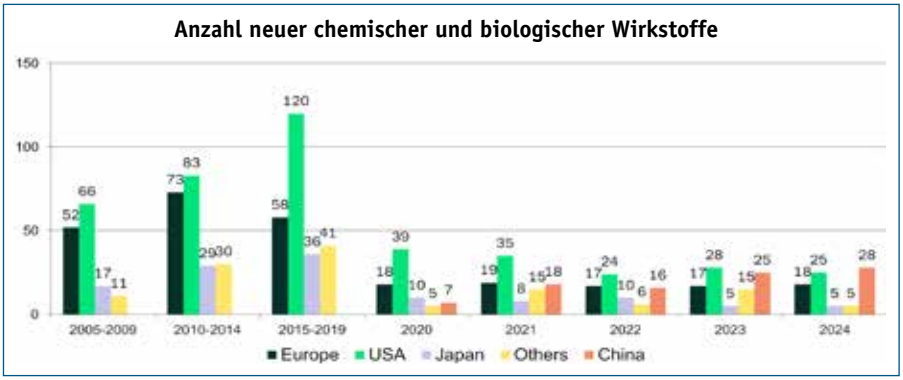


Abb. 5: Anzahl neuer chemischer und biologischer Wirkstoffe. Quelle: EFPIA (2025), The Pharmaceutical Industry in Figures, S. 8. China wird bis 2019 unter Others gezählt.

ansprüche und wachsende Ausgaben zunehmend unter finanzielle Spannung. Langfristig angelegte Strukturreformen und eine gezielte Wachstumsstrategie für die Pharmaindustrie sind ein zentraler Hebel. Dabei gibt es viele gute Gründe, den Pharmastandort Deutschland zu stärken.

Um die Chancen zu nutzen und den neuen Herausforderungen wirksam zu begegnen, braucht es jedoch vor allem eines: ein grundlegendes Umdenken. Arzneimittelausgaben sollten nicht weiter primär als Kosten betrachtet werden. Gesundheit ist eine Investition – in den Standort, in Wachstum und Beschäftigung sowie in Resilienz und Souveränität. Dafür braucht es klare Verantwortlichkeiten im Sinne eines „strategischen Investors". Derzeit fehlen vielfach die Anreize, um in Humankapital, Innovation und Wachstum zu investieren. Dieses Silodenken verursacht hohe volkswirtschaftliche Kosten: Investitionen in Prävention, in frühzeitige Behandlung und in innovative Arzneimittel bleiben aus. Notwendig ist daher eine Governance, die die Verantwortung konsequent in einem crossfunktionalen Ansatz bündelt – mit einem klar benannten Verantwortlichen, der die Gesamtsteuerung übernimmt und über den Fortschritt berichtet. Sie muss eine wirksame Abstimmung zwischen Wirtschafts-, Forschungs-, Finanz- und Gesundheitsministerium, Bund und Ländern sowie Selbstverwaltung und Krankenkassen sicherstellen.[63]

Die Pharmastrategie und der Pharmadialog haben wichtige Ansätze formuliert. Die Umsetzung ist jedoch bislang an einem Rückfall in traditionelle Sparmuster gescheitert. Statt Fortschritt zu organisieren, wird wertvolle Zeit verloren. Der Koalitionsvertrag[64] hat ein vielversprechendes Zielbild skizziert. Dieses sollte mit Nachdruck durch konkrete Maßnahmen verfolgt werden. Eine stärker an Gesamtkosten und Investitionen ausgerichtete Perspektive in der GKV trägt dazu bei, die Versorgung zu verbessern, Innovation zu fördern und wirtschaftliches Wachstum zu unterstützen. Noch besteht die Chance, den Pharmastandort Deutschland nachhaltig weiterzuentwickeln. <<

von:
Dr. rer. pol. Marco Penske[1]
ORCID: 0009-0003-6708-9257

1: Head Market Access & Healthcare Affairs bei Boehringer Ingelheim

Autorenerklärung

Marco Penske ist als Head of Market Access & Healthcare Affairs bei Boehringer Ingelheim tätig. Ehrenamtlich engagiert er sich als stellvertretender Vorsitzender der Deutschen Fachgesellschaft für Market Access.
Aufgrund seiner beruflichen Tätigkeit bei einem pharmazeutischen Unternehmen erklärt der Autor einen potenziellen Interessenkonflikt in Bezug auf den vorliegenden Beitrag. Weitere finanzielle oder persönliche Beziehungen, die die Ergebnisse oder deren Interpretation beeinflusst haben könnten, bestehen nicht.
Die dem Beitrag zugrundeliegende Analyse wurde unabhängig und ohne externe finanzielle Förderung oder sonstige Unterstützung Dritter durchgeführt. Dritte hatten zu keinem Zeitpunkt Einfluss auf Studiendesign, Datenerhebung, Datenauswertung, Interpretation der Ergebnisse oder die Abfassung des Beitrags.

Hinweis

Auch wenn in diesem Beitrag die männliche Schreibweise verwandt wird und Personenbezeichnungen daher nicht gegendert werden, sind immer alle Geschlechter gemeint.

Zusammenfassung

Einleitung: Ausgaben für innovative Arzneimittel werden in der Gesundheitspolitik oft einseitig als Kostenfaktor betrachtet. Dieser Fokus greift zu kurz, da Folgekosten wie Produktivitätsverluste, Frühverrentung oder vorzeitige Mortalität ignoriert werden.
Methoden: Der Beitrag nutzt ein mehrdimensionales Wirkungsmodell, um den gesamtgesellschaftlichen Wert medizinischer Innovationen auf der Mikro-, Meso-, Makro- und volkswirtschaftlichen Ebene systematisch zu bewerten.
Ergebnisse: Neue Therapien steigern die Lebensqualität der Patienten (Mikro-Ebene) und entlasten die Sozialsysteme durch vermiedene Krankenhausaufenthalte (Meso-Ebene). Auf der Makro-Ebene resultieren durch den medizinischen Fortschritt Wertschöpfungsgewinne von 310 Mrd. Euro, während reine Sparvorgaben den Wirtschaftsstandort gefährden.
Diskussion: Gesundheit darf nicht primär als Kostenblock, sondern muss als strategische Investition in den Standort und die gesellschaftliche Resilienz verstanden werden. Nötig ist eine crossfunktionale Steuerung, die medizinische Innovationen als „strategischer Investor" gezielt fördert.
Schlüsselwörter: innovative Arzneimittel, Gesundheitsökonomie, Investition, Wertschöpfung, Gesundheitspolitik.

From Cost Factor to Investment: The Economic Impact of Innovative Medicines in Germany

Introduction: Expenditures for innovative medicines are often viewed merely as a cost burden in health policy. This perspective is too narrow, as it ignores economic consequences such as productivity loss, early retirement, or premature mortality.
Methods: The article applies a multidimensional framework to systematically evaluate the societal value of medical innovations across the micro, meso, macro, and broader economic levels.
Results: New therapies improve patient quality of life (micro level) and relieve social security systems by preventing hospitalizations (meso level). At the macro level, medical progress yields Euro 310 billion in value-added gains, whereas strict cost-containment measures threaten the pharmaceutical hub.
Discussion: Health must be understood not primarily as a cost, but as a strategic investment in economic resilience and growth. A cross-functional governance model is urgently needed to holistically manage and promote medical innovation.
Keywords: Innovative medicines, health economics, investment, value-added, health policy.

Anmerkungen und Literatur

1. Finanzkommission Gesundheit (2026), Erster Bericht der Finanzkommission Gesundheit vom 30. März 2026, S. 267ff.
2. BMG (2026), Entwurf eines Gesetzes zur Stabilisierung der Beitragssätze in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz), https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Gesetze_und_Verordnungen/GuV/G/GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz_Kabinett.pdf (09.05.2026).
3. stellvertretend GKV-Spitzenverband (2026), Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 03.03.2026 zur öffentlichen Anhörung „Arzneimittel“ am 04.03.2026, https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/presse/p_stellungnahmen/2026_2027/20260303_GKV-SV_Stn_Arzneimittel.pdf (11.04.2026).
4. Vgl. VfA (2026a), vfa-Faktencheck zum ersten Bericht der FinanzKommission Gesundheit: Arzneimittel, DiGA und GKV-Finanzierung, https://www.vfa.de/de/gesundheit-versorgung/gesundheitspolitik/faktencheck-finanzkommission-gesundheit (11.04.2026); VfA (2026b), Der Arzneimittelmarkt in Zahlen, https://www.vfa.de/de/gesundheit-versorgung/arzneimittelmarkt/arzneimittelmarkt-in-zahlen (11.04.2026).
5. IGES (2025), Arzneimittelatlas, https://www.arzneimittel-atlas.de/ (25.04.2026). Die Verbrauchskomponente hat die Mehrausgaben im GKV-Arzneimittelmarkt am stärksten beeinflusst. Die Preiskomponente, die üblicherweise Einsparungen generiert, führte 2024 zu einem Ausgabenanstieg aufgrund der Sondereffekts des wieder abgesenkten Herstellerabschlags (von 12% auf 7%).
6. Prognos (2025a), InnovationsRadar, Arzneimittel als Zukunftsinvestition, S. 18ff.
7. Deutsche Diabetes Gesellschaft (2023), Deutscher Gesundheitsbericht Diabetes 2024, ttps://www.diabetesde.org/system/files/documents/gesundheitsbericht_2024_endversion.pdf (26.04.2026).
8. Zur Unterscheidung und Quantifizierung von direkten, indirekten und verdeckten Kosten WifOR (2025), Healthy Returns: A Catalyst for Economic Growth and Resilience, S. 10ff.; IPF Institut für Pharmaökonomische Forschung (2025), Gesellschaftlicher Wert pharmazeutischer Innovationen für Österreich, https://ipf-ac.at/fileadmin/user_upload/Artikel/30.04.2025_full_study_report_IPF_WS_Final.pdf (24.05.2026), S. 14ff.
9. Vgl. Lichtenberg, F. R. (2022), The effect of pharmaceutical innovation on longevity: Evidence from the U.S. and 26 high-income countries, https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35344806/ (18.04.2026).
10. Vgl. Beck, J.-P. et al. (2025), Von der Kosten- zur Nutzenperspektive, Ergebnisse der Vintura-Studie zum Wert von Arzneimittelinnovationen, RPG, Band 31, Heft 2/2025, S. 50f.
11. Seddik, A. (2025), From Shopping for Utilities to Investing in Societal Impact: Realizing the Promise of a Broader Value Definition in Economic Evaluation, Value & Outcomes Spotlight, vol. 11, no. 6, S. 45.
12. WifOR (2025), ebenda, S. 6; Thams, C. (2026), Innovative Arzneimittel: Gesundheits- und Standortfaktor statt Kostenblock, in: Monitor Versorgungsforschung, Nr. 03/26, S. 46f.; Kalle, C. et al. (2023), Vision Zero: Die Zukunft eines besseren Gesundheitssystems, in: Monitor Versorgungsforschung, Nr. 02/23, S. 6-10; Konstanski, M. et al. (2023), Ökonomische Langzeiteffekte innovativer Therapiekonzepte am Beispiel von Hepatitis C, in: Monitor Versorgungsforschung, Nr. 02/23, S. 61-65.
13. Vgl. Seddik, A. (2025), ebenda, S. 45.
14. Vgl. Navlin Daily (2026), Spain's Draft Medicines Bill Overhauls Drug Pricing & SNS Financing, https://www.navlindaily.com/article/30762/spain-s-draft-medicines-bill-overhauls-drug-pricing-sns-financing (13.06.2026).
15. Vintura (2025), Der Wert medizinischer Innovation, Report im Auftrag der LAWG Deutschland e.V., https://lawg-deu.de/studie-wert-von-innovationen-vintura/ (25.04.2026), S. 23, 36; Tomic et al. (2022), Lifetime risk, life expectancy, and years of life lost to type 2 diabetes in 23 high-income jurisdictions: a multinational, population-based study, in: Lancet Diabetes Endocrinol. Nr. 10, S. 795–803.
16. Dieser Gedanke einer nutzenbasierten Preisfindung wird zunehmend ausgehöhlt durch Leitplanken, Preis-Mengen-Vereinbarungen, zusätzliche Abschläge, Penske, M. (2024), Pharmastrategie und Medizinforschungsgesetz – Regulierungen für Arzneimittel bleiben auf der Agenda, in: Market Access & Healthpolicy, Nr. 5, S. 25-31.
17. Martin et al. (2026), Cost of illness of type 2 diabetes mellitus with a cardiovascular comorbidity and comparison with guideline recommendations: a German claims data analysis, BMC Health Services Research, https://doi.org/10.1186/s12913-026-14428-y.
18. Wilke et al. (2022), Healthcare Resource Utilization and Associated Costs in New Users of Empagliflozin versus DPP-4 Inhibitors and GLP-1 Agonists: A Comparative Analysis Based on Retrospective Real-World Data from German Sickness Funds, Clinico Economics and Outcomes Research, S. 319–332.
19. Vgl. Prognos (2025b), Effizienzpotenziale von Innovationen für das Gesundheitswesen, Beitrag der industriellen Gesundheitswirtschaft (iGW), S. 16.
20. Vgl. Jaeckel, E. et al. (2022), Früh Entdecken, früh behandeln – Einsatz von SGLT-2i zur Therapie von metabolischen und kardiorenalen Erkrankungen, in: Diabetes, Stoffwechsel und Herz, Band 31, Nr. 2, S. 339-348.
21. Prognos (2025b), ebenda, S. 17.
22. ebenda, S. 14ff.
23. ebenda, S. 26f
24. Prognos (2025a), ebenda, S. 35.
25. Vgl. Prognos (2025a), ebenda, S. 36.
26. Vgl. Prognos (2025b), ebenda, S. 9ff.
27. WifOR (2025), ebenda, S. 10ff.
28. Vgl. Prognos (2025a), ebenda, S. 37f., hier findet sich auch eine Übersicht zu Produktivitätsgewinnen in verschiedenen Indikationen.
29. Robert Koch-Institut (RKI) (2025), Gesundheitsausgaben für Prävention und Gesundheitsschutz, Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Stand: 30.09.2025, https://www.gbe.rki.de (24.05.2026).
30. Zeeb, H. (2026), Gesundheit in Deutschland: Hohe Ausgaben, schwache Ergebnisse – eine aktuelle Analyse zeigt auf, woran es hakt, https://www.bips-institut.de/medien/presse/einzelansicht/gesundheit-in-deutschland-hohe-ausgaben-schwache-ergebnisse-eine-aktuelle-analyse-zeigt-auf-woran-es-hakt.html (24.05.2026).
31. So wird immer wieder von Fehlanreizen berichtet: Der uACR Bluttest ist ein frühes Anzeichen für Nierenschäden und kostet rund drei Euro. Doch Ausgaben für Labore sind mit einer Prämie für die Praxis verbunden, wenn sie unter einem Schwellenwert bleiben. So erschweren die Rahmenbedingungen einen einfachen und günstigen Test und damit dass eine der teuersten Erkrankungen früh diagnostiziert und behandelt wird, vgl. Pharma Fakten (2026), https://pharma-fakten.de/grafiken/bluthochdruck-und-nierenerkrankung-stille-risiken-mit-grosser-wirkung/ (06.06.2026). Oder Krankenkassen sollen den frühen Zugang zu einem neuen Medikament gegen Hepatitis C erschwert haben, Wirtschaftswoche (2014), https://www.wiwo.de/unternehmen/industrie/hepatitis-mittel-sovaldi-die-teuerste-pille-der-welt/10615164.html (06.06.2026). Oder bei Diabetes-Patienten soll für Krankenkassen eine Therapie mit Insulin aufgrund der RSA-Zuweisungen wirtschaftlich vorteilhaft sein gegenüber Bewegungstherapie, Stern (2017), https://www.stern.de/gesundheit/diabetes/insulin-therapie-bei-diabetes---weg-von-der-spritze--7692906.html (06.06.2026).

Anmerkungen und Literatur

32. Reif, S. et al. (2024), Reformvorschlag für einen nachhaltigen Risikostrukturausgleich, ZEW policy brief, Nr. 03, S. 3. Vgl. auch Weinhold, I. et al. (2019), Economic impact of disease prevention in a morbidity-based financing system: Does prevention pay off for a statutory health insurance fund in Germany? The European Journal of Health Economics, Nr. 20, S.1181–1193.
33. Reif, S. et al. (2024), ebenda, S. 4, 6.
34. Das ZEW hat einen Vorschlag dazu skizziert, ebenda, S. 8ff.
35. Penske, M. (2023), Gesundheitspolitik ist Wirtschafts- und Standortpolitik: Das Gesetz gegen Lieferengpässe konsequent weiterdenken, in: Market Access & Healthpolicy, Nr. 3, S. 27-31.
36. Vgl. BMWK (2026), Faktenblatt Industrielle Gesundheitswirtschaft, https://www.bundeswirtschaftsministerium.de/Redaktion/DE/Downloads/F/Faktenblaetter/faktenblatt-igw.pdf?__blob=publicationFile&v=3 (27.04.2026).
37. Vgl. Destatis (2026), Volkswirtschaftliche Gesamtrechnungen – Bruttowertschöpfung nach Wirtschaftszweigen, Wirtschaftszweig WZ 21: Herstellung von pharmazeutischen Erzeugnissen.
38. Vgl. VfA (2024), Ökonomischer Fußabdruck der Pharmaindustrie in Deutschland, MacroScope Pharma, Ausgabe 12/2024, https://www.vfa.de/de/wirtschaft-standort/macroscope/macroscope-oekonomischer-fussabdruck-pharmaindustrie (13.06.2026), S. 6f.
39. Vgl. ebenda, S. 5f.
40. Bundesregierung (2023), Verbesserung der Rahmenbedingungen für den Pharmabereich in Deutschland, Handlungskonzepte für den Forschungs- und Produktionsstandort, https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/P/Pharmastrategie/231213_Kabinett_Strategiepapier.pdf (09.05.2026).
41. Vgl. VCI (2025), Innovationsstandort im Wettbewerb, https://www.vci.de/ergaenzende-downloads/standardfoliensatz-forschung-und-entwicklung-2025-5.pdf (27.04.2026), S. 19.
42. Vgl. VfA (2025), Die pharmazeutische Industrie in Deutschland, S. 16, 22.
43. Vgl. Pharmazeutische Zeitung (2026), Pharma-Exporte 2025 gestiegen, https://www.pharmazeutische-zeitung.de/pharma-exporte-2025-gestiegen-162597/ (27.04.2026).
44. Vgl. VfA (2025), ebenda, S. 10.
45. BASYS (2025), Auswirkungen der Erhöhung des Herstellerrabatts auf Wertschöpfung und Beschäftigung: 2026-2030, https://www.pharmainitiative-bayern.de/wp-content/uploads/sites/5/2026/04/BASYS_PIB_AuswirkungenHerstellerabschlag_20251006.pdf (02.05.2026).
46. Bundesregierung (2023), ebenda.
47. Vgl. Kourouklis, D. et al. (2022), Pharmaceutical spending and early-stage innovation in EU countries, Industry and Innovation, https://doi.org/10.1080/13662716.2021.2021864 (07.06.2026); Giaccotto, C. et al. (2005), Drug Prices and Research and Development Investment Behavior in the Pharmaceutical Industry, Journal of Law and Economics.
48. Vgl. Kourouklis, D. et al. (2022), ebenda.
49. Giaccotto, C. et al. (2005), ebenda.
50. Shaikh, M.et al. (2020), Revisiting the Relationship Between Price Regulation and Pharmaceutical R&D Investment, Applied Health Economics and Health Policy, https://doi.org/10.1007/s40258-020-00601-9%0A (07.06.2026).
51. Sachverständigenrat Gesundheit (2025), Preise innovativer Arzneimittel in einem lernenden Gesundheitssystem, Gutachten, S. 145ff., 158f.
52. Der theoretische Zugang zu neuen Arzneimitteln ist in Deutschland gut. Jedoch erreichen die Arzneimittel häufig den Patienten nicht. Trotz Empfehlung in den Leitlinien und positiver Nutzenbewertung werden 53% der Personen mit CKD nicht diagnostiziert. Bei multimorbiden Personen mit einem hohen Risiko für eine CKD bleiben sogar 83% nicht diagnostiziert. 10% werden leiliniengerecht behandelt. Zalesiak, M. et al. (2026), Zwischen Versorgung und Realität: Menschen mit T2D im DMP Vergleich, Poster präsentiert auf dem Diabetes Kongress der Deutschen Diabetes Gesellschaft (DDG), 13.-16. Mai 2026, Berlin.
53. Vgl. Wilsdon, T. et al. (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, S. 14f, 32f.
54. White House (2025), Fact Sheet: President Donald J. Trump Announces Actions to Reduce Regulatory Barriers to Domestic Pharmaceutical Manufacturing, May 5, 2025, https://www.whitehouse.gov/fact-sheets/2025/05/fact-sheet-president-donald-j-trump-announces-actions-to-reduce-regulatory-barriers-to-domestic-pharmaceutical-manufacturing/ (02.05.2026).
55. Vgl. EFPIA (2025), The Pharmaceutical Industry in Figures, S. 4.
56. The White House (2025), DELIVERING MOST-FAVORED-NATION PRESCRIPTION DRUG PRICING TO AMERICAN PATIENTS, Executive orders, May 12, 2025, https://www.whitehouse.gov/presidential-actions/2025/05/delivering-most-favored-nation-prescription-drug-pricing-to-american-patients/ (02.05.2026).
57. Zum Innovationsgap von Deutschland gegenüber den USA Wilsdon, T. et al. (2026), ebenda, S. 4ff.
58. Vgl. Wilsdon (2026), ebenda, S. 15.
59. IQVIA (2025), Assessing the clinical trial ecosystem in Europe, https://www.ema.europa.eu/en/documents/presentation/presentation-session-2-what-do-numbers-tell-us-nedog-katarina_en.pdf (02.05.2026), S. 2.
60. Vgl. EFPIA (2025), ebenda, S. 8.
61. Vgl. Wilsdon, T. et al. (2026), ebenda, S. 27f.
62. Statista (2024), Distribution of active pharmaceutical ingredient (API) production volume worldwide as of 2023, by region, https://www.statista.com/statistics/1498065/api-production-volume-by-region/ (02.05.2026).
63. auch Ostwald, D. et al. (2026), Gesundheit muss zur absoluten Chefsache erklärt werden, in: Monitor Versorgungsforschung, Nr. 01/26, S. 32-38.
64. Koalitionsvertrag (2025), Verantwortung für Deutschland, Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und SPD, 21. Legislaturperiode, S. 6f., 78, 108.

30 JAHRE
1995–2025

aQua
ZUKUNFT DURCH QUALITÄT

Ressourcen in der Versorgungsforschung **sinnvoll nutzen**

Datengetrieben. Digital. Qualitätssichernd.

Versorgungsforschung lebt von belastbaren Daten, verlässlichen Prozessen und transparenter Zusammenarbeit.
Genau hier unterstützt Sie das aQua-Institut.



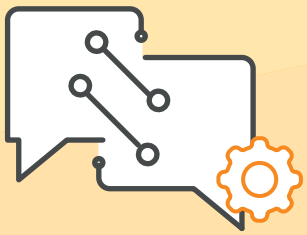
01 Digitale Plattformen und sichere Prozesse

- Web-Plattformen für valide Datenerhebungen
- Strukturierte Datenanalyse
- e-Learning
- Sichere Zahlungsverkehre
- Vorhabensbezogene Softwarelösungen



02 Transparenter und sicherer KI-Einsatz

- Unterstützung bei Transkription
- Anonymisierung
- Analyse und Recherche
- Einordnung von Risiken und der Vertrauenswürdigkeit von Quellen
- Datenschutz



03 Professionelles Projektmanagement

- Erfahrung aus über 40 Innovationsfonds- und über 200 Versorgungsforschungsprojekten
- Zertifiziertes Qualitätsmanagement
- Erfahrene Projektleitungen
- Datenmanagement
- Controlling und koordinierte Projektsteuerung
- In-House Softwareentwicklung

Ob Versorgungsforschungsprojekt, Verbundvorhaben oder Fördervorhaben im Innovationsfonds:
Wir helfen Ihnen, Ressourcen effizient einzusetzen und Ergebnisse verlässlich abzusichern.

Wir sind ISMS und QMS zertifiziert nach ISO/IEC 27001 und ISO 9001

Wir sind für Sie da:
info@aqua-institut.de

Besondere Herausforderungen bei der Nutzung von Routinedaten

>> Eine internationale Autorengruppe, darunter Tim Mathes vom IQWiG, beschreibt in ihrem Beitrag „Using routinely data for research purposes: Challenges and mitigation strategies“ (1) im British Medical Journal (BMJ) die Herausforderungen bei der Analyse von Routinedaten und zeigt auf, wie sich dennoch robuste Erkenntnisse gewinnen lassen. „Bei der Nutzung von Routinedaten stellen sich besondere Herausforderungen, und es braucht gezielte Strategien, um sie sinnvoll zu nutzen. Wir zeigen, dass in vielen Fällen die Durchführung einer RCT, die Routinedaten nutzt, der bessere Weg ist“, erklärt dazu Tim Mathes, Leiter des IQWiG-Ressorts Gesundheitsökonomie.

