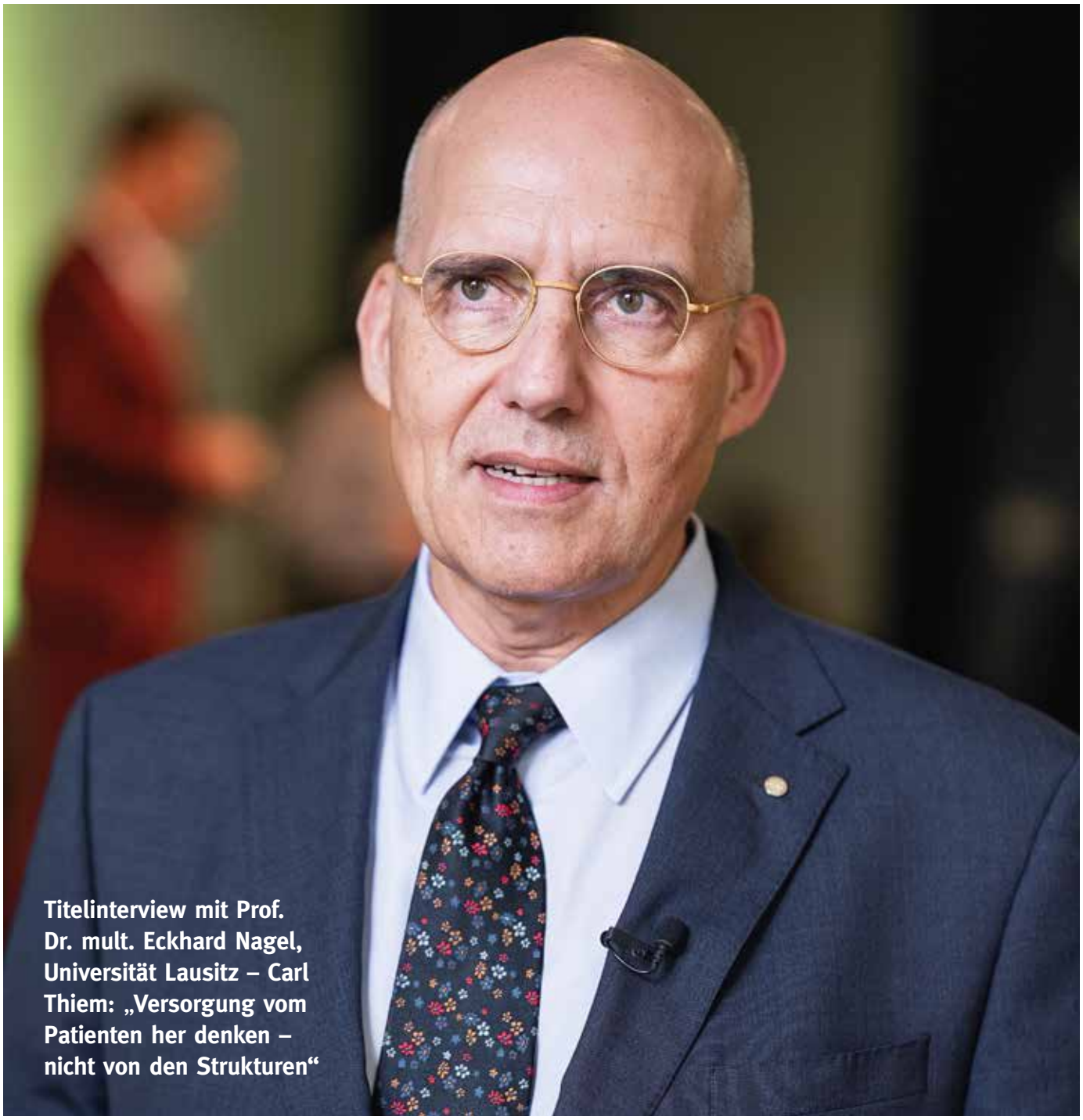
www.monitor-versorgungsforschung.de www.m-vf.de 05/26 19. Jahrgang

monitor VERSORGUNGSFORSCHUNG

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



Titelinterview mit Prof. Dr. mult. Eckhard Nagel, Universität Lausitz – Carl Thiem: „Versorgung vom Patienten her denken – nicht von den Strukturen“

„Nicht die Spieler sind schuld, sondern falsche Spielregeln“ (Barlozek/Hildebrandt)

„Das Gesundheitssystem braucht eine moderne Rechtsgrundlage“ (Storm)

„Sozialstaats-Matrix: Neustart der Gesundheitsversorgung“ (Klemm)

ISSN 1866-0533

monitor VERSORGUNGS FORSCHUNG

05/26 19. Jahrgang

Editorial

„Die falschen Spielregeln“ 4
Herausgeber Prof. Dr. Reinhold Roski

Redaktion

„Versorgung vom Patienten denken“ 6
Titelinterview: Prof. Dr. mult. Eckhard Nagel, Universität Lausitz – Carl Thiem

„Nicht die Spieler sind schuld ...“ 12
Interview: Madeleine Barlozek (Danone) und Dr. h. c. Helmut Hildebrandt (OptiMedis)

Vom Mengenanreiz zur strategischen Unsicherheit 20
Eine spieltheoretische Analyse der Krankenhausreform

15 Knowledge-Hubs erleichtern die Studiensuche 26
1.189 Fachquellen und jeden Morgen neue Studien je Themenfeld

Die Diagnose überzeugt, noch nicht die Therapie 30
Stellungnahmen des MVF-Herausgeberbeirats zur Sozialstaats-Matrix von Prof. Janßen

„Das System braucht eine moderne Rechtsgrundlage“ 36
Interview: Dipl.-Volksw. Andreas Storm, DAK-Gesundheit

Ohne klares Ziel keine klare Architektur 40
Kommentar von Dr. Dominik von Stillfried, Zi

Welches Problem löst die Vier-Logiken-Matrix? 41
Kommentar von Daniela Teichert, AOK Nordost

Eine neue (alte) Sozialstaatslogik? 42
Kommentar von Dr. Christopher Hermann, Berater im Gesundheitswesen

Neustart der Gesundheitsversorgung 44
Kommentar von Anne-Kathrin Klemm, BKK Dachverband e. V.

Wer zu spät handelt, bezahlt mit Leid und Leben 46
Die modernsten Gesundheitssysteme scheitern bisher an der Prävention von NCDs

Wenn Wirtschaftlichkeit auf Qualität trifft 52
Serie „Deutschland baut um“ Teil 3: Paracelsus Kliniken Adorf und Schöneck

EuGH-Urteil: Neue Freiheiten für GKV-Daten 56
Kommentar von Dr. Katja Gehrke (DGDA) und Dr. Joachim Jung (Möhrle Happ Luther)

WISSEN (Peer-Review)

Handlungsfelder für die Diabetesversorgung 58
Narrative Synthese von Dr. Robert Haustein und Lotte Wedekind

Limitationen des EU-HTA-Verfahrens 63
Beitrag von Dr. rer. nat. Florian Jantschak, Kassenärztliche Bundesvereinigung

WISSENSCHAFT (Peer-Review)

Prof. Dr. rer. med. habil. Karel Kostev MA
Dipl.-Biol. Sabine Kluge MSc 73
Untersuchung des Nutzens des Check-up 35 zur Früherkennung von Zielerkrankungen in Deutschland
Seit 1989 ist der Check-up 35 ein zentrales Element der Präventionsangebote in deutschen Hausarztpraxen. Allerdings ist die Evidenzlage des Check-up 35, Zielerkrankungen zu erkennen, begrenzt. Aus diesem Grund wurden die Detektionsraten bestimmter Zielerkrankungen des Check-up 35 in einer großen Kohorte hausärztlicher Patienten untersucht.

Dr. med. univ. Patrick Heckmann 78
KI in der Patientenkommunikation: eine Literaturübersicht
Mit der zunehmenden Digitalisierung im Gesundheitswesen entsteht ein direkter Zugang zu medizinischen Dokumenten, die häufig schwer verständlich sind. KI-basierte Systeme werden als Ansatz zur Verbesserung der Patientenkommunikation diskutiert. Die strukturierte Literaturübersicht untersucht Studien zu KI-gestützter Aufbereitung medizinischer Informationen und bewertet deren Effekte auf Patientenverständnis sowie Entscheidungsfindung und Adhärenz.

Thuy Ha Nguyen MA / Jörg Marschall MA MSc / Thorsten Tisch MSc 83
Adipositas in Deutschland: administrative Prävalenz, Komorbiditäten, Mortalität und Behandlungskosten
Die Studie basiert auf Abrechnungsdaten der InGef-Forschungsdatenbank mit ca. 10 Millionen GKV-Versicherten aus dem Jahr 2024. Ausgewertet wurde die administrative Prävalenz der Adipositas sowie die Häufigkeit adipositasassoziierter Folge- und Begleiterkrankungen und die 5-Jahres-Sterblichkeit von Versicherten mit und ohne Adipositas.

Dr. rer. medic. Patrick Timpel / Dr. rer. nat. Jana Knop / Dr. rer. nat. Martina Grönig / Vukašin ViškovićMA / PD Dr. med. Daniel Schöttle / PD Dr. med. Felix Betzler 90
Kosten der ADHS-Versorgung in Deutschland: Analyse von GKV-Routinedaten der Jahre 2017 bis 2023
ADHS ist mit einer hohen Krankheitslast und erheblichen direkten sowie indirekten Kosten verbunden, insbesondere im Erwachsenenalter. Für Deutschland fehlen jedoch aktuelle gesundheitsökonomische Analysen mit langen Beobachtungszeiträumen. Es wurde eine retrospektive Kohortenstudie auf Basis anonymisierter GKV-Routinedaten (InGef) von 2017–2023 durchgeführt.

STANDARDS

Impressum 2 News 39, 55, 62, 68

Bitte beachten Sie die Sonderveröffentlichung von DNVF auf den Seiten 69–72

Bitte beachten Sie die Sonderveröffentlichung des Aktionsbündnis Patientensicherheit auf den Seiten 98–99

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
Mariann Stegmaier M.Sc.
mariann.stegmaier@m-vf.de
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 
- Deutsche Schlaganfall Hilfe — Dr. Michael Brinkmeier 
- fbeta — Hans-Holger Bleß 
- IGES — Prof. Dr. Bertram Häussler 
- inav — Prof. Dr. Volker Amelung 
- ITF Pharma GmbH — Dr. Stefan Sauer 
- OptiMedis — Prof. Dr. Oliver Gröne 
- Sepsis Stiftung — Prof. Dr. Konrad Reinhart 

Akteure

- Abbott — Dr. Robert Haustein 
- AOK Baden-Württemberg Die Gesundheitskasse. — Johannes Bauernfeind 
- AOK Nordost Die Gesundheitskasse. — Daniela Teichert 
- AstraZeneca — Dr. Helen Beckmann 
- B.A.G Selbsthilfe — Dr. Martin Danner 
- BKK Dachverband — Anne-Kathrin Klemm 
- Boehringer Ingelheim — Dr. Marco Penske 
- BPtK — Dr. Andrea Benecke 
- DAK Gesundheit — Andreas Storm 
- Deutsche Rheuma-Liga — Dr. Rolf Ulrich Schlenker 
- Deutscher Pflegerat e.V. — Christine Vogler 
- Gesundheitsforen — Roland Nagel 
- DGDA Institut für deskriptive Gesundheitsdatenanalyse — Dr. Katja Gehrke 
- INSIGHT HEALTH — Christian Luley 
- Abbott — Johnson & Johnson — Christian Thams 
- KVB Kassenärztliche Vereinigung Bayerns — Fabian Demmelhuber 
- Lilly — Michela Felberbaum 
- MEDICAL CONTACT — Prof. Dr. Stephan Burger 
- MSD — Dr. Tim Husemann 
- novo nordisk — Elke Mathey
- Pfizer — Sarah Schmitter
- PKV — Dr. Anke Schlieker
- Roche — Dr. Jan Daniels-Trautner
- SHL Gruppe Telemedizin — Josef Woerner
- ukb universitätsklinikum bonn — Prof. Dr. Dr. h.c. mult. Wolfgang Holzgreve

Pers. Mitglieder

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



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

1.189 Fachquellen
Die neuen Knowledge-Hubs von „Monitor Versorgungsforschung“ erschließen1.189 Datenbanken. 563 davon können Sie mit einem Suchbegriff gleichzeitig durchsuchen. Täglich werden neue Studien auf Deutsch zusammengefasst. 15 Fachportale, z. B. Adipositas, Impfprävention, Patientensicherheit und Versorgungsforschung. Alles kostenfrei, ohne Anmeldung, ohne Cookies und ohne Tracking.

https://knowledge-hubs.m-vf.de/

Die falschen Spielregeln

Titelinterview mit Prof. Dr. mult. Eckhard Nagel, Medizinische Universität Lausitz – Carl Thiem > S. 6 ff.
„Wir haben nicht auf eine Veränderung des Sozialgesetzbuches gewartet, weil sie dafür gar nicht nötig ist.“ Professor Eckhard **Nagel**, Vorstandsvorsitzender der jüngsten Hochschulmedizin Deutschlands, beschreibt im Titelinterview, wie die Medizinische Universität Lausitz – Carl Thiem Verantwortung für ihre Region übernimmt.

Interview mit Madeleine Barlozek MBA und Dr. Helmut Hildebrandt, OptiMedis > S. 12 ff.
„Hierzulande gibt es keine neutralen ‚Mechanism Designer‘, sondern nur Mitspieler, die ihre Regeln selbst machen dürfen.“ Gesundheitsökonomin Madeleine **Barlozek** analysiert Leistungsausweitung im ambulanten und Upcoding im stationären Sektor als Gefangenendilemma im Sinne der Spieltheorie. Dr. Helmut **Hildebrandt** hat das Spiel selbst erlebt.

Wissenstransfer: spieltheoretische Analyse der Krankenhausreform
Barlozek zerlegt die Krankenhausreform entscheidungstheoretisch in vier Teilspiele. > S. 20 ff.
Vorhaltevergütung und Leistungsgruppen heben den ökonomischen Optimierungsdruck nicht auf, sondern verlagern ihn auf den Case-Mix-Index und auf die Bundesländer.

Interview mit Dipl.-Volksw. Andreas Storm, Vorstandsvorsitzender der DAK > S. 36 ff.
„Wir haben … eine systemische Dysfunktionalität, wenn wir unser deutsches Gesundheitssystem mit dem in anderen Ländern vergleichen.“ Andreas **Storm** leitet daraus vier Handlungsfelder einer Strukturreform ab.

Herausgeberbeirat: Neuer Beirat und Diskussion zur Sozialstaats-Matrix > S. 3, 40 ff.
Wir begrüßen neu im MVF-Beirat Elke Mathey von Novo Nordisk. Auf gute Zusammenarbeit! Und: Der MVF-Herausgeberbeirat hat die Sozialstaats-Matrix von Prof. Dr. med. Udo **Janßen** aus dem Titelinterview in MVF-Ausgabe 03/26 kommentiert. Das Ergebnis fällt einhellig und zwiespältig aus. Wir bringen eine Zusammenschau der Stellungnahmen und die Kommentare von **Hermann**, **Klemm**, **von Stillfried** und **Teichert** im Wortlaut.

Kommentar
Gehrke und **Jung** ordnen ein, was die EuGH-Rechtsprechung zum Personenbezug für > S. 50 ff.
Auswertungen nach § 25b SGB V bedeutet und wo die Grenzen verlaufen.

Rubrik Wissen
Haustein und **Wedekind** analysieren die Handlungsfelder einer flächendeckenden Dia- > S. 52 ff.
betesversorgung.
Jantschak prüft 39 Nutzenbewertungen für Onkologika aus dem Jahr 2024 und findet > S. 58 ff.
nur neun, bei denen EU-HTA-Ergebnisse realistisch anschlussfähig wären.

Wissenschaftliche Beiträge
Kostev und **Kluge** vergleichen 51.829 Teilnehmende des Check-up 35 mit 259.145 > S. 73 ff.
Nichtteilnehmenden. Sie finden höhere Raten an Erstdiagnosen für Hypertonie, Diabetes, Dyslipidämie und chronische Nierenerkrankung.
Heckmann wertet die Evidenz zur KI-gestützten Aufbereitung medizinischer Dokumen- > S. 78 ff.
te aus. Das Patientenverständnis steigt, doch wegen der berichteten Fehlerraten ist KI vorerst nur als ergänzendes Instrument geeignet.
Nguyen, Marschall und **Tisch** veranschlagen die Behandlungskosten adipositasassozi- > S. 83 ff.
ierter Erkrankungen für 2024 mit 14,17 Milliarden Euro.
Timpel u. a. zeigen, dass die direkten Kosten der ADHS-Versorgung zwischen 2017 > S. 90 ff.
und 2023 um 43% bei prävalenten und 46% bei inzidenten Patient:innen gestiegen sind.

Ich wünsche Ihnen einen guten Herbst und wie immer interessante Lektüre mit vielen Informationen, die für Ihre Arbeit nützlich sind.

Ihr Professor Dr. Reinhold Roski

INSIGHT HEALTH

BEYOND DATA!



DATEN FÜR EINE BESSERE ARZNEIMITTELVERSORGUNG

Exzellente Datenqualität und individueller Service sind für Insight Health eine Selbstverständlichkeit. Das gilt auch für unser Engagement in der Versorgungsforschung.

Mit unseren Daten zur Arzneimittelversorgung unter Alltagsbedingungen unterstützen wir Pharmaunternehmen, Krankenkassen und zahlreiche Institutionen des Gesundheitswesens.

Wir erkennen zeitnah Versorgungsauffälligkeiten in Regionen, bei Facharztgruppen und Kassen. Dafür analysieren wir neben Verordnungsdaten die Behandlungshistorie mehrerer Millionen anonymisierter Patienten.
Auf diese Weise schaffen wir Wissen für eine bessere Arzneimittelversorgung.

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

Kontakt

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

www.insight-health.de



„Versorgung vom Patiente denken – nicht von den Str

Im Interview: Prof. Dr. mult. Eckhard Nagel, Vorstandsvorsitzender und Vorstand für den Bereich Versorgung der Medizinischen Universität Lausitz – Carl Thiem (MUL – CT) in Cottbus

Die Medizinische Universität Lausitz – Carl Thiem (MUL – CT) in Cottbus ist die jüngste Hochschulmedizin Deutschlands. Seit Juli 2024 entsteht hier ein neues Modell universitärer Medizin. Forschung, Lehre und Krankenversorgung sollen nicht allein an einem Standort gedacht werden, sondern Verantwortung für eine ganze Region übernehmen. Im MVF-Titelinterview erläutert Prof. Dr. mult. Eckhard Nagel, Vorstandsvorsitzender und Vorstand Versorgung der MUL – CT, wie dieses Modell funktionieren soll und welche Impulse davon für regionale Versorgung, für das deutsche Gesundheitswesen und darüber hinaus ausgehen könnten.

n her ukturen“

>> Herr Professor Nagel, Anfang dieses Jahres schlossen in einem Cottbuser Stadtteil mehrere Hausarztpraxen gleichzeitig. Was bedeutete das konkret für die Versorgung der Bevölkerung? Und wie konnte Ihre erst 2024 gegründete Universität helfen, möglicherweise anders als ein klassisches Universitätsklinikum?

In Cottbus setzte nach diesem Ärzteprotest ein enormer politischer Diskussionsprozess unter dem Motto ein: Wie kann das denn sein? Wer garantiert noch Hausarzttermine? Und: Suchen all die auf einmal nicht mehr versorgten Menschen womöglich die Notaufnahmen auf?

Viele Universitätsklinika hätten eine solche Situation vermutlich zunächst als Aufgabe der ambulanten Selbstverwaltung betrachtet. Warum haben Sie sich entschieden, selbst aktiv zu werden?

Ein derartiger ambulanter Versorgungsausfall ist nun einmal in erster Linie von der jeweils zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung zu lösen, die für die Sicherstellung der ambulanten Medizin zuständig ist. Bei uns in Cottbus ist das mit der Etablierung der Medizinischen Universität Lausitz – Carl Thiem ein wenig anders. Natürlich liegt die Verantwortung für die ambulante Medizin nach wie vor bei der Kassenärztlichen Vereinigung Brandenburg, das stellen wir als Universitätsmedizin überhaupt nicht infrage. Dennoch haben wir uns in einem gemeinsamen Gremium zusammengesetzt und traten dann mit dem Oberbürgermeister und der KV gemeinsam vor die Presse und sagten: „Okay, wir haben ein Hausarztproblem, aber wir werden es gemeinsam lösen.“ Das sind die Schritte, die die Bevölkerung von uns, von der MUL – CT, erwarten darf.

Mit welchen ganz konkreten Maßnahmen konnte Ihre Universität bei diesem akuten Ärztenotstand kurzfristig einspringen?

Wir haben beispielsweise in der „Schwarzen Pumpe“, einem sehr großen Industriestandort im Lausitzer Landkreis Spree-Neiße, eine Community Health Nurse etabliert – einerseits als Forschungsprojekt der Modellregion gemeinsam mit der Uni Dresden, aber gleichzeitig auch als Realbetrieb. Damit kann nun die Grundversorgung gesichert werden. Davor gab es dort inzwischen überhaupt keine niedergelassenen Ärzt:innen im hausärztlichen Bereich.

Das war mehr als eine kurzfristige Reaktion auf einen Versorgungsengpass. Worin besteht die Besonderheit Ihres Modells im Vergleich zu etablierten Universitätskliniken?

Die Grundidee der neuen Universitätsmedizin in Cottbus ist es eben nicht, ein weiteres großes Universitätsklinikum mit der ganzen Bandbreite an technologischen und inhaltlich-medizinischen Fragestellungen konzentriert an einem einzigen Standort zu errichten. Bei uns wird die Gesundheitsversorgung vor Ort ganz oben angesiedelt, wie es normalerweise an einem Universitätsklinikum nur im Einzelfall möglich ist. Natürlich ist der Versorgungsauftrag implizit bei jeder Universitätsmedizin vorhanden, bildet sich aber zum Beispiel schon in den Krankenhausbedarfsplänen der Länder gar nicht ab. Bei uns in Cottbus hingegen ist die Gesundheitsversorgung die absolute Grundlage, indes nicht nur bezogen auf den Standort, sondern auf eine ganze Region: die gesamte Lausitz. Dafür steht schon der von den Mitarbeiter:innen des damaligen Carl-Thiem-Klinikums ausgewählte Name, unter dem wir firmieren: Medizinische Universität Lausitz – Carl Thiem. Der Name macht deutlich, dass wir als Medizinische Universität Lausitz – hervorgegangen aus dem früheren Carl-Thiem-Klinikum Cottbus, mit 1200 Betten übrigens das größte Krankenhaus Brandenburgs und mit rund 4.300 Mitarbeitenden zudem der größte Arbeitgeber der Stadt Cottbus – eine hohe regionale Verantwortungsbeschreibung übernehmen wollen. Kurz zum Namen als solchem: Der 1917 in Cottbus verstorbene Carl Thiem war ein deutscher Chirurg und Traumatologe, der als Mitbegründer der Unfallchirurgie in Deutschland gilt.

„Bei uns in Cottbus ist die Gesundheitsversorgung die absolute Grundlage, indes nicht nur bezogen auf den Standort, sondern auf eine ganze Region: die gesamte Lausitz.“

Sie sagen, die Gesundheitsversorgung steht an erster Stelle. Was bedeutet das konkret für die Professorinnen und Professoren Ihrer Universität?

Dass wir nicht nur für den stationären Versorgungsbereich zuständig sind. Wir müssen und wollen uns immer auch Gedanken darüber machen, in welcher Art und Weise wir für andere Krankenhausträger und auch die Ärzteschaft als Kooperationspartner zur Verfügung stehen können. Unser Ziel ist es dabei, dass unsere akademischen Standards für alle Versorgungsstufen sinnvoll einsetzbar sind. Das bedeutet natürlich auch eine andere Verpflichtung im Hinblick auf die Kooperation zwischen ambulanter und stationärer Leistungserbringung. Das ist nicht ganz einfach in einer Zeit, in der Ambulantisierung großgeschrieben und die Reduktion der stationären Einrichtungen diskutiert wird. Auch das ist etwas, was ein Universitätsklinikum normalerweise nicht so auf seiner Agenda hat, außer vielleicht in der Diskussion, mit wie vielen Betten man beispielsweise in Zukunft die Urologie betreiben will. Bei uns hingegen liegt die integrierte Versorgung in der Grundstruktur der Universitätsmedizin, sozusagen in unserer DNA.

Ihr Versorgungsauftrag reicht weit über den Standort Cottbus hinaus. Welche Rolle spielt dabei die Digitalisierung?

Die rasante Entwicklung der Digitalisierung war bei der Neugründung der MUL – CT mit entscheidend. Die Medizinische Hochschule Hannover hat zum Beispiel bereits in den 1960er-Jahren diskutiert, was es braucht, um hochqualifizierte Versorgung zu realisieren – und kam damals zu dem Schluss, dass dafür alle wichtigen Leistungen

hochqualitativ an einem Ort zusammenzubringen sind; wohlgemerkt an einem einzigen großen Standort, an den dann die Patient:innen von überall kommen müssen, um die bestmögliche Versorgung aus einer Hand zu bekommen.

„Wir reden nicht nur, sondern handeln. So haben wir vor Kurzem beschlossen, in der Region in einem strukturierten Verfahren zunächst sechs Primärversorgungszentren zu gründen."

Auf diese Weise sind unsere heutigen 37 Universitätsklinika und 40 Medizinische Fakultäten entstanden, die das Rückgrat der medizinischen Spitzenversorgung bilden. Ist dieses zentralisierte Konzept aus Ihrer Sicht überholt?

Das war auch die richtige Lösung für diese Zeit. Doch nun hat die Digitalisierung eine Stufe erreicht, die derartige Zentrallösungen ergänzen und ein Stück weit ablösen kann. Über Distanz kommunizieren kann man längst. Viele Untersuchungsmomente – Gewicht, Temperatur, Herzfrequenz – lassen sich online melden, obwohl die Patient:in hunderte Kilometer entfernt zu Hause ist. Wir wollen in der Lausitz nun das bereits in den 1990er-Jahren von Dr. Bruce Leff und seinem Team an der Johns Hopkins University School of Medicine in Baltimore geprägte Schlagwort des „Hospital at Home" mit Leben erfüllen, indem wir die Digitalisierung nutzen und von einem Leitkrankenhaus aus – das dafür natürlich gebraucht wird – die Versorgung in einer ganzen Region realisieren. Damit unterscheiden wir uns grundlegend von anderen deutschen Universitätsklinika, bei denen aber auch der Druck auf das Versorgungssystem nicht so spürbar ist wie bei uns in der Lausitz.

Beschreiben Sie die Versorgungslage in Zahlen: Wie steht es konkret um die gesundheitliche Versorgung im Lausitzer Gebiet?

Zunächst muss man akzeptieren, dass in einer Region wie der Lausitz die Bevölkerung deutlich älter ist als anderswo. Das gilt auch für die praktizierenden Kolleg:innen – ein Problem, das sich in den kommenden Jahren noch verstärken wird. Wir haben mit die stärkste Altersentwicklung im Bereich der Ärzt:innen in Deutschland: Über 50 Prozent aller praktizierenden Kolleg:innen sind schon heute älter als 50 Jahre, älter als 60 oder 65 Jahre sind immer noch ein Drittel. Das klingt erst einmal ganz normal, wird aber dann besorgniserregend, wenn man 10 oder 20 Jahre vorausdenkt: Dass 2036 oder 2046 all diese Kolleg:innen noch arbeiten werden, ist eher unwahrscheinlich. Dem entgegenstellen muss man die Zeitschiene, die es einfach braucht, bis ein gut ausgebildeter Mediziner so weit ist, um in die Versorgung einzusteigen.

Die Lausitz wird häufig als Modellregion beschrieben. Entsteht hier vor allem ein Forschungsprojekt oder eine Antwort auf konkrete Versorgungsprobleme?

Beides schließt sich nicht aus, und genau das ist der Punkt. Ich habe auch eine Heimat in der Grundlagenforschung – meine ersten wissenschaftlichen Studien betrafen zum Beispiel die Xenotransplantation im Kleintierexperiment. Ich habe jedoch in meinen späteren universitären Tätigkeiten Schritt für Schritt erleben können, wie wichtig und relevant die Versorgungsforschung geworden ist, wenn es wirklich um die Realversorgung von Patient:innen geht. Und wir gehen noch einen Schritt weiter und fokussieren auf die Versorgungssystemforschung. Denn: Der große Unterschied und das für mich Entscheidende ist, dass das „Labor der Alltagsrealität" für die Versorgung mindestens genauso wichtig ist wie das künstliche Labor. Und die Lausitz ist genau dieses Labor der Alltagsrealität: Wir lösen in der „Modellregion Gesundheit Lausitz", die im Brandenburgischen Universitätsmedizingesetz festgeschrieben ist, akute Versorgungsprobleme und gewinnen daraus wissenschaftliche Erkenntnisse. Aber nicht nacheinander, sondern gleichzeitig.

Viele regionale Netzwerke scheitern an mangelnder Verbindlichkeit. Sie haben dafür den „Innovations- und Netzwerkrat" gegründet. Wer sitzt dort am Tisch?

Der Tisch ist viereckig. An diesem sitzen alle verantwortlichen kommunalpolitischen Leitungen der Landkreise und der Oberbürgermeister der Stadt Cottbus – also insgesamt vier Landräte und der Oberbürgermeister, unter anderem auch mit ihren Gesundheitsdezernent:innen. Wir haben dort alle Akteure der Selbstverwaltung, die ein entsprechendes Mandat haben: die Kassenärztliche Vereinigung, die Landeskrankenhausgesellschaft, die berufsständische Vertretung der Pflege, die Ärztekammer und die Kostenträger, die mit zwei Sitzen vertreten sind. Und die Landespolitik: Neben dem Landesministerium für Wissenschaft, Forschung und Kultur und dem für Arbeit, Soziales, Gesundheit und gesellschaftlichen Zusammenhalt ist auch die Staatskanzlei Mitglied.

Welche konkreten Aufgaben übernimmt dieses Gremium?

Dort diskutieren wir alles, was in unserer Region, für die wir gemeinsam die Verantwortung tragen, an Versorgung notwendig ist. Heute und in der Zukunft.

Viele regionale Gesundheitskonferenzen sind folgenlos geblieben. Was macht Ihren Innovations- und Netzwerkrat anders?

Wir reden nicht nur, sondern handeln. So haben wir vor Kurzem beschlossen, in der Region in einem strukturierten Verfahren zunächst sechs Primärversorgungszentren zu gründen.

Wer entscheidet im Konfliktfall, wenn die Interessen von Kommunen, Krankenkassen und Leistungserbringern auseinandergehen?

Unser Anspruch ist, Konflikte nicht erst eskalieren zu lassen. Deshalb sitzen alle relevanten Akteure von Beginn an gemeinsam am Tisch. Natürlich gibt es unterschiedliche Interessen. Aber wir haben uns darauf verständigt, die Versorgungsperspektive an erste Stelle zu setzen. Bislang ist es uns gelungen, Entscheidungen im Konsens zu treffen. Ich halte das für einen wesentlichen Erfolgsfaktor unseres Ansatzes. Sollte es einmal keinen Konsens geben, dann müssen wir den Diskussionsprozess fortsetzen. Eine klassische Mehrheitslogik steht für uns nicht im Vordergrund.

Woran werden Sie erkennen, ob der Rat erfolgreich arbeitet?

Wir haben nicht auf eine Veränderung des Sozialgesetzbuches gewartet, weil sie dafür gar nicht nötig ist. Wir sind einen anderen Weg gegangen: Wir haben Einigkeit unter allen handelnden Ak-

teuren, die im Innovations- und Netzwerkrat vertreten sind, hergestellt und schlicht und einfach gemeinschaftlich beschlossen, diese Zentren zu gründen. Über dieses Instrument der Gemeinschaftlichkeit setzen wir nun eine entsprechende Struktur um. Damit kommt die klassische Rivalität zwischen verschiedenen Stakeholdern, die in unseren Abläufen nicht selten zu Lähmungserscheinungen führt, erst gar nicht auf. Die AOK Nordost hat uns im Nachgang in der Öffentlichkeit als „Zuversichtsgemeinschaft" charakterisiert. Ich glaube, das ist es, was wir tatsächlich sein wollen und sein können.

Der Begriff der „Zuversichtsgemeinschaft" klingt nach großer Harmonie. Gab es in der Aufbauphase auch Vorbehalte oder Misstrauen der regionalen Akteure?

Es gab sehr wohl Skepsis. Ich begleite den Prozess für die Landesregierung seit 2022. Vor anderthalb Jahren habe ich noch eine erkennbare Skepsis bei anderen handelnden Akteuren erlebt. Der Grundgedanke war: Na ja, alles schön und gut, aber am Ende wird sich doch die Universitätsklinik mit den Möglichkeiten, die sie finanziell hat, alles unter den Nagel reißen. Der zweite Punkt war: Jetzt gibt es eine Initiative, da gibt es Geld aus dem Strukturstärkungsfonds, aber was bekommen wir denn davon ab? Oder noch schlimmer: Werden denn die mit ihren vielen Milliarden Euros nun alle Kliniken aufkaufen?

Die Sondermittel aus dem Strukturstärkungsfonds sind zweckgebunden. Wie vermitteln Sie diese Trennung den Akteuren vor Ort?

Das müssen wir aber immer wieder aufs Neue erklären: Das Geld aus dem Strukturstärkungsfonds ist ausschließlich für die Universitätsentwicklung vorgesehen. Alles andere hingegen müssen wir eigenständig aus dem Versorgungssystem heraus lösen. Das ist eine Aufgabe für sich. Wichtig aber ist: Wir konnten in den vergangenen Jahren eine Kultur der Gemeinsamkeit entwickeln, die uns jetzt als wichtige Vertrauensbasis in der täglichen Arbeit hilft. Uns ist es bereits in den ersten beiden Sitzungen gelungen, eine Geschäftsordnung zu verabschieden. Wer sich überlegt, wie schwer es sonst ist, zwischen den vielen Institutionen der Selbstverwaltung in neu geschaffenen Strukturen eine Geschäftsordnung zu verabschieden, wo bis ins kleinste Detail diskutiert wird, wo eine Formulierung einem Stakeholder einen Vor- oder Nachteil bringen könnte, weiß, was das heißt: Wir ziehen da an einem Strang und zudem alle in eine Richtung.



Prof. Dr. mult. Eckhard Nagel

ist seit Juli 2024 Vorstandsvorsitzender der Medizinischen Universität Lausitz – Carl Thiem (MUL – CT). Zuvor war er nahezu ein Jahrzehnt an der Universität Bayreuth tätig, unter anderem als Geschäftsführender Direktor des Instituts für Medizinmanagement und Gesundheitswissenschaften sowie als Leiter des Projektbüros Medizincampus Oberfranken. Dort gestaltete er den Aufbau der universitären Humanmedizin in Oberfranken maßgeblich mit. Von 2010 bis 2015 war er Ärztlicher Direktor und Vorstandsvorsitzender des Universitätsklinikums Essen. Zuvor leitete er das Transplantationszentrum und das Chirurgische Zentrum am Klinikum Augsburg. Prof. Nagel verbindet langjährige Erfahrung in der Universitätsmedizin, der Gesundheitswissenschaft und dem Krankenhausmanagement.

Einer der entscheidenden Hebel bei Primärversorgungszentren ist, dass hier multiprofessionelle Teams schnell an die Grenzen von Delegation und Substitution stoßen, für die das SGB V noch Schranken aufweist. Nutzen Sie hier den Gestaltungsspielraum des Landesrechts, um zu zeigen, dass es in der Praxis machbar ist?

Wir haben in unserem Hochschulmedizingesetz – neben den strukturellen Elementen – die beiden Forschungsschwerpunkte „Versorgungssystemforschung" und „Digitalisierung des Gesundheitswesens" als wesentliche Aspekte unseres Auftrags festgeschrieben. Auch um sicherzustellen, dass diese Schwerpunkte künftig nicht unter die Räder kommen. Ein dritter Punkt, der für die eben gestellte Frage wichtig ist: Darin haben wir auch festgeschrieben, dass sich unsere Universität der Interprofessionalität widmet. Wir werden schon in Ausbildungsfragen verschiedene Berufsgruppen gemeinschaftlich unterrichten, also im besten Sinne der Delegation und der Substitution ärztlicher Leistungen – vor allen Dingen aber mit dem Ziel der definierten systemischen und systematischen Zusammenarbeit der Professionen. Das ist freilich nichts, was wir von heute auf morgen umsetzen können. Hier müssen alle Berufsgruppen aufeinander zugehen.

Das ist ein vielversprechender, aber langfristiger Ansatz, bis die ersten Absolvent:innen in der Regelversorgung tätig werden. Wie lösen Sie jedoch kurzfristig das drängendste Problem: die Regelfinanzierung der multiprofessionellen Teams jenseits der Strukturwandel-Sonderförderung?

Wir werden in der Gemeinschaftlichkeit des Innovations- und Netzwerkrats sehr sensibel definieren, was das abrechnungstechnisch heißt und in welcher Art und Weise die Verantwortung nach dem Sozialgesetzbuch geordnet ist. Wir haben den klaren Auftrag für uns, dass wir in den geplanten Primärversorgungszentren verschiedene Berufsgruppen nach ihren Fähigkeiten adäquat berücksichtigen wollen – und das muss auch adäquat finanziert werden. Da bin ich Realist und würde sagen: Das wird durchaus zu der einen oder anderen Diskussion auch über unsere Region hinaus führen.

Heißt das, dass bestehende Berufs- und Sektorengrenzen künftig neu gezogen werden müssen?

Wir sind da völlig offen. Wir wollen Versorgung vom Patienten her denken und nicht von den Strukturen her, an die wir die Patientenversorgung anpassen.

Ein Vorbild gibt es dafür: In Niedersachsen gibt es seit 2023 regionale Versorgungszentren, die im Landesgesetz verankert sind. Dient das Modell Holzminden hier als Blaupause für Cottbus?

Das sind Vorläufer, die man als Referenz nehmen kann – um daraus eine Ausgestaltung für das Brandenburger Recht zu entwickeln. Doch wohlgemerkt: Alles, was wir im Innovations- und Netzwerkrat etablieren, wird nach vorher gemeinsam definierten Kriterien wissenschaftlich evaluiert.

Anhand welcher konkreten Parameter und Endpunkte werden Sie evaluieren, ob diese neuen Versorgungsstrukturen erfolgreich sind?

Wir betrachten mehrere Dimensionen. Dazu gehören zunächst klassische Versorgungsparameter wie Erreichbarkeit, Wartezeiten, Inanspruchnahme und vermeidbare Krankenhausaufenthalte. Uns interessieren aber ebenso patientenbezogene Endpunkte, etwa Lebensqualität, Gesundheitskompetenz und die Frage, ob wir gesundheitliche Ungleichheiten verringern können. Darüber hinaus werden wir untersuchen, wie die Menschen die Versorgung subjektiv erleben und ob neue Versorgungsformen tatsächlich zu einer besseren sektorenübergreifenden Zusammenarbeit führen.

Welchen politischen Hebel erhoffen Sie sich von diesen wissenschaftlichen Auswertungen für die bundesweite Regelversorgung?

Mit diesen Auswertungen gehen wir dann nicht nur auf den Landesgesetzgeber, sondern auch auf den Bundesgesetzgeber zu. Wir hatten in der Entstehung unseres Hochschulmedizingesetzes bereits enge Kontakte zum BMG, das das Vorhaben wohlwollend begleitet hat und sicher auch in Zukunft begleiten wird.

Wie weit ist der Aufbau der Universität, insbesondere im Bereich der Versorgungsforschung, schon fortgeschritten?

Wir haben die Möglichkeit, insgesamt zehn Forschungsprofilprofessuren im Bereich der Versorgungsforschung zu besetzen, dazu einen wissenschaftlichen Beirat. Die zweite Ebene ist die Grundlage für die Versorgungsforschung: Wir stehen in enger Kooperation mit dem RKI sowie mit anderen Institutionen, die bevölkerungsspezifische Studien machen. Die Realisierung des sogenannten Lausitz-Panels wird eine Grundlage dafür sein, Versorgungsforschung im Langzeitverlauf mit den Menschen in der Lausitz zu realisieren – und dadurch über den ländlichen Bereich eine spezifische Kohorte zu betrachten.

Auf welche thematischen Schwerpunkte fokussieren Sie sich innerhalb der Versorgungsforschung?

Mich interessiert besonders der Strukturwandel. Der Begriff besagt ja, dass es etwas gab, was vorher die Realität der Region bestimmt hat. Wir wollen, auch im Austausch mit dem Ruhrgebiet, erforschen, welche spezifischen Gesundheitsrisiken diejenigen haben, die früher im Bergbau gearbeitet haben. Das ist ein besonderer Auftrag an unsere Versorgungsforschung, dem man in anderen Regionen gar nicht nachkommen kann.

Sie verankern Ihr Konzept in einem salutogenetischen Leitbild. Wie übersetzt sich das methodisch in messbare Endpunkte der Versorgungsforschung, oder bleibt es bei der reinen Programmatik?

Nun, man sucht sich eine bestimmte Kontextualisierung. Wir haben zum Beispiel Sportvereine ausgewählt, in denen wir bei Veranstaltungen zur Herzgesundheit Angebote machen – wo man sich freiwillig melden und etwa über ein 24-Stunden-EKG eine Rückmeldung im Hinblick auf mögliche Gefährdungen bekommen kann. Das ist erst einmal ein technologischer Einstieg, der sich dahin weiterentwickelt, dass wir eine Gesundheits-App für die Lausitz entwickeln wollen. Eine solche App macht es jedem leicht, seine Daten zur Verfügung zu stellen, soll aber ganz praktisch auch dazu motivieren, sie aktiv zu nutzen. Dann hilft uns die Digitalisierung ganz konkret, Identifikation und Gesundheitsverhalten mit einer sinnvollen Datensammlung zum Zwecke der Versorgungsforschung zusammenzubringen. Hinzu kommt das Wissenschaftsratspapier zur Prävention, das „from research to action“ kommen soll – eine gute Grundlage, um Prävention auch in der akademischen Medizin mitzudenken.

Sie konkurrieren bei den Gesundheitsdaten mit den großen, weltweit agierenden IT-Konzernen. Worin sehen Sie in der Lausitz Ihren komparativen Vorteil gegenüber diesen globalen Playern?

Es gibt eine wachsende Zurückhaltung, nicht nur, aber auch in unserer Region, die eigenen Daten großen internationalen IT-Unternehmen zu überlassen. Bei Gesundheitsdaten ist das besonders sensibel, ja emotional: Wenn ich selbst betroffen bin, dann mache ich das vielleicht, ansonsten nicht. Auch die Datenqualität spielt eine große Rolle. Die Großen setzen auf die große Zahl und definieren Datenqualität gewissermaßen mathematisch weg. Besonders wissenschaftlich valide ist das, was wir realisieren wollen: eine vertrauensbasierte Gesundheitsberichterstattung, die auf die Qualität der Daten einzahlt. Wir können die Rahmenbedingungen viel besser definieren, als wenn Sie das in einem weltweiten Maßstab machen. Und im Hinblick auf die medizinische Versorgung können wir vieles besser als die Großen – weil wir wirklich alle Versorgungsbereiche abdecken. Da tun sich die großen Anbieter schwer, weil sie keinen direkten Zugang zur Versorgung haben – und schon gar keinen, der über alle Versorgungselemente hinweg konsistent ist.

Am 11. Oktober ist bei Ihnen in Cottbus die erste Immatrikulationsfeier – am nächsten Tag dann starten bei Ihnen 36 Studierende in das Medizinstudium. Wie ist die Versorgungssystemforschung im Curriculum verankert und inwiefern prägt sie das Profil der Ausbildung?

Inhaltlich wird die Lehre ein klassischer Modellstudiengang sein, mit patientenbezogenen Themen von Anfang an. Was bei uns eine große Rolle spielt: Wir suchen die Kapazität für die Ausbildung im ambulanten Bereich; das heißt: Praxen beteiligen sich am Unterricht. Und wir sind mit dem öffentlichen Gesundheitsdienst und dem Medizinischen Dienst Berlin-Brandenburg im Gespräch, wie auch deren Perspektiven, etwa die Sozialmedizin, im Studium vermittelt werden können.

Wie wollen Sie Absolvent:innen langfristig an die Region binden?

Wir verlangen kein Commitment unserer Student:innen, dass diejenigen, die bei uns studieren, am Ende auch in Brandenburg bleiben müssen. Die Aufgabe der MUL ist es, eine Art positiven Klebeeffekt zu erzeugen. Das heißt, unsere Studierenden sollen so zufrieden sein

Zitationshinweis

Nagel, E., Roski, R., Stegmaier, P.: „Versorgung vom Patienten her denken – nicht von den Strukturen", in „Monitor Versorgungsforschung" (05/26), S. 6–11. http://doi.org/10.24945/MVF.05.26.1866-0533.2861

mit dem, was wir ihnen anbieten, dass sie das Gefühl bekommen: Hier will ich gar nicht wieder weg. Das klingt im ersten Moment ein bisschen romantisch. Aber aus meinen Erfahrungen aus Bayreuth kann ich festhalten: Von der ersten Kohorte unserer Absolvent:innen sind immerhin zwei Drittel in Bayreuth und Umgebung geblieben.

Sie diskutieren auch einen „regionalen Bonus" beim Zugang. Ist das rechtlich überhaupt haltbar?

Wir sind in der Diskussion, ob es rechtliche Möglichkeiten gibt, einen regionalen Bonus zu vergeben. Das ist im Moment in der Prüfung. Alle, die sich mit Verfassungsrecht auseinandersetzen, wissen, dass das eine höchst komplizierte Angelegenheit ist. Aber auch da lassen wir nicht locker. Wir wollen, dass junge Leute aus der Region die Möglichkeit haben, in offener Kompetition zu anderen tatsächlich einen Studienplatz bei uns zu bekommen – in der Überzeugung, dass es leichter ist, Menschen für die Region zu gewinnen, die aus der Region kommen. Vielleicht tun wir uns in der Bundesrepublik insgesamt ein Stück weit zu schwer mit dem Aspekt des gleichberechtigten Zugangs, wenn wir am Ende immer wieder fragen: Wo müssen wir noch eine medizinische Fakultät gründen, damit genügend Leute in der Region bleiben? Die USA und andere Länder zeigen uns aber, dass man regionale Versorgung mit aus der Region stammenden Studierenden sehr viel effektiver abdecken kann, als wir das bisher in Deutschland tun.

Die Lausitz ist auf internationale Fachkräfte und Studierende angewiesen. Gleichzeitig erzielen migrationskritische Parteien in Teilen der Region hohe Wahlergebnisse. Welche Auswirkungen hat das?

Ich will die Problematik nicht kleinreden. Die Zustimmung zu politischen Perspektiven, die die Weltoffenheit untergraben, gibt es bei uns in Brandenburg wie an leider zu vielen Orten in Deutschland, und weltweit erleben wir das noch stärker. Das finde ich bedrohlich. Und das kränkt mich auch persönlich, weil ich der Nachkriegsgeneration angehöre, die in der Hoffnung aufgewachsen ist, dass wir dieses Thema in Deutschland überhaupt nicht mehr diskutieren müssen. Das ändert aber nichts daran, dass wir die Menschen, die so denken, ansprechen und ihnen die Vorteile einer offenen Gesellschaft nachvollziehbar machen müssen. Schauen Sie auf die Realität: In unserem Krankenhaus arbeiten bei unseren aktuell rund 4.500 Mitarbeitenden Menschen aus über 60 Nationen zusammen, darüber hinaus haben wir starke Kooperationen mit Brasilien, Marokko und Vietnam.

Viele Modelle funktionieren nur, solange Sondermittel zur Verfügung stehen. Welche Ergebnisse müssten erzielt werden, damit einzelne Ansätze auch ohne diese Förderung Bestand haben?

Die Gelder werden vor allen Dingen für den grundlegenden Aufbau benötigt, weil es bisher noch gar keine entsprechende Struktur gab. Diese Mittel sind auch für den Aufbau von Arbeitsplätzen notwendig, die an bestehenden Universitätskliniken längst geschaffen sind.

Wie soll der dauerhafte Betrieb ohne Sondermittel finanziert werden, und welche Voraussetzungen müssten andere Regionen erfüllen, um dieses Modell übernehmen zu können?

Was ich für übertragbar halte und was keine zusätzlichen Millionen oder Milliarden kostet, ist die Schwerpunktsetzung: die klare Erkenntnis, dass bei aller Notwendigkeit hochtechnologischer und grundlagennaturwissenschaftlicher Forschung die Versorgungsforschung ein Bereich ist, in dem medizinische Erfolge realisierbar sind – im Sinne einer durch Daten verbesserten Versorgung. Versorgungssystemforschung ist gemeinsam mit der Digitalisierung eine wichtige Antwort auf viele der heutigen Versorgungsprobleme, etwa die Grenzen zwischen ambulant und stationär. Dass man diese Themen vor Ort über regionale Lösungen bis vor den Bundesgesetzgeber zur Lösung bringt – das ist etwas, was ich anderen empfehlen kann. Je mehr von uns in diese Richtung gehen, desto eher wird es gelingen, den Reformstau im Gesundheitswesen sinnvoll anzugehen.

Wenn wir dieses Gespräch in zehn Jahren erneut führen würden, was müssten Sie bis dahin nachgewiesen haben, damit die MUL – CT als Modell für Deutschland gelten kann?