Die wachsende Verfügbarkeit großer Datensätze aus routinemäßigen Erhebungen eröffnet zahlreiche Möglichkeiten, mehr Fragen zu Gesundheit und Krankheit zu beantworten – und das mitunter in kurzer Zeit. Gerade bei Forschungsfragen, bei denen kein Anreiz mehr besteht, prospektive klinische Studien durchzuführen (wie der Evidenzgenerierung nach Zulassung), können Studien auf Basis von Routinedaten einen Beitrag leisten, Evidenzlücken zu verringern.

Doch um mit Routinedaten eine konkrete Forschungsfrage ausreichend zuverlässig beantworten zu können, seien besondere Herausforderungen zu meistern. Welche das sind und mit welchen Strategien sich Fallstricke umgehen lassen, beschreiben Mathes und 25 weitere nationale und internationale Autor:innen in ihrem Aufsatz.

„Routinedaten werden zumeist für einen anderen Zweck als Forschung erhoben, etwa für Verwaltungszwecke oder zur Dokumentation“, führt Mathes als Mitglied der Arbeitsgruppe aus. Er sagt: „Deshalb haben Forschende keinen Einfluss auf die Auswahl der Patientinnen und Patienten oder die gemessenen Endpunkte, Behandlungen werden nicht zufällig zugewiesen und die Datenerfassung ist oft fehlerhaft. Zudem sind zur Auswertung sehr komplexe statistische Methoden notwendig.“ <<

1: https://t1p.de/3qg0d

HPV-Impfung senkt Todesfälle

>> In England zeigt sich erstmals auf nationaler Ebene, dass die HPV-Impfung Todesfälle durch Gebärmutterhalskrebs deutlich senken kann. Eine im Lancet (1) veröffentlichte Auswertung von Bevölkerungsdaten zwischen 2001 und 2024 untersuchte Frauen in den Altersgruppen 20–24, 25–29 und 30–34 Jahre. Grundlage war das 2008 eingeführte Impfprogramm für Mädchen im Alter von 12 bis 13 Jahren, ergänzt durch eine Nachholkampagne für 14- bis 18-Jährige.

Die Ergebnisse sind eindrücklich: Bei den 20- bis 24-Jährigen, die mit hoher Abdeckung früh geimpft worden waren, traten zwischen 2020 und 2024 keine Todesfälle auf – statistisch wären rund 23 erwartet worden. Das entspricht einer Sterblichkeitsreduktion von 100 Prozent. In früher geborenen, später und seltener geimpften Jahrgängen fielen die Rückgänge mit 69 bis 80% geringer aus. Insgesamt verhinderte die Impfung bis Ende 2024 schätzungsweise rund 200 Krebstode.

Die Autor:innen werten dies als ersten belastbaren Beleg dafür, dass eine hohe Impfquote Gebärmutterhalskrebs als Gesundheitsproblem eliminieren könnte, sofern weltweit früh und konsequent geimpft wird. <<

1: DOI: 10.1016/S0140-6736(26)00918-9

EAES 2027 in Düsseldorf

>> London, Barcelona oder Rom? Nein! Düsseldorf wird vom 15. bis 18. Juni 2027 Austragungsort des 35th International Congress of the European Association for Endoscopic Surgery (EAES 2027). Die offizielle Vertragsunterzeichnung markierte im Düsseldorfer Rathaus Anfang Juni 2026 einen wichtigen Erfolg für den Kongress-, Medizin- und Wissenschaftsstandort am Rhein. <<

Link: https://t1p.de/kxiue

Save the Date: 27.11.2026

>> Am 27. November 2026 findet der nächste MVF-Kongress im Scharounsaal der AOK Nordost in Berlin statt. Der Titel: „Primärversorgung 2030 – Implementierung und Verbindlichkeit”. Bitte blocken Sie sich schon einmal den Termin. Detaillierte Hinweise zum Thema, den Referent:innen und dem Anmeldungsprocedere finden Sie demnächst auf dem MVF-Onlineportal. <<

Link: www.m-vf.de

Neue Förderbekanntmachungen

>> Der Innovationsausschuss hat auf seiner Website drei neue Förderbekanntmachungen veröffentlicht. Interessierte können sich über eine themenoffene oder eine themenspezifische Bekanntmachung um Fördermittel für Versorgungsforschungsprojekte bewerben.

Mit einer weiteren Förderbekanntmachung werden Projektverantwortliche gesucht, die in ausgewählten Themenfeldern medizinische Leitlinien entwickeln oder weiterentwickeln.

Die themenspezifische Förderbekanntmachung basiert auf Vorschlägen, die den Innovationsausschuss über ein Konsultationsverfahren erreicht haben, und benennt folgende Schwerpunkte:

- Bedarfsorientierte Steuerung in der ambulanten psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung
- Patientenschulungen für Disease-Management-Programme
- Versorgungsforschung zur Verbesserung einer bedarfsgerechten und patientenzentrierten Entscheidung bezüglich invasiver Maßnahmen bei hochbetagten gebrechlichen Patient:innen
- Ausmaß, Art und Auswirkungen bereits in der Versorgung genutzter KI-Anwendungen

Anträge auf eine Projektförderung, die keinem der Themenfelder zuzuordnen sind, können über die themenoffene Förderbekanntmachung gestellt werden. Die Antragsfrist endet jeweils am 20. Oktober 2026 um 12.00 Uhr. <<

Patientenerfahrung in Bilbao

>> Der VII. Kongress zum Thema Patientenerfahrung findet am 27. November 2026 an der Universität Deusto in Bilbao unter dem Motto „Patientenerfahrung als Motor des Wandels“ statt. Zu diesem Kongress laden der Hospitalorden vom Heiligen Johannes von Gott, das Institut für Patientenerfahrung (IEXP) und das Gesundheitsministerium der baskischen Regierung – Osakidetza – ein. Auf dem Kongress werden die zentralen Fragen für die Gegenwart und Zukunft der Gesundheitsversorgung erörtert: der Einsatz von künstlicher Intelligenz und PREMs für datenbasierte Entscheidungen, Transformationsprozesse verschiedener Organisationen sowie die Rolle der Bürgerbeteiligung in der Gesundheitspolitik. <<

Link: https://congresoiexp.com/en/inicio

Deutsches Netzwerk Versorgungsforschung e. V.

25 Jahre DKVF

Gemeinsam Zukunft gestalten

Das wissenschaftliche Programm des 25. DKVF verbindet die Wurzeln des Kongresses mit den zentralen Herausforderungen einer zukunftsfähigen Gesundheitsversorgung. Fünf thematische Stränge zeigen die patientenzentrierte Versorgung, leistungsfähige Organisationen, methodische Innovationen und internationale Zusammenarbeit als Schwerpunkte der Versorgungsforschung.

>> Im Rahmen des 25. Jubiläums blickt der Deutsche Kongress für Versorgungsforschung (DKVF) nicht nur zurück, sondern vor allem nach vorn. Unter dem Leitthema „Menschen. Beziehungen. Organisationen. 25 Jahre gemeinsame Versorgungsforschung" fokussiert das wissenschaftliche Programm auf die zentralen Dimensionen einer zukunftsfähigen Gesundheitsversorgung: die Bedürfnisse der Patient:innen, das Zusammenwirken unterschiedlicher Professionen und die Gestaltung leistungsfähiger Versorgungsstrukturen. Damit knüpft der Kongress bewusst an seine Anfänge an. Nachdem der erste DKVF im Jahr 2002 in Köln stattfand, kehrt das Jubiläumstreffen an seinen Ursprungsort zurück und verbindet Tradition mit neuen Perspektiven. Als Schirmherr für den 15. DKVF konnte Karl-Josef Laumann, Minister für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen, gewonnen werden. Nina Warken, Bundesministerin für Gesundheit ein Grußwort beisteuern.

Inhaltlich zeichnet sich das Programm durch eine breite thematische Aufstellung aus, die aktuelle Herausforderungen ebenso aufgreift wie die langfristigen Entwicklungslinien der Versorgungsforschung. Die fünf wissenschaftlichen Stränge „Menschen", „Organisationen", „Gemeinsam", „Wissen schaffen" und „Shared Learning" strukturieren das Kongressprogramm und verdeutlichen zugleich, wie eng klinische Fragestellungen, methodische Innovationen und gesundheitspolitische Rahmenbedingungen miteinander verflochten sind.

Der Strang „Menschen" rückt die patientenzentrierte Versorgung in ihrer gesamten Vielfalt in den Mittelpunkt. The-men wie chronische Erkrankungen, Prävention, Gesundheitskompetenz, oder die Auswirkungen des Klimawandels auf die Gesundheitsversorgung spiegeln das breite Spektrum moderner Versorgungsforschung wider. Gleichzeitig wird deutlich, dass eine hochwertige Versorgung weit über medizinische Interventionen hinausgeht und Kommunikation, Teilhabe sowie individuelle Präferenzen gleichermaßen berücksichtigt.

Mit dem Schwerpunkt „Organisationen" wird der Blick auf die Strukturen, innerhalb derer Versorgung stattfindet, gerichtet. Qualitäts- und Patientensicherheit, sektorenübergreifende Zusammenarbeit, Implementierungswissenschaft, Organisationsentwicklung und der Umgang mit dem Fachkräftemangel verdeutlichen, dass erfolgreiche Innovation nicht allein von wissenschaftlicher Evidenz abhängt, sondern ebenso von Rahmenbedingungen, beispielsweise den Selbstverwaltungsstrukturen unseres Gesundheitssystems.

Einen besonderen Akzent setzt der Strang „Gemeinsam", der partizipative Forschungsansätze in den Fokus rückt. Bürger:innen, Patient:innen und Gesundheitsfachkräfte werden dabei nicht ausschließlich als Adressat:innen wissenschaftlicher Erkenntnisse verstanden, sondern zunehmend als aktive Partner:innen im Forschungsprozess. Diese Erweiterung der Perspektive gewinnt für die Entwicklung praxisnaher und akzeptierter Versorgungskonzepte kontinuierlich an Bedeutung.

Methodische Weiterentwicklungen stehen im Mittelpunkt des Strangs „Wis-

Kommentar



Prof. Dr. Wolfgang Hoffmann
Vorsitzender DNVF

Liebe Kolleginnen, liebe Kollegen,

die Versorgungsforschung entwickelt sich kontinuierlich weiter – inhaltlich, methodisch und strukturell. Jetzt stehen wir gemeinsam vor der Aufgabe, Antworten auf die tiefgreifenden Veränderungen im Gesundheitswesen zu finden: demografischer Wandel, Fachkräftemangel, Digitalisierung, steigende Versorgungsbedarfe und der Anspruch, wissenschaftliche Erkenntnisse schneller und nachhaltiger in die Praxis zu überführen – um nur einige der aktuellen Herausforderungen zu nennen.

Der Deutsche Kongress für Versorgungsforschung feiert in diesem Jahr sein 25-jähriges Bestehen und blickt auf ein Vierteljahrhundert zurück, in dem sich die Versorgungsforschung als eigenständige wissenschaftliche Disziplin etabliert und zugleich als unverzichtbare Partnerin für die Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung positioniert hat. Dieses Jubiläum bietet Anlass, Erreichtes zu würdigen und dabei den Blick nach vorn zu richten. Denn die Herausforderungen, vor denen das Gesundheitswesen steht, lassen sich nur gemeinsam bewältigen – durch wissenschaftliche Exzellenz, interdisziplinäre Zusammenarbeit und den konsequenten Einbezug der Menschen, für die Versorgung gestaltet wird.

Die Beiträge dieser Ausgabe greifen diese Perspektive auf. Sie zeigen, wie vielfältig die Themen und Akteur:innen der Versorgungsforschung heute sind und wie untrennbar wissenschaftlicher Erkenntnisgewinn mit der praktischen Gestaltung einer patientenorientierten Versorgung verbunden ist. Deutlich wird dabei, dass Innovation nicht allein durch neue Methoden oder Technologien entsteht. Forschung entfaltet ihre Wirkung dort, wo sie Brücken zwischen Wissenschaft und Versorgung schlägt und Evidenz in Anwendung überführt.

Ich lade Sie herzlich ein, die folgenden Seiten als Anregung zum Mitdenken, Mitdiskutieren und Mitgestalten zu verstehen! Einblicke in aktuelle Entwicklungen, neue Formate und Fördermöglichkeiten zeigen, wie das Jubiläumsjahr des Deutschen Kongresses für Versorgungsforschung genutzt wird, um gemeinsam Impulse für die nächsten 25 Jahre zu setzen. Ich wünsche Ihnen eine anregende Lektüre und viele neue Perspektiven auf die Chancen und Potenziale unserer Versorgungsforschung, die Menschen, Beziehungen und Organisationen gleichermaßen in den Mittelpunkt stellt.

Ihr

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

sen schaffen“. Von Evidenzsynthesen über Mixed-Methods-Ansätze bis hin zu künstlicher Intelligenz, Routinedaten, Registerforschung und Wissenschaftskommunikation werden aktuelle Werkzeuge vorgestellt, mit denen sich komplexe Versorgungsrealitäten zunehmend differenziert analysieren lassen.

Ergänzt wird das Programm durch den internationalen Strang „Shared Learning“, der den Austausch über Ländergrenzen hinweg fördert und internationale Erfahrungen für die Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung nutzbar macht.

Über klassische Vortrags- und Postersitzungen hinaus setzt der DKVF 2026 auf vielfältige Formate wie Plenarsitzungen, Podiumsdiskussionen, Data-Cafés, Science Slam, Career Day, Arbeits- und Fachgruppentreffen sowie die Masters Corner für den wissenschaftlichen Nachwuchs.

Eine begleitende Fotoausstellung greift das Kongressmotto auf ungewöhnliche Weise auf und macht sichtbar, dass Versorgungsforschung immer auch von Menschen, ihren Beziehungen und den Organisationen lebt, in denen Versorgung gestaltet wird. So präsentiert sich das Jubiläumsprogramm nicht nur als wissenschaftliche Leistungsschau, sondern als Forum für interdisziplinären Austausch, kritische Reflexion und gemeinsame Zukunftsgestaltung der Versorgungsforschung. <<

Symposium des G-BA beim DKVF 2026

Innovationen erfolgreich in die Versorgung bringen

Mit dem Symposium Innovationsfonds wird aufgezeigt, wie innovative Versorgungsansätze entwickelt, wissenschaftlich bewertet und nachhaltig in die Regelversorgung überführt werden können. Vertreter:innen aus Wissenschaft, Versorgungspraxis und Gesundheitspolitik diskutieren gemeinsam die Voraussetzungen für eine zukunftsfähige und patientenorientierte Gesundheitsversorgung.

>> Mit dem Symposium Innovationsfonds rückt der Deutsche Kongress für Versorgungsforschung 2026 eine der zentralen Fragen der Gesundheitsversorgung in den Mittelpunkt: Wie können innovative Versorgungsansätze dazu beitragen, den aktuellen Herausforderungen im Gesundheitswesen wirksam zu begegnen – und wie gelingt der Transfer erfolgreicher Projekte in die Regelversorgung? Unter dem Titel „Der Krise der gesundheitlichen Versorgung mit Innovation(-sfonds) begegnen“ laden der Innovationsausschuss beim Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) und das Deutsche Netzwerk Versorgungsforschung zu einer gemeinsamen Veranstaltung ein, die den Dialog zwischen Wissenschaft, Versorgungspraxis und Gesundheitspolitik in den Fokus nimmt.

Im Mittelpunkt des Symposiums steht die Frage, welchen Beitrag der Innovationsfonds zur Weiterentwicklung einer leistungsfähigen, effizienten und patientenorientierten Gesundheitsversorgung leisten kann. Dabei werden sowohl die gesundheitsökonomische Perspektive auf den Nutzen innovativer Versorgungsformen als auch die Herausforderungen ihrer nachhaltigen Implementierung in den Versorgungsalltag beleuchtet. Gleichzeitig richtet sich der Blick auf konkrete Erfahrungen aus erfolgreich geförderten Projekten, die beispielhaft zeigen, unter welchen Voraussetzungen wissenschaftliche Erkenntnisse den Weg in die Versorgungspraxis finden können. Das soll u. a. in Impulsen von Prof. Dr. Verena Vogt (Expertin für Gesundheitsökonomie) und Prof. Dr. Juliane Köberlein-Neu (Expertin für Implementierungswissenschaft) sowie von Vertreter:innen von erfolgreichen Innovationsfondsprojekten deutlich werden.

Die abschließende Podiumsdiskussion, bei welcher der gesamte Innovationsaus-schuss, Vertreter:innen des Bundesministeriums für Gesundheit, der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, der Deutschen Krankenhausgesellschaft, des GKV-Spitzenverbandes, der Stabsstelle Patientenbeteiligung, des DNVF sowie Projektverantwortliche diskutieren, welche Weiterentwicklungen des Innovationsfonds erforderlich sind, um den Transfer erfolgreicher Innovationen in die Regelversorgung künftig noch besser zu unterstützen. Damit greift das Symposium eine Fragestellung auf, die weit über einzelne Förderprojekte hinausreicht und für die Zukunft der Versorgung, aber auch der Versorgungsforschung von zentraler Bedeutung ist.

Gerade in Zeiten steigender Versorgungsbedarfe, zunehmend begrenzter Ressourcen und struktureller Herausforderungen gewinnt die Frage an Bedeutung, wie Innovationen nicht nur entwickelt und ihr Nutzen in der Praxis wissenschaftlich evaluiert werden können, sondern wie sie bei positiven Ergebnissen dauerhaft in die Versorgung integriert werden können. Das Symposium versteht sich deshalb als Platt-form für einen evidenzbasierten Austausch über die Rahmenbedingungen erfolgreicher Translation und unterstreicht die Rolle des Innovationsfonds als unverzichtbaren Impulsgeber für die Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung in Deutschland. <<

News

>> Die nächste Generation der Versorgungsforschung – das DNVF Mentoring-Programm 2026/2027

Das Mentoring-Programm des DNVF begleitet Nachwuchswissenschaftler:innen bei ihrer fachlichen und persönlichen Karriereentwicklung durch erfahrene Mentor:innen, individuelles Coaching und den Ausbau beruflicher Netzwerke.

Über einen Zeitraum von zwölf Monaten erwartet die Teilnehmenden ein strukturiertes Programm aus Präsenzveranstaltungen, digitalen Workshops und individuellem Karriere-Coaching. Den Auftakt bildet ein gemeinsames Treffen während des 25. Deutschen Kongresses für Versorgungsforschung 2026 in Köln. Es folgen mehrere Workshops, eine Zwischenevaluation im Rahmen der DNVF-Spring-School 2027 in Berlin sowie die Abschlussveranstaltung auf dem DKVF 2027 in Hamburg. Ergänzend erhält jede:r Mentee ein persönliches Karriere-Coaching, das Raum für individuelle Fragestellungen und berufliche Entscheidungen bietet.

Für den dritten Programmdurchgang werden zehn bis zwölf Mentees ausgewählt. Interessierte können sich noch bis zum 14. August 2026 mit einem Motivationsschreiben, ihrem wissenschaftlichen Lebenslauf und einem ausgefüllten Kurzfragebogen bewerben.

Patient:innen und Bürger:innen auf dem DKVF 2026

Gemeinsam Versorgung gestalten

Der Bürger:innen- und Patient:innentag des DKVF 2026 schafft Raum für den Austausch zwischen Patient:innen, Angehörigen, Selbsthilfeorganisationen, Forschenden, Versorgenden und Gesundheitsfachkräften. In interaktiven Formaten zeigen alle Beteiligten gemeinsam, wie persönliche Erfahrungen und wissenschaftliche Expertise zu einer menschenorientierten und zukunftsfähigen Gesundheitsversorgung beitragen.

>> Der Kongresstag für Bürger:innen und Patient:innen auf dem DKVF 2026 macht deutlich, dass eine zukunftsfähige Gesundheitsversorgung nur gemeinsam gestaltet werden kann. Unter dem Kongressmotto „Menschen. Beziehungen. Organisationen. 25 Jahre gemeinsame Versorgungsforschung“ richtet sich das Programm gezielt auch an Bürger:innen, Patient:innen, Angehörige und Selbsthilfeorganisationen. Im Mittelpunkt stehen dabei nicht wissenschaftliche Fachdebatten, sondern der direkte Austausch über Erfahrungen, Erwartungen, fördernde und hindernde Faktoren und konkrete Verbesserungsmöglichkeiten in der Gesundheitsversorgung.

Ausgangspunkt sind Alltagserlebnisse, die viele Menschen teilen: herausfordernde Gespräche mit Behandelnden, lange Wartezeiten oder schwer verständliche Gesundheitsinformationen. Der Patient:innentag greift diese Erfahrungen auf und zeigt, wie sie unmittelbar in die Versorgungsforschung einfließen können. Podiumsdiskussionen, interaktive Workshops und Gesprächsformate bieten Gelegenheit, mit Forschenden, Gesundheitsfachkräften und Patient:innenvertretungen über die Gesundheitsversorgung von heute und morgen ins Gespräch zu kommen. Themen wie verständliche Gesundheitsinformationen, Teilhabe in der Forschung oder unterstützende Therapieangebote, beispielsweise in der Onkologie, verdeutlichen, wie eng wissenschaftliche Erkenntnisse und die Lebensrealität der Menschen miteinander verbunden sind, wie beide „Welten“ voneinander profitieren und sich gegenseitig unterstützen.

Besonders im Rahmen des World-Café lädt das DNVF dazu ein, eigene Perspektiven einzubringen und gemeinsam zu diskutieren, welche Rolle vertrauensvolle Beziehungen, gute Kommunikation und patientenorientierte Organisationen für eine hochwertige Versorgung spielen. Ergänzt wird das Programm durch die Teilnahme an ausgewählten Kongressvorträgen, Führungen über das Klinikgelände mit seiner Kunstsammlung sowie eine Fotoausstellung, die persönliche Erfahrungen mit Gesundheitsversorgung und Forschung sichtbar macht.

Der Patient:innentag ist somit nicht das Begleitprogramm des Kongresses, sondern der Ausdruck des zentralen Leitgedankens moderner Versorgungsforschung: Nachhaltige Verbesserungen entstehen dort, wo wissenschaftliche Expertise und die Erfahrungen der Menschen zusammengeführt werden. Auf diese Weise wird Beteiligung zu einem wesentlichen Baustein für die Gestaltung einer Gesundheitsversorgung, die wirksam, menschenorientiert und zukunftsfähig ist. <<

Fotoausstellung auf dem DKVF 2026

Versorgungsforschung in Bildern erzählen

Die Fotoausstellung zum 25-jährigen Jubiläum des DKVF lädt dazu ein, persönliche Perspektiven auf Gesundheitsversorgung und Forschung sichtbar zu machen. Authentische Fotografien zeigen, wie Menschen Versorgung erleben und machen die Bedeutung von Beziehungen, Vertrauen und Zusammenarbeit für eine zukunftsfähige Gesundheitsversorgung erfahrbar.

>> Zum 25-jährigen Jubiläum des Deutschen Kongresses für Versorgungsforschung soll eine Fotoausstellung sichtbar machen, was Versorgungsforschung im Kern auszeichnet: Menschen, ihre Beziehungen und die Organisationen, in denen Gesundheitsversorgung stattfindet. Unter dem Motto „Menschen. Beziehungen. Organisationen erleben“. sind Patient:innen, Betroffene, Klient:innen, Angehörige, Versorgende und Versorgungsforschende eingeladen, ihre persönlichen Perspektiven in Form einer Fotografie einzureichen.

Gesucht werden ausdrucksstarke Aufnahmen, die Erfahrungen mit Gesundheitsversorgung und Forschung dokumentieren und den Blick auf das lenken, was sich hinter Studien, Strukturen und Versorgungskonzepten verbirgt. Im Mittelpunkt stehen nicht perfekte Inszenierungen, sondern authentische Eindrücke, die zeigen, wie Versorgung erlebt wird und welche Bedeutung Zusammenarbeit, Vertrauen und Begegnung im Gesundheitswesen haben.

Jede Person kann ein Foto mit einem begleitenden Beschreibungstext einreichen, der den inhaltlichen Bezug zum Kongressmotto herstellt und die Geschichte hinter dem Bild erzählt.

Eine Jury aus Vertreter:innen der Patient:innenvertretung, des lokalen Kongressteams sowie Fotoexpert:innen wählt die Beiträge aus, die während des DKVF 2026 vom 23. bis 25. September ausgestellt werden.

Darüber hinaus werden alle eingereichten Fotografien auf der Kongresshomepage präsentiert. Voraussetzung für die Teilnahme sind hochwertige, thematisch passende Fotografien sowie die Zustimmung aller erkennbaren Personen zur Veröffentlichung; KI-generierte Bilder sind von der Teilnahme ausgeschlossen.

Mit der Ausstellung möchte der DKVF den wissenschaftlichen Diskurs um eine persönliche Dimension erweitern. Die Fotoausstellung bietet Raum für Erfahrungen, die sich nicht in Zahlen oder Studienergebnissen ausdrücken lassen, und macht sichtbar, dass gute Gesundheitsversorgung immer von den Menschen lebt, die sie gestalten, erleben und erforschen.