Wenn wir erfolgreich sind, haben wir in der Lausitz über die Jahre hinweg ein Angebot der medizinischen, pflegerischen und therapeutischen Versorgung geschaffen und etabliert, das alle gut untersuchten und mit medizinischem Erfolg versehenen Angebote regional vorhält. Das heißt: Eine Differenzierung zwischen der Medizin der Maximalversorgung, die in der Region umgesetzt wird, und Zentren, die auf bestimmte Weiterentwicklungen fokussiert sind. Wir werden in Cottbus zum Beispiel allerdings keine Kinderherzchirurgie realisieren und auch keine Lebertransplantation zu uns holen – das sind Aspekte, die in spezifischen Zentren verbleiben müssen. Wohl wissend, dass alles, was hochleistungsmedizinisch für die Bevölkerung in der Region angeboten werden kann, keine 200 oder 300 Kilometer Fahrzeit braucht, sondern bei uns angeboten werden kann.

Bei vielen Maximalversorgern herrscht die Überzeugung, nur mit einem lückenlosen Leistungsangebot ein vollwertiger Standort zu sein.

Da mag auch oft das Kalkül der Ertragsmaximierung eine Rolle spielen. Bei uns hingegen ist die oberste Grundlage die Verantwortlichkeit unserer Universitätsmedizin für die Versorgung in der Fläche und deren Sicherstellung.

Und woran erkennt eines Tages ein künftiger politischer Entscheider, dass aus dem Modell ein neuer Maßstab geworden ist?

Daran, dass wir nachweisen, dass sich die soziale Spaltung verkleinert. Wir erkennen gerade aus der Versorgungsforschung, dass bei allem medizinischen Fortschritt und allen hervorragenden Angeboten die soziale Spaltung im Hinblick auf Lebenserwartung und chronische Erkrankungen beständig zunimmt und nicht abnimmt. Auch dagegen wollen wir mit unserem Projekt einstehen. Mein eigentliches Ziel reicht aber weiter: Ich erhoffe mir, dass die Menschen in der Region durch den Strukturwandel mit der Medizinischen Universität Lausitz ein neues oder transformiertes Wir-Gefühl mitbekommen. Das heißt, dass die Gesundheit nicht der Stachel im Fleisch ist – also die Furcht, krank zu werden –, sondern dass die Menschen, indem sie selbst eine Kompetenz entwickelt haben, auf ihre eigene Gesundheit achten und sie positiv beeinflussen können. Wenn das gelingt, dann ist das gelungener Strukturwandel – und tatsächlich eine Versöhnung, die ich mir vorher so nicht habe vorstellen können.

Vielen Dank für das Gespräch. <<

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



„Nicht die Spieler sind sch
sondern falsche Spielrege

538,2 Milliarden Euro Gesundheitsausgaben im Jahr 2024, 12,4 Prozent der Wirtschaftsleistung. Die Reformen der vergangenen Jahrzehnte haben ihre Ziele verfehlt, weil Akteure sie umgangen haben. Madeleine Barlozek MBA hat nach Ursachen gesucht und den ambulanten wie den stationären Sektor entscheidungstheoretisch analysiert. In ihrem Beitrag „Vom Nobelpreis zur Versorgungspraxis“ (1) führt die Gesundheitsökonomin viele Fehlentwicklungen auf Anreizstrukturen zurück, deren Wirkung nicht einkalkuliert wurden. Alle Beteiligten handeln in ihrem Sinne zwar rational, aber im Ergebnis kollektiv ineffizient. Ein MVF-Gespräch mit ihr und OptiMedis-Gründer Dr. h. c. Helmut Hildebrandt über Fehlanreize, Handlungsoptionen und die Frage, warum das „Gesunde Kinzigtal“ nach 20 Jahren noch immer die Ausnahme ist.

Im Interview: Madeleine Barlozek MBA, Beraterin und Senior Market Access Manager bei Danone, und OptiMedis-Gründer Dr. h. c. Helmut Hildebrandt

>> Frau Barlozek, Sie beschreiben den ambulanten Sektor in Ihrer Arbeit (1) als Gefangenendilemma im Sinne der Spieltheorie. Worin besteht es?

Barlozek: Im ambulanten Sektor sind zwei konträre Fehlentwicklungen relativ klar zu benennen: Das ist die Leistungsausweitung einerseits und die EBM-Punktentwicklung andererseits. Entscheidungstheoretisch handelt es sich um ein ganz klassisches Gefangenendilemma. Bei gedeckeltem Gesamtbudget hat die Ausweitung der Leistungsmenge den Punktwert für alle gesenkt. Empirisch ist das eindeutig bestätigt: Nach Einführung des EBM mit festen Budgets wurden mehr Fälle abgerechnet, worauf der Punktwert immer weiter sank und sich damit die Vergütung je Fall reduzierte. Das Ergebnis für alle ärztlichen Leistungserbringenden fiel damit negativ aus – sie verdienten weniger, obwohl sie mehr Patient:innen behandelten.

Die Honorarreform 2009 mit Orientierungswert und morbiditätsbedingter Gesamtvergütung sollte das ändern. Warum blieb der Fehlanreiz zur Mengenausweitung bestehen?

Barlozek: Das ist das generelle Problem sehr vieler Reformen: Die Politik versucht in ihren an sich gut gemeinten Reformen eben nicht, die Anreizmechanismen zu verändern, sondern immer wieder aufs Neue in den einzelnen Sektoren bestimmte Probleme zu beheben. Die Politik verkennt hier die Tatsache, dass es sich bei unserem Gesundheitssystem um keine Maschine handelt, sondern um ein Ökosystem. Wenn man an einer Stellschraube etwas verändert, kann das oft unvorhersehbare Auswirkungen in vielen anderen Bereichen auslösen. Das ist etwa so wie in der Umwelt: Wenn eine Art ausstirbt, weiß man nicht, was das für Pflanzen und andere Lebewesen bedeutet, weil alles miteinander vernetzt ist.

„Die Politik verkennt die Tatsache, dass es sich bei unserem Gesundheitssystem um keine Maschine handelt, sondern um ein Ökosystem.“
Madeleine Barlozek

huld,
ln“

Herr Hildebrandt, Sie arbeiten seit Einführung des § 140a SGB V im Jahr 2000 mit Selektivverträgen. Hat je eine Reform die Anreizstruktur selbst verändert?

Hildebrandt: Man kann hier die AMNOG-Einführung 2011 nennen. Oder vorher die Einführung der Selektivverträge im Jahr 2000. Beide Reformen haben versucht, die entsprechenden Regeln zu verändern, was sie auch eine Zeit lang schafften. Doch wie es so ist, haben die Akteure recht schnell und kreativ neue Logiken gesucht und gefunden, um im Endeffekt den alten Anreizstrukturen folgen zu können. Dies zu verhindern, ist bislang nicht gelungen. Vielleicht, weil man bisher nicht an die Spieltheorie gedacht hat, die ich absolut faszinierend finde. Der Begriff „Spieltheorie“ ist leider etwas irreführend, da es sich bei dem, was wir alle tun, nun einmal um kein Spiel handelt, sondern um ernste Situationen, in denen das eigene Handeln das Wohl und Wehe und Leib und Leben anderer beeinflusst.

Kommen wir zum stationären Sektor. Nur 41,5 Prozent der Krankenhäuser erreichen den Schwellenwert von 60 Prozent unbeanstandeten Rechnungen (GKV-Spitzenverband, Statistik nach § 275c SGB V, 4. Quartal 2025). Ist Upcoding damit ein Systemproblem?

Barlozek: Upcoding bedeutet, dass an der Grenze kodiert wird zwischen dem, was medizinisch gerade noch vertretbar ist, und dem, was eigentlich schon darüber hinausgeht. Die Spieltheorie liefert die Erklärung, warum Krankenhäuser genau so kodieren, wie sie es tun. Wenn alle anderen Kliniken Upcoding betreiben, nur nicht die, für welche ich verantwortlich bin, bekomme ich langfristig immer weniger. Andersherum gilt: Wenn nur ich, aber alle anderen nicht upcoden, bekomme ich viel mehr. Das heißt: Egal, wie sich andere Kliniken verhalten, ist es für mich immer die rationale und dominante Strategie, Upcoding zu betreiben. In der Spieltheorie ist man damit aber an einem Nash-Gleichgewicht angekommen, bei dem die Systematik des Gefangenendilemmas zutrifft: An diesem Punkt stehen alle schlechter da, als wenn sie konservativ kodiert hätten, weil sich die dadurch erreichten individuellen Vorteile neutralisieren.

Das ist Modell und Theorie. Wie belastbar ist die Empirie dahinter?

Barlozek: Alles ist durch verfügbare Daten belegbar. In meinem Beitrag habe ich meine Aussagen mit empirischen Daten untermauert. So zeigen zum Beispiel Stichprobenprüfungen Kodierungsfehler zulasten der Krankenkassen in einer Größenordnung von bis zu 35 Prozent. Gleichzeitig stieg aber auch der Case-Mix-Index kontinuierlich über das Maß hinaus, welches sich demografisch erklären ließe. Ein bekanntes Beispiel ist eine Studie zum Upcoding aus der Neonatologie: Nachdem das System der Fallpauschalen eingeführt wurde, hatten eigenartigerweise auf einmal alle Frühgeborenen ein viel niedrigeres Geburtsgewicht als vor der Einführung. Dann hat man das mit den tatsächlichen Daten verglichen, und es zeigte sich, dass das gar nicht stimmte. Was passiert ist, ist klar: Wenn ein Neugeborenes gerade so an der Gewichtsgrenze lag, hat man ein paar Gramm weniger aufgeschrieben, um als Klinik mehr Geld zu bekommen.

Herr Hildebrandt, Sie haben die Gesundes Kinzigtal GmbH von 2005 bis 2018 geführt. Ist Ihnen dieses Kalkül dort begegnet?

Hildebrandt: Das Ganze überrascht mich nicht. Beeindruckend finde ich allerdings, dass man derartige Fehlentwicklungen mittels der hier angewandten Entscheidungstheorie nachvollziehen und rational erklären kann. Das ist außerordentlich wichtig, weil sich so erkannte Fehlanreize durch eigentlich recht einfache Korrekturen in der Anreizmechanik vermeiden oder zumindest stark minimieren ließen. Das vor allem zum Nutzen der Patient:innen: Das Beispiel der Neonatologie hat ja gezeigt, wie stark ökonomische Anreize wirken können und welche sensiblen Fragen damit verbunden sind. Gerade in Bereichen, in denen Entscheidungen unmittelbare Auswirkungen auf die Gesundheit von Patient:innen haben, müssen Vergütungsregeln deshalb besonders sorgfältig gestaltet sein. Das Beispiel zeigt uns doch ganz deutlich, dass es nicht ausreicht, ein Anreizsystem nur mit

der Hoffnung zu entwickeln, dass die Ethik der Handelnden in den Organisationen es vermeidet, Fehlanreize zu produzieren. Jetzt, wo Madeleine Barlozek sehr genau analysiert hat, wie und warum Fehlanreize zustande kommen, muss die Politik handeln und Anreizsysteme so ausrichten, dass die Rationalität der einzelnen Leistungserbringenden konsequent auf das gesellschaftlich gewünschte Ziel ausgerichtet und falsche Belohnungen so gut es geht minimiert werden.

Frau Barlozek, Sie haben auch die aktuelle Krankenhausreform als strategisches Spiel modelliert. Was war das für Sie überraschendste Ergebnis?

Barlozek: Als ich die Krankenhausreform in einem strategischen Spiel abgebildet habe, versuchte ich wirklich mit allen möglichen Facetten und sogar dreidimensionalen Spielen die verschiedenen Handlungsoptionen, die ein einzelnes Krankenhaus gegenüber anderen Krankenhäusern in einer Region hat, zu modellieren. Sehr überrascht hat mich das Ergebnis, weil es mir tatsächlich nicht gelungen ist, mit den neuen Anreizsystemen eine dominante Strategie und ein Nash-Gleichgewicht zu finden, was selten der Fall ist. Das heißt für mich, dass durch das neue Gesetz viele gegenläufige Faktoren in dieses „Spiel" hineinkommen, sodass es für das einzelne Krankenhaus eigentlich unmöglich ist, strategisch zu optimieren.

„Damit ein ‚Spiel' tatsächlich besser wird, braucht es einen ‚Mechanism Designer', der in der Lage ist, die Grundregeln zu verstehen und so zu gestalten, dass möglichst wenige Anreize falsch genutzt werden können."
Dr. h. c. Helmut Hildebrandt

Woran liegt das?

Barlozek: Nehmen wir als Beispiel gegenläufige Anreize auf verschiedenen Ebenen: Auf der individuellen Krankenhausebene dominiert für einen Großteil der Häuser in einigen Leistungsgruppen der Anreiz zur Mengenreduktion bei gleichzeitiger Erhöhung der Fallschwere, weil innerhalb eines 20-Prozent-Korridors die Vorhaltepauschale stabil bleibt, während variable Kosten entfallen. Auf der Länderebene hingegen besteht ein Anreiz zur Leistungsausdehnung, um einen größeren Anteil am Vorhaltevolumen zu sichern. Für kleinere Häuser kommen zudem Mindestfallzahlen hinzu, die wiederum in die andere Richtung wirken. Und Upcoding wird im neuen System strategisch sogar noch attraktiver, weil es die Vergütung erhöht, ohne die Begrenzung des Fallvolumens zu unterlaufen.

Ist das nicht ein Hinweis darauf, dass die Methode an ihre Grenzen stößt?

Barlozek: Das Gegenteil ist der Fall: Das Fehlen eines Gleichgewichts ist ja gerade das Ergebnis. Das ist tatsächlich auch das Feedback, das ich von vielen Krankenhausgeschäftsführern bekommen habe, weil diese Reform für sie unheimlich viel Unsicherheit mit sich bringt, dass es fast unmöglich sein wird, wirtschaftlich zu optimieren. Die Hauptaussage ist damit klar: Bei diesem Gesetz gibt es keine Gewinner, weil es keine rationale Strategie gibt.

Herr Hildebrandt, das wäre dann ja ein Erfolg und dieEntökonomisierung erreicht, mit der Karl Lauterbach damals die Krankenhausreform begründet hat.

Hildebrandt: Es wird trotzdem Gewinner geben. Es gibt immer welche, die sich in den Komplexitäten des neuen Gesetzes mit viel Energie, Engagement und teuren Beratungsunternehmen einen Weg suchen, um sich durchzulavieren. Das werden leider und sehr wahrscheinlich gerade nicht die Häuser sein, die wir gesellschaftlich gern erhalten wollen, sondern die schlauen Mitnehmer. Das sind die, die die zumindest auf dem Papier die besten Konzepte gegenüber der Landeskrankenhausplanung darstellen können, die dann die gewünschten Planfallzahlen vergibt. Und die werden dann entscheiden, welches Krankenhaus wie viel Leistung erbringen darf, und damit natürlich auch, wie viel ein Krankenhaus zukünftig verdienen wird.

Herr Hildebrandt, Sie haben viele Versorgungssysteme gebaut. Was leiten Sie daraus für die Anreizgestaltung ab?

Hildebrandt: Dafür muss ich ein wenig ausholen. Mein persönliches Erweckungserlebnis hatte ich 1984 durch eine Studienreise in die USA. Dort lernte ich Managed Care und HMOs wie Kaiser Permanente und andere kennen, die ein wirklich ganz anderes Businessinteresse haben als das, was wir – bis auf einige Ausnahmen, die ich mitgestalten durfte – bislang hier in Deutschland kannten und kennen. Als ich zurückkam, war ich völlig beseelt von dem Gedanken, wie Versorgungsorganisationen auch hierzulande weiterentwickelt werden können. Dann bin ich aber schnell wieder in der Realität angekommen, weil es damals dazu in Deutschland überhaupt keine Debatte gab. Erst 1993 oder 1994 begannen bei uns die Ärztenetzbewegung und die Ärztenetzdiskussion. Das war für mich wiederum der Anknüpfungspunkt, ein ganz anderes Versorgungssystem als bisher üblich zu entwickeln. Als dann im Jahr 2000 mit der damaligen Gesundheitsreform der Paragraf 140a eingeführt wurde, mit dem Verträge mit Krankenkassen möglich wurden, haben wir mit der AOK Baden-Württemberg das Konzept „Gesundes Kinzigtal" als Modell ausgearbeitet und mit Erfolg realisiert.

Wo kommen hier Entscheidungs- und Spieltheorie ins Spiel?

Hildebrandt: Ohne dass wir es mit dieser Theorie vorher getestet hatten, haben wir bewusst oder unbewusst das Richtige gemacht: Wir haben ein Modell aufgesetzt, das individuelle Fehlanreize vermeidet, indem die gemeinsam mit dem dortigen Ärztenetz gegründete Gesundheitsmanagementgesellschaft einzig und alleine nur an der Verbesserung des Gesamtergebnisses der Krankenkasse für die zu versorgende Population gegenüber den Referenzkosten verdiente. Wir haben keine anderen Alimentationen bekommen, sondern wurden und werden nur am Ergebnis gemessen, wie gut unser Handeln sich auf die Gesundheitskosten auswirkt.

Welche Bedingungen müssen erfüllt sein, damit ein solches Modell nicht neue Fehlanreize erzeugt?

Hildebrandt: Es müssen natürlich einige Regelwerke mitbedacht werden. So müssen die Versicherten weiterhin die freie Arztwahl haben, damit sie nicht selbst in ein Gefangenendilemma geraten. Die Leistungserbringenden müssen ebenfalls die Freiheit haben, ob sie

sich dem Projekt anschließen oder nicht. Zudem dürfen einzelne Kosten nicht verschoben werden können. Will heißen: Wirklich alle Kosten, die für das geolokalisierte Gesundheitsversorgungssystem entstehen, müssen in der Kostenbetrachtung enthalten sein. Wenn das gegeben ist, bekommt man ein anreizkonformes Modell. Dann hat diese Organisation das wirtschaftliche Ziel, an alle an der Versorgung Beteiligten – Hebammen, Therapeuten, Sportvereine, Tanzvereine, Ärzte, Krankenhäuser – positive Anreize zu setzen, damit sie sich strikt am Ergebnis statt an Leistungsmengen ausrichten.

OptiMedis hat die Anteile an der Gesundes Kinzigtal GmbH zum 30. November 2023 abgegeben und dies mit veränderten Rahmenbedingungen im Morbi-RSA begründet. Warum hat es sich bundesweit nicht durchgesetzt?

Hildebrandt: Da sind wir wieder bei der Entscheidungstheorie: Damit ein „Spiel" tatsächlich besser wird, braucht es einen „Mechanism Designer", der in der Lage ist, die Grundregeln zu verstehen und so zu gestalten, dass möglichst wenige Anreize falsch genutzt werden können. Eine für die Gesundheitsergebnisse verantwortliche Organisation auf der regionalen Ebene – beispielsweise eines Landkreises – fehlt aber in Deutschland. Stattdessen haben wir ein völlig fragmentiertes System: bei den Krankenkassen, bei den Leistungserbringenden, in den Sozialsystemen und bei den Beratungseinrichtungen. In der letzten Legislatur gab es mit dem Entwurf eines Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetzes einmal ein Aufflackern beim Gesetzgeber, eine solche regionale Verantwortungs- und Entscheidungsebene zu schaffen, aber die ist dann ein Opfer des Ampel-Aus geworden. Ich hoffe auf unseren neuen Bundesgesundheitsminister Dr. Linnemann. Als studierter Volkswirt ist er mit der Spieltheorie vertraut. Die gleiche Hoffnung richtet sich auch auf die Expert:innen in der Finanzkommission Gesundheit. Deren zweiter Bericht zum Ende des Jahres kann der Auftakt sein für den notwendigen Umbau- und Umdenkprozess.



Madeleine Barlozek MBA

ist freiberufliche Beraterin und Autorin im Gesundheitswesen sowie Senior Market Access Manager bei Danone. Durch ihre beruflichen Stationen in Pharmaindustrie, Medizintechnik und Unternehmensberatung kennt sie das deutsche Gesundheitswesen aus unterschiedlichen Perspektiven. Ihr besonderes Interesse gilt der Entwicklung anreizorientierter Reformkonzepte auf Basis von Gesundheitsökonomie, Spieltheorie und Mechanism Design, um wissenschaftliche Erkenntnisse in konkrete gesundheitspolitische Lösungen zu überführen.

Nur fehlt ein neutraler Mechanism Designer in Deutschland.

Barlozek: Mit dem fehlenden „Mechanism Designer" sprechen Sie unser Hauptproblem in unserem System an. Wir haben in Deutschland faktisch kein „Mechanism Design", weil das BMG zwar die Regeln vorgibt, die Normierungen und wichtigen Entscheidungen aber von anderen Instanzen getroffen werden, die eigentlich nicht neutral sind, weil sie alle eigene Interessen und Agenden haben. Das heißt: Hierzulande gibt es keine neutralen „Mechanism Designer", sondern nur Mitspieler, die ihre Regeln selbst machen dürfen.

Hildebrandt: Hinzu kommt, dass einige Akteure im System über eine besondere Gestaltungsmacht verfügen. Das ist eine Folge unseres Systems der Selbstverwaltung, in dem die zentralen Akteure des Gesundheitswesens zugleich maßgeblich an der Ausgestaltung der Regeln beteiligt sind. Damit entsteht zwangsläufig ein Spannungsfeld zwischen den jeweiligen Interessen der Beteiligten und den übergeordneten gesundheitspolitischen Zielen. Umso wichtiger ist es, die Regeln so zu gestalten, dass unterschiedliche Interessen berücksichtigt werden und die Anreize möglichst konsequent auf die gesellschaftlich gewünschten Ziele ausgerichtet sind.

Wer könnte die Regeln neutral setzen?

Barlozek: Das kann nur der Gesetzgeber, natürlich in Vorarbeit durch das BMG.

Hildebrandt: Das Gesundheitswesen ist so komplex und gleichzeitig entscheidend für Leben und Tod, dass wir sicherlich keine revolutionäre Lösung von heute auf morgen entwickeln können. Das heißt, dass es jetzt darauf ankommt, einen Weg zu entwickeln, wie wir regionale Verantwortungsträger etablieren und zunehmend in Richtung auf die Verbesserung der Gesundheit der regionalen Bevölkerung ausrichten. Das geht jedoch kaum als One-fits-all-Lösung für ganz Deutschland! Die Herausforderung wird sein, der Politik zu vermitteln, dass wir mit regionalen Lösungen beginnen müssen und dass die dort Agierenden Freiräume für die Gestaltung vor Ort brauchen, aber gleichzeitig auch die Ergebnisverantwortung übernehmen müssen. Und vor allem, dass es das BMG endlich zulässt, dass sich die ohnehin vorhandenen regionalen Unterschiedlichkeiten in den jeweiligen Versorgungsprozessen vor Ort abbilden.

Damit wären wir wieder am Anfang. Wer die Regeln ändert, ändert das Verhalten der Spieler. Kann die Spieltheorie diese Reaktion vorhersagen?

Barlozek: Genau das ist die Aufgabe des Mechanism Designs: Man muss die Regeln so entwerfen, dass für den Einzelnen das eigene Verhalten rational bleibt, aber auch für die Gesamtgesellschaft wünschenswert ist. Nur dann wird derjenige nicht bestraft, der sich ethisch verhält, so wie es derzeit allenthalben stattfindet: Die Leistungserbringenden, die besonders konservativ kodieren, die sich an alle Regeln halten, die nichts ausschöpfen, die kein Trittbrettfahrerverhalten zeigen, werden heute im Endeffekt finanziell bestraft. Stattdessen sollten

doch eigentlich diejenigen finanziell benachteiligt werden, die sich nicht an die Regeln halten. Im Endeffekt sind an Fehlentwicklungen nicht die Spieler schuld, sondern falsche Spielregeln.

Können Sie das an einer konkreten Regel festmachen?

Barlozek: Das ist genau das Modell, das Helmut Hildebrandt seit vielen Jahren propagiert: Accountable Care Organizations, kurz ACOs, wie es etwa das „Gesunde Kinzigtal" in Deutschland verkörpert, in Verbindung mit Shared Savings- und Kapitationsmodellen. Hier geht es immer darum, in einer Region Kosten zu sparen und an diesen Kostenersparnissen beteiligt zu werden. Das muss dann natürlich attraktiver sein, als am bisherigen System festzuhalten: Die Erlössteigerung, die ich mitnehmen kann, indem ich mehr kodiere, mehr Upcoding betreibe, mehr Fälle mache, darf nicht so stark sein wie der Anreiz, mich so zu verhalten, dass das vorhandene Budget besonders effizient eingesetzt wird. Das ist die große Herausforderung.

Spieltheorie – Verhalten unter Anreizen verstehen

Die Spieltheorie untersucht, wie sich rationale Akteure verhalten, wenn ihre Entscheidungen vom Verhalten anderer abhängen. Sie beschäftigt sich nicht mit Spielen, sondern mit Entscheidungsproblemen in Wirtschaft, Politik und Gesundheitswesen. Ihre Begriffe stammen aus der Ökonomik, für die 1994 John Nash, John Harsanyi und Reinhard Selten und 2007 Leonid Hurwicz, Eric Maskin und Roger Myerson den Wirtschaftsnobelpreis erhielten.