So entsteht ein facettenreiches Bild von 25 Jahren gemeinsamer Versorgungsforschung – erzählt aus den Perspektiven derjenigen, für die sie von Bedeutung ist. <<

Neu auf dem DKVF 2026

Career Day bringt Talente und Arbeitgeber zusammen

Mit dem neuen Format des Career Day schafft der DKVF 2026 gezielt Möglichkeiten für den Austausch zwischen wissenschaftlichem Nachwuchs, erfahrenen Fachkräften und potenziellen Arbeitgeber:innen. Kurzpräsentationen und persönliche Gespräche fördern Vernetzung, Wissenstransfer und neue Karriereperspektiven in der Versorgungsforschung.

>> Erstmalig bietet der Deutsche Kongress für Versorgungsforschung 2026 mit dem Career Day ein Format, das gezielt den Austausch zwischen potenziellen Arbeitgeber:innen und dem wissenschaftlichen Nachwuchs sowie erfahrenen Fachkräften der Versorgungsforschung fördert. Im Mittelpunkt steht die Vernetzung von Hochschulen, Forschungsinstituten, Ministerien, Behörden, Unternehmen und weiteren Einrichtungen mit qualifizierten Wissenschaftler:innen, die ihre berufliche Zukunft im Bereich der Versorgungsforschung gestalten wollen.

Im Rahmen eines „Lunchtime Career Talks" am ersten Kongresstag erhalten teilnehmende Einrichtungen die Möglichkeit, ihre Organisation, fachlichen Schwerpunkte sowie Karriere- und Entwicklungsperspektiven im Rahmen einer fünfminütigen Kurzpräsentation vorzustellen. Moderiert wird das Format von Kongresspräsidentin Prof. Ernstmann. Gleichzeitig schafft der Career Day einen niedrigschwelligen Rahmen für den persönlichen Austausch und ermöglicht es, mit potenziellen zukünftigen Mitarbeitenden frühzeitig ins Gespräch zu kommen. Damit erweitert der DKVF sein Jubiläumsprogramm um ein zukunftsorientiertes Angebot, das den Wissenstransfer zwischen Wissenschaft und Praxis stärkt und einen Beitrag zur nachhaltigen Nachwuchsgewinnung in der Versorgungsforschung leistet. <<

Attestpflicht ab dem ersten Krankheitstag

Symbolpolitik statt Evidenz

Das DNVF sieht für die geplanten Änderungen keine belastbare wissenschaftliche Grundlage und warnt vor zusätzlichen Belastungen für die ambulante Versorgung. Statt neuer Bürokratie fordert das Netzwerk evidenzbasierte Reformen, die den Ursachen des Krankenstandes wirksam begegnen.

>> Die politische Debatte um den hohen Krankenstand in Deutschland hat mit dem Plan der Bundesregierung, Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen künftig bereits ab dem ersten Krankheitstag verpflichtend vorzuschreiben und die telefonische Krankschreibung abzuschaffen, neue Dynamik erhalten. Das Deutsche Netzwerk Versorgungsforschung begrüßt grundsätzlich das Ziel, krankheitsbedingte Fehlzeiten zu reduzieren, sieht die vorgeschlagenen Maßnahmen jedoch kritisch. Aus Sicht der Versorgungsforschung fehlt eine belastbare wissenschaftliche Grundlage für die Annahme, dass eine Attestpflicht ab dem ersten Krankheitstag den Krankenstand nachhaltig senken würde. Stattdessen drohten zusätzliche Belastungen für die ambulante Versorgung und vermeidbare Risiken für den Infektionsschutz.

Das DNVF weist darauf hin, dass Hausarztpraxen bereits heute vielerorts an ihrer Belastungsgrenze arbeiten. Eine verpflichtende ärztliche Vorstellung schon am ersten Krankheitstag würde zusätzliche Patient:innen in die Praxen lenken, Wartezeiten verlängern und den Zugang insbesondere für chronisch oder schwer erkrankte Menschen erschweren. Gleichzeitig könnten mehr persönliche Arztkontakte bei infektiösen Erkrankungen das Ansteckungsrisiko in Wartezimmern erhöhen. Auch die Entwicklung des Krankenstandes lasse sich nach Einschätzung des Netzwerks nicht allein auf zu großzügige Krankschreibungsregelungen zurückführen. Vielmehr spielten die vollständige elektronische Erfassung von Arbeitsunfähigkeiten sowie der Anstieg psychischer und muskuloskelettaler Erkrankungen eine wesentliche Rolle.

Anstelle zusätzlicher Bürokratie plädiert das DNVF für evidenzbasierte Reformen. Dazu zählen flexiblere Homeofficeregelungen, die Einführung einer gestuften Teilarbeitsunfähigkeit, erleichterte Wiedereingliederung, ein stärkerer Fokus auf Prävention insbesondere psychischer Erkrankungen sowie die systematische Auswertung von Routinedaten, um die Ursachen des Krankenstandes besser zu verstehen. Arbeits- und sozialrechtliche Änderungen sollten zudem wissenschaftlich begleitet und evaluiert werden.

Für das DNVF steht fest: Nachhaltige Verbesserungen in der Arbeitswelt entstehen nicht durch symbolische Maßnahmen, sondern durch gesundheitspolitische Entscheidungen, die auf wissenschaftlicher Evidenz beruhen und die Versorgungsrealität berücksichtigen. <<

News

>> Anwendungsbegleitende Erfolgsmessung von DiGA

Ein Positionspapier der DNVF-AGs Digital Health und Register formuliert Anforderungen an eine wissenschaftlich fundierte, patientenorientierte und interoperable Erfolgsmessung digitaler Gesundheitsanwendungen. Ziel ist es, den Erkenntnisgewinn für Versorgung und Forschung zu stärken und die Grundlage für eine qualitätsorientierte Weiterentwicklung von DiGA zu schaffen. Perspektivisch sehen die Autor:innen zusätzlich Potenzial in der Verknüpfung der AbEM-Daten mit medizinischen Registern oder im Aufbau eigenständiger DiGA-Register. Damit könnten Erkenntnisse über langfristige Versorgungseffekte deutlich erweitert werden. Die verpflichtende Erfolgsmessung würde damit die Chance bieten, Transparenz über den Nutzen digitaler Gesundheitsanwendungen zu schaffen und eine stärker qualitätsorientierte Vergütung zu unterstützen. Voraussetzung ist jedoch eine wissenschaftlich fundierte, unabhängige und interoperable Umsetzung, die patientenrelevante Endpunkte in den Mittelpunkt stellt und den Erkenntnisgewinn stärkt.

DNVF

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

E-Mail: info@dnvf.de

Deutsches Netzwerk Versorgungsforschung e.V.

Deutscher Kongress für Versorgungsforschung

Menschen. Beziehungen. Organisationen.

25 Jahre gemeinsame Versorgungsforschung

Kongressformate

- Pre-Conference Workshops
- 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.

Jetzt Frühbucherrabatt nutzen – gültig bis 7. August 2026.

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

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

Prof. Dr. med. Dr. h.c. Peter Paul Nawroth

„Grilling the data“: Plädoyer für einen intensiveren Blick auf die Ergebnisse klinischer Studien

Zusammenfassung

Einleitung: Ein Arzt möchte seinem Patienten helfen. Die auf hippokratische Traditionen zurückgeführte Grundeinstellung des Arzt-Seins, das ‚primum non nocere‘, wird durch eine zweite Aufforderung ergänzt: ‚secundum cavere‘ = vorsichtig sein. Dies wird oft nur als Aufforderung verstanden, sich genau das Problem des Patienten anzuschauen. Eine andere Interpretation lautet: eine Verpflichtung zum tiefgründigen Verstehen dessen, was man tut. Das gelingt nur durch eigenständiges Lesen und Interpretieren der Originalliteratur. Modern formuliert: ‚kritisch erkunden, denkend verantworten‘.

Methoden: Dafür reicht es nicht, sich auf Kongressen fortzubilden, Leitlinien zu kennen oder der Werbung des Pharmavertreters zuzuhören. Um dem ‚kritisch Erkunden, denkend verantworten‘ = ‚cavere‘ als Vorgehensweise gerecht zu werden, muss man willens und in der Lage sein, die Originalarbeiten zu verstehen und die Interpretation der Wissenschaftler zu hinterfragen.

Ergebnisse: Dies sollte eine wichtige ärztliche Tätigkeit sein. Sie darf nicht alleine Lobbyisten und Fachgesellschaften überlassen werden, denn der eigenständig hinterfragende Blick des klinisch tätigen Arztes auf die Originaldaten führt häufig zu anderen Schlüssen als der der Wissenschaftler, Experten und Fachgesellschaften. Wenn viele Ärzte wenigsten einige Originalstudien lesen, wird dies eine Wirkung erzeugen, der die Experten und Interessenvertreter sich nicht entziehen können: Die aus Patientensicht klinisch relevanten Kriterien werden die Kriterien ersetzen, die aus berufspolitischer Sicht oft zur Überinterpretation der von ihrer eigenen Forschung enthusiasmierten Wissenschaftler führen.

Diskussion: Die Chance für eine Aufwertung des Arztberufes und Verbesserung der Patientenversorgung wird an einem Beispiel beschrieben.

Schlüsselwörter

Fortbildung, kritischer Rationalismus, Statistik, Arzt, Patientenversorgung

Crossref/doi

http://doi.org/10.24945/MVF.04.26.1866-0533.2852

Primum non (oder nil) nocere – nicht schaden, ist ein Grundsatz, der im Zentrum eines moralischen ärztlichen Handelns steht. Liest man das Zitat vollständig, eröffnen sich zusätzliche Perspektiven: „Primum non nocere, secundum cavere, tertium sanare.” – „Erstens nicht schaden, zweitens vorsichtig sein, drittens heilen.“ Es ist unerheblich, dass dieses Zitat nicht exakt so in den Schriften des Hippokrates von Kos steht und ob die lateinische Formulierung von dem römischen Arzt Scribonius Largus am Hof von Kaiser Tiberius oder dem Engländer Thomas Sydenham stammt. Zuerst geht es um eine normative Grundeinstellung: Auf keinen Fall schaden. Dann die Vorgehensweise: genau hinschauen. Sicherstellen, dass das ärztliche Tun einer Person wahrscheinlicher nutzt, als dass es schadet. Erst an dritter Stelle das Ziel: Heilen. Für das ‚secundum cavere‘ reicht die Vergewisserung dessen, was dem Patienten fehlt, nicht aus. Das „Bona diagnosis, bona curatio” stimmt, ist aber angesichts der Möglichkeiten evidenzbasierter-Medizin zu einseitig. Der Vorsicht ausübende Arzt kann diese Norm nur erfüllen, wenn er bereit ist, die Originaldaten der Wissenschaft mit dem Blick auf das Patientenwohl selber zu lesen und kritisch zu hinterfragen. Ein Arzt wird dem ‚secundum cavere‘ nicht gerecht, wenn er gutgläubig den Aussagen der Experten vertraut, die Fortbildungen halten und Leitlinien verfassen. Die gleiche Skepsis gilt es auch gegenüber Lobbyisten von Fachgesellschaften oder der Werbung von Firmen zu praktizieren. Der Arzt, der die Norm der Vorsicht auch auf dieser Ebene erfüllt, die dafür notwendigen Kenntnisse und den Blick auf das Patientenwohl in die Diskussion einbringt, erreicht zweierlei: Erstens eine Vertiefung und erhöhte Glaubwürdigkeit des Arzt-Patienten-Gesprächs und zweitens eine Änderung der Vorgehensweise der Experten und Leitlinienautoren, der Vortragenden bei Kongressen und Fortbildungen, derjenigen, die über Zulassung und Erstattung entscheiden. Modern formuliert lautet diese Forderung an den Arzt: ‚secundum cavere‘ = ‚kritisch erkunden, denkend verantworten.‘

>> Ist die Individualisierung der normativ begründeten ärztlichen Sorgfaltspflicht, die weit über die Verantwortungsübernahme durch Befolgen von Leitlinien und Fortbildungen hinausweist, für einen klinisch tätigen Arzt lebbar? Niemand kann neben der praktischen Tätigkeit alle für ihn relevanten Studien lesen und über deren Interpretation nachdenken. Dennoch wird der Effekt dramatisch sein, wenn jeder von uns nur einmal die Woche eine Originalarbeit liest und aus dem Blickwinkel des für seinen Patienten verantwortlichen Arztes auf die Daten inklusive Supplements schaut: Er wird sich nicht mehr mit dem zufriedengeben, was ihm Experten, nicht selten im Konzert mit Firmen und berufspolitischen Lobbyisten, vortragen. Die Folge: Die Experten, Firmen und Lobbyverbände werden sich den neuen Anforderungen anpassen, solange die zentrale Forderung lautet: Der Blick auf Studiendaten sollte unter dem Aspekt des Patientenwohls stattfinden. Wegfallen können für die Beurteilung einer patientenrelevanten klinischen Wirksamkeit uninteressanten p-Werte, die Nennung der relativen Risikoreduktion (ohne die Nennung der absoluten), Argumente, die Surrogatparameter nutzen, denn diese sind keine klinisch relevanten Endpunkte und auf Korrelationen beruhende Vermutungen, denn diese sollten nur als Hypothesen genannt werden. Wirksamkeit kann nur beurteilt werden, wenn z. B. in einer Studie die zeitliche Verzögerung des Endpunktes, Berechnung der Effektstärke, die Darstellung der Non-Responder etc. aufgeführt sind.

Im Folgenden wird ‚nur‘ an einem Beispiel (andere sind anderswo ausgeführt 1–2) aufgezeigt, wie überraschend anders und für Arzt und Patienten ebenso wie für die Wissenschaft bereichernd ein offenerer, patientenzentrierter Blick auf altgewohnte Daten sein kann.

Methoden und Analysemethoden: „Grilling the data“

Wang und Mitarbeiter veröffentlichten mit dem Titel „Grilling the data“ eine Arbeit (3), in der sie die Daten aus dem National

Health and Nutrition Examination Survey 2007 bis 2014 (NHANES Studie) einmal anders, als sonst in der Ernährungsepidemiologie üblich (4–5) analysierten. Mit dem für uns Ärzte ungewohnten Ansatz der „Spezifikationskurvenanalyse" konnten sie den Fehler umgehen, der bei der Auswertung von Beobachtungsstudien sonst den Lesern verborgen bleibt: die verschiedenen Vorannahmen, die Wissenschaftler machen, um ein bestimmtes Ergebnis zu erhalten. Diese verschiedenen Annahmen, die das Ergebnis einer Auswertung beeinflussen (3, 6–9), kann man mittels der Spezifikationskurvenanalyse offenlegen. Man erhält deswegen keine punktförmig genaue Antwort, sondern für jede der plausiblen Annahmen ein eigenes Ergebnis. Der Vorteil dieser Methode: Besser als durch das Konfidenzintervall erkennt der Leser statt eines Punktes der Pseudo-Gewissheit, einen Korridor, der die verschiedenen Möglichkeiten, die hinter den Daten stehen, abbildet. Die Sache ist in der Tat viel komplexer, als Wissenschaftler vereinfachend schlussfolgern: „Faktor Y erhöht das Risiko für eine Erkrankung um X Prozent und man kann viele Leben retten, wenn man dieses schädliche Verhalten reduziert".

Erkrankungen, die viele Risikoprädiktoren besitzen, z. B. kardiovaskuläre Erkrankungen, Demenz oder Krebs (eine Korrelation mit einer Erkrankung erlaubt nur von Prädiktoren zu sprechen, nicht von kausal verursachenden Faktoren), sind in Beobachtungsstudien nur schwer zu erforschen. Das liegt an den vielen Störfaktoren und deren gegenseitiger Beeinflussung. Wenn Menschen, die mehr rotes Fleisch essen, mehr wiegen und öfter rauchen, bedeutet das nicht, dass sie wegen des roten Fleisches rauchen und mehr wiegen. Es gibt mathematische Methoden, diese Interdependenzen einzuberechnen, aber dennoch bleibt das Ergebnis nur eine Korrelation, die abhängig vom gewählten Modell ist. Daher überrascht es nicht, dass man z. B. in Interventionsstudien zwar das Auftreten von Diabetes um fast 50% senken kann, aber nicht schwerwiegende kardiovaskuläre Endpunkte.

Zudem gibt es für jeden der eingepreisten Risikoprädiktoren zwei Probleme: Erstens, die Ergebnisse der Basisstudien haben ein recht großes Konfidenzintervall, und zweitens wird nicht berücksichtigt, dass z. B. ein 5-prozentiger Anstieg des Gewichtes das kardiovaskuläre Risiko mehr erhöht, als die Gewichtsabnahme in Interventionsstudien das Risiko senkt (siehe den Unterschied zwischen dem kardiovaskulären Risiko bei Zunahme des Körpergewichts und der viel geringeren absoluten Risikoreduktion unter Semaglutid). Das alleine sollte ein Grund sein, überoptimistischen Modellierungen und Simulationen nicht zu trauen! Ein weiteres Problem ist, dass Ernährungsgewohnheiten mit Bildung, sozialem Status, psychosozialen und anderen Faktoren verknüpft sind, deren gegenseitige Beeinflussung niemand mit Genauigkeit kennt und die aus methodischen Gründen nicht alle in einer Studie analysiert werden können. Das führt wieder zu dem Problem der nicht ausgeschalteten Störfaktoren, die vor allem dann ins Gewicht fallen, wenn der Effekt auf klinisch relevante Endpunkte (wie bei den meisten Ernährungs- und Lebensstilstudien) nur gering ist. Zuletzt muss bedacht werden, dass die zugrunde liegenden Daten aus Beobachtungsstudien (öfter als angenommen) gefälscht sein können, wie eine kürzlich erschienene, noch nicht begutachtete Studie aus Birmingham für Schlaganfälle berichtet.

Zudem werden auf großen Kohorten basierende Modellierungen der großen Heterogenität von Menschen nicht gerecht: Die Unterschiede bei der Verstoffwechselung von Glukose, Lipiden, Vitaminen etc. sind weitaus größer als die Unterschiede zwischen Fast Food und mediterraner Kost. Das erklärt, warum mathematisch korrekt gerechnet nicht unbedingt bedeutet, dass das Ergebnis der klinischen Überprüfung standhält.

Diskutiert man dies mit den Autoren großer Kohortenstudien, kommt das Argument: Man kann der Politik nur Ratschläge geben, wenn man bevölkerungsbasierte Studien mit einer möglichst genauen und umfassenden Simulation zur Verfügung stellt. Was ist mit kleinen, aber gut gemachten Interventionsstudien zur Überprüfung der klinischen Wirksamkeit von in großen Kohorten erzielten Annahmen? Sind Ärzte und Politiker wirklich auf eine Vereinfachung der Studieninterpretationen angewiesen?

Das als breiter Korridor dargestellte Ergebnis einer Spezifikationsanalyse (Abbildung 1) ergibt nach Offenlegung aller plausibler Vorannahmen einen abgewogenen Blick auf die Frage, ob rotes Fleisch schadet oder nicht:

Die Abbildung zeigt, dass rotes Fleisch in mehr Berechnungen nicht schadet oder sogar mehr nutzt, als dass es schadet. Doch Achtung: Die Mehrheit der Möglichkeiten bestimmt nicht die Wahrheit!

Nur weil mehr Berechnungen kein erhöhtes oder ein erniedrigtes Risiko ergeben, bedeutet das nicht, dass es keine Gefahr von rotem Fleisch geben könnte. Richtig wäre es daher, die Wissenschaftler

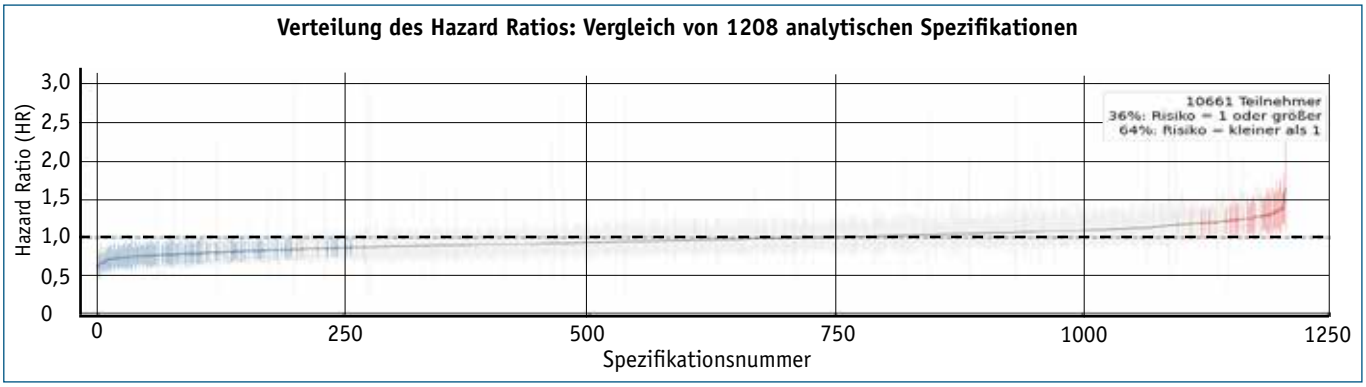


Abb. 1: Beispiel eines breiten Korridors einer Spezifikationsanalyse. Legende: Die roten Datenpunkte, die oberhalb der 1-er Linie liegen, weisen auf ein erhöhtes Risiko hin, zum Beispiel durch den Genuss roten Fleisches, die unterhalb der 1 auf ein verringertes Risiko. Abb. modifiziert nach (3) Wang et al.. (2024) Grilling the data: application of specification curve analysis to red meat and all-cause mortality. J Clin Epidemiol. Fig. 2.

würden sich für eine Förderung weiterer Studien einsetzen, um Subgruppen zu identifizieren, denen rotes Fleisch entweder nutzt oder schadet. Daraus ist erkennbar, dass Wissenschaftler den Fortschritt der Wissenschaft hemmen, dadurch dass sie unberechtigt feste Aussagen tätigen, statt offene Fragen anzusprechen. Offensichtliche Möglichkeiten für einen Erkenntnisfortschritt wären der Vergleich zwischen denen, die ein basal erhöhtes LDL-Cholesterin oder einen im oberen Normbereich liegenden Glukosewert haben, oder als Sahnehäubchen: Wie wäre es zu untersuchen, ob diejenigen, bei denen das LDL, die Glukose oder Marker der DNA-Schädigung (10) nach Verzehr von rotem im Vergleich zu weißem Fleisch besonders stark ansteigen, diejenigen sind, die mehr Herzinfarkte, Krebs und einen früheren Tod bei Konsum von rotem Fleisch erleiden? Solche Daten wären sinnvoller für ein Arzt-Patienten-Gespräch als der Wissenschaft übersimplifizierende Satz: ‚Rotes Fleisch könnte Ihnen schaden.'

Diese Feststellung gilt nicht nur für rotes Fleisch, sondern viele andere hochgelobte Präventionsmaßnahmen. Bedenkt man, dass selbst erfahrene Wissenschaftler sich oft nicht einig sind, welches die richtige und beste Methode der Datenanalyse ist (3–28), wird deutlich, dass wir (durch zu geringes kritisches Rückfragen?) uns an übersimplifizierte wissenschaftliche Aussagen gewöhnt haben. Wenn man dann noch bedenkt, dass in 62% der Ernährungsstudien keine Validierung der Qualität der Ernährungsanamnese nachzulesen ist und Abweichungen von Referenzmethoden über 400% betragen können (22), dabei die gefundenen Unterschiede oft nicht die 10%-Marke überschreiten, dann versteht man, dass es große Zweifel an der Wertigkeit vieler Ernährungsstudien geben muss (23–26). Könnte nicht die Darstellung des breiten Korridors der Möglichkeiten, anstatt der effekthascherischen Sensationsmeldung das Misstrauen gegen die auf epidemiologischen Beobachtungen beruhenden klinischen Empfehlungen beseitigen?

Diskussion

Schadet oder nutzt die Offenlegung der Ungewissheit der praktischen Medizin?

Nur auf den ersten Blick widerspricht die Datendarstellung als Korridor der Aufgabe der medizinischen Wissenschaft, dem praktisch tätigen Arzt Handlungsanweisungen zu geben. Das ‚secundum cavere' zerstört aus mehreren Gründen nicht den Anspruch des ‚tertium sanare':

1. Man soll von einer Wissenschaft nicht mehr erwarten, als ihre Methode und ihr Modell hergeben. Sonst gefährdet man den Patienten, da das auf dem Wissen um Wissenslücken basierende Abwägen einer trügerischen Sicherheit weicht. Von Beobachtungsstudien kann man nur Korrelationen erwarten, die auf einer Kausalität beruhen können oder auch nicht. Egal wie exquisit und komplex man rechnet.
2. Der breite Korridor der Möglichkeiten eröffnet dem Arzt die Chance, individuell zu entscheiden und mit seinem Patienten dort nach individuellen Lösungen zu suchen, wo – wie so oft – keine für den einen Patienten passenden Studiendaten vorliegen. Das macht den Wert des Arztes im Vergleich zu Doktor Google aus.
3. Das ‚cavere' bedeutet für den Arzt, sich Studien so genau anzusehen, dass er nicht gutgläubig oder gar leichtfertig Dateninterpretationen traut und diese unkritisch über seine Patienten ausgießt.
4. Durch sein eigenständiges Lesen stimuliert der praktisch tätige Arzt die verantwortlichen Wissenschaftler und Experten, nicht dort Gewissheit vorzugaukeln, wo durch die eingesetzte Methodik bedingt diese Gewissheit nicht vorliegt.

Schlussfolgerungen:

Das eigenständige kritische Lesen – und sei es nur vereinzelter Studien – ist angebracht: Wer hat nicht schon einmal den Verdacht in sich gespürt, dass es unter den etablierten Wissenschaftlern verschiedener Fachgebiete und damit auch unter den Gutachtern eine Übereinstimmung gibt, wie man Daten auswertet, obwohl diese einseitige Form der Auswertung nur einen kleinen Ausschnitt aus dem Korridor verschiedener gleichermaßen korrekter Ergebnisse darstellt (27–32)? Welche Rolle spielen dabei die Verlage, die darauf aus sind, Manuskripte zu publizieren, die viel zitiert werden und ein lebhaftes Presseecho und Werbeeinnahmen auslösen? Diese Schwächen des heute gelebten Peer-Review-Systems werden noch dadurch verstärkt, dass sich immer mehr subspezialisierte Journals herausbilden, die die Gutachter viel zu oft von den entsprechenden Fachgesellschaften empfohlen bekommen. Das Peer-Review-System verkommt nicht selten zu einer gegenseitigen Begutachtung von Wissenschaftlern mit gleicher Meinung und ähnlichen Interessen (31–37). Diese Schwächen kennt jeder, aber wie stellen wir uns auf diese Schwächen so ein, dass wir dem ‚cavere' ebenso gerecht werden, wie dem ‚non nocere', ohne das ‚sanare' zu verlieren?

Darauf gibt es folgende Antworten:

1. Durch Ertüchtigung, selber Originalstudien zu lesen und zu interpretieren, damit wir uns nicht von voreingenommenen Experten, die Teil der jeweiligen Szene sind, an der Nase herumführen lassen. Ein Ziel: Schnell erkennen, warum 85% der publizierten Studien in einer Lancet-Serie als „Müll" bezeichnet wurden (30–36).
2. Durch Änderung der Ausbildung (unter Lösung der bestehenden Copy-Right-Probleme, damit im Studentenunterricht Originaldaten gezeigt werden können): Zusätzlich zum Statistikkurs sollte während aller klinischer Semester das gemeinsame Lesen der Originaldaten Routine werden.
3. Durch das Bestehen auf patientenrelevanten Kriterien in Publikationen (z. B. Ausmaß der Endpunktverzögerung, Charakterisierung der Non-Responder, Berechnung der Effektstärke statt des p-Wertes, Spezifikationskurvenanalyse – wo angebracht, Analyse von Subgruppen …).
4. Durch das Pochen auf eine Offenlegung des Korridors der verschiedenen Möglichkeiten erkennen wir nicht nur die Unschärfe der gewonnenen Erkenntnis, sondern auch den künftigen Forschungsbedarf – ein Gewinn für Patienten, Wissenschaftler und die Glaubwürdigkeit der Wissenschaft.
5. Durch das Einüben mit mehr Ungewissheit zu leben (statt einer Leitlinien-Krankenkassen genehmer Kochbuchmedizin), wird die ärztliche Verantwortung aufgewertet, die Re-Akademisierung des Arztberufes eingeläutet, die Dialogfähigkeit erhalten (z. B. mit dem IQWIG).
6. Durch eine Übernahme des etliche Milliarden Euro schweren Marktes der wissenschaftlichen Publikationen durch europäische

Universitäten (siehe Stockholm Declaration) würden alle Zeitschriften die gleiche Formatierung verlangen, würden zigtausende Arbeitsstunden bei Mitarbeitern eingespart und unsinnige Publikationsanreize (37–38) abgeschafft.

7. Durch die Forderung, dass klinisch relevante Studien nicht hauptsächlich von Firmen gefördert werden, sondern dass die Möglichkeit staatlicher Studienförderung drastisch verstärkt wird, damit die offenen Fragen, die aus den von Firmen vorgelegten Studien hervorgehen, unabhängig und methodisch einwandfrei, mit patientenrelevanten Endpunkten untersucht werden. Diese Forschungsförderung wird weniger kosten als die Unsummen, die durch nicht adäquate Medikation ausgegeben werden. Konsequent angewandte und geförderte evidenzbasierte Medizin reduziert die Kosten weitaus mehr als jedes Sparpaket, das den fehlgeleiteten Inhalt nicht korrigiert.

Der Auftrag lautet also: Jeder von uns sollte einen Beitrag dazu leisten, dass die ungelösten Fragen offengelegt werden, damit die Wissenschaft die Möglichkeit erhält, durch neue Versuche das Morgen besser als das Heute zu gestalten. Dabei gilt es, eine Voraussetzung zu wahren: Die Induktion, also aufgrund einer Beobachtung auf die Verallgemeinerung zu schließen, ist ohne Überprüfung anhand anderer Fälle kein Werkzeug für den Erkennt-

Literatur

1. Nawroth P.: Nackte Medizin. Bloßstellung einer ideologisierten Wissenschaft. Achgut Edition, 2025
2. Nawroth P: Gebt der Medizin ihren Sinn zurück. Aufruf zu einer radikalen Umkehr im Gesundheitssystem. Springer 2018.
3. Wang Y, Pitre T, Wallach JD, de Souza RJ, Jassal T, Bier D, Patel CJ, Zeraatkar D. Grilling the data: application of specification curve analysis to red meat and all-cause mortality. J Clin Epidemiol. 2024 Apr;168:111278. doi: 10.1016/j.jclinepi.2024.111278. Epub 2024 Feb 12. PMID: 38354868; PMCID: PMC12289182.
4. Zeraatkar D, Guyatt GH, Alonso-Coello P, Bala MM, Rabassa M, Han MA, et al. Red and processed meat consumption and risk for all-cause mortality and cardiometabolic outcomes. Ann. Intern. Med. 2020;172:511e2.
5. An Pan 1, Qi Sun 1, Adam M Bernstein 1, Matthias B Schulze 1, JoAnn E Manson 1, Meir J Stampfer 1, Walter C Willett 1, Frank B Hu Red Meat Consumption and Mortality: Results from Two Prospective Cohort Studies. Arch Intern Med. 2012 Mar 12;172(7):555–563. doi: 10.1001/archinternmed.2011.2287
6. Tierney BT, Anderson E, Tan Y, Claypool K, Tangirala S, Kostic AD,et al. Leveraging vibration of effects analysis for robust discovery in observational biomedical data science. PLoS Biol 2021;19(9):e3001398.
7. Patel CJ, Burford B, Ioannidis JP. Assessment of vibration of effects due to model specification can demonstrate the instability of observational associations. J Clin Epidemiol 2015;68:1046e58.
8. Chu L, Ioannidis JPA, Egilman AC, Vasiliou V, Ross JS, Wallach JD. Vibration of effects in epidemiologic studies of alcohol consumption and breast cancer risk. Int J Epidemiol 2020;49:608e18.
9. Hoogeveen S, Sarafoglou A, Aczel B, Aditya Y, Alayan AJ, Allen PJ, et al. A many-analysts approach to the relation between religiosity and well-being. Religion Brain Behav 2022;13:1e47.
10. Kumar V, Yildirim A Ö, Nawroth P: The role of DNA damage in diabetic complications. Nat Rev Endocrinol. 2024 20(11):629-630. doi: 10.1038/s41574-024-01038-z.
11. Breznau N, Rinke EM, Wuttke A, Nguyen HHV, Adem M, Adriaans J, et al. Observing many researchers using the same data and hypothesis reveals a hidden universe of uncertainty. Proc Natl Acad Sci U S A 2022;119:e2203150119.
12. Silberzahn R, Uhlmann EL, Martin DP, Anselmi P, Aust F, Awtrey E, et al. Many analysts, one data set: making transparent how variations in analytic choices affect results. Adv Methods Pract Psychol Sci2018;1(3):337e56.
13. Madigan D, Ryan PB, Schuemie M. Does design matter? Systematic evaluation of the impact of analytical choices on effect estimates in observational studies. Ther Adv Drug Saf 2013;4(2):53e62.
14. Zeraatkar D, Cheung K, Milio K, Zworth M, Gupta A, Bhasin A, et al. Methods for the selection of covariates in nutritional epidemiology studies: a meta-epidemiological review. Curr Dev Nutr 2019;3(10):nzz104.
15. van Dongen NNN, van Doorn JB, Gronau QF, van Ravenzwaaij D, Hoekstra R, Haucke MN, et al. Multiple perspectives on inference for two simple statistical scenarios. Am Stat 2019;73(sup1):328e39.
16. Landy JF, Jia ML, Ding IL, Viganola D, Tierney W, Dreber A, et al. Crowdsourcing hypothesis tests: making transparent how design choices shape research results. Psychol Bull 2020;146(5):451e79.
17. Schilling KG, Rheault F, Petit L, Hansen CB, Nath V, Yeh F-C, et al. Tractography dissection variability: what happens when 42 groups dissect 14 white matter bundles on the same dataset? Neuroimage 2021;243:118502.
18. Low J, Ross JS, Ritchie JD, Gross CP, Lehman R, Lin H, et al. Comparison of two independent systematic reviews of trials of recombinant human bone morphogenetic protein-2 (rhBMP-2): the Yale Open Data Access Medtronic Project. Syst Rev 2017;6(1):28.
19. Scientific Pandemic Influenza Group on Modelling. SPI-M-O: consensus statement on COVID-19, 8 October 2020. 2020. Available at: https://www.gov.uk/government/publications/spi-m-o-consensusstatement-on-covid-19-2-february-2022. Accessed March 2, 2024.
20. Willett WC, Stampfer M, Tobias DK. Re: adjustment for energy intake in nutritional research: a causal inference perspective. Am J Clin Nutr 2022;116:608e9.
21. Tomova GD, Arnold KF, Gilthorpe MS, Tennant PWG. Adjustment for energy intake in nutritional research: a causal inference perspective. Am J Clin Nutr 2022;115:189e98.
22. Jimmy Chun Yu Louie and Jahar Bhowmik: The (ab)use of food frequency questionnaire data in substitution modelling in nutritional epidemiology: a critique. European Journal of Clinical Nutrition; https://doi.org/10.1038/s41430-026-01712-7. 22. Feb. 2026
23. Hall KD. Challenges of human nutrition research. Science 2020;367:1298e300.
24. Ioannidis JPA. Unreformed nutritional epidemiology: a lamp post in the dark forest. Eur J Epidemiol 2019;34(4):327e31.
25. John P.A. Ioannidis Transparency, bias, and reproducibility across science: a metaresearch View. J Clin Invest. 2024;134(22):e181923. https://doi.org/10.1172/JCI181923
26. Ioannidis J.P.A.: The challenge of reforming nutritional epidemiologic research. Am. Med. Ass. Aug. 23, 2018; 10.1001/jama.2018.11025.
27. Ioannidis JPA, Berkwits M, Flanagin A, Bloom Th: Peer Review and Scientific Publication at a Crossroads. Call for Research for the 10th International Congress on Peer Review and Scientific Publication. JAMA September 22, 2023. doi:10.1001/jama.2023.17607
28. Chalmers I, Glasziou P: Avoidable waste in the production and reporting of research evidence. Lancet 2009; 374: 86–89. DOI:10.1016/S0140- 6736(09)60329-9
29. Garattini S, Chalmers I, Lind J: Patients and the public deserve big changes in evaluation of drugs: BMJ 2009;338:b1025; doi: https://doi.org/10.1136/bmj.b1025
30. Macleod MR, Michie S, Roberts I, Dirnagl U, Chalmers I, Ioannidis JPA, Salman RA, Chan A-W, Glasziou P: Biomedical research: increasing value, reducing waste. Lancet 383: 101-104, 2014. http://dx.doi.org/10.1016/ S0140-6736(13)62329-6
31. Kleinert S. Horton R.: How should medical science change? Lancet 383: 197-198, 2014. http://dx.doi.org/10.1016/ S0140-6736(13)62678-1
32. Chalmers I, Bracken MB, Djulbegovic B, et al.: How to increase value and reduce waste when research priorities are set. Lancet 2014. http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(13)62229-1.
33. Ioannidis JPA, Greenland S, Hlatky MA, et al. Increasing value and reducing waste in research design, conduct, and analysis. Lancet 2014. http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(13)62227-8.
34. Salman R, Beller E, Kagan J, et al.: Increasing value and reducing waste in biomedical research regulation and management. Lancet 2014. http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(13)62297-7.
35. Chan A-W, Song F, Vickers A, et al. Increasing value and reducing waste: addressing inaccessible research. Lancet 2014. http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(13)62296-5.
36. Glasziou P, Altman DG, Bossuyt P, et al. Reducing waste from incomplete or unusable reports of biomedical research. Lancet 2014. http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(13)62228-X.
37. Schekman R. How journals like Nature, Cell, and Science are damaging science. The Guardian (London) Dec 9, 2013. http://www.theguardian.com/ commentisfree/2013/dec/09/how-journals-nature-science-cell-damagescience.
38. Aitkenhead D, Higgs P: I wouldn't be productive enough for today's academic system. The Guardian (London) Dec 6, 2013. http://www. theguardian.com/science/2013/dec/06/peter-higgs-boson-academicsystem.

nisfortschritt. Ärzte müssen daher bereit sein zu akzeptieren, dass Studien nie mit endgültiger Gewissheit beweisen können, dass ihre Ergebnisse mit der Wirklichkeit übereinstimmen. Die Möglichkeit des Irrtums (Fallibilismus) und die Heterogenität von Menschen, die in Studien multifaktorieller Erkrankungen nie vollständig erfasst werden kann, machen den Reiz des Arztberufes aus. Ein Reiz, der sich aus dem „cavere" bei Hippokrates und im „Grilling the data" erkennen lässt. <<

„Grilling the data": A call for a closer look at the results of clinical trials

Introduction: A doctor wishes to help his patient. The fundamental ethos of the medical profession, traced back to Hippocratic traditions—'primum non nocere'= not to do harm - is complemented by a second imperative: 'secundum cavere' = to be cautious. This is often understood merely as a call to examine the patient's problem closely. Another interpretation is: a commitment to a profound understanding of what one is doing. This can be achieved only through independent reading and interpretation of the original literature. To put it in modern terms: 'Critically explore, take responsibility through reflection'.

Methods: It is not enough to attend conferences for further training, to be familiar with guidelines, or to listen to the pharmaceutical representative's sales pitch. To do justice to the approach of 'critically exploring, taking responsibility through reflection' = 'cavere', one must be willing and able to understand the original works and to question the scientists' interpretations.

Results: This should be an important part of a doctor's work. It must not be left solely to lobbyists and professional societies, since the clinically practising doctor's independent, critical examination of the original data often leads to different conclusions than those of scientists, experts and professional societies.

If a significant number of doctors were to read at least some of the original studies, this would have an impact, experts and stakeholders could not ignore: criteria that are clinically relevant from the patient's perspective would replace those that, from a professional policy perspective, often lead scientists—enthused by their own research—to over-interpret their findings.

Discussion: An example is provided to illustrate the opportunity this presents for enhancing the standing of the medical profession and improving patient care.

Keywords

Education, critical rationalism, statistics, physician, patient care

Autorenerklärung

Der Autor erklärt, dass keine Interessenkonflikte vorliegen.

Zitationshinweis

Nawroth, P.: „Grilling the data: Ein Plädoyer für einen intensiveren Blick auf die Ergebnisse klinischer Studien", in: „Monitor Versorgungsforschung" (MVF 04/26), S. 82–86. http://doi.org/10.24945/MVF.04.26.1866-0533.2852

Prof. Dr. med. Dr. h.c. Peter Paul Nawroth ORCID: 0000-0002-6134-7804

leitete als Ärztlicher Direktor die Abteilung Innere Medizin I und Klinische Chemie am Universitätsklinikum Heidelberg und gehörte dem Klinikumsvorstand an. Seine Forschung gilt den Mechanismen chronischer Stoffwechselerkrankungen, mit besonderem Schwerpunkt auf diabetischen Folgeerkrankungen. Dazu leitete er einen Sonderforschungsbereich der Deutschen Forschungsgemeinschaft. Seit seiner Emeritierung ist er als wissenschaftlicher Autor tätig. Kontakt: PeterPaul.Nawroth@gmail.com



Dipl.-Biol. Sabine Breiholz MSc
Nadine Simons
Dr. rer. nat. Friederike Geiß

Erweiterte Medikationsberatung bei Polymedikation im telepharmazeutischen Setting

Zusammenfassung

Einleitung: Polymedikation birgt hohe Risiken für arzneimittelbezogene Probleme (ABP). Diese Studie evaluiert erstmals die Umsetzung der neuen pharmazeutischen Dienstleistung (pDL) mit Fokus auf das Setting einer Online-Apotheke.

Methoden: Eine retrospektive Analyse von 152 Patientinnen und Patienten (Median 75 J., 11 Medikamente, Rx und OTC). Die Beratung erfolgte telepharmazeutisch (Video/Telefon) durch qualifizierte Apothekerinnen und Apotheker im häuslichen Umfeld und digitalem Medikationsdossier.

Ergebnisse: Insgesamt wurden 363 ABP detektiert (Ø 2,38 pro Patienten). Die häufigsten Probleme betrafen potenzielle Interaktionen (96,1%) und Nebenwirkungen (56,6%), gefolgt von Dosierungsanomalien (26,3%) und Adhärenzproblemen (21,1%). Die Rekrutierungsquote lag bei 44,2%, was die hohe Akzeptanz des digitalen Beratungsmodells zeigt.

Diskussion: Telepharmazeutische Medikationsanalysen sind in der Regelversorgung sehr gut machbar und effektiv. Sie bieten einen niederschwelligen, qualitativ hochwertigen Zugang zur AMTS-Optimierung, insbesondere für immobile Patientinnen und Patienten mit hoher Arzneimittellast.

Schlüsselwörter

Arzneimitteltherapiesicherheit, arzneimittelbezogene Probleme, Medikationsmanagement; Polymedikation, Telepharmacy, Pharmazeutische Dienstleistungen, Arzneimittelinteraktionen, Online-Apotheke

Crossref/doi

http://doi.org/10.24945/MVF.04.26.1866-0533.2853

Die HARM-Studie (2011) belegte erstmals in Europa den signifikanten Zusammenhang zwischen Medikationsfehlern und vermeidbaren Krankenhausaufnahmen (1, 2). Seither steht die Arzneimitteltherapiesicherheit (AMTS) im Fokus. Zentrale Hürden sind hierbei arzneimittelbezogene Probleme (ABP) – Ereignisse, die Therapieziele gefährden (z. B. Interaktionen, Dosierfehler, Nebenwirkungen) (3). Die Prävalenz von ABP steigt massiv bei älteren, multimorbiden Patientinnen und Patienten mit Polymedikation (4–6). Polymedikation wird meist als dauerhafte Einnahme von fünf oder mehr Arzneimitteln definiert (7). In Deutschland betrifft dies ca. 25% der Erwachsenen und rund 55% der über 70-Jährigen (8). Ursachen sind neben Multimorbidität oft mangelnde interprofessionelle Kommunikation oder Verschreibungskaskaden (7). Die Folgen sind schwerwiegend:

- Erhöhtes Risiko für unerwünschte Wirkungen und klinisch relevante Interaktionen (6)
- Assoziation mit Stürzen, kognitiven Einschränkungen und erhöhter Mortalität (8–10)
- Sinken der Adhärenz durch komplexe Therapieschemata (11).

Strukturierte Medikationsanalysen identifizieren ABP frühzeitig und optimieren die Therapiesicherheit (12). Seit Juni 2022 ist die „Erweiterte Medikationsberatung bei Polymedikation“ eine erstattungsfähige pharmazeutische Dienstleistung in Deutschland (13). Sie basiert auf einer Medikationsanalyse Typ 2a (14) und kann ABP um bis zu 70% reduzieren (15). Ziel ist die Steigerung der Adhärenz und Gesundheitskompetenz, insbesondere bei hoher Arzneimittellast (11, 16).

Telepharmazie: neue Versorgungsmodelle

>> Telepharmazeutische Ansätze ermöglichen eine ortsunabhängige Betreuung via Video- oder Telefonkonsultation (7, 17, 18). Vorteile liegen in der Erfassung der Medikation direkt im vertrauten und stressfreien häuslichen Umfeld (inkl. Kühlware) sowie der Schließung von Versorgungslücken (19). Systematische Reviews zeigen, dass Telepharmazie ABP signifikant reduziert und die Adhärenz um 10–35 % steigern kann (12, 20, 21).

Nach Kenntnisstand der Autorinnen handelt es sich bei dieser Studie um die erste systematische Auswertung der Regelversorgung pharmazeutische Dienstleistung „Medikationsanalyse bei Polymedikation“ in Deutschland. Die vorrangigen Ziele waren die Evaluation einer Online-Apotheke hinsichtlich:

1. Akzeptanz der Dienstleistung durch die Patientinnen und Patienten
2. Durchführbarkeit im telepharmazeutischen Setting
3. Strukturierte Erfassung und Analyse der Häufigkeit von ABP.

Bei hoher Arzneimittellast (>10 Wirkstoffe) erleichtert die telepharmazeutische Variante eine strukturierte Identifikation von Interaktionen und inadäquater Medikation ohne physischen Apothekenbesuch – und schließt damit Versorgungslücken in der AMTS (19). Für die Zukunft sollen über das Forschungsdatenzentrum Gesundheit (FDZ) Abrechnungsdaten genutzt werden, um AMTS-Risiken wie Verordnungskaskaden oder geschlechtsspezifische Differenzen bei Polymedikation zu analysieren (22).

Methodik

Studiendesign und Patientenkollektiv

In dieser retrospektiven Studie wurde die Implementierung der pharmazeutischen Dienstleistung (pDL) „Erweiterte Medikationsberatung bei Polymedikation“ in der Online-Apotheke DocMorris N.V. untersucht. Eingeschlossen wurden N = 152 erwachsene Patientinnen und Patienten, die zwischen dem 1. Juli 2023 und dem 31. Dezember 2024 die pDL in Anspruch nahmen.

Einschlusskriterien

- Alter ≥ 18 Jahre
- Polymedikation (regelmäßige Einnahme von ≥ 5 systemisch wirksamen Arzneimitteln über > 28 Tage)
- Schwerpunkt der Rekrutierung: Patientinnen und Patienten ≥ 75 Jahre mit ≥ 10 Medikamenten (gemäß Leitlinien von KNMP und NHG (23)).

Die Rekrutierung erfolgte primär durch Apothekerinnen und Apo-

theker auf Basis von Verordnungsdaten sowie vereinzelt durch Eigeninitiative der Patientinnen und Patienten.

Qualifikation und Prozessablauf

Die Leistungserbringung erfolgte durch approbierte Apothekerinnen und Apotheker mit erfolgreich absolvierter Fortbildung gemäß BAK-Curriculum (24), entsprechend den Anforderungen nach § 129 SGB V (25).

Die Beratung wurde telemedizinisch (Telefon oder Video) im häuslichen Umfeld durchgeführt. Der Prozess gliederte sich nach BAK-Vorgaben (26) in:

1. Vorbereitung: telefonische Aufklärung, Einholung der schriftlichen Einwilligung und Anweisung zur Bereitstellung aller Arzneimittel (inkl. Kühlware) sowie Dokumente
2. Datenerhebung: standardisierte Anamnese (BAK-Arbeitshilfen (27)) zu soziodemografischen Daten, klinischen Parametern (z. B. RR, BMI), Medikationshistorie (inkl. Selbstmedikation), Adhärenz und Erwartungen.

Pharmazeutische AMTS-Prüfung

Die Medikationsanalyse erfolgte softwaregestützt und leitlinienbasiert hinsichtlich arzneimittelbezogener Probleme (ABP) gemäß BAK-Definition (13). Analysiert wurden u. a.:

- Doppelmedikationen und Interaktionen
- Anwendungsfehler, Nebenwirkungen und Lagerungsproblematiken
- Dosierungsanomalien sowie Eignung der Selbstmedikation.

In die Untersuchung wurden vor allem Patientinnen und Patienten mit einer hohen Arzneimittellast eingeschlossen. Ein großer Teil der Teilnehmenden wendete mehr als zehn verschiedene Medikamente an, was zu einer entsprechend hohen Komplexität der Medikationsanalysen führte. Dennoch ermöglichte die eingesetzte Vorgehensweise eine strukturierte und verlässliche Analyse auch bei umfangreicher und komplexer Medikation.

Intervention und Abschluss

Die Ergebnisse wurden in einem schriftlichen Beratungsbericht (Patientenbrief) zusammengefasst, der individuelle Empfehlungen und Risikobewertungen enthielt. In einem abschließenden Gespräch wurden die Interventionen erläutert und ein aktualisierter Medikationsplan übermittelt.

Besonderheiten des telepharmazeutischen Modells

DocMorris N. V. mit Sitz in den Niederlanden beliefert Patientinnen und Patienten in Deutschland unter Vorlage einer gültigen Verordnung mit verschreibungspflichtigen Medikamenten sowie verschreibungsfreien Produkten. Alle bei der Online-Apotheke bezogenen Produkte werden in einem Medikationsdossier geführt.