Die Anreizstruktur eines Systems bestimmt, welche Handlungsoption für einen Akteur strategisch am attraktivsten ist. Ist eine Option unabhängig vom Verhalten aller anderen immer die beste, spricht man von einer **dominanten Strategie.** Ein Krankenhaus, das seine Kodierung ausreizt, fährt damit besser, gleichgültig wie die Häuser in der Region sich verhalten.

Wählen alle Beteiligten ihre jeweils beste Antwort auf das Verhalten der anderen, entsteht ein **Nash-Gleichgewicht**. In diesem Zustand kann keiner sein Ergebnis durch einseitiges Abweichen verbessern.

Ein solches Gleichgewicht muss nicht gesellschaftlich optimal sein. Viele ineffiziente Systeme sind gerade deshalb stabil, weil das Eigeninteresse aller Beteiligten sie immer wieder herstellt. Im **Gefangenendilemma** führen individuell rationale Strategien zu einem Ergebnis, bei dem alle schlechter stehen als bei Kooperation. Kodieren alle Häuser an der Grenze des Vertretbaren, gleichen sich die Vorteile aus und übrig bleiben höhere Prüfaufwände auf beiden Seiten.

Daraus folgt, warum Appelle an das Verhalten der Beteiligten wenig ausrichten. Solange die Regel den Vorteil erzeugt, bleibt die unerwünschte Strategie rational, und wer sie meidet, trägt die Kosten allein.

Das **Mechanism Design** fragt in die andere Richtung. Die Spieltheorie erklärt, welches Verhalten unter bestehenden Regeln zu erwarten ist. Das Mechanism Design fragt, wie Regeln beschaffen sein müssen, damit individuelles Eigeninteresse zum gesellschaftlich gewünschten Ergebnis führt. Es setzt kein moralisches Verhalten voraus, sondern gestaltet die Regeln so, dass Kooperation, Qualität und Effizienz für jeden Einzelnen zur rationalen Entscheidung werden. Praktisch heißt das, den Anreiz an das Ergebnis zu binden statt an die Menge erbrachter Leistungen, und ihn so zu setzen, dass er den Vorteil aus der bisherigen Strategie übersteigt.

Reformen, die ihre Ziele verfehlen, scheitern deshalb häufig nicht an mangelnder Einsicht der Beteiligten. Sie scheitern an Regeln, die das unerwünschte Verhalten belohnen.



Herr Hildebrandt, die USA gelten bei uns nicht gerade als Vorbild.

Hildebrandt: Sollten sie hier aber. Die amerikanischen staatlichen Versicherungen arbeiten inzwischen zu circa 50 Prozent mit Lösungen, die diesem Modell nahekommen. Das sind die eben genannten Accountable Care Organizations, die man dort als Regelwerk etabliert hat, und zwar über Ausschreibungsformen der Medicare- und Medicaid-Servicestellen. .Wir wissen auch, dass solche Lösungen international in sehr unterschiedlich organisierten Gesundheitssystemen existieren – etwa in Spanien, Großbritannien, den USA oder der Schweiz, dem Paradebeispiel liberaler Wirtschaftspolitik. Ganz neu sind solche Gedanken übrigens auch hierzulande nicht. So hat der Krankenhausbereich bereits lange Zeit positive Erfahrungen mit den regionalen Psychiatriebudgets gemacht.

Herr Hildebrandt, seit dem 29. Juli 2026 führt Dr. Carsten Linnemann das Bundesgesundheitsministerium. Was wären die ersten Schritte, zu denen Sie raten würden?

Hildebrandt: Auf Landkreisebene langfristige Vertragsmodelle mit der gesamten GKV zuzulassen, die sich in ihren Gesundheitsergebnissen für die Bevölkerung beweisen müssen. Dafür sollten sie bei Beibehaltung der bisherigen Gesamtausgaben Spielräume bekommen, ihre Strukturen zu ambulantisieren, mehr Prävention und Gesundheitsförderung zu etablieren und die Patient Journeys patientenfreundlicher zu gestalten. Ein neues optimiertes Modell bekommen wir nur dann hin, wenn wir gesunden Wettbewerb unter Regionen und Anbieterkonsortien zulassen, diese aber gleichzeitig zur Datentransparenz und Evaluation verpflichten. Nur so können wir eine uns weiterbringende Wissensgenerierung entwickeln und analysieren, wie wir unsere Bevölkerung am besten gesund erhalten können. Durch welche Methoden? Bei welchen Subpopulationen? Bei welchen Morbiditäten? Bei welchen sozialen Gruppen? Dafür brauchen wir erweitertes Wissen, das in und mit allen gesundheitsbezogenen Professionen entwickelt und gelehrt werden muss.

Ein solches System muss Qualität messen können. Woher sollen die Daten kommen?

Hildebrandt: Einspruch. Qualitätsmessung ist heute mit den vorhandenen Daten sehr viel besser möglich als noch vor 20 Jahren, als wir mit dem Kinzigtal gestartet sind. Mit den Routinedaten der Krankenkassen können wir heute sehr gut landkreisbezogene Vergleiche anstellen, auch die soziodemografischen Daten sind besser und diese Entwicklung geht ja stetig weiter. Für die OECD haben wir selbst zum Beispiel an der Entwicklung des Patient-Reported Indicator Surveys (PaRIS) mitgearbeitet. Das heißt, dass damit auch die Patient:innen selbst mit ihren Berichten einbezogen werden können. Für die Startphase von ACOs können aber auch schon die Veränderungen der Gesamtkosten der jeweiligen regionalen Population gegenüber den Durchschnittskosten der Bevölkerung als Proxys genutzt werden. Wir vergessen nur zu leicht, dass mehr GKV-Gesundheitsausgaben gleichzeitig auch ein Indikator für einen schlechten Gesundheitszustand dieser Bevölkerung sind.



Dr. h. c. Helmut Hildebrandt

ist Gründer und Vorstand der OptiMedis AG. Sein Schwerpunkt liegt im Aufbau und Management regionaler populationsbezogener IV-Systeme. So war er zum Beispiel von 2005 bis 2018 neben seiner Vorstandstätigkeit bei der OptiMedis AG Geschäftsführer der Gesundes Kinzigtal GmbH, die die Integrierte Versorgung im Ortenaukreis in Baden-Württemberg verantwortete. Zudem hat er in den Stadtteilen Billstedt und Horn in Hamburg, in Nordhessen, aber auch in Thüringen und in benachbarten europäischen Ländern ähnliche Lösungen erprobt. Aktuell arbeitet er an der Entwicklung von regionalen Budgetlösungen in der Primärversorgung und für Krankenhäuser.

Barlozek: Heute haben wir zudem die Möglichkeit, Qualität besser zu messen als früher. Der Schlüssel zu einer besseren Versorgung ist die Messung der Behandlungsqualität, weil alle anderen Daten nur Aufschluss darüber geben, was behandelt wurde, nicht aber, welches Ergebnis damit erzielt werden konnte. Doch um Behandlungen im stationären oder ambulanten Sektor zu bewerten, gibt es bisher keinerlei konsequent eingeführte Outcomemessungen. Die wir aber durch die Digitalisierung durchaus hätten, wenn wir wollten. Wenn ePA und Forschungsdatenzentrum irgendwann einmal voll mit Daten sind, können wir versuchen, qualitätsoptimiert die Kosten zu senken.

Shared Savings verteilt Einsparungen zwischen Kassen und Leistungserbringern. Die Patient:innen haben finanziell davon zunächst nichts.

Hildebrandt: Stimmt. Sie haben aber etwas davon, wenn sie in ihrer Gesunderhaltung besser unterstützt und unnötige Leistungen nicht mehr gemacht werden, weil dann für die nötigen mehr Budget vorhanden ist. Was die richtige Leistung ist, müssen jedoch die Leistungserbringenden selbst definieren – auf einer ethischen Grundlage und transparent gegenüber Vergleichen mit anderen Regionen. Die Leistungserbringenden wissen schon recht gut, welche Behandlungen effizient und effektiv sind und welche nicht. Nur sie wissen, wie lange der Patient tatsächlich in der Klinik bleiben muss. Nur sie wissen, wann es sinnvoll ist, Patient:innen zu Fachärzt:innen zu schicken, und wann nicht.

Barlozek: Von daher sind regionale Konsortien, bestehend aus

Ärzteschaft, allen Kassen gemeinsam und anderen Leistungserbringenden sinnvoll, die gemeinsam an Shared Savings beteiligt sinnvolle Definitionen geben können. Ein solches Gremium weiß ganz genau, wo man einsparen kann, ohne die Qualität zu minimieren. Das führt uns auch aus der mentalen Falle heraus, dass sich eigentlich alle Leistungsträger durch immer wieder neue Kostendämpfungsgesetze in eine Art Opferrolle gedrängt sehen, weil sie der Ansicht sind, bei ihnen würde überproportional stark gespart.

Herr Hildebrandt, seit 2016 wurden über 780 Innovationsfondsprojekte gefördert. Wie realistisch ist die Umsetzung bei so vielen Beteiligten?

Hildebrandt: Was Frau Barlozek ausführt, ist die Positivinterpretation. In der Umsetzungsrealität wird es sehr viel komplexer, weil wir bei den Leistungserbringenden ganz viele Beteiligte haben. Zudem sind an einer Versorgungsleistung eben nicht nur Haus- oder Fachärzt:innen beteiligt, sondern möglicherweise auch ambulante Pflegekräfte, Physiotherapeut:innen oder Hebammen. Insofern wird es schon sehr komplex, wenn es um die Quantifizierung und finanzielle Aufteilung des erzeugten Nutzens geht. Wir werden wahrscheinlich nicht darum herumkommen, die gegenwärtigen Vergütungsmechanismen erst einmal fortzuschreiben, um sie dann sukzessive weiterzuentwickeln. Bis man ein vollständig neues System entwickelt hat, wird das sicher 10 bis 15 Jahre dauern. Aber das macht mir keine Angst. Es ist auch gar nicht schlecht, dass Entwicklungen im Gesundheitswesen langsam vonstattengehen, weil wir es mit einem sehr gefährdeten Patientengut zu tun haben. Interessenten für solche regionalen Verantwortungsträger gibt es übrigens sowohl auf der Seite der Niedergelassenen wie auf der Seite der Krankenhausträger, wir stehen dafür mit einer ganzen Reihe von Regionen im dauernden Austausch.

Herr Hildebrandt, die Gesundheitsökonomie diskutiert vor allem Preise und Erstattung. Warum spielt denn die Anreizanalyse kaum eine Rolle?

Hildebrandt: Meiner Wahrnehmung nach diskutieren die Gesundheitsökonomen viel zu wenig über die wirklich wichtigen und gesellschaftlich relevanten Sachverhalte und dafür zu oft über die sicher auch wichtigen Preisgestaltungen bei Arzneimitteln. Dazu kommt, dass wir alle im Gesundheitswesen stark normativ denken. So wird oft die eigene, meist recht positive Geisteshaltung, wie man sich richtig und ethisch im Idealfall verhalten sollte, auf alle anderen übertragen. Die eigene Selbstwahrnehmung und Wunschvorstellung manifestiert sich dann in Gesetzesvorlagen und man wundert sich, warum noch so gut gemeinte Reformen ins Leere laufen. Hier greift die Spieltheorie an der richtigen Stelle ein: Sie führt uns zurück auf die rationalen Hintergründe und zeigt, dass die Wunschvorstellung, wie sich Leute verhalten sollen, nur eine Folie ist, indes eine Folie, die oft weit entfernt ist von dem, wie tatsächlich entschieden wird.

Die Gesetzesfolgenabschätzung nach § 44 GGO verlangt eine Darstellung der Wirkungen. Ist eine spieltheoretische Prüfung im Gesetzgebungsverfahren überhaupt leistbar?

Barlozek: Ich denke, die Entscheider:innen in diesem Bereich sind sich der Komplexität sehr wohl bewusst. Es ist schon schwierig, diese vielen komplexen Sachverhalte so weit zu verstehen, dass man sie über die Spieltheorie entscheidungstechnisch vereinfachen kann.

Ab wann sollte, nein müsste ein Gesetzentwurf spieltheoretisch geprüft werden?

Barlozek: Begleitend während der Erarbeitung einer Reform. Bei jedem wichtigen System- oder Regelwechsel muss bekannt sein, welche Auswirkungen am wahrscheinlichsten sind. Die klassische Spieltheorie kann darstellen, welches Nash-Gleichgewicht sich wo und wann einstellt. Und mithilfe des Mechanism Design, also des Weiterdenkens, können wir dann überlegen, welche Regeln wirklich dazu führen, dass Qualität und Effizienz im Mittelpunkt stehen. Interessant wäre übrigens auch die evolutorische Spieltheorie, die erklärt, welche Handlungsstrategien sich unter welchen gegebenen Regelungen langfristig durchsetzen. Das Schöne ist: All das können wir schon jetzt in den verfügbaren Daten beobachten.

Welche Regel würden Sie ändern, wenn Sie nur eine wählen könnten?

Hildebrandt: Eine Lösung, die die Kassenseite dazu anreizt, die Vermeidung der Progression von Krankheit zu unterstützen und dann gemeinsam über regionale Verantwortungsträger zu finanzieren. Deutschland könnte hier etwas entwickeln, was im Endeffekt ein ökonomisches Exportmodell auch für die Europäische Union insgesamt werden könnte. Denn diesen Bedarf haben alle entwickelten Länder der Welt. Ich würde also sagen: Deutschland von der „Apotheke der Welt" hin zum „Entwicklungslabor für Gesundheit für die Welt".

Frau Barlozek, Sie fordern regionale Konsortien mit allen Kassen gemeinsam. § 140a SGB V trägt nur Verträge einzelner Kassen. Was müsste als Erstes geschehen?

Barlozek: Ziel müsste sein, den Leistungserbringenden über regional etablierte Shared-Savings-Modelle die Verantwortung für die Effizienz im Gesundheitswesen zu geben. Wenn man den regionalen Stakeholdern das ethisch richtig formulierte ökonomische Interesse zurückgibt, wäre eine Umsetzung recht schnell möglich. Das wäre ein Ansatz, den wir in einigen Regionen sofort umsetzen und evaluieren könnten.

Frau Barlozek, Herr Hildebrandt, danke für das Gespräch. <<

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

1: Barlozek, M.: „Vom Nobelpreis zur Versorgungspraxis: Spieltheorie als neue Perspektive im Gesundheitswesen", in: Gesundheitswesen aktuell 2026, BARMER Institut für Gesundheitssystemforschung, Berlin 2026: https://t1p.de/331z1

Hinweis: Auf den Seiten 20 ff. lesen Sie eine spieltheoretische Betrachtung der aktuellen Krankenhausreform, die Madeleine Barlozek für MVF erstellt hat.

Zitationshinweis

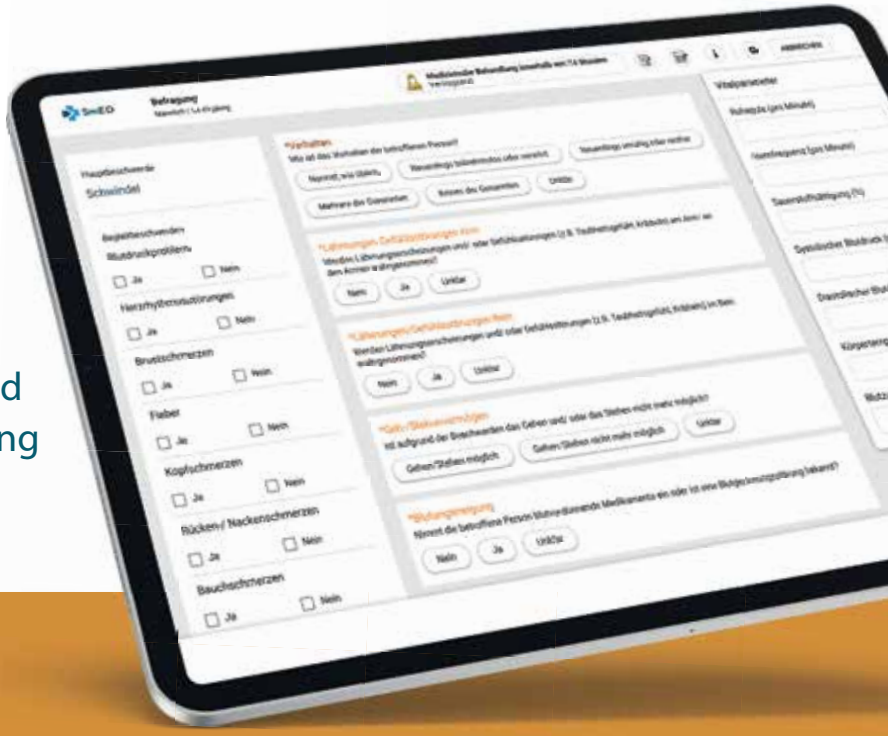
Barlozek, M, Hildebrandt, H., Roski, R., Stegmaier, P.: „Nicht die Spieler sind schuld, sondern falsche Spielregeln", in „Monitor Versorgungsforschung" (05/26), S. 12–18. http://doi.org/10.24945/MVF.05.26.1866-0533.2862

Health Care Quality Systems

Die Notfallreform kommt. Ist Ihr INZ vorbereitet?

SmED

Strukturierte medizinische Ersteinschätzung in Deutschland als Schlüssel zu einer sicheren und zielgerichteten Patientensteuerung im Integrierten Notfallzentrum.



- Bedarfsorientierte Steuerung und Versorgung.
- Zur richtigen Zeit am richtigen Ort.

Muss die Patientin oder der Patient sofort in die Notaufnahme – oder ist eine vertragsärztliche Versorgung sinnvoll?
SmED unterstützt Sie dabei, Versorgungsbedarfe nachvollziehbar einzuschätzen und Patientinnen und Patienten bedarfsgerecht in Notaufnahme, Notdienstpraxis oder ambulante Versorgungstrukturen zu steuern.

1,85 Mio.
Ersteinschätzungen - allein im ersten Halbjahr 2026

IIb MDR
Medizinprodukt der zweithöchsten Sicherheitsklasse

INTEGRATION
Einbettung in Primärsysteme und Datenübernahme von der 116117

VARIABEL
Auch als Selbsteinschätzungsvariante verfügbar

Besprechen Sie mit uns den Einsatz von SmED an Ihrem Standort.
Kontaktieren Sie uns unter: www.hcqs.de/contact

Die Health Care Quality Systems (HCQS) GmbH ist ein Tochterunternehmen des Göttinger aQua-Instituts.

Eine spieltheoretische Analyse der Krankenhausreform

Vom Mengenanreiz zur strategischen Unsicherheit

Mit der Krankenhausreform wird die stationäre Versorgung in Deutschland grundlegend neu ausgerichtet. Vorhaltevergütung, Leistungsgruppen und neue Planungsmechanismen sollen wirtschaftliche Fehlanreize reduzieren und Qualität sowie Spezialisierung stärken.[1] Ob diese Ziele erreicht werden, hängt davon ab, wie Krankenhäuser und Bundesländer auf die neuen Spielregeln reagieren. Ziel dieses Beitrags ist es, die komplexen Anreizstrukturen der Reform mithilfe der Spieltheorie in grundlegende strategische Entscheidungssituationen zu überführen. Die Spieltheorie zählt zu den einflussreichsten Ansätzen der modernen Wirtschaftswissenschaften und wurde mehrfach mit dem Nobelpreis ausgezeichnet.[2] Durch die Vereinfachung komplexer Wechselwirkungen lässt sich analysieren, welche Verhaltensweisen für die beteiligten Akteure rational erscheinen und welche Entwicklungen sich unter den gegebenen Spielregeln mit hoher Wahrscheinlichkeit einstellen werden. Die Analyse basiert auf den mit dem Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz[3] eingeführten und durch das Krankenhausreformanpassungsgesetz[4] ergänzten gesetzlichen Regelungen in der zum Zeitpunkt der Manuskripterstellung geltenden Fassung (Stand: August 2026). Analysiert werden die daraus resultierenden strategischen Anreizstrukturen mithilfe spieltheoretischer Konzepte.

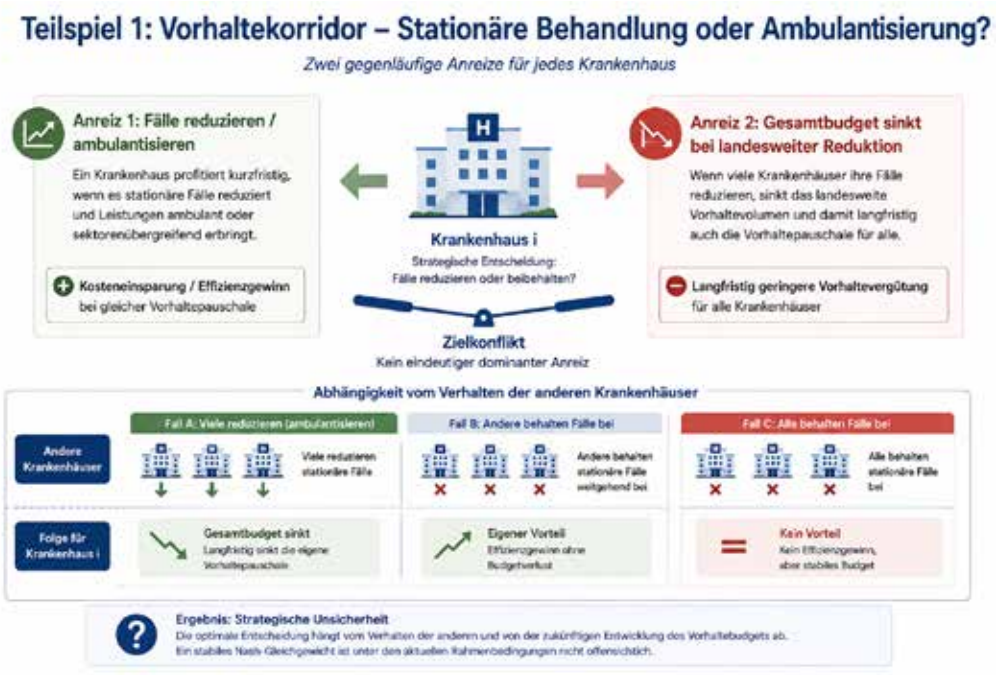
Teilspiel 1

Vorhaltekorridor – Stationäre Behandlung oder Ambulantisierung

>> Mit der ab 2028 schrittweise eingeführten Vorhaltevergütung verfolgt die Krankenhausreform das Ziel, den bisherigen Anreiz zur Ausweitung stationärer Leistungen innerhalb des DRG-Systems abzuschwächen. Da ein erheblicher Teil der Vergütung innerhalb des Vorhaltekorridors künftig unabhängig von der tatsächlich erbrachten Leistungsmenge gezahlt wird, entsteht erstmals ein ökonomischer Anreiz, Leistungen ambulant oder in sektorenübergreifenden Versorgungsformen zu erbringen, anstatt sie stationär durchzuführen.

Für die einzelne Klinik ist dabei insbesondere die in § 37 Abs. 2 KHG verankerte 20%-Schwelle relevant. Bei der turnusmäßigen Neuermittlung der Vorhaltepauschale wird grundsätzlich die zuvor berücksichtigte Fallzahl weiterverwendet. Eine Anpassung erfolgt dann, wenn diese um mehr als 20 Prozent von der zuvor zugrunde gelegten Fallzahl abweicht. Für die Ermittlung der landesweiten Vorhaltevolumina in 2028 und 2029 werden die Leistungsdaten des Jahres 2024 zugrunde gelegt.

Langfristig schafft die Reform jedoch einen gegenläufigen Anreiz. Werden stationäre Leistungen ab 2030 reduziert, sinkt langfristig auch das Vorhaltevolumen eines Bundeslandes, das die Grundlage für die Finanzierung der Vorhaltepauschalen bildet. Kurzfristige Effizienzgewinne durch Ambulantisierung



1: Bundesministerium für Gesundheit (BMG) (2026): Krankenhausreform: Neuordnung der Krankenhausversorgung. Berlin: Bundesministerium für Gesundheit. www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/krankenhaus/krankenhausreform (abgerufen am 18.08.2026)

2: Lindbeck A. (2007): The Sveriges Riksbank Prize in Economic Sciences in Memory of Alfred Nobel 1969–2007. NobelPrize.org. www.nobelprize.org/prizes/themes/the-sveriges-riksbank-prize-in-economic-sciences-in-memory-of-alfred-nobel-1969-2007 (abgerufen am 18.08.2026).

3: Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsqualität im Krankenhaus und zur Reform der Vergütungsstrukturen (Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz – KHVVG) (2024): BGBl. 2024 I Nr. 400 vom 5.12.2024.