Das Setting der Studie ermöglichte eine hohe Anamnesequalität durch den direkten Zugriff der Patientinnen und Patienten auf ihren häuslichen Arzneimittelvorrat mit direkter Abfrage der Verfallsdaten und Lagerung. Zudem wurde die Medikationshistorie der Online-Apotheke (vollständige Medikationsdossiers nach niederländischem Standard) mit eingereichten Laborbefunden und Arztberichten abgeglichen.

Datenauswertung und Ethik

Die Auswertung erfolgte anonymisiert unter Einhaltung der DSGVO und ethischer Standards. Neben soziodemografischen Daten und ABP wurden auch Empfehlungen zu Lebensstiländerungen erfasst. Die statistische Analyse wurde deskriptiv (Häufigkeiten, Mediane, Prozentsätze) mittels Microsoft® Excel 2019 durchgeführt.

Ergebnisse

Rekrutierung und Partizipation

Im Untersuchungszeitraum wurden 344 Patientinnen und Patienten für die pharmazeutische Dienstleistung (pDL) identifiziert. Davon initiierten fünf Teilnehmende (1,5%) die Beratung eigenständig. Insgesamt durchliefen 152 Patientinnen und Patienten (44,2%) den vollständigen Prozess von der Anamnese bis zum Abschlussgespräch inklusive des Erhalts des Beratungsbriefs (Abb. 1).

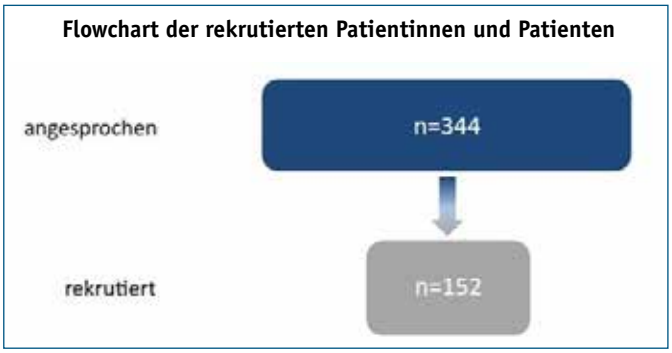


Abb. 1: Flowchart der rekrutierten Patientinnen und Patienten.

Damit nahmen nahezu die Hälfte der eingeladenen Patientinnen und Patienten (44,2%) an der pDL teil. Die Rekrutierungsquote stellt einen wesentlichen Indikator für die praktische Umsetzbarkeit und die Akzeptanz der pDL in der Regelversorgung dar.

Soziodemografische Daten und Arzneimittelgebrauch nach Alterskohorten

	Alterskohorte n (Altersmedian gesamt 75)						
Teilnehmende/Geschlecht (n, %)	**30–39**	**40–49**	**50–59**	**60–69**	**70–79**	**80–89**	**90–98**
Gesamt (N=152)	1	4	6	31	62	45	3
Männlich (n=98, 65%)	1	3	3	21	39	28	3
Weiblich (n=54, 35%)	0	1	3	10	23	17	0
Median Arzneimittel Rx (Spanne)							
Median allgemein	5	10 (8-15)	8 (5-12)	9 (5-18)	11 (6-22)	11 (6-17)	11 (9-11)
Median männlich	5	8 (8-12)	7 (5-8)	10 (5-18)	9 (5-22)	11 (6-17)	11 (9-11)
Median weiblich	0	15	9 (8-12)	8 (5-16)	12 (8-17)	10 (6-13)	0
Median OTC-Präparate (Spanne)							
Median allgemein	2	1 (0-2)	2 (1-7)	1 (0-7)	1 (0-9)	1 (0-7)	2 (0-2)
Median männlich	2	1 (0-2)	1 (1-2)	1 (0-7)	1 (0-9)	1 (0-6)	2 (0-2)
Median weiblich	0	1	4 (2-7)	2 (0-4)	1 (0-6)	1 (0-7)	0

Tab. 1: Soziodemografische Daten und Arzneimittelgebrauch nach Alterskohorten, mit n =142 (92,1%) GKV- und n =12 (7,9%) PKV-Versicherten.

Soziodemografie und Medikationsprofil

Das Patientenkollektiv (92,1% GKV-versichert) wies ein medianes Alter von 75 Jahren auf (Spanne: 30–98 Jahre). Das männliche Geschlecht war mit 65% (n=98) überproportional vertreten (Tab. 1).

Die Arzneimittellast korrelierte positiv mit dem Alter: Während der Median verschreibungspflichtiger Medikamente (Rx) bei den 30- bis 39-Jährigen bei 5 Präparaten lag, stieg dieser in der Gruppe ≥ 70 Jahre auf 11 Rx-Präparate (Spanne 5–22) an. Bei den Frauen der Alterskohorte 50–59 Jahre zeigte sich mit einem Median von 4 Präparaten ein Peak im Gebrauch der Selbstmedikation (OTC), während der OTC-Median über alle anderen Gruppen hinweg bei 1 lag.

Als primäre Erwartung an die pDL nannten 91,3% (n = 139) der Teilnehmenden die Überprüfung von Neben- und Wechselwirkungen.

Detektierte Arzneimittelbezogene Probleme (ABP)

Insgesamt wurden 363 ABP identifiziert, was einem Durchschnitt von 2,38 ABP pro Patientin und Patienten entspricht. Abbildung 2 illustriert die Verteilung der Subkategorien.

Bei den OTC-Produkten lag der Median in beinahe allen Altersgruppen bei einem Präparat mit einer Spannweite zwischen 0 und 9 Präparaten. Auffällig war ein erhöhter Median von 4 OTC-Präparaten bei Frauen im Alter von 50–59 Jahren.

91,3% (n = 139) der Patientinnen und Patienten gaben als Erwartung und Wunsch an die pDL eine Überprüfung von Nebenwirkungen und Wechselwirkungen an. 11 Teilnehmende hatten keine speziellen Erwartungen.

- **Häufigste ABP:** Potenzielle Interaktionen (96,1%) und Nebenwirkungen (56,6%)
- **Klinisch relevante ABP:** Dosierungsanomalien (26,3%), Adhärenzprobleme (21,1%), fehlerhafte Lagerung (20,4%) und falsche Einnahmezeitpunkte (19,7%)
- **Wissensdefizite:** 15,8% der Teilnehmenden war der Anwendungsgrund mindestens eines Medikaments unbekannt.
- **Nicht beobachtet:** Ungeeignete bzw. unzweckmäßige Darreichungsform, Indikation für Selbstmedikation ungeeignet, Kontraindikationen bei Selbstmedikation, Präparate der Selbstmedikation für Indikation ungeeignet sowie Über- oder Unterdosierungen in der Selbstmedikation traten im untersuchten Kollektiv nicht auf.

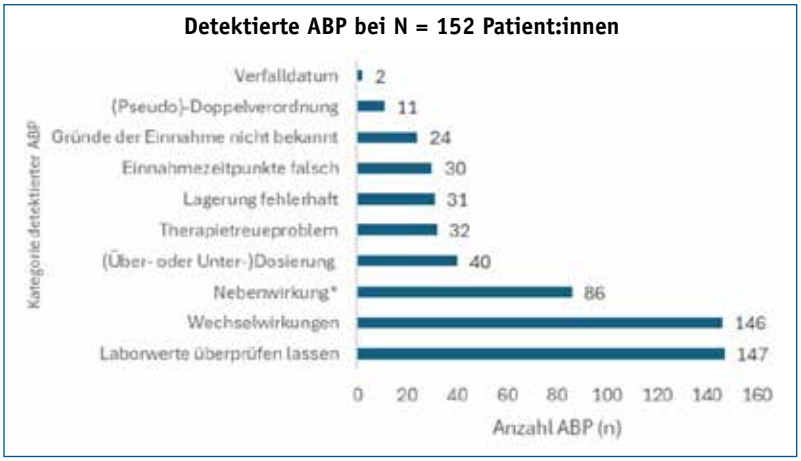


Abb. 2: Detektierte Arzneimittelbezogene Probleme (ABP) bei N = 152 Patient:innen.

Das unten aufgeführte Fallbeispiel erläutert die im strukturierten Patientengespräch erfolgte Datenerfassung, Analyseergebnis und Empfehlungen der Apotheke DocMorris. Außerdem zeigt es auf, welche ABP hier erkannt und somit für die Häufigkeit verschiedener detektierter ABP (Abb. 2) erfasst wurden, nämlich „Interaktionen" und „Nebenwirkungen". Diese spiegeln die in der Gesamtkohorte am häufigsten detektierten ABP wie oben erläutert wider. Zudem wurde dem Patienten aufgrund von Interaktionen von der Selbstmedikation mit angewendeten Produkten abgeraten und ein Hinweis zur Lagerung und zum Lebensstil gegeben.

Fallbeispiel

Multimorbider Patient (73 Jahre, männlich, BMI: 30, Blutdruck: 130/65 mmHg, Nichtraucher)

Das folgende Beispiel verdeutlicht die Relevanz der pDL bei komplexer Polymedikation, wiedergegeben in Tabelle 2 (u. a. gegen Hypertonie, Vorhofflimmern, Glaukom).

Identifizierte Risiken und Interventionen:

1. Schwerwiegende Interaktion eines Ginkgo-Präparats mit Lixiana® (Edoxaban)

Die gleichzeitige Einnahme von Lixiana® (Edoxaban) und Ginkgo-Kapseln erhöht das Blutungsrisiko. Der Verzicht auf Ginkgo-Präparate wurde empfohlen.

2. Schwerwiegende Interaktion von Doppelherz Magnesium+Kalium 400 mit Ramipril

Die Kombination aus kaliumhaltigen Präparaten und ACE-Hemmern kann innerhalb weniger Tage eine Hyperkaliämie verursachen. Typische Symptome sind Parästhesien, Muskelschwäche, Bradykardie und EKG-Veränderungen; schwere Verläufe sind lebensbedrohlich. Die Einnahme des Kaliumpräparats war dem behandelnden Arzt nicht bekannt. Der Patient wurde darauf hingewiesen, Mineralstoffpräparate nur nach ärztlicher Rücksprache einzunehmen und Diätsalze zu vermeiden.

3. Nebenwirkung Schlafstörungen – mögliche medikamentöse Ursachen:

Bestehende Schlafstörungen wurden als mögliche Nebenwirkung der Medikation (Simbrinza®, Ramipril, Monoprost®, Lercanidipin) identifiziert. Dem Patienten wurde ein Arztgespräch hierzu empfohlen.

4. Optimierung

Korrektur der Lagerungsbedingungen für Augentropfen (Wechsel von Kühlschrank- auf Raumtemperatur zur Verbesserung des Anwendungskomforts). Zudem besteht bei Kühlschranklagerung das Risiko einer versehentlichen Lagerung unter dem Gefrierpunkt.

Das Fallbeispiel zeigt, wie eine strukturierte Medikationsanalyse bei multimorbiden Patienten die Arzneimitteltherapiesicherheit verbessert. Die Erkennung potenziell kritischer Wechselwirkungen und die Berücksichtigung individueller Beschwerden ermöglichen eine gezielte Therapieoptimierung – auch und gerade im Rah-

Ergebnisse der Medikationsanalyse aus der ABP-relevanten Medikation			
Wirkstoff / Präparat	**Indikation**	**Dosierung**	**AMTS-relevante Hinweise**
Ramipril 10 mg Tabletten	Arterielle Hypertonie	Jeweils ½ Tablette morgens und abends	Risiko für Hyperkaliämie; regelmäßige Kontrolle von Nierenfunktion und Elektrolyten empfohlen
Lercanidipin 10 mg Filmtabletten	Arterielle Hypertonie	1 Tablette morgens, 15 Min. vor dem Essen	mögliche Nebenwirkung: Müdigkeit, Verzicht auf Grapefruits oder grapefruitartige Früchte
Lixiana® (Edoxaban) 60 mg Filmtabletten	Antikoagulation bei Vorhofflimmern	1 Tablette mittags	Erhöhtes Blutungsrisiko bei gleichzeitiger Einnahme von Ginkgo, Johanniskraut, Ingwer etc.
Pantoprazol 20 mg Tabletten	Magenschutz	1 Tablette morgens	Langzeitanwendung kritisch, Supplementierung mit Vitamin B-12 empfohlen
Simbrinza® (Brinzolamid/Brimonidin) Augentropfen	Erhöhter Augeninnendruck	2x täglich je 1 Tropfen/Auge	Lagerung bei Raumtemperatur; mögliche systemische Nebenwirkungen (z. B. Müdigkeit)
Monoprost® (Latanoprost) Augentropfen	Erhöhter Augeninnendruck	zur Nacht 1 Tropfen/Auge	Lagerung bei Raumtemperatur
Ginkgo 70 Kapseln (Selbstmedikation)	Nahrungsergänzung	1 Kapsel morgens	Wechselwirkung mit Lixiana® (Edoxaban) > erhöhtes Blutungsrisiko
Doppelherz Magnesium + Kalium 400 (Selbstmedikation)	Mineralstoffpräparat	1 Tablette täglich	Kaliumretention bei gleichzeitiger Einnahme mit Ramipril möglich

Tab. 2: Übersicht über ABP-relevante Medikation mit AMTS-relevanten Hinweisen.

men der telepharmazeutischen Versorgung durch die Online-Apotheke DocMorris N. V.

Diskussion

Zentrale Ergebnisse

Die vorliegende Untersuchung zeigt, dass die erweiterte Medikationsberatung bei Polymedikation im Setting einer Online-Apotheke telepharmazeutisch erfolgreich in der Routineversorgung umgesetzt werden kann. Die Teilnahmequote von 44,2% zeigt, dass ein relevanter Anteil der angesprochenen Patientinnen und Patienten bereit ist, eine strukturierte Medikationsanalyse per Telefon- oder Videoberatung in Anspruch zu nehmen. Die Krankenversicherung der Teilnehmenden spiegelt in etwa die Realität von ca. 90% GKV-Versicherten in Deutschland wider (28). Die in der vorliegenden Untersuchung identifizierte durchschnittliche Anzahl von 2,38 ABP pro Patienten liegt im unteren bis mittleren Bereich der in der Literatur berichteten Werte. In verschiedenen Studien zu strukturierten Medikationsanalysen von Patientinnen und Patienten mit Polymedikation wurden zwischen 1,6 und 8,5 ABP pro Patienten festgestellt (29, 30). Diese Vergleichbarkeit spricht dafür, dass auch telepharmazeutische Settings in der Lage sind, eine ähnlich hohe Identifikationsrate von ABP wie Medikationsanalysen in öffentlichen Apotheken oder Kliniken zu erzielen (31).

Die beobachtete Verteilung der detektierten ABP mit einem Schwerpunkt auf potenziellen Interaktionen und Nebenwirkungen entspricht den Ergebnissen internationaler Studien zu strukturierten Medikationsanalysen bei Patientinnen und Patienten mit Polymedikation. In randomisierten Studien konnten Medikationsanalysen vom Typ 2a die gesundheitlichen Probleme neben Steigerung der Gesundheitskompetenz um bis zu etwa 70% reduzieren. Vor diesem Hintergrund erscheinen die in der vorliegenden Arbeit identifizierten Interaktionen, Dosierungsprobleme, Lagerungsfehler sowie Fragen der Adhärenz konsistent mit der Literatur und bestätigen die Relevanz dieser pharmazeutischen Dienstleistung zur Verbesserung der Arzneimitteltherapiesicherheit (31).

Bedeutung der Telepharmazie

Die telepharmazeutische Beratung bietet mehrere Vorteile gegenüber der klassischen Präsenzberatung. Zum einen ermöglicht sie den unmittelbaren Zugriff auf sämtliche Arzneimittel im häuslichen Umfeld, was die Vollständigkeit der Erfassung verbessert und Fehlinformationen reduziert (32). Zum anderen wird Patientinnen und Patienten mit eingeschränkter Mobilität oder in ländlichen Regionen ein niedrigschwelliger Zugang zur pharmazeutischen Expertise ermöglicht. Dies spricht für eine hohe Relevanz der Versorgung innerhalb des demografischen Wandels und der Zunahme chronischer Erkrankungen. Studien zeigen, dass telepharmazeutische Angebote die Zugänglichkeit zu pharmazeutischer Beratung verbessern, die Adhärenz unterstützen und von Patientinnen und Patienten überwiegend positiv bewertet werden (19, 32). In der vorliegenden Arbeit konnte der häusliche Kontext genutzt werden, um die Medikation einschließlich kühlpflichtiger Arzneimittel direkt in das Gespräch einzubeziehen, was die Überprüfung der Verfalldaten und eventueller Lagerproblematik erleichterte.

Gesundheitspolitischer Kontext

Die Ergebnisse sind zudem in den gesundheitspolitischen Kontext der seit 2022 in Deutschland erstattungsfähigen pharmazeutischen Dienstleistungen einzuordnen. Seit Juni 2022 werden strukturierte Medikationsanalysen für Patientinnen und Patienten mit Polymedikation für sowohl GKV- als auch PKV-Versicherte vergütet und sind als Medikationsreview vom Typ 2a gemäß PCNE-Definition in der Regelversorgung verankert (33, 34). Die vorliegende Untersuchung ergänzt die bisher fast ausschließlich auf die öffentlichen Apotheken fokussierte Implementierungsforschung um ein Online-Apotheken-Setting und zeigt, dass die gesetzlichen und vertraglichen Anforderungen – einschließlich Qualifikation nach BAK-Curriculum – auch telepharmazeutisch erfüllbar sind. Damit liefert die Studie praxisnahe Hinweise, dass Online-Apotheken einen relevanten Beitrag zur flächendeckenden Umsetzung dieser Versorgungsform leisten können. Es ist deshalb nicht verständlich, dass diese telepharmazeutische pDL bisher nicht vergütet wird.

Fallbeispiel und klinische Relevanz

Das dargestellte Fallbeispiel eines multimorbiden Patienten illus-

triert exemplarisch, dass im Rahmen der telepharmazeutischen Medikationsanalyse klinisch relevante Interaktionen (z. B. Ginkgo in Kombination mit Edoxaban mit erhöhtem Blutungsrisiko) und potenziell gefährliche Interaktionen (z. B. Risiko der Hyperkaliämie bei gleichzeitiger Einnahme von Ramipril und kaliumhaltigen Nahrungsergänzungsmitteln) identifiziert werden können. Ähnliche ABP werden in Leitlinien zu Polymedikation und in pharmakoepidemiologischen Studien als relevante Ursachen vermeidbarer arzneimittelbezogener Komplikationen beschrieben. Das Fallbeispiel verdeutlicht darüber hinaus, dass telepharmazeutische Beratung nicht nur auf Interaktionsprüfung beschränkt ist, sondern auch Lebensstilempfehlungen, Förderung der Adhärenz und praktische Hinweise zur sicheren Anwendung und Lagerung umfasst. Dies wird auch in Übersichtsarbeiten zur Telepharmazie als Kernbestandteil patientenzentrierter pharmazeutischer Versorgung hervorgehoben (32, 35).

Limitationen der Studie

Trotz der positiven Ergebnisse weist die vorliegende Studie mehrere methodische Einschränkungen auf. Erstens handelt es sich um eine retrospektive Auswertung von Routinedaten aus einem einzigen Online-Apotheken-Setting. Patientinnen und Patienten, die der Teilnahme an einer strukturierten Medikationsberatung zustimmen, weisen häufig eine höhere Gesundheitskompetenz oder ein stärkeres Gesundheitsinteresse auf als Nichtteilnehmende. Dies ist aus Studien zur Implementierung von Medikationsanalysen und Polymedikationsprogrammen bekannt und schränkt damit die Generalisierbarkeit der Ergebnisse ein (33).

Zweitens wurden in der vorliegenden Arbeit keine harten klinischen Endpunkte wie Hospitalisierungen, Notaufnahmen, Morbidität oder Mortalität erhoben. Viele randomisierte Studien zu Medikationsanalysen konnten zwar eine Reduktion von arzneimittelbezogenen Problemen und zum Teil Verbesserungen von Surrogatendpunkten (z. B. Adhärenz, Anzahl Wirkstoffe, Gesundheitskompetenz) zeigen, die Evidenz für eine dauerhafte Reduktion schwerwiegender klinischer Ereignisse ist jedoch heterogen. Die vorliegende Untersuchung erlaubt daher vor allem Aussagen zu Machbarkeit, Akzeptanz und Prozessqualität, nicht jedoch zur Wirksamkeit im Sinne patientenrelevanter Outcomes (31).

Drittens beruht die Identifikation und Klassifikation der ABP auf der Einschätzung der durchführenden Apothekerinnen und Apotheker anhand standardisierter BAK-Hilfsmittel und pharmazeutischer Software, sodass eine individuelle Bewertung nicht ausgeschlossen werden kann. In der Literatur wird wiederholt darauf hingewiesen, dass die Erfassung von arzneimittelbezogenen Problemen je nach Schulung, Erfahrung und eingesetztem Klassifikationssystem variieren kann. Für zukünftige Studien erscheint die Ergänzung durch Zweitbewertungen oder interdisziplinäre Panels sinnvoll (36).

Viertens ist die Stichprobengröße mit 152 Patientinnen und Patienten begrenzt und die Altersverteilung deutlich hin zu älteren Personen mit hoher Arzneimittellast verschoben, während jüngere Patientengruppen unterrepräsentiert sind. Obwohl dies die Zielpopulation typischer Polymedikationsprogramme widerspiegelt, ist die Übertragbarkeit auf andere Altersgruppen oder auf Patientinnen und Patienten mit geringerer Arzneimittellast dadurch limitiert. Außerdem ist das regulatorische Umfeld der untersuchten Online-Apotheke (deutsch-niederländischer Kontext mit gesetzlichen Vorgaben zu Medikationsdossiers) spezifisch, sodass sich die Ergebnisse nicht ohne Weiteres auf andere Länder oder Versorgungssysteme übertragen lassen (31, 37).

Daneben erfolgte die Datenerhebung in einer frühen Phase nach Einführung der neuen pharmazeutischen Dienstleistungen in Deutschland. Studien zur Implementierung zeigen, dass in der Anfangsphase neuer Versorgungsmodelle Lernkurveneffekte und Anpassungen von Arbeitsabläufen auftreten können. Diese können sowohl die Qualität der implementierten als auch die dokumentierten Ergebnisse beeinflussen. Es ist daher möglich, dass sich Effektivität und Effizienz der telepharmazeutischen Medikationsberatung weiter verbessern oder verändern können (38).

Ausblick und Fazit

Vor dem Hintergrund dieser Limitationen erscheint es sinnvoll, zukünftige Studien im Sinne eines prospektiven, idealerweise randomisierten Designs durchzuführen, um die Effekte telepharmazeutischer Medikationsanalysen auf klinische Endpunkte, Patientenzufriedenheit und gesundheitsökonomische Parameter zu untersuchen. Multizentrische Ansätze, die sowohl öffentlichen Apotheken als auch Online-Apotheken einbeziehen, könnten dabei helfen, unterschiedliche Versorgungsmodelle zu vergleichen und Erfolgsfaktoren für eine nachhaltige Implementierung zu identifizieren. Zudem wäre eine systematische Erfassung der Umsetzung pharmazeutischer Empfehlungen durch Ärztinnen und Ärzte sowie deren Einfluss auf die tatsächliche Medikation und den Gesundheitszustand der Patientinnen und Patienten ein wichtiger Schritt, um den Beitrag telepharmazeutischer Dienstleistungen zur Arzneimitteltherapiesicherheit umfassend zu bewerten (39–42). <<

Abkürzungen

ABDA: Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände e. V.
ACE-Hemmern: Angiotensin-Converting-Enzyme-Hemmer
AMTS: Arzneimitteltherapiesicherheit
ABP: Arzneimittelbezogenes Problem
BAK: Bundesapothekerkammer
BMI: Body Mass Index
DAV: Deutsche Apothekerverband e. V.
DSGVO: Datenschutz-Grundverordnung
DTS: Drug Therapy Safety
FDZ: Forschungsdatenzentrum
GKV: Gesetzliche Krankenversicherung
IA: Interaktion
KI: Kontra-Indikation
KNMP: Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Pharmacie (Niederländische Interessenvertretung der Apotheken)
NHG: Het Nederlands Huisartsen Genootschap (Niederländische Interessenvertretung der Hausärztinnen und Hausärzte)
N.V.: Naamloze Vennootschap (Aktiengesellschaft)
OTC: Over the Counter Produkte
pDL: pharmazeutische Dienstleistung
PKV: Private Krankenversicherung
PIM: potenziell inadäquate Medikation
RR: Blutdruck [mmHg]
Rx: verschreibungspflichtige Arzneimittel

Literatur

1. Leendertse AJ, Egberts ACG, Stoker LJ, van den Bemt PMLA, HARM Study Group. Frequency of and Risk Factors for Preventable Medication-Related Hospital Admissions in the Netherlands. Archives of Internal Medicine. 2008 Sep 22;168(17):1890–6. doi:10.1001/archinternmed.2008.3
2. Leendertse AJ, Van Den Bemt PMLA, Poolman JB, Stoker LJ, Egberts ACG, Postma MJ. Preventable hospital admissions related to medication (HARM): Cost analysis of the HARM study. Value in Health. 2011 Jan;14(1):34–40. doi:10.1016/j.jval.2010.10.024
3. Schindler E, Richling I, Rose O. Pharmaceutical Care Network Europe (PCNE) drug-related problem classification version 9.00: German translation and validation. Int J Clin Pharm. 2021 Jun;43(3):726–30. doi:10.1007/s11096-020-01150-w
4. Lau E, Dolovich LR. Drug-related problems in elderly general practice patients receiving pharmaceutical care. International Journal of Pharmacy Practice. 2010 Feb 18;13(3):165–77. doi:10.1211/ijpp.13.3.0002
5. Meid AD, Wirbka L, Moecker R, Ruff C, Weissenborn M, Haefeli WE, et al. Mortality and hospitalizations among patients enrolled in an interprofessional medication management program. Deutsches Ärzteblatt international. 2023 Apr 14. doi:10.3238/arztebl.m2023.0014
6. Moßhammer D, Haumann H, Mörike K, Joos S. Polypharmacy—an Upward Trend with Unpredictable Effects. Deutsches Ärzteblatt international. 2016 Sep 23. doi:10.3238/arztebl.2016.0627
7. Faktenblatt Polymedikation ABDA 2025 [Internet]. [cited 2026 Jan 27]. Available from: https://www.abda.de/fileadmin/user_upload/assets/Faktenblaetter/Faktenblatt_Polymedikation.pdf
8. Entwurf zum Aktionsplan 2026-2029 BMG zur Verbesserung AMTS [Internet]. [cited 2026 Feb 19]. Available from: https://table.media/assets/entwurf-aktionsplan-amts-2026-2029-(1)-(1).pdf
9. Hajjar ER, Cafiero AC, Hanlon JT. Polypharmacy in elderly patients. The American Journal of Geriatric Pharmacotherapy. 2007 Dec;5(4):345–51. doi:10.1016/j.amjopharm.2007.12.002
10. DEGAM, Leitliniengruppe Hessen. S3-Leitlinie Multimedikation [AWMF-Registernummer: 053 - 043]; 2021. [Internet]. [cited 2026 Jan 28]. Available from: https://register.awmf.org/assets/guidelines/053-043l_S3_Multimedikation_2021-08.pdf
11. Diehl D. Pharmakotherapie, Polypharmazie und Adhärenz. In: Schmitz D, Fiedler M, Becker H, Hatebur S, Ortloff JH, editors. Chronic Care - Wissenschaft und Praxis. Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg; 2024. p. 195–206. doi:10.1007/978-3-662-68415-3_24
12. Costa FA, Scullin C, Al-Taani G, Hawwa AF, Anderson C, Bezverhni Z, et al. Provision of pharmaceutical care by community pharmacists across Europe: Is it developing and spreading? Evaluation Clinical Practice. 2017 Dec;23(6):1336–47. doi:10.1111/jep.12783
13. Leitlinie_MedAnalyse BAK [Internet]. [cited 2026 Jan 27]. Available from: https://www.abda.de/fileadmin/user_upload/assets/Praktische_Hilfen/Leitlinien/Medikationsanalyse/LL_MedAnalyse.pdf
14. Grundsatzpapier_MA_MM_GBAM.pdf [Internet]. [cited 2026 Feb 12]. Available from: https://www.abda.de/fileadmin/user_upload/assets/Medikationsmanagement/Grundsatzpapier_MA_MM_GBAM.pdf
15. Seidling HM, Wien K, Fabricius J, John C, Hauser J, Renner K, et al. Short and mid-term impact of community pharmacy-based medication reviews on medication- and patient-related outcomes in Germany. CP. 2021 Mar 1;59(03):188–97. doi:10.5414/CP203841
16. OTS.at [Internet]. 2024 [cited 2026 Jan 28]. Neue Dienstleistung in der Apotheke kann Gesundheit von 500.000 Menschen verbessern. Available from: https://www.ots.at/presseaussendung/OTS_20241204_OTS0096/neue-dienstleistung-in-der-apotheke-kann-gesundheit-von-500000-menschen-verbessern
17. Grundsatzpapier zur Medikationsanalyse und zum Medikationsmanagement-ABDA [Internet]. [cited 2026 Jan 28]. Available from: https://www.abda.de/fileadmin/user_upload/assets/Medikationsmanagement/Grundsatzpapier_MA_MM_GBAM.pdf
18. Graeb F, Berger B, Alf F, Reiber P, Essig G, Wolke R. Medikamentenversorgung und Polypharmazie in der Langzeitpflege: Eine Übersicht zu möglichen Interventionen und die Frage nach einem funktionierenden Konzept. Z Gerontol Geriat. 2025 May;58(3):214–9. doi:10.1007/s00391-024-02340-1
19. Pathak S, Haynes M, Qato DM, Urick BY. Telepharmacy and Quality of Medication Use in Rural Areas, 2013-2019. Prev Chronic Dis. 2020 Sep 3;17:E101. doi:10.5888/pcd17.200012
20. Acosta D. Impact of Telepharmacy on Patients' Medication Adherence and Drug-Related Problem Incidents: A Systematic Review. International Pharmacy Acta. 2025 Nov 3;8(1):e8: 1-13. doi:10.22037/ipa.v8i1.50074
21. Cigolle C, Phillips K. Telepharmacy Model of Care. Clinical Therapeutics. 2023 Oct;45(10):935–40. doi:10.1016/j.clinthera.2023.08.009
22. Aktionsplan 2021-2024_BMG zur Verbesserung AMTS [Internet]. [cited 2026 Feb 19]. Available from: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Gesundheit/Abschlussberichte/Aktionsplan_2021-2024_BMG_AMTS.pdf
23. Zorginstituut Nederland. https://www.farmacotherapeutischkompas.nl/farmacologie/ouderen#section-7-medicatiebeoordeling. Geneesmiddelen bij ouderen.
24. Wenger C. Schulung Medikationsanalyse nach BAK-Curriculum. DAV Akademie [Internet]. 2024 Aug 1 [cited 2026 Jan 29]. Available from: https://akademie.dav-medien.de/medikationsanalyse/
25. Anlage 11 zum Rahmenvertrag nach § 129 SGB V Regelung der pharmazeutischen Dienstleistungen [Internet]. [cited 2026 Jan 27]. Available from: https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/arzneimittel/rahmenvertraege/apotheken/2021_AZ_Anlage_11_RV_129_Abs.2_SGBV_pDl_Protokollnotiz_Anhang_MusterV_Anhang_Abrechnung.pdf
26. pDL_MB_Leistungsbeschreibung_DAV [Internet]. [cited 2026 Jan 27]. Available from: https://www.abda.de/fileadmin/user_upload/assets/Pharmazeutische_Dienstleistungen/pDL/Medikationsberatung/pDL_MB_Leistungsbeschreibung_DAV.pdf
27. Erweiterte Medikationsberatung bei Polymedikation | ABDA [Internet]. [cited 2026 Mar 9]. Available from: https://www.abda.de/pharmazeutische-dienstleistungen/polymedikation/
28. Enners, Salka, Paschke, Viola, Ajanovic, Zawinell, Niepraschk-von Dollen, Thiede M. Der GKV-Arzneimittelmarkt: Klassifikation, Methodik und Ergebnisse 2024 [Internet]. Available from: https://www.wido.de/fileadmin/Dateien/Dokumente/Forschung_Projekte/Arzneimittel/wido_arz_Der_GKV-Arzneimittelmarkt_Klassifikation_Methodik_Ergebnisse_2025d.pdf
29. Kwint HF, Faber A, Gussekloo J, Bouvy ML. Effects of medication review on drug-related problems in patients using automated drug-dispensing systems: a pragmatic randomized controlled study. Drugs & Aging. 2011;28(4):305–14.
30. Schindler E, Hohmann C, Culmsee C. Medication Review by Community Pharmacists for Type 2 Diabetes Patients in Routine Care: Results of the DIATHEM-Study. Front Pharmacol. 2020 Aug 12;11. doi:10.3389/fphar.2020.01176
31. Bischof T, Schmidt-Ilsinger A, Hoppel M, Kreuzer A, Briganser S, Saiko P, et al. Effects of a community pharmacy-based structured medication review on drug-related problems in all-comers with polypharmacy: a randomized, controlled, double-blind, parallel-group trial. Front Med. 2025 Sep 3;12:1656595. doi:10.3389/fmed.2025.1656595
32. Poudel A, Nissen L. Telepharmacy: a pharmacist's perspective on the clinical benefits and challenges. IPRP. 2016 Oct;Volume 5:75–82. doi:10.2147/IPRP.S101685
33. Michel DE, Tonna AP, Dartsch DC, Weidmann AE. Implementation of medication reviews in community pharmacy: reaching consensus on stakeholders' recommendations for mechanisms of change using the nominal group technique. Int J Clin Pharm. 2024;46(3):714–26. doi:10.1007/s11096-024-01708-y
34. Schulz M, Griese-Mammen N, Müller U. Clinical pharmacy services are reimbursed in Germany: challenges of real world implementation remain. Int J Clin Pharm. 2023;45(1):245–9. doi:10.1007/s11096-022-01492-7 PubMed PMID: 36394784; PubMed Central PMCID: PMC9938802.
35. Emadi F, Ghanbarzadegan A, Ghahramani S, Bastani P, Baysari MT. Factors affecting medication adherence among older adults using tele-pharmacy services: a scoping review. Arch Public Health. 2022 Aug 31;80(1):199. doi:10.1186/s13690-022-00960-w
36. Dinh TS, Brueckle MS, González-González AI, Witte J, van den Akker M, Gerlach FM, et al. Stakeholder Perspectives on the Development and Implementation of a Polypharmacy Management Program in Germany: Results of a Qualitative Study. J Pers Med. 2022 Jul 7;12(7):1115. doi:10.3390/jpm12071115 PubMed PMID: 35887612; PubMed Central PMCID: PMC9319191.
37. KNMP-richtlijn Medicatiebewaking [Internet]. [cited 2026 Feb 12]. Available from: https://www.knmp.nl/media/141
38. Viegas R, Dineen-Griffin S, Söderlund LÅ, Acosta-Gómez J, Guiu JM. Telepharmacy and pharmaceutical care: A narrative review by International Pharmaceutical Federation. Farmacia Hospitalaria. 2022 Oct 1;46:86–91. doi:10.7399/fh.13244
39. Westberg A, Andersson P, Sönnerstam E, Mattsson S, Holmner Å, Edin-Liljegren A, et al. Development and evaluation of a telepharmacy service in primary care for home-living older adults in Northern Sweden's rural areas: protocol for a single-arm interventional study. BMJ Open. 2025 Nov 19;15(11):e110198. doi:10.1136/bmjopen-2025-110198 PubMed PMID: 41263936; PubMed Central PMCID: PMC12636900.
40. Langenberger B, Siegel M, Busse R, Vogt V. Health economic evaluation of a medication safety intervention in elderly care: identifying causal effects in a multicenter quasi-experimental study design. BMC Health Serv Res. 2025 May 30;25(1):773. doi:10.1186/s12913-025-12898-0 PubMed PMID: 40448133; PubMed Central PMCID: PMC12124031.
41. Keller MS, Qureshi N, Mays AM, Sarkisian CA, Pevnick JM. Cumulative Update of a Systematic Overview Evaluating Interventions Addressing Polypharmacy. JAMA Netw Open. 2024 Jan 10;7(1):e2350963. doi:10.1001/jamanetworkopen.2023.50963
42. Morillo-Verdugo R, Collado-Borell R, Arrondo-Velasco A, Domínguez-Cantero M, Fernández-Polo A, González-Corominas E, et al. Implementation of pharmaceutical care through Telepharmacy: A guide for professionals and patients. Farmacia Hospitalaria. 2022 Oct 1;46:115–22. doi:10.7399/fh.13260

Danksagung

Wir bedanken uns bei den Apothekerinnen und Apothekern von DocMorris N. V. für ihr Engagement in der Durchführung der pDL und den Patientinnen und Patienten für ihre Teilnahme.

Autorenerklärung

Friederike Geiß berät in ihrer Funktion als Head of Clinical Services bei DocMorris Unternehmen der pharmazeutischen Industrie zu Fragen der Arzneimittelversorgung. Darüber hinaus ist sie Mitglied einer wissenschaftlichen Fachgesellschaft und Vorsitzende des Pharmacy Committee der European Association of E-Pharmacies (EAEP).
Sabine Breiholz und Nadine Simons sind als Senior Project Specialists in der Abteilung Clinical Services bei DocMorris tätig, mit Schwerpunkt im Bereich der Arzneimitteltherapiesicherheit (AMTS). Sie verantworten die Implementierung pharmazeutischer Dienstleistungen im Unternehmen.
Die Autorinnen erklären, dass keine Interessenkonflikte vorliegen

Extended medication counselling for polypharmacy in a telepharmacy setting

Introduction: Drug therapy safety (DTS) in multimorbid patients with polypharmacy provides a central challenge in healthcare. The aim of this study was to evaluate the implementation and effectiveness of the pharmaceutical service "Enhanced Medication Counselling for Polypharmacy" within an online pharmacy and to figure out the detection rate of drug-related problems (DRPs) in a telepharmaceutical setting.

Methods: In a retrospective analysis, N=152 patients (median age: 75 years; 11 medications, Rx and OTC) were investigated who received a structured medication review at online pharmacy DocMorris N.V. between July 2023 and December 2024. Counselling was conducted telepharmaceutical in the patients' home environment according to BAK (Federal Chamber of German Pharmacists) guidelines. Data collected included full medication history (Rx and OTC), clinical parameters, and individual patient needs.

Results: A total of 363 DRPs were detected (average of 2.38 per patient). The most frequent issues involved potential interactions (96.1 %) and adverse effects (56.6 %), followed by dosage anomalies (26.3 %) and lack of adherence (21.1 %). A case study was used to illustrate two detected severe interactions between medicinal products and dietary supplements. The recruitment rate was 44.2 %, proving high acceptance of telepharmaceutical care.

Discussion: The results illustrate that structured medication reviews in a telepharmaceutical setting constitute an effective means of uncovering DTS risks. Direct access to the domestic medication stock and cross-referencing with digital medication dossiers enable targeted pharmaceutical care. Furthermore, the high participation of elderly patients shows that digital care is a valuable, location-independent supplement to standard care for the early identification of critical interactions and side effects in complex polypharmacy.

Keywords

Drug Therapy Safety, Drug related problems, Medication Management, Polypharmacy, Telepharmacy Pharmaceutical Services, Drug Interactions, Online Pharmacy

Zitationshinweis

Breiholz, S., Simons, N., Geiß, F.: „Erweiterte Medikationsberatung bei Polymedikation im telepharmazeutischen Setting“, in: „Monitor Versorgungsforschung“ (MVF 04/26), S. 87–93. http://doi.org/10.24945/MVF.04.26.1866-0533.2853

Dipl.-Biol. Sabine Breiholz MSc ORCID: 0009-0003-6707-2615
ist Senior Project Specialist bei DocMorris N. V. mit dem Schwerpunkt Arzneimitteltherapiesicherheit. Nach ihrer Ausbildung zur PTA studierte sie Biologie an den Universitäten Kassel und Göttingen und erwarb anschließend einen Master of Science in Consumer Health Care an der Berlin School of Public Health der Charité Berlin. Nach ihrer Tätigkeit in der klinischen Forschung arbeitet sie nun im Bereich der AMTS, mit besonderem Interesse an der Adhärenzforschung. Kontakt: Sabine.Breiholz@docmorris.de



Nadine Simons ORCID: 0009-0001-0854-5617
ist als Senior Project Specialist bei DocMorris N. V. tätig. Sie verfügt über eine Ausbildung zur Pharmazeutisch-technischen Assistentin (PTA) sowie über Weiterbildungen im Projektmanagement. In dieser Funktion unterstützt sie interne Projekte im pharmazeutischen Umfeld.
Kontakt: Nadine.Simons@docmorris.de



Dr. rer. nat. Friederike Geiß ORCID: 0009-0008-6243-605X
ist Head of Clinical Services bei DocMorris N. V. und Fachapothekerin für Allgemeinpharmazie. Sie studierte Pharmazie an der Albert-Ludwigs-Universität Freiburg, wo sie im Fach Pharmazeutische Biologie promovierte. Anschließend war sie in verschiedenen öffentlichen Apotheken sowie in einer Krankenhausapotheke tätig. Ihr fachlicher Schwerpunkt ist Arzneimitteltherapiesicherheit. Kontakt: Friederike.Geiss@docmorris.de



Prof. Dr. rer. med. habil. Karel Kostev MA
Dipl.-Biol. Sabine Kluge Msc
Prof. Dr. phil. Marcel Konrad

Reduktion von Analgetika-Verschreibungen durch intraartikuläre Hyaluronsäure bei Kniegelenksarthrose

Eine Real-World-Studie aus der ambulanten Versorgung

Zusammenfassung

Einleitung: Intraartikuläre Hyaluronsäure-Injektionen (HA) werden häufig zur Behandlung von Schmerzen und funktionellen Einschränkungen bei Kniegelenksarthrose (KOA) eingesetzt. Die Evidenz zur Wirksamkeit in der klinischen Routinepraxis und zu den Auswirkungen auf die Analgetika-Verschreibungen ist jedoch begrenzt. Diese Studie untersuchte Veränderungen in der Analgetika-Verschreibung nach HA-Injektionen in einer großen ambulanten Patientenkohorte Real-World-Population.

Methoden: Diese retrospektive Kohortenstudie nutzte Daten aus der IQVIA™ Disease-Analyzer-Datenbank in Deutschland. Eingeschlossen wurden Patienten mit KOA (ICD-10: M17), die zwischen 2011 und 2024 eine erste HA-Injektion erhalten hatten und für die mindestens drei Monate Beobachtungszeit vor und nach der Behandlung vorlagen. Die Endpunkte waren (1) der Anteil der Patienten mit mindestens einer Analgetika-Verschreibung (EPHMRA-ATC-Codes M01A, N02A, N02B) und (2) die Veränderung in der Anzahl verschriebener Analgetika-Tabletten in den drei Monaten vor versus nach der Injektion. Multivariable logistische Regressionsmodelle wurden zur Analyse der Faktoren verwendet, die mit Analgetika-Verschreibungen nach der Behandlung und mit Reduktionen in der Tablettenzahl assoziiert sind.

Ergebnisse: Insgesamt wurden 4.696 Patienten eingeschlossen (mittleres Alter 64,5 Jahre; 53,9% Frauen), darunter 524 Patienten, die mit Recosyn 20 mg behandelt wurden, und 4.172 Patienten, die andere HA-Produkte erhielten. Der Anteil der Patienten mit Analgetika-Verschreibungen sank von 28,6% vor der Injektion auf 26,2% danach (p = 0,004). Bei den mit Recosyn behandelten Patienten ging der Anteil von 25,0% auf 20,0% zurück (p = 0,028). Insgesamt zeigten 70,8% der Patienten mit vorbestehenden Basis-Analgetika-Verschreibungen eine Reduktion der Tablettenzahl um ≥10 % und 70,0 % dieser Patienten eine Reduktion um ≥20%. In multivariablen Analysen war die Behandlung mit Recosyn mit einer geringeren Wahrscheinlichkeit für eine Analgetika-Verschreibung nach der Injektion assoziiert (OR 0,67; 95%-KI 0,53–0,85) und mit einer höheren Wahrscheinlichkeit für eine Reduktion der Analgetika-Tablettenzahl um ≥10% (OR 1,64; 95%-KI 1,05–2,58).

Diskussion: In der ambulanten Routinepraxis waren HA-Injektionen mit moderaten Reduktionen der Analgetika-Verschreibungen bei Patienten mit KOA assoziiert. Größere Reduktionen wurden bei mit Recosyn behandelten Patienten im Vergleich zu Patienten mit anderen HA-Produkten beobachtet.

Schlüsselwörter

Hyaluronsäure, Recosyn, Analgetika, Kniegelenksarthrose, Kohortenstudie

Crossref/doi

http://doi.org/10.24945/MVF.04.26.1866-0533.2855

Kniegelenksarthrose (KOA) ist eine chronische und fortschreitende Gelenkerkrankung, die durch Knorpeldegeneration, subchondrales Knochenremodeling, synoviale Entzündung, Schmerzen und funktionelle Einschränkungen gekennzeichnet ist. Sie zählt zu den häufigsten Ursachen für Behinderung weltweit und betraf im Jahr 2020 schätzungsweise 595 Millionen Menschen. Projektionen weisen auf eine erhebliche weitere Zunahme aufgrund der alternden Bevölkerung hin (GBD 2021 Osteoarthritis Collaborators, 2023). Wichtige Risikofaktoren für KOA sind höheres Alter, weibliches Geschlecht, Adipositas, frühere Gelenkverletzungen sowie biomechanische und berufliche Belastungen (Hunter & Bierma-Zeinstra, 2019). Die Krankheitslast der KOA ist sowohl auf individueller als auch auf gesellschaftlicher Ebene erheblich. Patienten leiden häufig unter chronischen Schmerzen, eingeschränkter Mobilität und beeinträchtigter Lebensqualität, was die Bewältigung des Alltags und die Arbeitsfähigkeit einschränken kann. Aus gesundheitssystemischer Sicht ist KOA mit einer erhöhten Inanspruchnahme medizinischer Leistungen verbunden, darunter ambulante Besuche und Kontrollen, bildgebende Verfahren, medikamentöse Therapien, Rehabilitationsmaßnahmen und chirurgische Eingriffe. Da krankheitsmodifizierende Behandlungen weiterhin begrenzt sind und der Gelenkersatz in der Regel fortgeschrittenen Erkrankungsstadien vorbehalten ist, sind effektive Strategien zur Symptomkontrolle unerlässlich (Cross et al., 2014; GBD 2021 Osteoarthritis Collaborators, 2023).

>> Das Management der KOA folgt in der Regel einem stufenweisen Ansatz, der nicht-pharmakologische und pharmakologische Maßnahmen kombiniert. Nicht-steroidale Antirheumatika (NSAIDs) und andere Analgetika werden häufig zur Schmerzlinderung eingesetzt (Kolasinski et al., 2020; Fransen et al., 2015; Derry et al., 2016). Intraartikuläre Kortikosteroid-Injektionen können bei ausgewählten Patienten kurzfristige symptomatische Linderung bieten (Najm et al., 2021). Bei schwerer Erkrankung oder anhaltenden Beschwerden trotz konservativer Therapie stehen chirurgische Eingriffe wie die Knietotalendoprothese als wirksame, aber ressourcenintensive Optionen zur Verfügung.

Intraartikuläre Hyaluronsäure-Injektionen (HA) werden als Behandlungsoption für Schmerzen und funktionelle Einschränkungen bei KOA weitverbreitet eingesetzt. HA ist ein natürlicher Bestandteil der Synovialflüssigkeit und der extrazellulären Matrix des Knorpels und trägt zur Gelenkschmierung, Viskoelastizität und Stoßdämpfung bei; darüber hinaus werden entzündungshemmende und knorpelschützende Wirkungen diskutiert (Sherman et al., 2025). Zahlreiche randomisierte Studien und Metaanalysen haben die Wirksamkeit von HA-Injektionen untersucht und berichten im Allgemeinen von moderaten, aber statistisch signifikanten Verbesserungen bei Schmerzen und Funktionalität im Vergleich zu Placebo oder Ausgangswerten, wobei die Einschätzung der Behandlungseffekte zwischen den Studien erheblich variiert (Familiari et al., 2023; Gazendam et al., 2021; Migliorini et al., 2025a; Cao et al., 2025; Glinkowski et al., 2025). Es gibt auch Hinweise darauf, dass Formulierungsmerkmale wie das Molekulargewicht oder das Injektionsprotokoll die Behandlungsergebnisse beeinflussen können (Migliorini et al., 2025b; Sherman et al., 2025). Weitere klinische Studien untersuchen alternative Injektionsschemata wie hochkon-

zentrierte HA-Einzelinjektionen (Falkowski et al., 2025). Auch andere intraartikuläre Ansätze, einschließlich plättchenreicher Plasma-Verabreichung, wurden untersucht (Gupta et al., 2025).

Trotz der wachsenden Anzahl randomisierter klinischer Studien und Metaanalysen ist die Evidenz aus der klinischen Routinepraxis begrenzt. Klinische Studien werden typischerweise unter kontrollierten Bedingungen mit strengen Ein- und Ausschlusskriterien durchgeführt, die möglicherweise nicht die Heterogenität der im klinischen Alltag anzutreffenden Patienten vollständig widerspiegeln. Real-World-Studien sind daher wichtig, um Behandlungsergebnisse in breiteren Patientenpopulationen zu bewerten.

Ziel der vorliegenden Studie war es, die Real-World-Wirksamkeit intraartikulärer 20-mg-HA-Injektionen bei Patienten mit Kniegelenksarthrose in der deutschen ambulanten Routineversorgung zu untersuchen. Es wurde analysiert, ob die Einleitung von HA-Injektionen mit einer Reduktion der Analgetika-Verschreibungen assoziiert ist und ob sich diese Reduktionen zwischen Patienten, die mit dem HA-Produkt Recosyn® 20 mg (Fa. Recordati) behandelt wurden, und solchen, die andere HA-Präparate erhielten, unterscheiden.