4: Gesetz zur Anpassung der Krankenhausreform (Krankenhausreformanpassungsgesetz – KHAG) (2026): BGBl. 2026 I Nr. 98 vom 9.4.2026.

können dadurch langfristig teilweise wieder verloren gehen. Aus Sicht eines einzelnen Krankenhauses stellt sich deshalb die strategische Frage, ob der Abbau stationärer Fälle die eigene wirtschaftliche Ausgangsposition langfristig sogar verschlechtert.

Spieltheoretisch entsteht dadurch keine eindeutig dominante Strategie. Die optimale Entscheidung hängt sowohl vom Verhalten der übrigen Krankenhäuser als auch von der zukünftigen Entwicklung des landesweiten Vorhaltebudgets ab. Ambulantisierung kann wirtschaftlich sinnvoll sein, wenn alle Krankenhäuser vergleichbar handeln und die freiwerdenden Ressourcen dauerhaft im Versorgungssystem verbleiben. Besteht hingegen die Erwartung, dass langfristig sinkende Vorhaltebudgets die kurzfristigen Effizienzgewinne übersteigen, erscheint die Beibehaltung stationärer Leistungen aus individueller Sicht rational.

Ein stabiles Nash-Gleichgewicht ist unter den derzeitigen Rahmenbedingungen daher nicht offensichtlich erkennbar. Die Unsicherheit über das zukünftige Verhalten der übrigen Krankenhäuser sowie über die langfristige Entwicklung der Vorhaltebudgets erschwert eine verlässliche strategische Entscheidung. Die Krankenhausreform ersetzt damit die bisher dominante Strategie der Mengenausweitung nicht durch eine neue dominante Strategie, sondern zunächst durch strategische Unsicherheit.

Die Spieltheorie diagnostiziert Anreizprobleme; Mechanism Design dreht die Perspektive und fragt, wie Regeln gestaltet sein müssen, damit Eigeninteresse und Versorgungsziele übereinstimmen.[5] So könnte dieser Zielkonflikt entschärft werden, indem die durch den Abbau stationärer Leistungen erzielten Einsparungen im jeweiligen Bundesland verbleiben und gezielt in die Krankenhauslandschaft reinvestiert werden – etwa in moderne Infrastruktur, Digitalisierung oder Medizintechnik. Für die Krankenhäuser entstünde damit ein unmittelbarer Anreiz: Weniger stationäre Fälle würden nicht mehr als wirtschaftlicher Verlust wahrgenommen, sondern als Investition in die eigene Zukunft. Individuelles Eigeninteresse und das gesellschaftliche Ziel einer effizienteren Versorgung würden dadurch erstmals konsequent in dieselbe Richtung weisen.

Teilspiel 2

Kodierung und Fallschwere – Verlagerung des Wettbewerbs

Während die Krankenhausreform den ökonomischen Anreiz zur Ausweitung stationärer Fälle abschwächt, bleibt die Vergütung weiterhin über den Case-Mix-Index an die DRGs gekoppelt. Die Begrenzung der Erlöse bezieht sich damit primär auf das Fallvolumen, nicht jedoch auf die wirtschaftliche Bewertung der einzelnen Fälle. Aus Sicht einer Krankenhausgeschäftsführung verschiebt sich der strategische Wettbewerb daher von der Anzahl der behandelten Patienten auf deren Fallschwere und den erzielbaren Case-Mix.

Dieser Effekt kann auf unterschiedliche Weise entstehen. Erstens kann es wirtschaftlich attraktiver werden, gezielt komplexere und höher bewertete Patientinnen und Patienten zu akquirieren oder bestimmte Leistungsangebote entsprechend auszurichten. Zweitens besteht weiterhin ein Anreiz, vorhandene Dokumentations- und Kodierungspotenziale konsequent auszuschöpfen und sämtliche medizinisch vertretbaren Nebendiagnosen zu kodieren, sofern diese zu einer höheren Bewertungsrelation führen. Dass DRG-basierte Vergütung entsprechende Kodierungsanreize erzeugen kann, wurde sowohl für Deutschland als auch international empirisch beschrieben.[6] Der zunehmende Einsatz von KI könnte diesen Optimierungswettbewerb zusätzlich verstärken. Solche lernenden Systeme ermöglichen es, regelkonforme Kodierungs- und Entscheidungsspielräume systematisch zu identifizieren und für die Abrechnung das maximale Potenzial auszuschöpfen.[7] Drittens können zusätzliche diagnostische oder therapeutische Prozeduren wirtschaftlich attraktiv sein, wenn dadurch der Patient einer höher vergüteten DRG zugeordnet wird oder sich die Bewertungsrelation erhöht.[8] Die ökonomische Optimierung verlagert sich damit von der Fallzahl auf den Case-Mix-Index (CMI).



5: Hurwicz L. Optimality and informational efficiency in resource allocation processes. In: Arrow KJ, Karlin S, Suppes P, eds. Mathematical Methods in the Social Sciences. Stanford University Press; 1960.
6: Jürges H, Köberlein J. What explains DRG upcoding in neonatology? The roles of financial incentives and infant health. Journal of Health Economics. 2015;43:13–26; Crespin DJ, Dworsky M, Levin J, Ruder T, Whaley CM. Upcoding Linked to Up to Two-Thirds of Growth in Highest-Intensity Hospital Discharges in 5 States, 2011–19. Health Affairs. 2024;43(12):1619–1627.
7: Bickert E. Was bleibt von der Krankenhausrechnungsprüfung im Zeitalter der KI? Lernende Systeme verändern die Prüfung stationärer Abrechnungen grundlegend. Observer Gesundheit. 12.08.2026. Abruf am 13.08.2026 von https://www.observer-gesundheit.de/was-bleibt-von-der-krankenhausrechnungsprufung-im-zeitalter-der-ki.
8: Reifferscheid A, Pomorin N, Wasem J. Ausmaß von Rationierung und Unterversorgung in der stationären Versorgung. Ergebnisse einer bundesweiten Umfrage in deutschen Krankenhäusern. Dtsch Med Wochenschr. 2015;140(13):e129–e135. doi:10.1055/s-0041-102550.

Verfolgen einige Krankenhäuser diese Strategie, drohen wirtschaftliche Nachteile für diejenigen Häuser, die bewusst darauf verzichten. Die individuell rationale Entscheidung besteht daher darin, sämtliche medizinisch zulässigen Möglichkeiten zur Verbesserung des Case-Mix auszuschöpfen.

Aus spieltheoretischer Sicht entsteht erneut eine dominante Strategie: Unabhängig vom Verhalten der übrigen Krankenhäuser erscheint eine konsequente Optimierung von Fallschwere, Kodierung und DRG-Zuordnung wirtschaftlich rational. Verfolgen alle Krankenhäuser diese Strategie, stellt sich ein stabiles Nash-Gleichgewicht ein. Dabei handelt es sich spieltheoretisch um ein Gefangenendilemma. Denn kein Krankenhaus erzielt einen dauerhaften Wettbewerbsvorteil, wenn alle Marktteilnehmer ihre Kodierung und Fallschwere gleichermaßen optimieren. Da die Bewertungsrelationen und Relativgewichte im G-DRG-System regelmäßig auf Basis der tatsächlich entstandenen Kosten und Leistungsstrukturen weiterentwickelt werden, relativieren sich die kurzfristig erzielten Erlösvorteile langfristig wieder.[9] Um das bisherige Erlösniveau zu halten oder weiter zu steigern, sind die Krankenhäuser gezwungen, ihre Kodierung und Dokumentation erneut zu optimieren.

Es entsteht ein sich selbst verstärkender Wettbewerb, bei dem der individuelle Anreiz zur Optimierung bestehen bleibt, obwohl alle Akteure gemeinsam keinen nachhaltigen Vorteil erzielen. Die Krankenhausreform könnte diesen Mechanismus sogar verstärken, indem sie den Wettbewerb von der Fallzahl auf den Case-Mix-Index verlagert.

Teilspiel 3

Leistungsgruppen und Spezialisierung – Kooperation und Vertrauen

Mit der Einführung von Leistungsgruppen verfolgt die Krankenhausreform das Ziel, komplexe medizinische Leistungen stärker zu konzentrieren und eine regionale Spezialisierung der Krankenhäuser zu fördern. Aus Sicht des Gesamtsystems kann eine solche Arbeitsteilung erhebliche Vorteile bieten. Doppelvorhaltungen werden reduziert, medizinische Expertise konzentriert sich auf spezialisierte Standorte und knappe personelle Ressourcen können effizienter eingesetzt werden.

Für die einzelne Krankenhausgeschäftsführung stellt sich die Situation deutlich komplexer dar. Der freiwillige Verzicht auf bestimmte Leistungsbereiche kann kurzfristig mit dem Verlust von Erlösen, Marktanteilen oder medizinischer Bedeutung verbunden sein. Die Entscheidung zur Spezialisierung ist deshalb nur dann wirtschaftlich attraktiv, wenn gleichzeitig auch andere Krankenhäuser bereit sind, sich auf komplementäre Leistungsbereiche zu konzentrieren und Patienten entsprechend zu steuern.

Spieltheoretisch handelt es sich hierbei um ein Koordinationsspiel (Stag-Hunt-Spiel). Anders als beim Gefangenendilemma existiert keine dominante Strategie.

Stag-Hunt-Spiele (Hirschjagd) sind Koordinationsspiele, bei denen Kooperation den höchsten gemeinsamen Nutzen erzeugt, aber nur erfolgreich ist, wenn alle Beteiligten mitwirken. Der Begriff geht auf den französischen Philosophen Jean-Jacques Rousseau zurück. Er beschreibt eine Gruppe von Jägern, die gemeinsam einen Hirsch erlegen könnten – eine Beute, die für alle den größten Nutzen bringt, jedoch nur durch Zusammenarbeit erreichbar ist. Entdeckt einer der Jäger stattdessen einen Hasen, kann er diesen allein erbeuten. Obwohl der Nutzen geringer ist, erscheint diese Strategie sicherer. Sobald jedoch ein Jäger den Hasen verfolgt, scheitert die gemeinsame Hirschjagd.[10]

Auf die Krankenhausreform übertragen bedeutet dies: Die regionale Spezialisierung von Krankenhäusern wäre für alle Beteiligten die effizienteste Lösung. Sie setzt jedoch voraus, dass alle Häuser darauf vertrauen können, dass auch die übrigen Kliniken ihre Leistungen entsprechend konzentrieren. Fehlt dieses Vertrauen, erscheint es rationaler, möglichst viele Leistungen weiterhin selbst vorzuhalten.



9: GKV-Spitzenverband: DRG-Entwicklung, Kalkulation und Falldaten. Berlin.
10: Osborne MJ. An Introduction to Game Theory. Oxford University Press; 2004.

Es existieren somit zwei Nash-Gleichgewichte: eine gegenseitige Kooperation mit regionaler Spezialisierung sowie eine gegenseitige Konkurrenz mit weitgehender Beibehaltung bestehender Leistungsstrukturen.

Die Problematik wird zusätzlich durch die zukünftige Krankenhausplanung verstärkt. Da heutige Fallzahlen mittelbar Einfluss auf die Vergabe von Leistungsgruppen und zukünftige Versorgungsaufträge haben können, entsteht ein intertemporales strategisches Spiel. Krankenhäuser müssen ihre aktuelle Entscheidung nicht nur unter wirtschaftlichen Gesichtspunkten bewerten, sondern zugleich berücksichtigen, welche Auswirkungen eine Spezialisierung oder die Abgabe von Leistungen auf ihre langfristige Position im Versorgungssystem hat. Planfallzahlen verstärken damit den Wettbewerb um zukünftige Marktpositionen und können einer kooperativen Spezialisierung entgegenwirken.

Gerade an dieser Stelle zeigt sich eine wesentliche Grenze der Krankenhausreform. Zwar setzt sie sich Kooperation als Ziel, gewährleistet jedoch nicht, dass sich das kooperative Gleichgewicht tatsächlich durchsetzt. Ohne langfristige Verträge, gegenseitiges Vertrauen oder zusätzliche Anreizmechanismen besteht weiterhin die Gefahr, dass sich Krankenhäuser aus Sorge vor zukünftigen Wettbewerbsnachteilen gegen die Kooperation und Spezialisierung entscheiden.

Teilspiel 4

Krankenhausplanung – Wenn der Regelsetzer selbst Mitspieler ist

Ein weiteres strategisches Teilspiel entsteht auf Ebene der Krankenhausplanung. Anders als die ersten drei Teilspiele findet dieses Spiel nicht auf Ebene der Leistungserbringer statt, sondern auf Ebene der Regelsetzer. Mit der Zuweisung von Leistungsgruppen und Planfallzahlen erhalten die Bundesländer einen erheblichen Gestaltungsspielraum bei der zukünftigen Verteilung stationärer Leistungen. Spieltheoretisch handelt es sich dabei um ein strategisches Spiel zwischen den Bundesländern, die jeweils die Interessen ihrer eigenen Krankenhauslandschaft vertreten.

Besonders deutlich wird dieser Zielkonflikt in Grenzregionen. Aus gesamtgesellschaftlicher Sicht könnte es effizient sein, hochspezialisierte Leistungen an wenigen Standorten – auch länderübergreifend – zu konzentrieren. Für das einzelne Bundesland besteht jedoch ein Anreiz, möglichst viele Leistungen, Wertschöpfung und medizinische Infrastruktur im eigenen Land zu halten. Ohne ausgleichende Mechanismen wäre die dominante Strategie aus Sicht eines Bundeslandes daher, möglichst viele Leistungsgruppen im eigenen Land zu sichern. Treffen alle Länder diese rationale Entscheidung, entsteht ein Nash-Gleichgewicht, in dem Doppelstrukturen erhalten bleiben und länderübergreifende Spezialisierung erschwert wird, obwohl diese gesamtgesellschaftlich effizienter wäre. Der Gesetzgeber adressiert mögliche Konflikte an Landesgrenzen bereits: Hat ein Krankenhaus wesentliche Bedeutung für die Versorgung der Bevölkerung eines anderen Landes, ist die Krankenhausplanung nach § 6 Abs. 2 KHG zwischen den beteiligten Ländern abzustimmen. Ob diese Abstimmungspflicht ausreicht, um gegenläufige strategische Interessen der Länder vollständig aufzulösen, bleibt jedoch eine Frage der praktischen Umsetzung.

Zusätzlich können strategische Fehlanreize entstehen, da einige Bundesländer zugleich Eigentümer oder Träger einiger Krankenhäuser – insbesondere der Universitätskliniken – sind und damit neben ihrer Rolle als Planungsbehörde teilweise auch eigene wirtschaftliche Interessen vertreten.[11]

Aus spieltheoretischer Perspektive liegt die Schwäche damit bereits in der Konstruktion des Spiels: Ein Akteur, der die Verteilung strategisch relevanter Ressourcen mitbestimmt und zugleich ein eigenes Interesse an deren Verteilung haben kann, benötigt klare institutionelle Begrenzungen und unabhängige Kontrollmechanismen. Die Spielregeln müssen selbst sicherstellen, dass mögliche

Teilspiel 4: Krankenhausplanung – Strategischer Wettbewerb zwischen Bundesländern

Auszahlungsmatrix (ordinaler Nutzen)

		Land B: Länderübergreifend koordinieren (K)	Land B: Eigene Strukturen sichern / Leistungsgruppen im eigenen Land halten (E)
Land A	Länderübergreifend koordinieren (K)	3 / 3	1 / 4
Land A	Eigene Strukturen sichern / Leistungsgruppen im eigenen Land halten (E)	4 / 1	2 / 2

= Nutzen Land A = Nutzen Land B Werte: relativer Nutzen (ordinal)

Annahme: ohne hinreichend wirksamen Ausgleichs- bzw. Koordinationsmechanismus zwischen den Ländern.

Interpretation: Unter der Annahme, dass jedem Land ein eigenes Interesse daran besteht, Leistungsgruppen, medizinische Infrastruktur und Wertschöpfung im eigenen Land zu sichern, ist „eigene Strukturen sichern (E)" die dominante Strategie.

➔ **Nash-Gleichgewicht:** (E, E) = (2 / 2) – beide Länder sichern eigene Strukturen, obwohl eine länderübergreifende Koordination (K, K) mit (3 / 3) für das Gesamtsystem vorteilhafter wäre.

Der Gesetzgeber adressiert dieses Problem durch die Abstimmungspflicht nach § 6 Abs. 2 KHG. Entscheidend ist, ob dieser Mechanismus die Nutzenstruktur so verändert, dass Kooperation auch für das einzelne Land attraktiv wird.

11: Bundesministerium für Gesundheit (BMG) (2025): Krankenhäuser – Wissenswertes zu ihren Aufgaben, Unterschieden und zur Krankenhaussuche. gesund.bund.de. Abruf am 10.08.2026.

Zitationshinweis

Barlozek, M.: „Eine spieltheoretische Analyse der Krankenhausreform: vom Mengenanreiz zur strategischen Unsicherheit“, in „Monitor Versorgungsforschung“ (05/26), S. 20–24. http://doi.org/10.24945/MVF.05.26.1866-0533.2863

Eigeninteressen die Wettbewerbsbedingungen nicht verzerren.

Implikationen für die Reformgestaltung

Die Krankenhausreform gehört zu den größten Strukturreformen des deutschen Gesundheitswesens seit Jahrzehnten. Angesichts des erheblichen finanziellen und organisatorischen Aufwands wird ihr Erfolg letztlich daran zu messen sein, ob sie langfristig tatsächlich zu mehr Effizienz, höherer Versorgungsqualität und einer nachhaltigen Nutzung knapper Ressourcen beiträgt.

Die spieltheoretische Analyse zeigt, dass die neuen gesetzlichen Regelungen bestehende Fehlanreize nicht durch eindeutige, versorgungsorientierte Anreize ersetzen. Stattdessen wird der Ort der ökonomischen Optimierung verschoben und die strategische Unsicherheit erhöht.

Die eigentliche Herausforderung zukünftiger Gesundheitsreformen besteht daher nicht darin, immer neue Vergütungs- oder Planungsinstrumente einzuführen, sondern konsistente Spielregeln zu entwickeln, die das Eigeninteresse aller Beteiligten auf ein gemeinsames Ziel ausrichten. Wie dies aussehen könnte, zeigen beispielsweise populationsbezogene und regionale Vergütungsmodelle: Werden Akteure nicht primär für einzelne Leistungen, sondern für die gesundheitlichen und wirtschaftlichen Ergebnisse einer definierten Population verantwortlich gemacht und an erzielten Effizienzgewinnen beteiligt, verändern sich ihre strategischen Anreize. Kooperation, Prävention, Ambulantisierung und sektorenübergreifende Steuerung können dann auch aus individueller Perspektive wirtschaftlich attraktiv werden. Entsprechende Ansätze reichen von Population Based Payment und virtuellen Regionalbudgets bis zu regionalen Gesundheitskonsortien.[12]

Die vier Teilspiele zeigen damit eine zentrale Herausforderung der Reform: Neue Spielregeln verändern nicht die Eigeninteressen der Akteure, sondern die Strategien, mit denen sie diese verfolgen. Gesetzgeber und Länder müssen deshalb bei der Ausgestaltung von Vergütung und Krankenhausplanung systematisch antizipieren, wie Krankenhäuser und andere Akteure rational darauf reagieren und welches Gleichgewicht daraus entsteht. Eine solche strategische Anreizanalyse sollte fester Bestandteil der Gesetzesfolgenabschätzung zukünftiger Gesundheitsreformen sein. Denn gute Gesundheitspolitik definiert nicht nur das gewünschte Ergebnis – sie gestaltet die Spielregeln so, dass rationales Eigeninteresse möglichst genau zu diesem Ergebnis führt. <<

von: Madeleine Barlozek MBA[1]
ORCID 0009-0005-6731-1561

1: Beraterin und Senior Market Access Manager bei Danone

Kontakt zur Autorin:
Madeleine Barlozek MBA | Barlozek Consulting
info@barlozek-consulting.de

Autorenerklärung

Madeleine Barlozek MBA ist freiberufliche Beraterin und Autorin im Gesundheitswesen (Barlozek Consulting). Darüber hinaus besteht ein Beschäftigungsverhältnis als Senior Market Access Manager bei Danone, aus dem sie sich derzeit in Elternzeit befindet. Der vorliegende Beitrag wurde unabhängig und ohne Auftrag oder finanzielle Unterstützung durch Unternehmen oder andere Organisationen erstellt.

Zusammenfassung

Einleitung: Die Krankenhausreform soll ökonomische Fehlanreize reduzieren und die Versorgungsqualität stärken. Ob dies gelingt, hängt davon ab, welche Anreize die neuen Regeln setzen und wie Akteure darauf reagieren.
Methoden: Der Beitrag analysiert die Reform aus Sicht der Spieltheorie, einer nobelpreisgekrönten Forschungsrichtung zur Analyse strategischer Entscheidungen. Die neuen Rahmenbedingungen werden hierfür in vier Teilspiele zerlegt und hinsichtlich ihrer Anreize und Gleichgewichte untersucht.
Ergebnisse: Die Reform hebt ökonomischen Optimierungsdruck nicht auf, sondern verlagert ihn. Anreize zur Abschmelzung stationärer Fallzahlen durch die Vorhaltepauschalen stehen langfristigen gegenläufigen Effekten auf die Vorhaltevolumina der Länder gegenüber. Der ökonomische Anreiz verlagert sich stärker auf den Case-Mix-Index und kann spieltheoretisch die Struktur eines Gefangenendilemmas annehmen, weil nachlaufend angepasste Bewertungsrelationen die Erlösvorteile aufzehren. Regionale Spezialisierung folgt der Logik eines Koordinationsspiels (Stag Hunt) mit zwei Gleichgewichten. Auf Landesebene wird der Regelsetzer selbst zum Mitspieler: Die Länder gestalten die Krankenhausplanung und sind zugleich Krankenhausträger.
Diskussion: Zunehmende Komplexität und gegenläufige Anreize erhöhen die strategische Unsicherheit. Ansätze des Mechanism Designs, etwa der Verbleib eingesparter Mittel im jeweiligen Land oder populationsbezogene Regionalbudgets, könnten individuelles Eigeninteresse und Versorgungsziele stärker in Übereinstimmung bringen. Strategische Anreizanalysen sollten daher Bestandteil zukünftiger Reformgestaltung sein.

From volume incentives to strategic uncertainty: a game-theoretical analysis of the German hospital reform

Introduction: The German hospital reform aims to reduce misguided economic incentives and strengthen the quality of healthcare. Whether it succeeds depends on the incentives created by the new rules and how stakeholders respond to them.
Methods: This article analyses the reform from a game-theoretical perspective, a field of research recognised by Nobel Prizes for its contributions to the analysis of strategic decision-making. The new framework is divided into four subgames, which are examined in terms of their incentives and equilibria.
Results: The reform does not eliminate economic incentives for optimization but shifts them. Incentives to reduce inpatient case volumes through capacity-based payments are counteracted by potential long-term effects on state-level capacity-payment volumes. Economic optimisation increasingly shifts towards the case-mix index and may take the form of a prisoner’s dilemma, as subsequent adjustments of DRG cost weights erode initial revenue advantages. Regional specialization constitutes a coordination game (Stag Hunt) with two equilibria. At the federal-state level, the rule-maker becomes a player in the game: the states shape hospital planning while also acting as hospital owners.
Discussion: Complex and conflicting incentives make strategic outcomes increasingly uncertain. Mechanism design approaches, such as retaining savings within the respective federal state or population-based regional budgets, could align individual interest with system-level objectives. Strategic incentive analyses should therefore form part of the design of future healthcare reforms.

12: Hildebrandt H, Stuppardt R (Hrsg.). Zukunft Gesundheit – regional, vernetzt, patientenorientiert. 1. Aufl. Heidelberg: medhochzwei Verlag; 2021. ISBN 978-3-86216-845-3.

Besser werden.

Jeden Tag. Seit 150 Jahren.

Der Anspruch unseres Gründers Eli Lilly war: immer besser werden. Danach arbeiten wir noch heute. Wir entdecken, entwickeln und produzieren Arzneimittel – immer mit dem Ziel, Menschen schneller zu helfen.



Lilly A MEDICINE COMPANY

CMAT-24000 Mai 2026

1.189 Fachquellen und jeden Morgen neue Studien je Themenfeld

15 Knowledge-Hubs erleichtern die Studiensuche

Mit fünfzehn Knowledge-Hubs betreibt „Monitor Versorgungsforschung“ sich ständig aktualisierende Rechercheportale für das deutsche Gesundheitswesen. Über alle Hubs hinweg sind inzwischen 1.189 deutschsprachige und internationale Fachdatenbanken, Studienregister, Institutionen und Wege zum Volltext an einem Ort erreichbar. Zum Zweiten hat jeder Hub seinen eigenen täglichen Newsletter: Die Suchergebnisse werden täglich aktualisiert und von einer KI kuratiert, so dass jeden Morgen eine neue Studienauswahl mit deutscher Zusammenfassung dazukommt – ausgewählt nach Übertragbarkeit auf Deutschland.

>> Im August hat das Fachmagazin „Monitor Versorgungsforschung“ allen Versorgungsforscher:innen und sich selbst ein vorgezogenes Geburtstagsgeschenk zum 20. Publikationsjahr (2027) gemacht: die Knowledge-Hubs unter knowledge-hubs.m-vf.de. Damals waren es zwölf Rechercheportale. Es sind jetzt fünfzehn – und die drei neuen sind anders gebaut als alle bisherigen.

Zwei Arten von Hubs

Die ersten zwölf folgen einem Versorgungsthema quer durch alle Krankheitsbilder: wie gepflegt, geimpft, digitalisiert und entschieden wird. Ausgewählt wird, was das Versorgungsgeschehen verändert – unabhängig davon, um welche Erkrankung es geht.

Die neuen folgen einem Krankheitsgebiet. Sie lesen die Kernzeitschriften des Fachs und zeigen klinische wie Grundlagenforschung; Versorgungsforschung ist darin eine Rubrik, nicht der Maßstab. Den Anfang machte Onkologie, es folgten Diabetes und Kardiologie; Adipositas ist mit demselben Zuschnitt dazugekommen. Damit stehen elf Themen- und vier Indikationsportale nebeneinander.

Die Trennung ist keine Formsache, sie ändert die Auswahl: Ein Themen-Hub fragt, was die Versorgung verändert; ein Indikations-Hub, was das Fach bewegt. Dieselbe Studie kann im einen aufscheinen und im anderen nicht.

Die elf Themen-Hubs, alfabetisch:

- Digitalisierung, KI & Gesundheit: digitale Anwendungen und Künstliche Intelligenz in der Versorgung – gesucht wird zugleich in medizinischen Zeitschriften und in der Informatik-Konferenzliteratur.
- Geschlechtersensible Medizin: Geschlecht als Einflussgröße bei Diagnostik, Dosierung und Zugang – und ob ein Unterschied aus der Biologie stammt oder nicht.
- Gesundes Altern & Longevity: Lebensspanne und gesunde Lebensjahre, von der Prävention über die Geriatrie bis zu Alternskohorten.
- Gesundheitskompetenz: verständliche Gesundheitsinformation, Entscheidungshilfen und Patientenbeteiligung – und wer nicht erreicht wird.
- Hitze, Klima & Gesundheit: Extremwetter und Klimawandel und was sie für Versorgung und Bevölkerungsgesundheit bedeuten, mit eigener Rubrik für Umweltmessdaten.
- Impfen & Impfprävention: Impfquoten, Impfbereitschaft und was die Durchimpfung hebt, mit Meldedaten und Registen.



- Nicht übertragbare Krankheiten/NCD: die Versorgung chronisch Kranker, dazu Programme, Leitlinien und die Frage, was in der Fläche ankommt.
- Patientensicherheit: vermeidbarer Schaden – Behandlungs- und Medikationsfehler, Krankenhausinfektionen, Sepsis und das Behandlungsfehlerrecht.
- Pflege & Langzeitversorgung: Langzeitpflege und die Lage der Pflegenden, dazu Expertenstandards und Einrichtungsvergleiche.
- Psychische Gesundheit: Zugang, Wartezeiten, gemeindenahe Angebote und Zwang – nicht, ob Behandlung wirkt, sondern wer sie rechtzeitig erreicht.
- Versorgungsforschung: Health Services Research in ihrer ganzen Breite – der erste Hub der Reihe.

Die vier Indikations-Hubs:

- Adipositas: Gewichtsmanagement, Arzneimitteltherapie und Chirurgie – und die Frage, wer die Behandlung bezahlt, wenn § 34 SGB V sie von der Leistungspflicht ausschließt.
- Diabetes: Typ 1 und Typ 2, Folgeerkrankungen, Glukosetechnik und Disease-Management-Programme, aus rund dreißig Kernzeitschriften.
- Kardiologie: Herz und Kreislauf aus rund 35 Kernzeitschriften, von „Circulation" bis „Clinical Research in Cardiology" – von allen Hubs der mit dem höchsten Europabezug.
- Onkologie: Krebsforschung und Krebsversorgung aus rund dreißig Kernzeitschriften, von „Lancet Oncology" bis „Nature".

Ein Suchbegriff, viele Quellen

Das Prinzip ist in allen Hubs dasselbe und bewusst schlicht. Unsere Nutzer:innen geben oben im Suchfeld einen Begriff ein, etwa „Primärversorgung", „Hitzeaktionsplan" oder „Gebrechlichkeit", und drücken auf den goldenen Button „In allen Datenbanken suchen" (Schritt 1). Damit stellen sich sämtliche Datenbankkacheln der Seite auf diesen Begriff ein: Ein Klick auf eine Kachel öffnet die fertige Trefferliste in einem neuen Tab, ohne erneute Eingabe. Das gilt allerdings nur für Datenbanken, die sich für eine Live-Suche eignen.

Die fünfzehn Hubs erschließen zusammen 1.189 Datenbanken. Davon unterstützen 563 die Direktsuche und sind als „Live-Suche" gekennzeichnet. Die übrigen führen als „Portal" nur auf die Startseite des Anbieters, weil dieser keine verlinkbare Trefferadresse erlaubt, oder sie sind lizenzpflichtig – der Zugang läuft dann über die eigene Bibliothek oder Einrichtung, da Scopus, Web of Science, Embase oder CINAHL einen institutionellen Zugang voraussetzen. Das erspart die Enttäuschung, hinter einer vermeintlichen Suche auf einer Bezahlschranke zu landen. Ob eine Kachel wirklich eine Live-Suche trägt, wird nicht vermutet, sondern geprüft: Jede Adresse wird vor der Aufnahme zweimal abgerufen, einmal mit einem echten Begriff, einmal mit einem Phantasiewort. Kommt beide Male dieselbe Seite zurück, gilt sie als „Portal".

Neben dem goldenen Button steht als Schritt 2 die rote Schaltfläche „Treffer direkt anzeigen". Ein Klick, und der Hub befragt gleichzeitig die Datenbanken, die einen direkten Zugriff auf ihre Inhalte erlauben. Das sind derzeit sieben: PubMed, Europe PMC, OpenAlex, Crossref, DOAJ, ClinicalTrials.gov und Zenodo. Gezeigt werden die Fundstellen zusammengeführt, 25 je Blatt. Jeder Eintrag nennt die Datenbank, aus der er stammt, Dubletten werden über die DOI zusammengelegt, und gibt es eine legale frei zugängliche Fassung, führt ein Verweis zum Volltext. Die Liste lässt sich als Word-, Excel-, RIS- oder BibTeX-Datei herunterladen. Denn: Die Trefferliste ist ein Einstieg, keine vollständige Recherche.

Im deutsch-englischen Glossar sind inzwischen 2.273 Suchbegriffe hinterlegt. Das erzeugt eine enorme Sucherleichterung für alle Nutzer:innen: Wer einen deutschen Fachbegriff eingibt, sucht in internationalen Datenbanken automatisch mit dem Ausdruck, unter dem diese tatsächlich indexieren, während deutschsprachige Quellen den deutschen Begriff behalten. Fehlt eine Übersetzung, wird eine E-Mail erzeugt, mit der man den bisher fehlenden Begriff der Redaktion vorschlagen kann.

Naturgemäß berühren sich die Suchräume der einzelnen Portale, womit sich Überschneidungen ergeben: Je nach Hub liegen 3 bis 28 Prozent der gefundenen Arbeiten auch im Feld eines anderen. Doch: Der obere Wert betrifft allein Gesundheitskompetenz und KI, ohne den KI-Hub reicht die Spanne nur bis 13 Prozent. In der täglichen Auswahl schlägt das kaum durch: Von 976 bisher ausgelieferten Studien erschienen nur 34 in mehr als einem Hub.

Radar, Karriere, Rückmeldung

Ergänzend gibt es ein Ausschreibungsradar: eine Übersicht offener Förderausschreibungen, gegliedert in dieselben fünfzehn Gebiete. Es liegt zentral im Hub „Versorgungsforschung" (wissen.m-vf.de/ausschreibungen.html), und jeder andere Hub zeigt auf seiner Startseite, wie viele Ausschreibungen sein Gebiet gerade betreffen. Gesucht wird zweimal pro Woche bei foerderinfo.bund.de, der DFG und – international – auf grants.gov; aufgenommen wird nur Forschungsförderung.

Unter demselben Dach liegt seit Kurzem der CuratioHub, ein Karriere- und Jobportal für Versorgungsforschung, Public Health und Medizin: ein Begriff, und die Suche läuft in den durchsuchbaren Stellenmärkten.

Und: Die Knowledge-Hubs sind als lebendes Angebot angelegt: Themenfelder und Quellenliste lassen sich erweitern. Eine Recherchehilfe ist nur so gut wie die Praxis, aus der heraus sie mitgestaltet wird. Rückmeldungen bitte an info@m-vf.de.

Übrigens: Bei MVF ist der gesamte Content dank der finanziellen Unterstützung unseres Herausgeberbeirats (s. Seite 3) seit vielen Jahren open access verfügbar. Danke!

Derzeit werden für alle Hubs Sponsoren und Medienpartner gesucht. Mailen Sie dazu bitte an die Chefredaktion von MVF: Peter Stegmaier unter stegmaier@m-vf.de. <<

Die Direktlinks:

- Versorgungsforschung (wissen.m-vf.de)
- Gesundheitskompetenz (healthliteracy.m-vf.de)
- Pflege & Langzeitversorgung (pflege.m-vf.de)
- Impfen & Impfprävention (impfen.m-vf.de)
- Nicht übertragbare Krankheiten (ncd.m-vf.de)
- Geschlechtersensible Medizin (gender.m-vf.de)
- Patientensicherheit (safety.m-vf.de)
- Psychische Gesundheit (mental.m-vf.de)
- Digitalisierung, KI & Gesundheit (ki.m-vf.de)
- Hitze, Klima & Gesundheit (klima.m-vf.de)
- Gesundes Altern & Longevity (longevity.m-vf.de)
- Adipositas (adipositas.m-vf.de)
- Diabetes (diabetes.m-vf.de)
- Kardiologie (kardio.m-vf.de)
- Onkologie (onkologie.m-vf.de)

Knowledge-Hubs

Hier finden Sie eine Übersicht aller Hubs und die neuen Features wie Ausschreibungsradar und CuratioHub:
https://knowledge-hubs.m-vf.de/

Speaker



Marek Rydzewski
| Stellv. Vorstandsvorsitzender der AOK Nordostt

Grußwort



Dr. Johannes Leinert
| Bertelsmann Stiftung

Akzeptanz eines Primärversorgungssystems in der Bevölkerung



Philipp Naß MSc
| Technische Universität München

Patientensteuerung durch Ersteinschätzung: Potenziale und Grenzen im internationalen Vergleich



Prof. Dr. Wolfgang Hoffmann
| Vorsitzender des DNVF

Entscheidend ist bei den Patient:innen: Vom Strauß aus Einzelleistungen zur koordinierten, gestuften Problemlösung



Sebastian Scholl MBC
| Beauftragter der Modellregion Gesundheit Lausitz

Schon unterwegs: Wie in der Lausitz Primärversorgung entsteht



Prof. Dr. Andreas Beivers
| Hochschule Fresenius München

Vergütungsarchitektur für Kontinuität und Koordination



Dr. h.c. Helmut Hildebrandt
| Vorstand OptiMedis

Streitgespräch: Verantwortung und Vergütung



Dr. Dr. Thomas Ruppel
| Kanzlei für Medizin- und Gesundheitsrecht



Johannes Bauernfeind
| Vorstand AOK Baden-Württemberg

Primärversorgung aus Sicht der GKV: Erfahrungen aus Baden-Württemberg



Dr. Dominik von Stillfried
| Vorstands-vorsitzender Zi

Die Sicht der Ärzte

Primärversorgung 2030

Implementierung und Verbindlichkeit

monitor VERSORGUNGS FORSCHUNG

in Kooperation mit dem

Deutsches Netzwerk Versorgungsforschung e.V.

Das Primärversorgungsgesetz ist die größte Strukturreform dieser Legislaturperiode.
Hausärzt:innen sollen zur zentralen Anlaufstelle werden, mit digitaler Ersteinschätzung über die elektronische Patientenakte. Offen ist die entscheidende Frage: Wie wirkt verbindliche Steuerung tatsächlich? Wie wird aus dem Gesetzestext gelebte Versorgungspraxis vor Ort?

Die Kernthemen:

- **Verbindlichkeit und Steuerung**
  Internationale Evidenz zu Gatekeeping-Modellen und ihre Übertragbarkeit auf Deutschland
- **Vergütungsarchitektur**
  Wie gelingt Kontinuität und Koordination in der Primärversorgung?
- **Erste PVE in Deutschland**
  Erfahrungen aus der Umsetzung vor Ort
- **Verantwortung und Vergütung**
  Möglichkeiten und Grenzen im Primärversorgungsverbund

Platinumsponsor:

MSD

27. November 2026
09:00 bis 17:00 Uhr
im Scharounsaal der AOK Nordost
Wilhemstrasse 1
10963 Berlin

Keynote

Primärversorgung verbindlich gestalten: Was wir wissen – und was wir begründet entscheiden müssen



Prof. Dr. Stefanie Joos
| Institut für Allgemeinmedizin und interprofessionelle Versorgung, Universitätsklinikum Tübingen, Mitglied des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen und in der Pflege

Jetzt anmelden

https://t1p.de/m9lya

Stellungnahmen des MVF-Herausgeberbeirats zur Sozialstaats-Matrix von Prof. Dr. Udo Janßen

Die Diagnose überzeugt, noch nicht die Therapie

Prof. Dr. Udo Janßen, Geschäftsführer der KyberMedis GmbH in Berlin, früher CEO und CFO des Wiener Krankenanstaltenverbundes, hat im Titelinterview von „Monitor Versorgungsforschung" (03/26) eine Diagnose vorgelegt, die es in sich hat: Das Problem des deutschen Gesundheitssystems liege nicht in mangelnden Mitteln, sondern in einer grundlegenden Architekturkrise. Sein erster Arbeitsansatz: Weil die vier Grundprinzipien – Solidarversicherung, Fürsorge, Daseinsvorsorge und Wettbewerb – im Lauf der Zeit vermischt wurden, liefen bislang alle Reformen ins Leere. Rund zwei Dutzend Fachleute aus dem MVF-Herausgeberbeirat haben seine Theorie kommentiert. Das Ergebnis ist sowohl bemerkenswert einhellig als auch bemerkenswert zwiespältig: Die Matrix, von Janßen selbst als Arbeitsansatz bezeichnet, überzeugt als Diagnose, doch als Therapie (noch) wenige.

>> Janßens zentraler Punkt lautet: „Die Matrix erklärt nicht, dass wir Probleme haben – sie erklärt, warum unsere Reformen sie nicht lösen können." Ihm ist bewusst, dass es für seinen recht provokanten Arbeitsansatz keine Evidenz im strengen Sinne gibt, jedoch „weder für die heutige Systemlogik noch für die, die ich vorschlage". Konkret wird er beim Bürgergeld, weil der Verwaltungsrat des GKV-Spitzenverbandes am 11. September 2025 beschlossen hatte, wegen der systematischen Unterfinanzierung Klage beim Bundesverfassungsgericht zu erheben. Das ist für Janßen „das populärste Beispiel dafür, wie versucht wird, eine Fürsorgeaufgabe in eine Versicherungslogik zu überführen". Dem Einwand, die Versorgungsrealität sei hybrid, begegnet er mit einer Differenzierung, die viel Aufmerksamkeit erhält: Hybridleistungen hätten „kein Zuordnungsproblem, sondern ein Schnittstellenproblem". Hier fordere seine Sozialstaats-Architektur „keine reine Logik pro Leistung, sondern eine Logik pro Komponente". Politisch schlägt er ein „Sozialstaats-Architekturgesetz" vor, abgeschlossen vielleicht in einer Generation, also in rund 30 Jahren.

Die Diagnose überzeugt im Kern

Der erste Befund ist die Zustimmung zum analytischen Kern. So bezeichnet etwa Uwe Schwenk, Director im Programm „Gesundheit" der Bertelsmann Stiftung, Janßens Matrix „als Analyseinstrument sehr hilfreich". Prof. Dr. Stephan Burger, Vorstand der MedicalContact AG, rechnet Janßen an, dass „die Diskussion im Gesundheitswesen wieder auf die Frage nach zentralen Ordnungsprinzipien zurückgeführt wird". Dr. Stefan Sauer, Value & Access and Public Affairs Lead DACH bei der ITF Pharma GmbH, attestiert ihr eine „bemerkenswerte analytische Stärke". Prof. Dr. Stefan Schröder vom APS verweist auf das Krankenhaussystem, das zugleich wohnortnahe Versorgung sichern, sich über die GKV finanzieren, im Wettbewerb bestehen und soziale Aufgaben übernehmen soll, wobei Zielkonflikte „zwangsläufig" aufträten. Dr. Michael Brinkmeier, Vorstand der Stiftung Deutsche Schlaganfall-Hilfe, nennt Janßens Matrix „ein hilfreiches Modell". Sarah Schmitter, Director Health Technology Assessment & Outcomes Research bei Pfizer, gefällt, „dass das Modell mit einer genauen Aufgabenklärung beginnt". Prof. Dr. Axel C. Mühlbacher von der Hochschule Neubrandenburg sieht den Wert darin, dass Janßen „eine vorgelagerte Frage stellt".

Auffällig ist, wie oft bei der Vielzahl an Statements Ähnlichkeiten auftauchen. Die GKV-Finanzierung der Bürgergeldbeziehenden benennen Sauer, Haustein, Luley, Mühlbacher, Lux, Schwenk und Penske unabhängig voneinander. Für Dr. Marco Penske, Head Market Access & Healthcare Affairs von Boehringer Ingelheim, ist die Finanzierung aus dem öffentlichen statt aus dem GKV-Haushalt „ordnungspolitisch klar und so gesehen einfach". Dr. Robert Haustein, Head of Value & Reimbursement, Market Access von Abbott, zerlegt den Fall indes: Adressat seien bedürftige Personen, Legitimation die sozialstaatliche Fürsorge, Finanzierung aber Beitragsmittel, so entstehe „ein Schattenhaushalt".

Die deutlichste Zustimmung

Am weitesten geht Anne-Kathrin Klemm, Vorständin des BKK Dachverbands. Sie zeichnet zunächst ein Zielbild, in dem jeder Akteur finanziert und tut, „wofür er – überwiegend sogar qua Gesetz – verantwortlich ist" und an den Schnittstellen so zusammenarbeitet, „dass keine Brüche entstehen". Der Staat setze dazu auf Bundes- und Länderebene Ziele, ein Hin- und Herschieben der Zuständigkeit sei nicht nötig, „denn die Regelungen sind klar und werden gelebt". Dieses Zielbild sei „oft und seit vielen Jahren besungen", doch keine Realität. So passe Janßens Befund, dass genau das Gegenteil geschehe: „Seine Matrix strukturiert den Sachverhalt und macht ihn transparent." Solange Zuständigkeiten „so ungeniert miteinander vermischt und verantwortungslos verschoben werden", könne an den Einzelsystemen nur „gefrickelt und gewerkelt" werden.

Klemm hat drei konkrete Forderungen:

- eine ausreichende Finanzierung von Daseinsvorsorge und Fürsorge, statt sie „auf die Beitragssatzzahlenden der GKV und andere abzuwälzen",
- die Beschränkung des Staates auf den ordnungspolitischen Rahmen, den die gemeinsame Selbstverwaltung ausgestaltet und
- ein Ende immer kleinteiligerer Vorgaben in den Sozialgesetzbüchern, deren Regelungen sich „immer mehr widersprechen und keinem stringenten Versorgungsziel folgen".

Den vertrauten Mechanismus beschreibt sie schärfer als die anderen Stellungnahmen: immer weniger Geld aus dem eigenen Budget, „dafür aber mehr Geld der Beitragszahlenden ins Reparatur-System zu stecken", um kurzfristig zu befrieden und Strukturreformen zu vermeiden. Dass der mit dem Beitragssatzstabilisierungsgesetz verabschiedete Einstieg in die höhere Finanzierung der Bürgergeldbeziehenden ursprünglich durch eine deutlich stärkere Reduktion des Bundeszuschusses gegen-

finanziert werden sollte, zeige, „wie sehr in politischen Köpfen der vermeintlich nie enden wollende Topf der Beitragsgelder der GKV als schröpfbare Staatskasse verankert ist". Ihr Legitimationsargument ist ein Leistungsargument: Obwohl in der GKV 40 Millionen Euro pro Stunde ausgegeben würden, liege Deutschland beim Outcome und bei den gesunden Lebensjahren im europäischen Mittelfeld. Ihr Schluss ist der einzige uneingeschränkt zustimmende der Runde: Sollte die Sozialstaats-Matrix in einigen Jahren „eine gelebte Systemlogik für unser Gesundheitssystem sein, hätten wir schon viel erreicht".

Wo die Zustimmung endet

So breit die Anerkennung der Diagnose, so entschieden ist der Widerspruch gegen den Anspruch, über eine neue Sozialstaats-Matrix die Reformkrise lösen zu können. Dabei gibt es vier Einwandsmuster.

1 Trennung erzeugt neue Schnittstellen

Schmitter formuliert das am schärfsten: Janßen sehe im Zielzustand vier klar getrennte Kreise, „es gäbe also wieder Schnittstellen". Ihr Fazit: Das Modell löse „das zentrale Reformhindernis, die Schnittstellen zwischen Zuständigkeiten", nicht auf, sondern schaffe möglicherweise nur neue. Haustein kommt zum selben Schluss: „Das Modell reduziert nicht automatisch Komplexität. Es verschiebt Komplexität von der Finanzierungsvermischung hin zur Schnittstellensteuerung." Sauer warnt, mehr Trennung könne „unter Umständen sogar neue Koordinationskosten erzeugen". Und Schwenk fragt, ob bei einer Neuordnung des Sozialgesetzbuchs nicht „viel mehr Schnittstellen entstünden".

2 Integration statt Trennung

Daniela Teichert, Vorsitzende des Vorstandes der AOK Nordost, führt die gesetzliche Unfallversicherung als Gegenbeispiel an: Erfolgreiche Sozialversicherung lebe dort nicht von Trennung, sondern von „ihrer konsequenten Integration". Sauer stellt daher die Leitfrage um: nicht „Wie trennen wir die Logiken?", sondern „Welche Aufgaben verlangen Trennung und welche verlangen Integration?" Er ergänzt eine fünfte Dimension, die „Integrationslogik". Auch Christine Vogler, Präsidentin des Deutschen Pflegerats, warnt, bei chronischen Erkrankungen, Demenz oder in der Palliativversorgung seien Behandlung, Pflege, Prävention und Begleitung nicht sauber ablösbar. Eine kleinteilige Zerlegung könne „neue Finanzierungsgrenzen, Verträge und Zuständigkeitsstreitigkeiten erzeugen".

3 Die Patientenperspektive fehlt

Sauer bringt es auf die Formel, dass Patient:innen das Gesundheitssystem nicht als Versicherung, Fürsorge oder Daseinsvorsorge erlebten, sondern als „Behandlungsprozesse." Brinkmeier widerspricht Janßens Aussage, Gewinner seien die chronisch Kranken: Es sei „ein weiter Weg ... von einer finanzökonomischen Analysematrix bis hin zu einer erlebten Versorgungsverbesserung". Er sieht Janßen „noch zu sehr in statischen Anbieterlogiken" denken, „nicht in patientenorientierten Pfadlogiken". Dr. Katja Gehrke vom Institut für deskriptive Gesundheitsdatenanalyse – DGDA, fragt, „welcher konkrete und verbesserte Versorgungseffekt aus der neuen Architektur folgen würde" und benennt als eigentliche Probleme Schnittstellen, regionale Versorgungslücken, Personalmangel und zu lange Patientenwege. Vogler fordert, eine „personenzentrierte Versorgungslogik". Ausgangspunkt dürfe nicht die Zuständigkeit eines Kostenträgers sein, sondern der konkrete Bedarf eines Menschen, denn „für die Betroffenen muss die Versorgung wie aus einer Hand funktionieren".

4 Pfadabhängigkeit vs. Machtinteressen

Dr. Rolf-Ulrich Schlenker vom Bundesverband der Deutschen Rheuma-Liga fällt das härteste Urteil: Die Matrix liefere „zwar einen ordnungspolitischen Denkanstoß, aber letztlich keinen neuen Erkenntnisgewinn", weil die vier Prinzipien „altbekannt" seien. Der Ansatz sei wohl „akademisch charmant", gehe aber „an der Realität der leeren Kassen, gewachsener Strukturen und dem politischen Primat vorbei". Es werde „auch in Zukunft keine ‚sortenreinen' Ordnungsmodelle, sondern nur Mischlösungen" geben. Dr. Anke Schlieker, Projektleitung Gesundheitsversorgung beim Verband der Privaten Krankenversicherung, sieht die „Sollbruchstelle" darin, dass das Plädoyer „die Beharrungskräfte und gegenläufige Interessen der etablierten Player" unterschätze.