Methoden

Datenquelle

Die Daten für diese Studie stammen aus der IQVIA™ Disease-Analyzer-Datenbank, die anonymisierte longitudinale Patienteninformationen von Allgemeinmedizinern und Fachärzten in Deutschland enthält. Die Datenbank umfasst routinemäßig erhobene Daten zu Diagnosen, Verschreibungen und grundlegenden demografischen Merkmalen aus den elektronischen Krankenakten der teilnehmenden Praxen. Patientendaten werden monatlich von den teilnehmenden Praxen über standardisierte Schnittstellen an IQVIA übermittelt und vor der Aufnahme in die Datenbank anonymisiert. Die Disease-Analyzer-Datenbank wurde bereits vielfach für epidemiologische und pharmakoepidemiologische Forschung genutzt und gilt als repräsentativ für die deutsche ambulante Bevölkerung (Rathmann et al., 2018).

Studiendesign und Endpunkte

Diese retrospektive Kohortenstudie stellt eine Real-World-Evidence-Analyse auf Basis von Routinedaten der ambulanten Versorgung dar. Eingeschlossen wurden Patienten mit Kniegelenksarthrose-Diagnosen, die zwischen 2011 und 2024 eine erstmalige Hyaluronsäure-Injektion erhalten hatten (Indexdatum). Für diese Patienten wurden zwei Endpunkte ausgewertet:

- Verschreibung von Schmerzmedikamenten/Analgetika (EPHMRA-ATC-Codes: M01A, N02A, N02B), bewertet als binärer Endpunkt (ja/nein) innerhalb von drei Monaten nach dem Indexdatum im Vergleich zu den drei vorhergehenden Monaten.
- Gesamtanzahl der Analgetika/Schmerzmedikamenten-Tabletten pro Patient innerhalb von drei Monaten nach dem Indexdatum im Vergleich zu den drei vorherigen Monaten.

Analgetika-Verschreibungen wurden als klinisch relevanter Endpunkt verwendet, der die Behandlungsentscheidungen von Ärzten als Reaktion auf die Schmerzsymptome der Patienten widerspiegelt. Analysen wurden für alle Patienten mit HA-Injektionen durchgeführt und anschließend stratifiziert nach HA-Produkttyp (Recosyn vs. andere Produkte), Geschlecht (Frauen vs. Männer) und Altersgruppe (<60, 60–69, ≥70 Jahre).

Statistische Analyse

Im ersten Schritt wurde mithilfe des McNemar-Tests der Anteil der Patienten mit mindestens einer Analgetika-Verschreibung innerhalb von drei Monaten vor versus drei Monaten nach der HA-Injektion verglichen.

Zur Beurteilung der Veränderung der Tablettenverschreibungen zwischen den Beobachtungszeiträumen wurden paarweise Differenzen in der Gesamtzahl der verschriebenen Analgetika-Tabletten mithilfe des Vorzeichentests ausgewertet.

Bei Patienten mit mindestens einer Analgetika-Verschreibung innerhalb von drei Monaten vor der Injektion wurde zusätzlich der Anteil der Patienten mit jeglicher Reduktion der Tablettenanzahl sowie mit Reduktionen von mindestens 10% und mindestens 20% der Tablettenzahl ermittelt. Multivariable logistische Regressionsmodelle wurden angewandt, um Assoziationen zwischen Patientenmerkmalen und der Wahrscheinlichkeit einer Analgetika-Verschreibung nach der HA-Injektion zu untersuchen. Die Modelle wurden adjustiert für Vormedikation, Alter, Geschlecht, Krankenversicherungsstatus (gesetzlich vs. privat), Facharztspezialität (Orthopäde vs. Hausarzt) und Recosyn-Behandlung.

Ein zweiseitiger p-Wert < 0,05 wurde als statistisch signifikant angesehen. Alle statistischen Analysen wurden mit SAS® Version 9.4 (SAS Institute, Cary, NC, USA) durchgeführt.

Ergebnisse

Baseline-Charakteristika

Insgesamt erhielten 13.003 Patienten zwischen 2011 und 2024 ihre erste HA-Injektion (20 mg). Von diesen Patienten hatten 5.951 Personen mindestens drei Monate Beobachtungszeit vor dem

Baseline-Charakteristika der Studienpopulation

Variable	HA-Patienten gesamt (n=4.696)	Recosyn (n=524)	Andere HA-Medikamente (n=4.172)	p-Wert
Alter (Mittelwert, SD)	64,5 (13,5)	65,7 (13,1)	64,3 (13,6)	0,030
Alter < 60 Jahre	1.576 (33,6)	171 (32,6)	1.407 (33,7)	0,001
Alter 60-69 Jahre	1.258 (26,8)	119 (22,7)	1.139 (27,3)	
Alter ≥70 Jahre	1.860 (39,6)	234 (44,7)	1.626 (39,0)	
Frauen	2.530 (53,9)	348 (66,4)	2.182 (52,3)	<0,001
Männer	2.166 (46,1)	176 (33,6)	1.990 (47,7)	
GKV	2.267 (48,3)	441 (84,2)	1.826 (43,8)	<0,001
PKV	2.429 (51,7)	83 (15,8)	2.346 (56,2)	
Behandlung durch Hausarzt	680 (14,5)	61 (11,6)	610 (14,8)	0,050
Behandlung durch Orthopäde	4.016 (85,5)	463 (88,4)	3.553 (85,2)	

Tab. 1: Baseline-Charakteristika der Studienpopulation. Anteile der Patienten in % angegeben, sofern nicht anders vermerkt. SD: Standardabweichung. Eigene Darstellung.

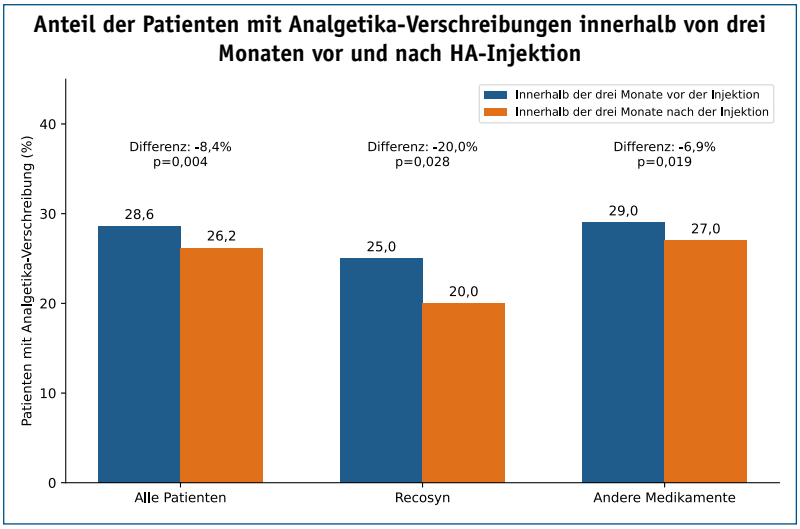


Abb. 1: Anteil der Patienten mit Analgetika-Verschreibungen innerhalb von drei Monaten vor und nach HA-Injektion. Eigene Darstellung.

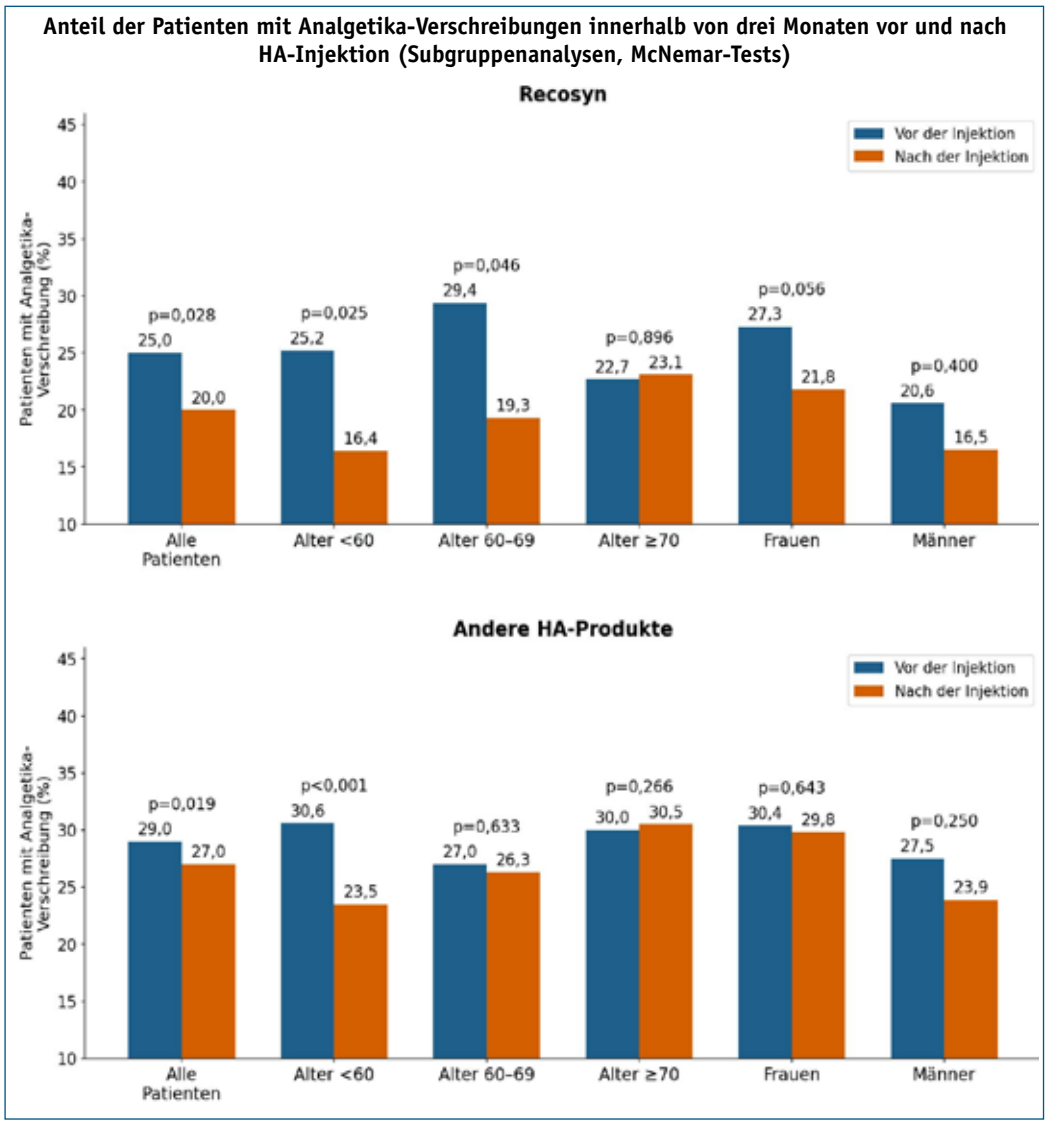


Abb. 2: Anteil der Patienten mit Analgetika-Verschreibungen innerhalb von drei Monaten vor und nach HA-Injektion (Subgruppenanalysen, McNemar-Tests). Eigene Darstellung.

Indexdatum und mindestens drei Monate Nachbeobachtung (Follow-up) danach. Von der Gesamtkohorte hatten 4.696 Patienten eine Gonarthrosen-Diagnose (ICD-10: M17, Kniegelenksarthrose) und wurden in die endgültige Analyse eingeschlossen. Insgesamt erhielten 524 Patienten Recosyn, während 4.172 Patienten mit anderen HA-Produkten behandelt wurden. Die Anzahl der verschriebenen Injektionen war in beiden Gruppen gleich (Median: 5,0; IQR: 0,0).

Unter den 4.696 Patienten betrug das mittlere Alter 64,5 Jahre (SD 13,5). Mit Recosyn behandelte Patienten waren im Durchschnitt etwas älter (65,7 ± 13,1 Jahre) als die Patienten mit anderen HA-Produkten (64,3 ± 13,6 Jahre). In der Gesamtpopulation waren 33,6% jünger als 60 Jahre, 26,8% zwischen 60 und 69 Jahre alt und 39,6% ≥ 70 Jahre. Frauen machten 53,9% aller Patienten aus, darunter 66,4% in der Recosyn-Gruppe und 52,3% in der anderen HA-Gruppe ($p < 0,001$). Die gesetzliche Krankenversicherung war bei 48,3% aller Patienten dokumentiert; darunter 84,2% bei Recosyn-Behandelten und 43,8% bei Patienten der Vergleichsgruppe mit anderen Produkten ($p < 0,001$) (Tab. 1).

Analgetika-Verschreibungen als binärer Endpunkt

Abbildung 1 zeigt den Anteil der Patienten, die in den drei Monaten vor und nach der ersten HA-Injektion mindestens eine Analgetika-Verschreibung erhalten haben. In der Gesamtpopulation sank der Anteil von 28,6% vor der Injektion auf 26,2% danach, was einer relativen Reduktion von 8,4% entspricht (McNemar $p = 0,004$).

Bei Recosyn behandelten Patienten sank der Anteil der Patienten mit Analgetika-Verschreibungen von 25,0% vor auf 20,0% nach der Injektion (relative Reduktion: 20,0%; $p = 0,028$). Bei anderen HA-Produkten veränderte sich der Anteil von 29,0% vor auf 27,0% nach der Injektion (relative Reduktion: 6,9%; $p = 0,019$).

Abbildung 2 zeigt die altersspezifischen Muster. Bei Patienten unter 60 Jahren sank der Anteil der Analgetika-Anwender von 30,0% auf 22,8% (relative Reduktion: 24,0%; p < 0,001). Bei Patienten zwischen 60 und 69 Jahren waren es 27,3% vor und 25,6% nach der Injektion (relative Reduktion: 6,2%; p=0,288). Bei Patienten ≥70 Jahre stieg der Anteil leicht von 28,2% vor auf 29,6% nach der Injektion an (p = 0,274). Bei Frauen lagen die Anteile bei 30,0% vor und 28,7% nach der Injektion (–4,3%; p = 0,264), bei Männern bei 26,9% vor und 23,3% nach der Injektion (–13,4 %; p = 0,262).

Veränderung der Tablettenzahl

In der Gesamtpopulation betrug die mediane Tablettenzahl 0 (IQR: 0–20) vor und 0 (IQR: 0–7) nach der Injektion. Der Vorzeichentest wies auf eine statistisch signifikante Veränderung der Tablettenzahl zwischen den beiden Zeiträumen hin Teststatistik = –44; p = 0,044). In der Recosyn-Subgruppe lagen sowohl die präals auch die post-injektionsbezogenen Mediane bei 0, wobei der Vorzeichentest eine signifikante Veränderung zeigte von –16 (p = 0,018). Bei anderen HA-Produkten veränderte sich der Median hingegen nicht signifikant (p = 0,184).

Für eine Reduktion der Tablettenzahl um ≥10% zeigten 70,8% aller Patienten mit einer Analgetika-Ausgangsverschreibung dieses Niveau. Bei Recosyn behandelten Patienten wiesen 77,9% eine Reduktion um ≥10% auf gegenüber 70,0% bei anderen HA-Produkten (p = 0,060). Für eine Reduktion um ≥20% lag der Gesamtanteil bei 70,0%; wobei 75,6% der mit Recosyn behandelten Patienten und 69,4% der Patienten mit anderen Produktgruppen diesen Schwellenwert erreichten (p = 0,144) (Abb. 3).

Regressionsanalyse

Eine Analgetika-Verschreibung in den drei Monaten vor der Injektion war mit höherer Wahrscheinlichkeit für eine Verschreibung nach der Injektion assoziiert (OR: 2,86; 95%-KI: 2,48–3,30). Patienten ≥70 Jahre hatten eine höhere Wahrscheinlichkeit für eine postinjektionelle Analgetika-Verschreibung als Patienten <60 Jahre (OR: 1,45; 95%-KI: 1,23–1,71). Männer hatten eine geringere Wahrscheinlichkeit als Frauen (OR: 0,75; 95%-KI: 0,65–0,86). Bei Behandlung durch Orthopäden war die Wahrscheinlichkeit geringer als bei Hausärzten (OR: 0,41; 95%-KI: 0,34–0,49). Bei Recosyn-Behandlung zeigt sich eine Assoziation mit weniger Analgetika-Verschreibung nach der Injektion (OR: 0,67; 95%-KI: 0,53–0,85) (Tab. 2).

Die Behandlung war mit höheren Quoten für eine Reduktion der Tablettenzahl um mindestens 10% assoziiert (OR: 1,64; 95%-KI: 1,05–2,58) und mit ebenfalls höheren, jedoch statistisch nicht signifikanten Wahrscheinlichkeit für eine Reduktion um mindestens 20% (OR: 1,51; 95%-KI: 0,97–2,34).

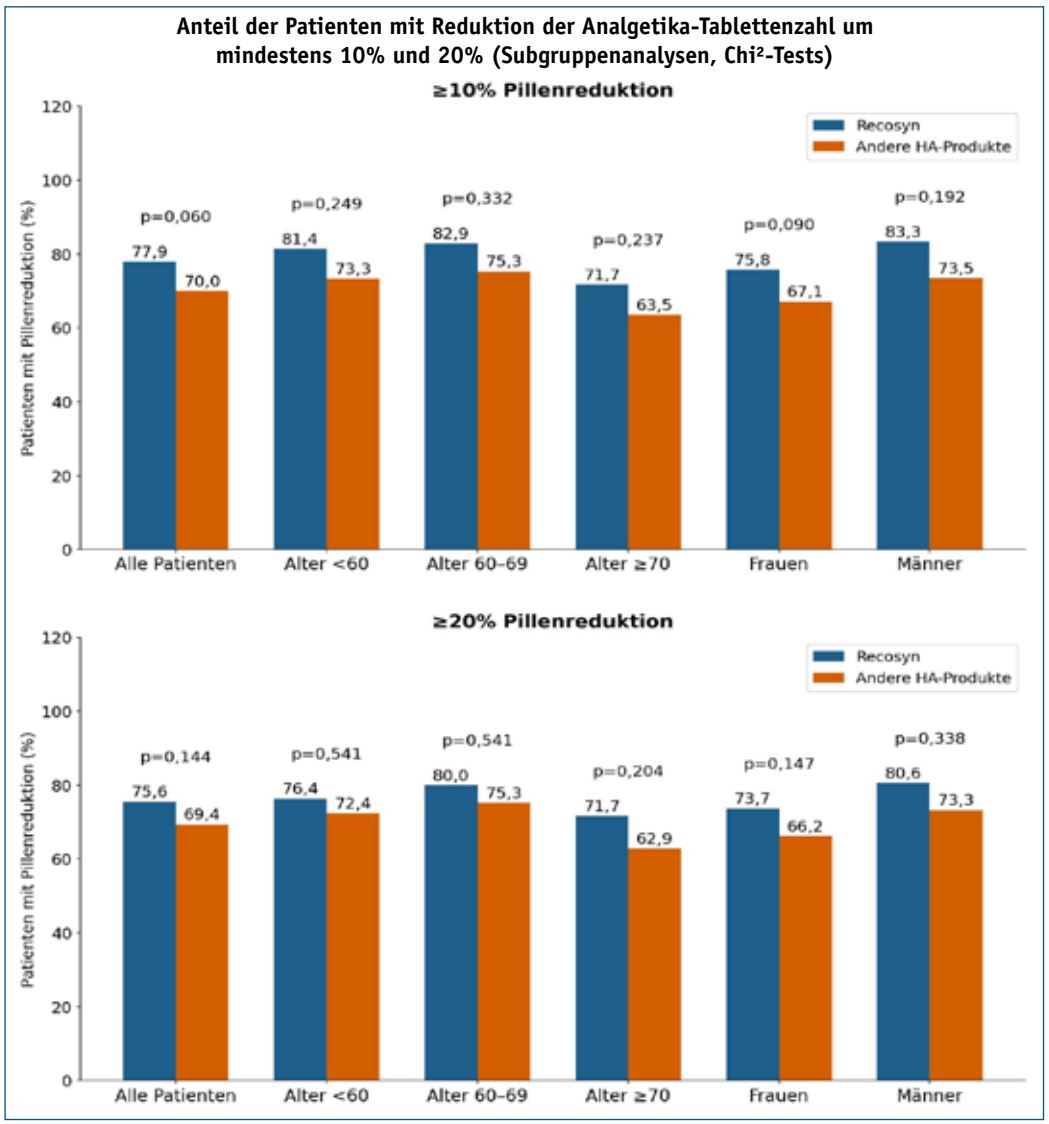


Abb. 3: Anteil der Patienten mit Reduktion der Analgetika-Tablettenzahl um mindestens 10% und 20% (Subgruppenanalysen, Chi²-Tests). Eigene Darstellung.

Diskussion

Die vorliegende Real-World-Studie untersuchte Veränderungen im Analgetika-Verschreibungsverhalten vor und nach intraartikulä-

ren Hyaluronsäure-Injektionen bei knapp 4.700 Patienten mit Kniegelenksarthrose in deutschen Arztpraxen.

Insgesamt waren HA-Injektionen mit moderaten, aber signifikanten Reduktionen sowohl im Anteil der Patienten mit Analgetika-Verschreibungen als auch im Volumen verschriebener Analgetika-Tabletten in den drei Monaten nach der Behandlung assoziiert. Diese Reduktionen waren bei mit Recosyn behandelten Patienten konsistent über mehrere Endpunkte hinweg stärker ausgeprägt als bei Patienten, die andere HA-Präparate erhielten, sowohl in deskriptiven Analysen als auch in multivariablen Modellen. Die Recosyn-Behandlung zeigte eine konsistente und unabhängige Assoziation mit einer geringeren Wahrscheinlichkeit für Analgetika-Verschreibungen sowie mit einer höheren Wahrscheinlichkeit für eine klinisch relevante Reduktion der Analgetika-Tablettenanzahl. Die beobachteten Unterschiede zugunsten von Recosyn könnten auf produktspezifische Eigenschaften hinweisen, insbesondere vor dem Hintergrund der konsistenten Effekte über mehrere Analysen hinweg. Gleichzeitig können Unterschiede in der Patientenselektion oder im Versorgungssetting nicht ausgeschlossen werden.

Assoziation zwischen Baseline-Merkmalen, Recosyn-Therapie und Analgetika-Verschreibung nach dem Index-Datum

Variable	Odds Ratio (95%-KI)	p-Wert
Analgetika-Verschreibung in den drei Monaten vor der Injektion	2,86 (2,48–3,30)	<0,001
Alter < 60 Jahre	Referenz	
Alter 60-69 Jahre	1,18 (0,99–1,43)	0,065
Alter >70 Jahre	1,45 (1,23–1,71)	<0,001
Frauen	Referenz	
Männer	0,75 (0,65–0,86)	<0,001
GKV	Referenz	
PKV	0,99 (0,86–1,14)	0,882
Behandlung durch Hausarzt	Referenz	
Behandlung durch Orthopäde	0,41 (0,34–0,49)	<0,001
Andere HA-Medikamente	Referenz	
Recosyn	0,67 (0,53–0,85)	0,001

Tab. 2: Assoziation zwischen Baseline-Merkmalen, Recosyn-Therapie und Analgetika-Verschreibung nach dem Index-Datum (multivariables logistisches Regressionsmodell). Eigene Darstellung.