Der historische Einspruch

Dr. Dominik von Stillfried, Vorstandsvorsitzender des Zi, dreht Janßens Kausalität um. Er stimmt zu, dass die GKV Elemente unterschiedlicher Gestaltungsprinzipien vermische, teilt aber nicht die Ansicht, dass dies die Ursache der Reformprobleme sei. Vermischt worden sei bereits bei Gründung der GKV vor über 140 Jahren, „weil gerade das Festhalten an klaren Gestaltungsprinzipien des Versicherungsprinzips zu Problemen geführt hat, die innerhalb dieser Logik nicht lösbar und die Folgen politisch inakzeptabel waren". Die einkommensbezogene Beitragszahlung sei heute „eindeutig und intentional dem Solidarprinzip und damit der Daseinsvorsorge zuzurechnen". Sein Urteil über die vorgeschlagene Entzerrung fällt nüchtern aus: Sie dürfte „kaum mehr als eine intellektuell anregende Übung bleiben", „für die Gesetzgebungspraxis aber weitgehend unbedeutend". Eine Neugestaltung des Sozialstaats auf dem Reißbrett werde es nicht geben; Gesundheitssysteme entstünden „laufend aus dem Status quo".

Ganz grundsätzlich setzt Dr. Christopher Hermann an, Berater im Gesundheitswesen und von 2011 bis 2019 Vorstandsvorsitzender der AOK Baden-Württemberg. Er nennt Janßens Intervention zwar „überfällig und verdienstvoll", zerlegt sie dann aber. Schon die Prämisse, die vier Prinzipien seien erst im Lauf der Zeit vermischt worden, halte „einer näheren Prüfung kaum stand": Die Fürsorge reiche weit in die vorindustrielle Zeit zurück, die Sozialversicherung sei ein Produkt der Industrialisierung, in die Rentenversicherung seien von Anfang an Steuermittel geflossen.

Hermann hält Janßen zudem vor, den Vermischungen selbst nicht zu entgehen: Leistungen nach dem Versorgungsprinzip wie etwa Kindergeld, Ausbildungsförderung, Entschädigungsleistungen ordne er „fälschlicherweise ebenfalls dem Fürsorgeprinzip" zu, obwohl sie keiner Bedürftigkeitsprüfung unterlägen. Und beim Bürgergeld sei verfassungsrechtlich keineswegs eindeutig, was versicherungsfremd ist. Das Bundesverfassungsgericht habe in seiner RSA-Entscheidung klargestellt, dass die Belastung mit den Folgen des sozialen Ausgleichs keine versicherungsfremde Leistung darstelle. Hermanns Schlussfrage: Selbst wenn die Architekturklärung gelänge, warum sollte das die Probleme der alternden Gesellschaft, des Fachkräftemangels und der Finanzierung des medizinischen Fortschritts lösen?

Diesen Punkt teilen mehrere Kommentatoren. Schlenker nennt unendlichen Finanzierungsbedarf, eindeutige Demografie, immer teureren medizinischen Fortschritt. Teichert

hält fest, eine klarere Finanzierungslogik könne Reformen erleichtern, „ersetzt aber keine Antworten auf die eigentlichen Versorgungsprobleme“. Gehrke fragt, ob die Verlagerung in das Steuersystem angesichts der Haushaltslage überhaupt eine Lösung sei. Denn: „Die Knappheit von Ressourcen verschwindet dadurch nicht, sie wird nur anders verteilt.“

Ein zweiter Strang der Kritik betrifft die innere Konsistenz der Felder. Dr. Martin Danner, Bundesgeschäftsführer der BAG SELBSTHILFE, ist die Logik „Markt“ eigentlich „auf einer anderen Ebene anzusiedeln“: Der Markt sei kein Selbstzweck, „Wettbewerb ist ein Steuerungsinstrument“. Zudem moniert er, dass die Marktlogik bei Psychiatrie und Geburtshilfe „nicht mit durchdekliniert“ wurde. Vogler ergänzt: Versicherung und Fürsorge seien Finanzierungs- und Anspruchsprinzipien, Daseinsvorsorge eine staatliche Gewährleistungsverantwortung, Markt ein Koordinationsmechanismus. Das seien indes Dimensionen, die nicht immer eindeutig zu trennen seien. Schlieker widerspricht der Verortung direkt: „Anders als von Janßen angedeutet, ist die PKV jedoch nicht im System ‚Markt' angesiedelt, sondern ebenso wie die GKV dem System ‚Versicherung'“.

Der blinde Fleck Pflege

Eine Kritik, die keine andere Stellungnahme enthält, formuliert Vogler: „Der größte blinde Fleck ist aus meiner Sicht die Rolle der professionellen Pflege.“ Zwar heiße es im Interview, Ärzteschaft und Pflege könnten durch klarere Zuständigkeiten gewinnen. Doch bleibe offen, welche Entscheidungsrechte, Kompetenzen und Abrechnungsmöglichkeiten die Pflege erhalten solle. Eine neue Finanzierungsarchitektur verändere „noch nicht automatisch die bestehende professionspolitische Machtverteilung“. Ihr Kernsatz: „Architekturklärung ohne Kompetenz- und Machtklärung bleibt unvollständig.“

Problematisch findet Vogler zudem die Einordnung pflegerischer, hebammengeleiteter oder sozialpsychiatrischer Leistungen als Fürsorge: Der Begriff könne den Eindruck karitativer Hilfen erwecken, professionelle Pflege sei jedoch „eigenständige, wissensbasierte Gesundheitsversorgung und zugleich ein unverzichtbarer Bestandteil öffentlicher Daseinsvorsorge“. Janßens Geburtshilfe-Beispiel – die Geburt als Versicherungsleistung, die Familienhebamme als Fürsorge – reproduziert laut Vogler „eine medizinzentrierte Hierarchie“. Weitere Leerstellen: Personalbemessung, die überwiegend von Frauen erbrachte unbezahlte Sorgearbeit, die Gefahr einer „Versorgung nach Postleitzahl“ und der Umstand, dass steuerfinanzierte Leistungen „unter dem Vorbehalt jährlicher Haushaltsentscheidungen“ stehen. Sie widerspricht außerdem Janßens Kernversprechen direkt: Die Behauptung, es gebe keine Verlierer, halte sie „für nicht realistisch“. Eine Architekturreform sei „nicht neutral, sondern immer auch eine Macht- und Verteilungsreform“.

Vera Lux, Präsidentin des Deutschen Berufsverbands für Pflegeberufe (DBfK), teilt die Diagnose: Man habe Probleme „mit immer mehr Ressourcen“ in den Griff zu bekommen versucht, das System sei „immer komplexer und teurer, aber nicht effektiver und effizienter“ geworden. Zugleich markiert sie die Grenze: Medizinischer Fortschritt und alternde Gesellschaft ließen die Kosten explodieren. Diese Problematik lasse sich auch mit der Sozialstaats-Matrix nicht lösen, sondern sie mache nur die Systembrüche deutlich. Ihr Fazit: „Um zukünftig Rationierung zu vermeiden, muss man heute über Priorisierung nachdenken.“ Eine bereinigte Systemlogik wäre für sie der Ausgangspunkt für Strukturreformen – verbunden mit einer Umverteilung von Aufgaben zwischen den Gesundheitsberufen: nicht Delegation, sondern Substitution.

Vorschläge zur Erweiterung

Bemerkenswert ist, wie viele Kommentierende das Modell, das Janßen selbst als Arbeitsthese bezeichnet, nicht verwerfen, aber erweitern wollen. So verbindet Christian Luley, Director Payer & Healthcare Services bei Insight Health, Subsidiarität mit der Ökonomik externer Effekte: „Eine Entscheidung über Mittelallokation kann jeweils nur dort effizient getroffen werden, wo Nutzen und Finanzierungsentscheidung zusammenfallen.“ An einem Maximalversorger zeigt er einen „doppelten Subsidiaritätsbruch“: Der Landkreis profitiere von Arbeitsplätzen und Wertschöpfung, während die Kosten bei GKV und Land lägen. Seine Konsequenz: Funktions- und Ebenenordnung verbinden.

Mühlbacher setzt an einer zweiten Ebene an: Neben der Architekturfrage, wer zuständig ist, stellt er die Entscheidungsfrage, wie entschieden wird und auf welcher Evidenzbasis. Systeme liefen nicht nur aus dem Ruder, weil Logiken vermischt würden, sondern auch, „weil innerhalb der jeweiligen Logiken Entscheidungen ohne belastbare Evidenz zu Nutzen, Risiken, Kosten und Präferenzen getroffen werden“. Er schlägt vor, die Vier-Logiken-Matrix um eine Entscheidungs- und Evidenzmatrix zu ergänzen, die für jede Logik eigene Evidenzstandards definiert. Im Markt scheitere die Abwägung von Kosten, Nutzen und Risiken häufig an Informationsasymmetrien und Anbieterinduktion. In der Versicherung genüge die klinische Evidenz, auf die sich etwa der G-BA stütze, allein nicht, weil sie nicht abbilde, wie Betroffene Nutzen, Risiken, Zugang und Wartezeit gewichten. In der Fürsorge blieben Entscheidungen anfällig für politische Verzerrungen durch Wahlzyklen und medialen Druck. In der Daseinsvorsorge fehle vielfach die systematische Einbindung von Bürgerpräferenzen. Seine Konsequenz: eine präferenzbasierte Entscheidungs- und Evidenzarchitektur, die Präferenzen von Patient:innen, Versicherten, Bürger:innen, Steuerzahler:innen, Leistungserbringenden und vulnerablen Gruppen systematisch erfasst und Effizienz nicht allein fiskalisch, sondern auch über Akzeptanz definiert. Nicht akzeptierte Entscheidungen erzeugten, so Mühlbacher, Umgehungsverhalten, Widerstand und Mehrausgaben. Sein Fazit: „Architekturklärung ist notwendig, aber nicht hinreichend.“

Haustein will eine fünfte Querschnittslogik ergänzen: Public Health. Zusätzlich solle die Matrix mit Patient Journeys kombiniert werden. Er benennt auch ein politisches Risiko: Wanderten Fürsorgekosten in den Bundeshaushalt, entstehe mehr Transparenz, „aber auch mehr Kürzungsdruck“. Schwenk fordert eine Ergänzung um die Leistungsseite: Anreize, „die Volume statt Value belohnen und zu Überversorgung führen“, kämen kaum zur Sprache. Darum helfe ein Sozialstaats-Architektur-Gesetz „nur bedingt weiter“. Burger hält den Architektur-Check in der Gesetzesfolgenabschätzung für den „pragmatischen Vorschlag“, widerspricht aber Janßens Referenzen: Stabilitäts- und Wachstumsgesetz und Schuldenbremse seien „leider schlecht gewählt, weil die Selbstbindung nicht funktioniert“.

Aus der Industrie kommen pragmatische Vorbehalte. Dr. Jan Daniels-Trautner, Roche Pharma AG, lässt offen, ob eine Neusortierung am Reißbrett das System rettet, und warnt, die Wirtschaft als Motor des Sozialstaats zu vergessen. Ein perfekt strukturiertes System

Pharma & Policy

Strategische Regulatorikberatung

Regulatorische Veränderungen verstehen. Chancen gestalten.

Gesetzesvorhaben und neue Rahmebedingungen beeinflussen Marktzugang, Preisbildung, Erstattung und Ihre Unternehmensstrategie unmittelbar.

Wir übersetzen politische und regulatorische Entwicklungen in konkrete Handlungsoptionen - damit Sie Risiken minimieren, Chancen erkennen und Ihre Position aktiv einbringen können.

Orientierung gewinnen

Komplexe Entwicklungen auf den Punkt bringen.

Zeit sparen

Relevante Informationen zielführend aufbereitet.

Vorbereitungszeit gewinnen

Frühzeitig handeln, bevor es kritisch wird.

Sicherheit schaffen

Risiken erkennen, Strategien absichern.

Einflussmöglichkeiten identifizieren

Ihre Stimmen in politischen Prozessen.

Eine überzeugende Position entwickeln

Fundiert, nachvollziehbar und wirksam kommunizieren.

Regulierung strategisch begegnen - jetzt mehr erfahren!

Scannen Sie den QR-Code oder besuchen Sie

fbeta.de/pharma-policy



Ihr Ansprechpartner
Hans Holger Bleß, Partner _fbeta

Unsere Leistungen

- Kompakte regulatorische Lageeinschätzungen & Impact-Analysen
- Strategie- und Positionsworkshops
- Entwicklung von Positionspapieren und White Papers
- Stakeholder- und Umfeldanalysen
- Handlungsempfehlungen für Evidenzgenerierung, Market Access, Pricing und Erstattungsstrategien
- Begleitung regulatorischer und gesundheitspolitischer Vorhaben

_fbeta

Beratung im Gesundheitswesen

Zitationshinweis

Stegmaier, P., Roski, R.: „Die Diagnose überzeugt, noch nicht die Therapie", in „Monitor Versorgungsforschung" (05/26), S. 30–34. http://doi.org/10.24945/MVF.05.26.1866-0533.2864

ohne Wirtschaftskraft ende in einem „verwalteten Stillstand". Auch Dr. Marco Penske, Boehringer Ingelheim, bemängelt die fehlende Konkretisierung. Das Modell sei systemtheoretisch nachvollziehbar, bleibe aber mit Ausnahme der klaren Bürgergeldfinanzierung für Versorgung und Finanzierung „leider recht unkonkret". Die Gelassenheit eines Generationenprojekts könne man sich in der Praxis nicht leisten.

Ein methodischer Vorbehalt zieht sich durch fast alle Texte – gestützt auf Janßens Eingeständnis, sein Modell sei „ein analytisches Diagnosemodell" und eben kein empirisches Kausalmodell. Sauer leitet daraus die zentrale Grenze ab: Die Matrix könne erklären, warum Konflikte entstehen, „sie kann aber nicht beweisen, dass Logikvermischungen die Ursache der Reformprobleme sind". Teichert nennt das Eingeständnis „wissenschaftlich redlich". Mühlbacher nennt die Matrix „plausibel (aber nicht bewiesen)". Vogler hält sie für „eine gute Heuristik, aber noch keine hinreichende Theorie". Fachkräftemangel, fehlende Investitionen, unzureichende Personalbemessung und sektorale Machtstrukturen seien „nicht lediglich Symptome einer falschen Architektur, sondern eigenständige Ursachen". Roland Nagel von den Gesundheitsforen Leipzig sagt: Eine kritische Bewertung lasse sich damit „sehr gut umsetzen". Deren Ergebnis fügt sich ein: Das Modell sei „bislang nur begrenzt operationalisiert und empirisch überprüfbar", mithin „kein bewiesenes Erklärungsmodell, aber eine wissenschaftliche Arbeitshypothese". Gehrke verlangt: an konkreten Fällen zu zeigen, was sich für Patient:innen, Praxen, Pflege, Krankenhäuser und Kostenträger tatsächlich verbessert, dies aber bitte „verbunden mit einem diesbezüglichen Messinstrument".

Was daraus für die Politik folgt

Aus der Zusammenschau ergibt sich ein Aufgabenkatalog, der Janßens Modell weder übernimmt noch verwirft. Der Architektur-Matrix-Check in der Gesetzesfolgenabschätzung findet über Lager hinweg Zustimmung. Vogler erweitert ihn zum „Versorgungsarchitektur-Check", der auch klären sollte, welche Profession die fachliche Entscheidungsverantwortung trägt und welche Qualitätsziele gelten. Bei der Finanzierung der Bürgergeldbeziehenden ist die Diagnose nahezu unbestritten: Klemm verweist auf die Kampagne der Betriebskrankenkassen „Was fehlt, zahlst du!" von 2024, die in der Klage der Kassen kulminiere. Und Schwenk weist darauf hin, dass nicht die Klärung der Logiken eingefordert werde, sondern „deren tatsächliche Umsetzung". Sauers Formel lautet: Finanzierung klar zuzuordnen, Verantwortlichkeiten transparent zu machen und Versorgung sektorenübergreifend zu integrieren.

Bleibt Hermanns die bislang immer noch offene Frage: Löst eine geklärte Architektur die Kardinalprobleme wirklich? Janßens Antwort zielt eher auf Sichtbarkeit als auf Ersparnis: Es sei „ein Unterschied, ob der Bundesfinanzminister erklären muss, warum Fürsorge mehrere Milliarden Euro kostet, oder ob dieser Betrag weiter in Beitragstöpfen der GKV verborgen bleibt". Janßens Versprechen, die Architekturlogik sorge „gerade nicht dafür, dass irgendein Stakeholder etwas verliert", teilen viele Kommentatoren nicht. Laut Schlenker werde es „letztlich schlicht darauf ankommen, welches der vier Ordnungsprinzipien mehr Dominanz im demokratischen Diskurs erhält". Dafür seien elementar politische Entscheidungen nötig, „die das Architekturmodell intellektuell unterstützen kann". Das ist einerseits viel weniger, als Janßen für sein Modell beansprucht. Andererseits: Es ist weit mehr, als die Gesundheitspolitik derzeit an ordnungspolitischer Selbstverständigung aufbietet. <<

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

1: https://t1p.de/iv5gi

Die Sozialstaats-Matrix: Übersicht der Argumente

Cluster PRO: Gute Analyse	**Cluster Architektur:** Logik-Vermischung	**Cluster CONTRA:** Kritik an Umsetzung	**Cluster Erweiterung:** Vorschläge & Konsequenzen
Hilfreiches Analyseinstrument Analytische Stärke zur Aufgabenklärung und zur Herstellung von Transparenz im System **Rückführung auf Ordnungspolitik** Die Diskussion wird weg von Einzelfragen hin zu den zentralen ordnungspolitischen Grundprinzipien gelenkt. **Aufdeckung von Logikbrüchen (Beispiel Bürgergeld)** Die Finanzierung von Fürsorgeaufgaben durch Versicherungsbeiträge wird als systemwidriger „Schattenhaushalt" entlarvt. **Weitestgehende Zustimmung (Klemm)** Sieht in der gelebten Systemlogik der Matrix eine Versorgungsverbesserung und leitet drei Forderungen ab: ausreichende Finanzierung von Daseinsvorsorge und Fürsorge, Beschränkung des Staates auf den Ordnungsrahmen, ein Ende immer kleinteiligerer Detailvorgaben.	**Reformstau durch Logik-Vermischung** Das Problem ist die unklare Vermischung von Solidarversicherung, Fürsorge, Daseinsvorsorge und Wettbewerb, nicht Geldmangel.	**Logiktrennung erzeugt neue Schnittstellen** Die Trennung der Logiken löst keine Probleme, sondern verschiebt Komplexität und erzeugt potenziell hohe Koordinationskosten. **Fehlende Patientenorientierung** Statische Anbieterlogiken vs. Behandlungsprozesse („Patient Journeys") **Integration vs. saubere Trennung** Leitfrage ist nicht, wie man die Logiken trennt, sondern welche Aufgaben Trennung und welche Integration verlangen (Integrationslogik). **Blinder Fleck Pflege** Professionelle Pflege kommt in der Matrix nicht vor. Es bleibt bei der bestehenden professionspolitischen Machtverteilung. **Macht & Pfadabhängigkeit** Die Matrix blendet historisch gewachsene Machtstrukturen, Demografie und Fachkräftemangel aus. Die vier Prinzipien waren bereits bei Gründung der GKV vor über 140 Jahren vermischt. **Methodischer Vorbehalt** Die Matrix ist ein plausibles Gedankenmodell (Heuristik), kein wissenschaftliches Kausalmodell.	**Konsequenzen für die Politik** Weitgehende Zustimmung zu einem Architektur-Matrix-Check in der Gesetzesfolgenabschätzung sowie zur Forderung, Verantwortlichkeiten für Finanzierung und Versorgung sektorenübergreifend zuzuordnen

Offene Schlussfrage (Hermann): Löst eine geklärte Architektur das Kardinalproblem, wie alternde Gesellschaft, Fachkräftemangel und Finanzierung des medizinischen Fortschritts gelöst werden sollen?

Tab. 1: Die Sozialstaats-Matrix: Übersicht der Argumente auf Basis des Artikels „Die Diagnose überzeugt, noch nicht die Therapie" von Stegmaier & Roski.





Wir konzentrieren uns auf das Leben.

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

Mehr Antworten auf
boehringer-ingelheim.de



„Das Gesundheitssystem eine moderne Rechtsgrun

„Jetzt ist es an der Zeit, für die Modernisierung des Gesundheitswesens auch eine moderne rechtliche Grundlage zu schaffen“, erklärt Andreas Storm, der Vorstandsvorsitzende der DAK-Gesundheit im Interview mit „Monitor Versorgungsforschung“. Er spricht, gefragt nach seiner Einschätzung zu Janßens Sozialstaats-Matrix, über systemische Dysfunktionalität, vier Handlungsfelder und ein neues Sozialgesetzbuch ab 2029. Sein Petitum: „Wir müssen noch in diesem Herbst darangehen, eine grundlegende Überarbeitung des Regelwerks für unser Gesundheitswesen zu beginnen, sodass ab 2029, also mit dem Beginn der nächsten Wahlperiode, ein reformiertes Sozialgesetzbuch für die gesetzliche Krankenversicherung in Kraft treten kann.“

Im Interview: Dipl.-Volksw. Andreas Storm, Vorstandsvorsitzender der DAK-Gesundheit

>> Herr Storm, das GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz ist am 29. Juli im Bundesgesetzblatt verkündet worden und tags darauf in Kraft getreten. Die damalige Bundesgesundheitsministerin Nina Warken sprach von einem Maßnahmenpaket, das es in diesem Ausmaß noch nicht gegeben habe. Wo steht das Gesundheitswesen mit diesem Gesetz?

Die DAK-Gesundheit begrüßt den erfolgreichen Abschluss des Gesetzgebungsverfahrens zur GKV-Finanzreform. Mit den weitreichendsten Sparmaßnahmen der vergangenen Jahre hat die Bundesregierung endlich eine Trendwende zur finanziellen Konsolidierung in der gesetzlichen Krankenversicherung eingeleitet, um so die Beiträge zumindest vorübergehend zu stabilisieren. Es ist allerdings bedauerlich, dass im Endspurt durch eine Protokollerklärung der Regierung an den Bundesrat und weitere Entlastungen im Krankenhausbereich eine neue Finanzlücke von 550 Millionen Euro zulasten der GKV entstanden ist. Damit stellt die Bundesregierung ihr eigenes Ziel der Beitragsstabilität ab 2027 jetzt noch einmal selbst infrage.

Ich sehe, dass wir in der zweiten Hälfte des Jahres 2026 jetzt an einem Punkt sind, an dem wir eine wirklich große Strukturreform für das deutsche Gesundheitswesen brauchen. Wir müssen uns über den grundsätzlichen Handlungsbedarf verständigen.

Sie haben bei der Vorstellung des DAK-Gesundheitsmonitors 2026 gesagt, das deutsche Gesundheitssystem sei krank. Wo müsste die Therapie ansetzen?

Ich sehe drei ganz große Baustellen. Die erste Baustelle ist unsere Position im europäischen Vergleich. Es ist ja mittlerweile Konsens, dass das deutsche Gesundheitswesen als ineffizient gilt und unbefriedigende Ergebnisse liefert. Das bedeutet, wir haben im Blick auf die leistungsbezogenen Qualitätsindikatoren bestenfalls einen Platz im europäischen Mittelfeld mit abnehmender Tendenz, doch auf der anderen Seite die höchsten Kosten im EU-Vergleich. Deshalb müssen wir unbedingt eine Trendwende herbeiführen, um bei der Versorgungsqualität wieder deutlich besser zu werden. Unser aller Anspruch muss es sein, dass das deutsche Gesundheitswesen wieder näher an die europäische Spitzengruppe herankommt.

braucht

dlage“

Das BMG beziffert die Finanzierungslücke der GKV für 2027 auf rund 19 Milliarden Euro und für 2030 auf rund 44 Milliarden Euro. Wird diese Lücke mit dem GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz geschlossen?

Nein, die GKV-Finanzreform bietet derzeit nur kurzfristig für 2027 eine Atempause mit der Möglichkeit für stabile Beiträge. Deshalb besteht hier die zweite Baustelle. Wir haben in der gesetzlichen Krankenversicherung, aber auch in anderen Bereichen wie etwa dem Krankenhaussektor, die größte Finanzkrise seit Bestehen der Bundesrepublik Deutschland überhaupt. Die mittlerweile ins Kanzleramt gewechselte bisherige Gesundheitsministerin Nina Warken hat zwar das größte Sparpaket der Geschichte unseres Landes noch vor der Sommerpause mit dem Beitragsstabilisierungsgesetz über die parlamentarischen Hürden gebracht, doch sind die grundsätzlichen Probleme für die Zeit nach 2030 immer noch nicht gelöst.