Die Richtung dieser Befunde stimmt mit der vorhandenen Evidenz aus randomisierten Studien und Metaanalysen überein. Diese Evidenz zeigt, dass Viskosupplementation eine symptomatische Verbesserung bei Kniegelenksarthrose bewirken kann, obwohl das Ausmaß des Nutzens zwischen Studien variiert. Eine systematische Übersicht und Metaanalyse von Pereira et al. (2022) berichtete statistisch signifikante Verbesserungen bei Schmerz und Funktion im Vergleich zu Placebo, betonte jedoch, dass die durchschnittli-

Literatur

1. Altman RD, Bedi A, Karlsson J, Sancheti P, Schemitsch E. Product Differences in Intra-articular Hyaluronic Acids for Osteoarthritis of the Knee. Am J Sports Med. 2016 Aug;44(8):2158-65.
2. Bally M, Dendukuri N, Rich B, Nadeau L, Helin-Salmivaara A, Garbe E, Brophy JM. Risk of acute myocardial infarction with NSAIDs in real world use: bayesian meta-analysis of individual patient data. BMJ. 2017 May 9;357:j1909.
3. Cao K, et al. Quantitative analysis of the efficacy and associated factors of intra-articular hyaluronic acid with respect to osteoarthritis symptoms: A systematic review of randomized trials and model-based meta-analysis. Osteoarthritis Cartilage. 2025 Jun;33(6):666-679.
4. Cross M, Smith E, Hoy D, et al. The global burden of hip and knee osteoarthritis: estimates from the global burden of disease 2010 study. Ann Rheum Dis. 2014 Jul;73(7):1323-1330.
5. Derry S, Conaghan P, Da Silva JA, Wiffen PJ, Moore RA. Topical NSAIDs for chronic musculoskeletal pain in adults. Cochrane Database Syst Rev. 2016;4(4):CD007400.
6. Falkowski A, et al. Single Injection of Highly Concentrated Hyaluronic Acid as Treatment for Symptomatic Knee Osteoarthritis. J Clin Med. 2025;14(10):3557.
7. Familiari F, et al. Efficacy of intra-articular injections of hyaluronic acid in patients with glenohumeral joint osteoarthritis. J Orthop Res. 2023;41(11):2345-2358.
8. Ferkel E, Manjoo A, Martins D, Bhandari M, Sethi P, Nicholls M. Intra-articular Hyaluronic Acid Treatments for Knee Osteoarthritis: A Systematic Review of Product Properties. Cartilage. 2023;14(4):424-432.
9. Gazendam A, et al. Intra-articular saline injection is as effective as corticosteroids, platelet-rich plasma and hyaluronic acid for hip osteoarthritis pain. Br J Sports Med. 2021;55(5):256-261.
10. GBD 2021 Osteoarthritis Collaborators. Global, regional, and national burden of osteoarthritis, 1990-2020 and projections to 2050. Lancet Rheumatol. 2023;5(9):e508-e522.
11. Gregori D, et al. Association of Pharmacological Treatments With Long-term Pain Control in Patients With Knee Osteoarthritis. JAMA. 2018;320(24):2564-2579.
12. Glinkowski W, et al. Molecular Mechanisms and Therapeutic Role of Intra-Articular Hyaluronic Acid in Osteoarthritis. J Clin Med. 2025;14(8):2547.
13. Gupta N, et al. Long-term effectiveness of intra-articular injectables in patients with knee osteoarthritis. J Orthop Surg Res. 2025;20(1):227.
14. Hunter DJ, Bierma-Zeinstra S. Osteoarthritis. Lancet. 2019;393(10182):1745-1759.
15. Kolasinski SL, et al. 2019 American College of Rheumatology/Arthritis Foundation Guideline for the Management of Osteoarthritis. Arthritis Rheumatol. 2020;72(2):220-233.
16. Lu KH, et al. Different molecular weights of hyaluronan research in knee osteoarthritis. Matrix Biol. 2023;117:46-71.
17. Migliorini F, et al. Intra-articular hyaluronic acid injections for hip osteoarthritis. Eur J Orthop Surg Traumatol. 2025;35(1):180.
18. Migliorini F, et al. Intra-articular Hyaluronic Acid Injections May Reduce Pain in Knee Osteoarthritis. Sports Med. 2025;55(8):1953-1969.
19. Miller LE, et al. Safety of Intra-Articular Hyaluronic Acid for Knee Osteoarthritis. Cartilage. 2021;13(1_suppl):351S-363S.
20. Najm A, et al. Efficacy of intra-articular corticosteroid injections in knee osteoarthritis. Joint Bone Spine. 2021;88:105198.
21. Pereira TV, et al. Viscosupplementation for knee osteoarthritis: systematic review and meta-analysis. BMJ. 2022;378:e069722.
22. Petersen SR, et al. Bleeding risk using non-steroidal anti-inflammatory drugs in anticoagulated patients with atrial fibrillation. Eur Heart J Qual Care Clin Outcomes. 2025;11(8):1340-1350.
23. Postler A, et al. Prevalence and treatment of hip and knee osteoarthritis in people aged 60 years or older in Germany. Clin Interv Aging. 2018;13:2339-2349.
24. Rathmann W, et al. Basic characteristics and representativeness of the German Disease Analyzer database. Int J Clin Pharmacol Ther. 2018;56(10):459-466.
25. Sarganas G, et al. Prevalence, trends, patterns and associations of analgesic use in Germany. BMC Pharmacol Toxicol. 2015;16:28.
26. Sherman SL, et al. Mechanisms of Action of Intra-articular Hyaluronic Acid Injections for Knee Osteoarthritis. Am J Sports Med. 2025;53(11):2771-2782.
27. Wu YZ, et al. Molecular Weight of Hyaluronic Acid Has Major Influence on Its Efficacy and Safety for Viscosupplementation in Hip Osteoarthritis. Cartilage. 2021;13(1_suppl):169S-184S.

Assoziation zwischen Baseline-Merkmalen, Recosyn-Therapie und der Wahrscheinlichkeit einer Analgetika-Reduktion				
Variable	**Reduktion ≥10%: OR (95%-KI)**	**p-Wert**	**Reduktion ≥20%: OR (95%-KI)**	**p-Wert**
Tablettenzahl vor Injektion (je 10 Tabletten)	0,98 (0,96–1,00)	0,041	0,97 (0,96–0,99)	0,006
Alter < 60 Jahre	Referenz		Referenz	
Alter 60-69 Jahre	1,14 (0,82–1,59)	0,436	1,20 (0,86–1,67)	0,282
Alter >70 Jahre	0,67 (0,55–0,88)	0,005	0,70 (0,53–0,92)	0,012
Frauen	Referenz		Referenz	
Männer	1,37 (1,07–1,75)	0,014	1,41 (1,10–1,81)	0,007
GKV	Referenz		Referenz	
PKV	0,96 (0,74–1,25)	0,765	0,98 (0,75–1,26)	0,851
Behandlung durch Hausarzt	Referenz		Referenz	
Behandlung durch Orthopäde	2,28 (1,71–3,04)	<0,001	2,26 (1,70–3,00)	<0,001
Andere HA-Medikamente	Referenz		Referenz	
Recosyn	1,64 (1,05–2,58)	0,032	1,51 (0,97–2,34)	0,068

Tab. 3: Assoziation zwischen Baseline-Merkmalen, Recosyn-Therapie und der Wahrscheinlichkeit einer Analgetika-Reduktion. Eigene Darstellung.

chen Effektgrößen moderat sind. Die vorliegenden Ergebnisse, die aus der ambulanten Routinepraxis stammen und Analgetika-Verschreibungen als Proxy-Endpunkt verwenden, fügen sich in diese breitere Evidenzbasis ein und erweitern sie um wichtige Daten aus der Versorgungsrealität.

Die beobachteten Reduktionen der Analgetika-Verschreibungen dürften klinisch relevant und ein Hinweis auf eine verbesserte Lebensqualität sein, insbesondere bei älteren Patienten mit Kniegelenksarthrose, die häufig Multimorbidität und Polypharmazie aufweisen. Die Langzeitanwendung von Analgetika, insbesondere nicht-steroidale Antirheumatika (NSAIDs) und Opioid-Wirkstoffe, ist mit erhöhten Risiken für unerwünschte Arzneimittelereignisse und Arzneimittelwechselwirkungen assoziiert (Bally et al., 2017; Petersen et al., 2025). Strategien zur Reduktion des Analgetika-Bedarfs sind daher klinisch und auch gesundheitsökonomisch vorteilhaft.

Die stärker ausgeprägten Reduktionen der Analgetika-Verschreibungen bei Recosyn-behandelten Patienten könnten teilweise durch Unterschiede in den HA-Formulierungsmerkmalen erklärt werden. Produktbezogene Übersichten weisen darauf hin, dass Molekulargewicht, Konzentration und strukturelle Eigenschaften von HA-Präparaten das viskoelastische Verhalten und die intraartikuläre Verweildauer beeinflussen (Altman et al., 2016; Ferkel et al., 2023). Insbesondere Präparate mit höherem Molekulargewicht können die mechanische Schmierung und Stoßdämpfung im Gelenk verbessern und damit zu einer symptomatischen Verbesserung beitragen (Lu et al., 2023).

Einige Einschränkungen sollten bei der Interpretation der vorliegenden Befunde berücksichtigt werden. Erstens enthält die Datenbank Informationen zu verschriebenen Medikamenten, erfasst jedoch keine nicht verschreibungspflichtigen (OTC) Analgetika. Zweitens beruht die Datenbank auf der Routinedokumentation und ICD-10-Kodierung, die keine detaillierte Beurteilung klinischer Parameter wie Schmerzintensität, Funktionsstatus oder radiologisches Erkrankungsstadium ermöglicht. Drittens erfasst die Datenbank die ambulante Versorgung und umfasst daher möglicherweise keine ausschließlich stationär behandelten Ereignisse. Schließlich schränkt das Prä-post-Beobachtungsdesign ohne unbehandelte Vergleichsgruppe die Möglichkeit kausaler Schlussfolgerungen ein.

Trotz dieser Einschränkungen liefert die vorliegende Studie Daten aus der klinischen Routineversorgung zu Behandlungsergebnissen nach HA-Injektionen in einer großen ambulanten Population.

Zusammenfassend lässt sich festhalten: Intraartikuläre Hyaluronsäure-Injektionen waren in der klinischen Routineversorgung konsistent mit Reduktionen der Analgetika-Verschreibungen assoziiert, wobei bei mit Recosyn behandelten Patienten in deskriptiven und multivariablen Analysen durchgehend ausgeprägtere Reduktionen beobachtet wurden. <<

Autorenerklärung

K. Kostev und S. Kluge sind Mitarbeiter von IQVIA. M. Konrad ist Professor an der FOM Hochschule für Oekonomie & Management. Die dem Beitrag zugrunde liegende Studie wurde von den Autor:innen unabhängig konzipiert und vollständig durchgeführt. Nach Abschluss der Untersuchung erwarb das Unternehmen Recordati die fertige Studie von IQVIA.
Die Autor:innen erklären, dass Recordati zu keinem Zeitpunkt Einfluss auf das Studiendesign, die Datenerhebung, die Auswertung, die Interpretation der Ergebnisse oder die Erstellung des Manuskripts nahm. Darüber hinaus bestehen keine weiteren potenziellen Interessenkonflikte.

Zitationshinweis

Kostev, K., Kluge, S., Konrad, M.: „Reduktion von Analgetika-Verschreibungen durch intraartikuläre Hyaluronsäure bei Kniegelenksarthrose: Eine Real-World-Studie aus der ambulanten Versorgung“ (MVF 04/26), S. 94–100. http://doi.org/10.24945/MVF.04.26.1866-0533.2855

Intra-articular hyaluronic acid in knee osteoarthritis: A real-world study on the reduction of analgesic prescriptions in outpatient care

Introduction: Intra-articular hyaluronic acid (HA) injections are widely used to treat pain and functional impairment in patients with knee osteoarthritis (KOA). However, evidence on their effectiveness in routine clinical practice and on their impact on analgesic prescribing remains limited. This study examined changes in analgesic prescriptions following HA injections in a large real-world outpatient cohort.

Methods: This retrospective cohort study used data from the IQVIA™ Disease Analyzer database in Germany. Patients with KOA (ICD-10: M17) who received a first HA injection between 2011 and 2024 and had at least three months of observation time before and after treatment were included. Endpoints were (1) the proportion of patients with at least one analgesic prescription (EPHMRA-ATC codes M01A, N02A, N02B) and (2) the change in the number of prescribed analgesic tablets in the three months before versus after the injection. Multivariable logistic regression models were used to analyze factors associated with analgesic prescriptions after treatment and with reductions in tablet counts.

Results: A total of 4,696 patients were included (mean age 64.5 years; 53.9% female), including 524 patients treated with Recosyn 20 mg and 4,172 patients who received other HA products. The proportion of patients with analgesic prescriptions decreased from 28.6% before the injection to 26.2% afterward ($p = 0.004$). Among patients treated with Recosyn, the proportion declined from 25.0% to 20.0% ($p = 0.028$). Overall, 70.8% of patients with baseline analgesic prescriptions showed a ≥10% reduction in tablet count, and 70.0% showed a ≥20% reduction. In multivariable analyses, treatment with Recosyn was associated with a lower likelihood of receiving an analgesic prescription after the injection (OR 0.67; 95% CI 0.53–0.85) and with a higher likelihood of achieving a ≥10% reduction in analgesic tablet count (OR 1.64; 95% CI 1.05–2.58).

Discussion: In routine outpatient practice, HA injections were associated with moderate reductions in analgesic prescribing among patients with KOA. Larger reductions were observed in patients treated with Recosyn compared with those receiving other HA products.

Keywords

Keywords: Hyaluronic acid, Recosyn, analgesics, knee osteoarthritis, cohort study



Prof. Dr. rer. med. habil. Karel Kostev MA ORCID: 0000-0002-2124-7227
ist Scientific Principal und Leiter des Epidemiologie-Teams bei IQVIA in Frankfurt. Er hat Soziologie und Statistik studiert sowie in Medizin promoviert und habilitiert. Er lehrt epidemiologische und medizinische Fächer am Universitätsklinikum in Marburg. Sein Arbeitsschwerpunkt ist die Versorgungsforschung im Bereich der chronischen Erkrankungen. Kontakt: Karel.Kostev@iqvia.com



Dipl.-Biol. Sabine Kluge MSc ORCID: 0009-0009-6183-7457
ist Pressesprecherin von IQVIA in Frankfurt. Sie hat in Tübingen und Berlin Biologie und Wissenschaftskommunikation studiert und an Hochschulen und Forschungsorganisationen in der Kommunikationsarbeit die Schwerpunkte Naturwissenschaften, Medizin und Technik vertreten.
Kontakt: Sabine.Kluge@iqvia.com



Prof. Dr. phil. Marcel Konrad ORCID: 0009-0009-6183-7457
ist Professor an der FOM Hochschule für Oekonomie & Management in Essen und dort am Institut für Gesundheit & Soziales (ifgs) tätig. Zuvor lehrte er unter anderem am Fachbereich Gesundheit der Hochschule Fresenius in Idstein. Seine Forschungsschwerpunkte liegen in quantitativer Versorgungsforschung, Epidemiologie und Public Health, insbesondere mit Fokus auf psychiatrische und kardiovaskuläre Erkrankungen sowie in der Pharmakoepidemiologie. Kontakt: Marcel.Konrad@fom.de



Real World Data

Wir beantworten Ihre Fragestellungen zum realen Versorgungsgeschehen

Flexibler Zugang zu Versorgungsdaten

Wir bearbeiten Ihre Fragestellungen zum realen Versorgungsgeschehen wissenschaftlich präzise und praxisnah. Dies schließt Vorhaben von Krankenkassen (§§ 25b, 64, 140a SGB V) ebenso ein wie Forschungsfragen von Leistungserbringern oder der Industrie.

Wir nutzen Forschungsdatensätze, die anonymisierte Abrechnungsdaten von gesetzlich Versicherten umfassen und repräsentativ für die deutsche Bevölkerung sind. Darüber hinaus arbeiten wir im Rahmen gemeinsamer Forschungsprojekte regelmäßig mit einzelnen Krankenkassen zusammen. Auf Wunsch unterstützen wir Sie zudem bei Anträgen an das Forschungsdatenzentrum Gesundheit (FDZ-Anträge) sowie beim Zugang zu weiteren Datenquellen.

Gemeinsam mit Ihnen schaffen wir Evidenz zur Verbesserung der Versorgung und für wirtschaftliche Entscheidungen im Gesundheitswesen!

Was heute schon geht

Auf Wunsch zeigen wir Ihnen, wie mit frei zugänglichen Daten bereits heute eine datengetriebene Vorhersage des regionalen Gesundheitsbedarfs in Deutschland möglich ist. Am Beispiel der onkologischen Versorgung demonstrieren wir, wie demografische und epidemiologische Informationen mit Versorgungsstrukturdaten verknüpft werden können, um Versorgungslücken zu identifizieren und eine evidenzbasierte Planung zu unterstützen.

Vereinbaren Sie einen Gesprächstermin!



Dr. oec. publ. Matthias Arnold
Senior Gesundheitsökonom
Bereichsleiter Analytik
Tel.: +49 (0)30 24 63 12 22
E-Mail: arnold@inav-berlin.de

inav Institut für angewandte Versorgungsforschung

inav – privates Institut für angewandte Versorgungsforschung GmbH
Schiffbauerdamm 12 | 10117 Berlin

Tel.: +49 (0)30 24 63 12 22
E-Mail: info@inav-berlin.de
Web: www.inav-berlin.de

AKTIONSBÜNDNIS
PATIENTENSICHERHEIT

Neuer geschäftsführender Vorstand im Aktionsbündnis Patientensicherheit (APS) gewählt – Weichenstellung für die Zukunft

Das Aktionsbündnis Patientensicherheit (APS) hat einen neuen geschäftsführenden Vorstand gewählt und damit zentrale Impulse für die zukünftige Ausrichtung gesetzt. Mit großer fachlicher Expertise, langjähriger Erfahrung und breiter Vernetzung im Gesundheitswesen tritt das neue Führungsteam an, um die Patientensicherheit in Deutschland weiter zu stärken und strategisch weiterzuentwickeln.

Gewählt wurden:

1. **Vorsitzende: Dr. med. Heidemarie Haeske-Seeberg**
2. **Stellvertretender Vorsitzender: Prof. Dr. Albrecht Stier**
3. **Generalsekretärin: Dr. med. Franziska Diel, MPH**

Der neue Vorstand steht für Kontinuität und Aufbruch zugleich: Bestehende Initiativen sollen konsequent weitergeführt, gleichzeitig neue Impulse gesetzt und die gesellschaftliche wie politische Relevanz der Patientensicherheit weiter geschärft werden.

Interview mit der Vorsitzenden Dr. med. Heidemarie Haeske-Seeberg



„Patientensicherheit braucht Engagement, Vernetzung und klare Ziele"

Frau Dr. Haeske-Seeberg, was hat Sie zur Kandidatur motiviert?
Seit über 35 Jahren engagiere ich mich in den Bereichen Qualitätsmanagement, Qualitätssicherung, klinisches Risikomanagement und Ethik. Dieses Engagement möchte ich nun verstärkt in einer Phase einbringen, in der ich meine Erfahrung umfassend und ehrenamtlich einsetzen kann. Patientensicherheit bleibt ein Feld mit großem Entwicklungspotenzial – sowohl strukturell als auch kulturell.

Welche Impulse möchten Sie im APS setzen?
Neben klassischen Themen spielen Zukunftsfelder wie KI in der Medizin, Nachhaltigkeit und Resilienz eine immer größere Rolle. Diesen Themen müssen wir uns stellen und die wesentlichen Risiken für die Patientensicherheit erkennen lernen.

Wo sehen Sie inhaltliche Schwerpunkte?
Die Stärkung des Netzwerkgedankens ist mir wichtig. Dabei spielen die Arbeits- und Expertengruppen im APS stets eine wichtige Rolle. Aber auch den Austausch mit politisch Verantwortlichen, unseren Förderern, Projektpartnern, dem Kuratorium, Beirat und Patientenvertretern möchte ich pflegen. Nicht zuletzt möchte ich den Wissenstransfer durch Tagungen und virtuelle Formate ausbauen.

Interview mit dem Stellv. Vorsitzender Prof. Dr. Albrecht Stier



„Qualität und Sicherheit gehören untrennbar zusammen"

Herr Prof. Stier, was treibt Sie an?
Nach über 40 Jahren in Klinik, Wissenschaft und Verbandsarbeit möchte ich meine Erfahrung gezielt in das APS einbringen. Die Patientenversorgung profitiert von einer Sicherheitsstruktur und -kultur. Diese Verbindung muss im Alltag noch stärker verankert werden.

Welche Rolle spielt Zusammenarbeit?
Eine entscheidende. Ich sehe großes Potenzial in der engeren Zusammenarbeit mit Fachgesellschaften und Partnerorganisationen. Ziel ist es, Synergien zu nutzen und gemeinsam tragfähige Lösungen zu entwickeln.

Welche Herausforderungen stehen im Fokus?
Der Wandel im Gesundheitswesen – etwa durch Ambulantisierung, Digitalisierung und veränderte Berufsrollen – erfordert neue Antworten. Hier möchte ich dazu beitragen, tragfähige Strategien für mehr Sicherheit zu entwickeln.

Interview mit der Generalsekretärin Dr. med. Franziska Diel, MPH



„Patientensicherheit muss handlungsleitendes Prinzip werden"

Frau Dr. Diel, was motiviert Sie für Ihre neue Aufgabe?
Als Ärztin und Public-Health-Expertin mit vielfältiger Erfahrung möchte ich etwas zurückgeben. Patientensicherheit ist für mich die zentrale Zielgröße im Gesundheitswesen – und ich möchte sie stärker, motivierend und sektorenübergreifend voranbringen.

Welche Kompetenzen bringen Sie ein?
Mein Hintergrund reicht von Qualitätsmanagement über Gesundheitsökonomie bis hin zu politischer Beratung und Gesetzgebung. Besonders wichtig ist mir die Verbindung von fachlicher Expertise, Managementkompetenz und breiter Vernetzung.

Welche Schwerpunkte setzen Sie?
Ich denke in drei Ebenen: Patientensicherheit politisch verankern (Makro), Zusammenarbeit stärken (Meso) und Fachkräfte sowie Patient:innen gezielt unterstützen (Mikro).

Dabei spielen Digitalisierung, Transparenz und realistische Zielsetzungen eine zentrale Rolle.

Stimmen aus dem erweiterten Vorstand (Beisitz)

Sechs engagierte Persönlichkeiten bringen künftig ihre Expertise in das APS ein.



Dr. Anke Jentzsch

Leitung Stabsstelle Pflegeentwicklung & Pflegewissenschaftlerin mit Erfahrung in Praxis, Management und Bildung.

Was ist Ihr Fokus?
Patientensicherheit durch strukturierte, patientenorientierte Prozesse und Zusammenarbeit stärken. Dabei bringe ich gezielt die Perspektive der Pflege in die Weiterentwicklung ein.

Prof. Dr. Silke Kuske



Professorin an der Fliedner Fachhochschule mit den Schwerpunkten Versorgungs- und Implementierungsforschung, insbesondere Qualitäts- und Patientensicherheitsforschung.

Was möchten Sie einbringen?
Patientensicherheit durch Vernetzung von Wissenschaft und Praxis sowie nachhaltige Implementierung stärken. Als langjähriges APS-Mitglied bringe ich meine interdisziplinäre Expertise gezielt ein.



Sibylle Malinke

Volkswirtin, seit fast 25 Jahren beim Verband der Ersatzkassen tätig, davon über 15 Jahre im Kompetenzzentrum Medizin.

Was ist Ihnen wichtig?
Stärkung der Patientensicherheit durch interdisziplinäre Zusammenarbeit und Verbesserung der Gesundheitskompetenz in diesem Bereich. Zudem setze ich Schwerpunkte auf Sepsis-Aufklärung sowie die Einbindung von Patienten- und Angehörigenperspektiven.

Frederik Meilwes



Geschäftsführer der Gesellschaft für Risiko-Beratung mbH (GRB). Erfahrung in Beratung zum klinischen Risikomanagement sowie in klinischer und präklinischer Praxis, ergänzt durch Management-Expertise.

Welche Themen treiben Sie an?
Patientensicherheit in der Notfallversorgung und im digitalen Gesundheitswesen stärken. Mit Weitblick konkrete Verbesserungen dort vorantreiben, wo sie den größten Beitrag zu einer sicheren Versorgung leisten.



Prof. Dr. Stefan Schröder

Chefarzt der Klinik für Anästhesiologie, Intensivmedizin, Notfallmedizin und Schmerztherapie des Artemed Klinikums in Düren und seit 2023 Beisitzer im APS-Vorstand.

Wofür stehen Sie?
Ich setze auf Safety-II: Anstatt sich nur auf die Vermeidung von Fehlern zu konzentrieren, rückt dieser Ansatz das Gelingen in den Fokus. Ich möchte erfolgreiche Abläufe verstehen und stärken, um die Patienten- und Mitarbeitersicherheit nachhaltig zu verbessern und die Resilienz im Gesundheitswesen zu fördern.

Prof. Dr. Hanna Seidling



Apothekerin und Leiterin der Kooperationseinheit Klinische Pharmazie am Universitätsklinikum Heidelberg.

Ihr Schwerpunkt?
Die Stärkung der Arzneimitteltherapiesicherheit als zentraler Bestandteil der Patientensicherheit. Ich bin langjährig im APS engagiert (Co-Leitung der AG AMTS)

Fazit

Mit dieser breit aufgestellten Führungsstruktur setzt das APS auf Kontinuität und Innovation zugleich. Der neue Vorstand vereint unterschiedliche Perspektiven und Kompetenzen – mit dem gemeinsamen Ziel, Patientensicherheit als zentrales Prinzip im Gesundheitswesen weiter zu verankern.

Korrespondierender Autor: Prof. Dr. Stefan Schröder, Chefarzt für Anästhesiologie, Intensiv-, Notfallmedizin und Schmerztherapie am Artemed Klinikum Düren.
E-Mail: schroeder@aps-ev.de

Bildnachweise: Portraitfotos des geschäftsführenden Vorstands © eventfotosberlin.de; weitere Portraitfotos mit freundlicher Genehmigung der jeweiligen Personen; WTPS-Anzeige: Bildmotiv © iStock.com.

Grußwort

Liebe Kolleg:innen, liebe Leser:innen,

Patientensicherheit lebt vom gemeinsamen Engagement vieler Menschen im Gesundheitswesen. Genau diese Zusammenarbeit, der offene Austausch und das Lernen voneinander sind für mich zentrale Voraussetzungen, um Versorgung sicher und zukunftsfähig zu gestalten. Mit dem neu gewählten Vorstand des Aktionsbündnis Patientensicherheit möchten wir Bewährtes weiterentwickeln, neue Impulse setzen und Patientensicherheit noch stärker in Politik, Praxis und Gesellschaft verankern. Besonders wichtig sind mir dabei praxisnahe Lösungen, der Wissenstransfer sowie die gemeinsame Auseinandersetzung mit Zukunftsthemen wie Digitalisierung, KI, Nachhaltigkeit und Resilienz.

Ihre Dr. Heidemarie Haeske-Seeberg
Aktionsbündnis Patientensicherheit, Berlin, Deutschland



V.i.S.d.P.: Prof. Dr. med. Stefan Schröder, MHBA


Pfizer
Wir warten nicht auf medizinische Durchbrüche.
Wir machen sie möglich.
Mehr dazu auf *pfizer.de*.
Jetzt QR_Code scannen und entdecken.