„Die grundsätzlichen Probleme für die Zeit nach 2030 sind immer noch nicht gelöst.“

Und die dritte Baustelle?

Wir haben, wie ich es nennen würde, eine systemische Dysfunktionalität, wenn wir unser deutsches Gesundheitssystem mit dem in anderen Ländern vergleichen. Wir haben dysfunktionale Strukturen bei den Kompetenzen im Bereich von Politik und Verwaltung, dysfunktionale Strukturen bei der Organisation, dysfunktionale Strukturen bei der Finanzierung und ebenso dysfunktionale Strukturen bei der Sicherstellung der Leistungserbringung.

Von diesen vier Feldern steht in der öffentlichen Debatte jedoch nur die Finanzierung. Reicht sie überhaupt als Ansatzpunkt?

Beitrag (1) und Interview (2) von Herrn Janßen stellen vor allen Dingen auf das Thema Finanzierung ab. Unbenommen ist das ein wichtiger Baustein für eine strukturelle Verbesserung des deutschen Gesundheitswesens. Doch müssen dringend auch die drei anderen Themenbereiche angegangen werden. Wenn ich diese vier Baustellen zusammennehme, dann ergibt sich daraus die Notwendigkeit, dass wir das Regelwerk des bisherigen Sozialgesetzbuchs V für das deutsche



Gesundheitswesen anpassen müssen.

Das SGB V gilt seit dem 1. Januar 1989. Woran machen Sie fest, dass es an sein Ende gekommen ist?

Wenn man einen Blick in die Geschichte wirft, dann hatten wir in den ersten vier Jahrzehnten der Bundesrepublik von 1949 bis 1988 noch die alte Reichsversicherungsordnung. Wir hatten dann seit 1989 das SGB V in der bisherigen Form. Jetzt befinden wir uns nach weiteren 40 Jahren in einer Zeit mit neuen Herausforderungen für unser Sozialsystem. Deshalb lautet mein Vorschlag, dass wir noch in diesem Herbst darangehen, eine grundlegende Überarbeitung des Regelwerks für unser Gesundheitswesen zu beginnen, sodass ab 2029, also mit dem Beginn der nächsten Wahlperiode, ein reformiertes Sozialgesetzbuch für die gesetzliche Krankenversicherung in Kraft treten kann. Wir hätten damit einen zweiten Abschnitt von 40 Jahren abgeschlossen. Jetzt ist es an der Zeit, für die Modernisierung des Gesundheitswesens auch eine moderne rechtliche Grundlage zu schaffen.

Gehen wir die Handlungsfelder einzeln durch. In der GKV gab es am 1. Januar 2026 noch 93 Krankenkassen, daneben Kassenärztliche Vereinigungen, Kammern, Verbände und die Aufsichten. Was steht bei der Organisation an?

Wenn man sich die Themenfelder im Einzelnen anschaut, geht es bei der Frage der Organisation darum, wie die Körperschaften in Zukunft aufgestellt sein müssen. Das sind ja nicht nur die Krankenkassen. Das sind auch zum Beispiel die Kassenärztlichen Vereinigungen und verschiedene Kammern. Wie müssen die Verbände organisiert sein? Ebenso sollten wir offen die Frage stellen, ob es nicht einen Reformbedarf bei der Aufsicht in Bund und Ländern gibt. Zu diesem Organisationsthema gehört nicht zuletzt die Aufgabenteilung zwischen der gesetzlichen Krankenversicherung und der privaten Krankenversicherung. Die entscheidende Frage lautet hier: Können wir so weitermachen wie bisher? Es gibt außer Deutschland kein einziges Land auf der Welt, welches diese Dualität zwischen GKV und PKV kennt. Diese Strukturen sind aus historischen Gründen entstanden, doch jetzt gehören sie auf den Prüfstand.

Die FinanzKommission empfiehlt, die Beiträge für Grundsicherungsbeziehende vollständig aus Steuermitteln zu finanzieren, zwölf Milliarden Euro jährlich. Bundesfinanzminister Klingbeil hat das mit Verweis auf die Haushaltslage abgelehnt. Wie ließe sich die Steuerfinanzierung rechtlich verankern?

Bei der Finanzierung müssen wir endlich eine wesentlich stärkere Zweckbindung der Hauptfinanzierungsinstrumente sicherstellen. Das sind zum einen die Beiträge, dann die Steuern und schließlich die Selbstbeteiligung der Versicherten. Darüber hinaus gibt es mit der privaten Vorsorge eine weitere Finanzierungsform der Versicherten, zum Beispiel über private Zusatzversicherungen. Es gilt, eine ordnungspolitisch korrekte Finanzierung zu erreichen: zum Beispiel, dass Ausgaben für Grundsicherungsempfangende, die jetzt über die gesetzliche Krankenversicherung finanziert werden, vollständig aus Steuermitteln bereitgestellt werden. Dafür brauchen wir eine rechtliche Grundlage. Wenn dies in Zukunft in einem modifizierten Sozialgesetzbuch V festgeschrieben wird, haben wir eine ganz andere Basis, wenn der Gesundheitsminister mit dem Finanzminister verhandelt.



Dipl.-Volksw. Andreas Storm

ist Vorstandsvorsitzender der DAK-Gesundheit. Der CDU-Politiker gehörte 15 Jahre lang dem Deutschen Bundestag an, war zwischen 2005 und 2011 Staatssekretär im Bundesministerium für Bildung und Forschung sowie für Arbeit und Soziales, anschließend Chef der saarländischen Staatskanzlei und danach bis 2014 Gesundheitsminister im Saarland.

Der GKV-Spitzenverband hat die Klagen Dutzender gesetzlicher Krankenkassen vor dem Landessozialgericht Nordrhein-Westfalen gegen die Zuweisungsbescheide des Bundesamts für Soziale Sicherung gebündelt. Es wurde eine Richtervorlage nach Artikel 100 Abs. 1 GG beantragt. Die DAK-Gesundheit gehört zu den klagenden Kassen. Was erwarten Sie von dem Verfahren?

Die GKV müsste jährlich rund zwölf Milliarden Euro vom Bund erhalten, damit die Ausgaben bei den Empfängern von Bürgergeld – der jetzigen Grundsicherung – auskömmlich finanziert werden. Das haben mehrere Gutachten gezeigt, und das sieht auch der Bundesrechnungshof so. Weil dies trotz mehrfacher Ankündigung durch verschiedene Mitglieder der Bundesregierung bis heute nicht erfolgt ist, hat die DAK-Gesundheit gemeinsam mit vielen anderen Krankenkassen den Bund Ende 2025 verklagt.

Nach dem Krankenhausfinanzierungsgesetz tragen die Länder die Investitionskosten, die Krankenkassen die Betriebskosten. Gehört diese Zuordnung auf denselben Prüfstand?

Es gilt zu überprüfen, ob diese duale Finanzierung noch zeitgerecht ist oder ob wir auch hier eine Änderung brauchen. Ich würde mir wünschen, dass man diese Frage der strukturellen Modernisierung des Gesundheitswesens nicht auf einen kleinen Fragenkatalog ausschließlich für die gesetzliche Krankenversicherung begrenzt. So steht es im Moment leider in der Aufgabenstellung für die FinanzKommission Gesundheit. Der Auftrag sollte deshalb erweitert werden, um einen weitreichenderen Modernisierungsprozess zu ermöglichen.

Der zweite Bericht der FinanzKommission liegt bis Ende dieses Jahres vor, die Wahlperiode endet regulär Anfang 2029. Bis wann müsste ein neues Sozialgesetzbuch beschlossen sein?

Eine so große Reform kann nicht innerhalb von wenigen Monaten durchgeführt werden. Das heißt, dass die Politik erst Reformimpulse, zum Beispiel durch die Greiner-Kommission, bis zum Ende dieses Jah-

Zitationshinweis
Storm, A., Roski, R., Stegmaier, P.: „Das Gesundheitssystem braucht eine moderne Rechtsgrundlage“, in „Monitor Versorgungsforschung“ (05/26), S. 36–39. http://doi.org/10.24945/MVF.05.26.1866-0533.2879

Der OECD-Report „Health at a Glance: Europe 2024“ weist für Deutschland 171 vermeidbare Sterbefälle je 100.000 Einwohner aus. Schweden führt mit 118 vor Italien (128), Luxemburg und Malta (je 133); Frankreich (145), die Niederlande (147) und Dänemark (149) liegen ebenfalls davor. Der EU-27-Schnitt beträgt 201. Zugleich wendet kein anderes Mitgliedsland einen höheren Anteil seiner Wirtschaftsleistung für die Gesundheitsversorgung auf.

res bekommen muss und dann das kommende Jahr nutzen sollte, um in der Diskussion mit allen Beteiligten eine zukunftsfähige Architektur für das deutsche Gesundheitswesen zu entwickeln. Schließlich gilt es, 2028 die Gesetzgebung für ein neues Sozialgesetzbuch im Deutschen Bundestag und auch im Bundesrat durchzuführen. Dann könnte ein solches neues Sozialgesetzbuch im besten Falle zum 1. Januar 2029 in Kraft treten.

Das wäre ein sehr großes Programm. Können Sie an dieser Stelle etwas konkreter werden bei den einzelnen Forderungen oder Reformvorschlägen?

Ich will zum jetzigen Zeitpunkt noch nicht mit konkreten inhaltlichen Forderungen kommen. Das liegt jedoch allein darin begründet, dass wir uns nicht mit Detailfragen aufreiben, sondern uns zuerst auf einen großen Wurf und ein gemeinsames Ziel verständigen sollten. Der Zeitpunkt dafür ist jetzt sehr günstig, weil sich derzeit die Greiner-Kommission sowieso mit Strukturfragen befasst und wir einen neuen Bundesgesundheitsminister im Amt haben. Das ist eine Chance.

Wäre für diese Strukturdiskussion der Ansatz von Herrn Professor Janßen mit seinen vier Feldern nützlich, oder führt er eher in die Irre? Haben Sie einen eigenen Vorschlag, wie ein neues Modell unseres Gesundheitssystems aussehen müsste?

Ich halte den Ansatz von Herrn Professor Janßen für nützlich. Ich glaube aber auch, dass er bei Weitem noch nicht ausreicht, weil unter anderem die Kompetenzfragen zwischen Bund, Ländern und Kommunen ausgespart werden. Mein eigener struktureller Ansatz setzt daher an vier Handlungsfeldern an: Organisation, Finanzierung, Sicherstellung der Leistung und Kompetenzverteilung. Für jeden dieser Bereiche brauchen wir eine neue Justierung, wobei es natürlich Wechselwirkungen geben wird. Zum Beispiel bei der Frage: Wie hoch ist der Beitrag der privaten Vorsorge? Deren Höhe hängt davon ab, wie die Organisationslösung aussieht und wie künftig die Arbeitsteilung zwischen gesetzlicher und privater Krankenversicherung aussieht.

Könnte man Ihre vier Reformbereiche mit den vier Feldern von Herrn Janßen kombinieren? Sehen Sie da Anschlussmöglichkeiten, oder ist Ihres ein anderes Modell?

Die vier Prinzipien von Professor Janßen gehen sehr stark in den Bereich der Finanzierung. Nehmen wir mal die territorial gesteuerte Daseinsvorsorge. Hier stellt sich mir die Frage: Wie soll die Aufteilung der Kompetenzen auf Bund, Länder, Kommunen und der Selbstverwaltung aussehen? Das fehlt bei Janßen komplett.

Ein Modell soll eine strukturierte Abbildung der Wirklichkeit sein. Ist Ihr Ansatz mit den vier Handlungsfeldern näher an der realen Ausgestaltung unseres Gesundheitswesens?

Das Problem ist, dass das deutsche Gesundheitswesen deutlich von idealtypischen Modellen abweicht, wie sie in Lehrbüchern stehen. Unser Gesundheitswesen ist eben nicht am grünen Tisch entwickelt worden, sondern ist in wesentlichen Teilen das Ergebnis historischer Prozesse. Es hat sich über viele Jahrzehnte entwickelt. Natürlich würde man heute vieles theoretisch anders machen, aber wir müssen das historisch gewachsene Gesundheitswesen mit all seinen Dysfunktionalitäten als Ausgangspunkt für den Reformprozess nehmen.

Herr Storm, danke für das Gespräch. <<

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

1: https://t1p.de/64mk9
2: https://t1p.de/iv5gi

Raum plausibler Alternativen

>> Die in „Nature“ publizierte Studie (1) „Estimating the Analytic Robustness of Social and Behavioural Sciences“ (SCORE) kommt zu dem Ergebnis, dass wissenschaftliche Schlussfolgerungen je nachdem, wer die Analyse durchführt, dramatisch variieren können. Die Wissenschaftler:innen aus aller Welt beobachteten erhebliche Abweichungen in den Ergebnissen von fast 500 unabhängigen Analysen derselben Fragestellung unter Verwendung derselben Daten in 100 Studien. Obwohl die meisten Reanalysen die Hauptthesen der Originalstudien weitgehend bestätigten, unterschieden sich die Effektgrößen, statistischen Schätzungen und Unsicherheitsgrade oft erheblich. In etwa einem Drittel der Fälle kamen alle Analysten zu dem gleichen Ergebnis wie die ursprünglichen Autor:innen. Das Projekt liefert eine klare Botschaft: Wissenschaftliche Objektivität besteht nicht darin, eine einzige „wahre“ Analyse zu identifizieren, sondern darin, den Raum plausibler Alternativen transparent zu machen.

Die Diskrepanzen sind jedoch nicht auf mangelnde Fachkenntnisse zurückzuführen. Erfahrene Forscher:innen mit fundierten statistischen Kenntnissen kamen ebenso häufig zu abweichenden Ergebnissen wie andere. Gleichzeitig erwiesen sich Beobachtungsstudien als weniger robust als experimentelle Studien, was darauf hindeutet, dass komplexere Datenstrukturen eine größere analytische Flexibilität ermöglichen.

Balázs Aczél, Professor an der Eötvös-Loránd-Universität, kam zu dem Schluss: „Diese Ergebnisse stellen nicht die Glaubwürdigkeit früherer Forschungen infrage. Vielmehr machen sie darauf aufmerksam, dass die Darstellung einer einzigen Analyse oft nicht das tatsächliche Ausmaß der empirischen Unsicherheit widerspiegelt und dass das Ignorieren der analytischen Variabilität zu ungerechtfertigtem Vertrauen in wissenschaftliche Schlussfolgerungen führen kann.“ Und Barnabás Szászi, Assistenzprofessor an der Eötvös-Loránd-Universität und der Corvinus-Universität, fügte hinzu: „Wir plädieren für eine breitere Anwendung von Multi-Analysten- und ‚Multiversum‘-Ansätzen“. Anstatt nach einer einzigen wahren Antwort zu suchen, würden diese Ansätze sichtbar machen, wie stabil – oder fragil – wissenschaftliche Schlussfolgerungen tatsächlich sind. <<

1: https://t1p.de/ec1mv



Dr. rer. pol. Dominik von Stillfried
Vorstandsvorsitzender des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland (Zi)
ORCID 0000-0001-6451-7373

Ohne klares Ziel keine klare Architektur

>> Ich stimme Herrn Janßen zu, dass die GKV Elemente unterschiedlicher Gestaltungsprinzipien gemäß der Vier-Felder-Matrix vermischt.

1 Ich teile jedoch nicht die Ansicht, dass die Vermischung der Prinzipien Ursache der Reformprobleme ist. Vielmehr lässt sich zeigen, dass unterschiedliche Gestaltungsprinzipien bereits mit der Gründung der GKV vor über 140 Jahren vermischt wurden, weil gerade das Festhalten an klaren Gestaltungsprinzipien des Versicherungsprinzips zu Problemen geführt hat, die innerhalb dieser Logik nicht lösbar und die Folgen politisch inakzeptabel waren. Im Laufe der Jahrzehnte nahm die Vermischung unterschiedlicher Gestaltungsprinzipien immer dann zu, wenn im Status quo scheinbar unlösbare Probleme oder Widersprüche auftraten.

2 So wurde etwa das Sachleistungsprinzip dadurch in seiner Bedeutung verändert, dass nicht mehr die einzelne Versichertengemeinschaft über den Leistungskatalog entschied, sondern es schrittweise zu einer Vereinheitlichung über alle GKV-Versicherten hinweg kam. Bei stringenter berufsständischer Gliederung der Kassenmitgliedschaft konnte auch eine Beitragszahlung nach der Höhe des Einkommens mit dem Versicherungsprinzip vereinbar sein. Heute ist sie eindeutig und intentional dem Solidarprinzip und damit der Daseinsvorsorge zuzurechnen. Sie hat ihre Bedeutung schrittweise und nachhaltig mit der Ausweitung des Versichertenkreises in der GKV, der Schaffung der Krankenversicherung der Rentner, der Einführung von Versicherungspflicht und Gesundheitsfonds verändert. Das jetzt zu einem Großteil auch dadurch entstandene Defizit, dass der Finanzminister sich nicht in der Lage sieht, die Kosten für die medizinische Versorgung der Grundsicherungsempfänger aus dem Bundeshaushalt zu begleichen, zeigt die Kräfte, die hier wirken: Weil sich die politischen Rahmenbedingungen massiv verändert haben, wird der mit dem GKV-WSG vor rund 20 Jahren vereinbarte Grundkonsens, dass eine aus Lohnkosten finanzierte soziale Sicherung in einer alternden Gesellschaft einen steigenden staatlichen Zuschuss benötigt, um die Lohnkostenbelastung gering zu halten, rücksichtslos aufgekündigt.

3 Zugleich zeigt dieser Blick auf die Entwicklung auch, dass die von Herrn Janßen vorgeschlagene Entzerrung der Gestaltungsprinzipien kaum mehr als eine intellektuell anregende Übung bleiben dürfte, die insbesondere für das Verständnis der unterschiedlichen Systemelemente hilfreich, für die Gesetzgebungspraxis aber weitgehend unbedeutend ist. Eine Neugestaltung des Sozialstaats auf dem Reißbrett wird es nicht geben; alle Gesundheitssysteme entstehen laufend aus dem Status quo und sind in ihren konkreten Ausprägungen daher nur geschichtlich und vor dem Hintergrund der jeweils herrschenden ökonomischen Bedingungen des Landes zu verstehen.

4 Zustimmen würde ich Herrn Janßen, dass seine Zuordnungsmatrix in einer Diskussion helfen könnte, wie der Hang des Bundesgesetzgebers zu einer immer stärkeren Detailgestaltung zu bremsen und Verantwortlichkeiten so neu zu ordnen sind, dass Zuständigkeiten zwar geregelt, aber nicht Ergebnisse dieser Zuständigkeit vorweggenommen werden. Wer die Entwicklung des SGB V beobachtet, stellt fest, dass es sich in den letzten 15 Jahren in etwa verdoppelt hat. Mit Gesetzen wie dem GeDIG beschleunigt sich diese Entwicklung noch einmal. Letzteres lässt sich über weite Strecken keinem der vier Felder eindeutig zuordnen. Daher müsste sich eine Zuordnungsmatrix zur Fokussierung von Verantwortung eher auf Zuständigkeiten bestimmter Institutionen für Prozesse beziehen.

5 Ohnehin dürfte eine Verbesserung der Performance unseres Gesundheitssystems weniger durch Architekturfragen als durch klare Zielbestimmungen erreicht werden. Hier würde ich der Diagnose von Herrn Janßen bezüglich der Debatte um ein Primärarztsystem zustimmen. Wir werden weder architektonische noch prozessuale Klarheit im System erreichen, wenn das Ziel nicht klar bestimmt ist. Warum ein Primärarztsystem eingeführt werden soll, bleibt in Deutschland bislang hinreichend unklar. Als Ziel formuliert der Koalitionsvertrag, dass Wartezeiten auf fachärztliche Behandlung verkürzt werden sollen. Ob das Primärarztsystem dafür überhaupt das richtige Instrument ist? Empirische Evidenz gibt es dafür bisher nicht. Vielleicht gibt es andere Gründe für seine Einführung?

6 Die gibt es. Und es sind so viele unterschiedliche, wie wir Interessengruppen im Gesundheitssystem haben. Mit dem Begriff verbindet jede Interessengruppe eine andere Art von System. Um dies zu ermöglichen, wird nun auch lieber von Primärversorgungssystem gesprochen. Jede Interessengruppe steuert ein paar Ziele bei, um künftig ein wenig mitzusteuern. Architektonische Klarheit ist daher stets das erste Opfer unserer parlamentarischen Prozesse. Deshalb ist das Gesundheitswesen – nicht nur in Deutschland, sondern in allen Industriestaaten – auch in permanentem Umbau. Eine magische Auflösung dafür bietet sich nirgendwo. Da unterscheide ich mich von Prof. Janßen, denn in jedem Generationenprojekt verändern sich Sichtweisen und Zuordnungen, wie wir rückblickend feststellen können. <<

Zitationshinweis

von Stillfried, D.: „Ohne klares Ziel keine klare Architektur", „Monitor Versorgungsforschung" (05/26), S. 40. http://doi.org/10.24945/MVF.05.26.1866-0533.2867



Daniela Teichert,
Vorsitzende des Vorstandes der AOK Nordost

Welches Problem löst die Vier-Logiken-Matrix eigentlich?

>> Prof. Janßen stellt eine wichtige Frage: Warum gelingen Reformen im Gesundheitswesen so häufig nur unvollständig? Seine Antwort lautet: Nicht fehlendes Geld, nicht Demografie oder Fachkräftemangel seien die eigentlichen Ursachen, sondern eine inkonsistente Architektur unseres Sozialstaates. Das ist ein interessanter ordnungspolitischer Denkansatz.

Bevor man jedoch über die vorgeschlagene Lösung diskutiert, sollte zunächst die Ausgangsfrage beantwortet werden:

Welches konkrete Problem soll die Vier-Logiken-Matrix eigentlich lösen – bessere Versorgung oder eine klarere Zuordnung von Finanzierungs- und Versorgungsverantwortung?

Aus meiner Sicht bleibt genau dieser Zusammenhang im Interview offen. Dazu meine drei Anregungen:

Erstens: Die Matrix ist ein ordnungspolitisches Modell, keine empirisch belegte Erklärung der Reformkrise. Prof. Janßen weist selbst darauf hin, dass seine Architekturtheorie keine empirische Evidenz im engeren Sinne beansprucht. Das ist wissenschaftlich redlich. Daraus folgt aber auch, dass die gegenwärtigen Herausforderungen – Demografie, medizinischer Fortschritt, chronische Erkrankungen oder Fachkräftemangel – nicht allein auf Architekturfragen zurückgeführt werden können. Eine klarere Finanzierungslogik kann Reformen erleichtern, ersetzt aber keine Antworten auf die eigentlichen Versorgungsprobleme.

Zweitens: Der Beitrag zeichnet ein kritisches Bild der gemeinsamen Selbstverwaltung. Selbstkritisch muss man einräumen, dass Selbstverwaltung Reformen nicht immer mit der notwendigen Geschwindigkeit umgesetzt hat und dass sektorale Interessen gelegentlich notwendige Veränderungen erschweren. Daraus folgt jedoch nicht, dass die Selbstverwaltung Teil des Problems ist.

Im Gegenteil: Sie ist Ausdruck eines bewährten Ordnungsprinzips, das fachliche Entscheidungen bewusst von kurzfristigen politischen Mehrheiten entkoppelt. Die Herausforderung besteht deshalb weniger in einer Schwächung der Selbstverwaltung als in einer klareren Ergebnisverantwortung und einer stärkeren Patientenorientierung innerhalb der bestehenden Strukturen.

Drittens: Ausgerechnet die gesetzliche Unfallversicherung zeigt, dass erfolgreiche Sozialversicherung nicht in erster Linie von einer Trennung unterschiedlicher Logiken lebt, sondern von ihrer konsequenten Integration. Prävention, Akutversorgung, Rehabilitation und Wiedereingliederung folgen dort einer gemeinsamen Ergebnisverantwortung und einer konsistenten Finanzierung. Gerade diese Integration gilt international als Stärke des Systems. Für die gesetzliche Krankenversicherung könnte deshalb weniger die Trennung von Logiken als vielmehr eine bessere Verzahnung von Prävention, Versorgung und Rehabilitation der zielführendere Reformansatz sein.

Die Vier-Logiken-Matrix ist damit ein wertvoller Beitrag zur ordnungspolitischen Debatte. Sie sollte jedoch nicht den Eindruck erwecken, dass Architekturfragen allein die Reform-Misere erklären oder gar lösen können. Die Zukunft unseres Gesundheitswesens wird sich daran entscheiden, ob es gelingt, Verantwortung, Finanzierung und Versorgungsqualität konsequent am Nutzen für die Versicherten auszurichten. <<

Zitationshinweis

Teichert, D.: „Welches Problem löst die Vier-Logiken-Matrix eigentlich?“, „Monitor Versorgungsforschung“ (05/26), S. 41. http://doi.org/10.24945/MVF.05.26.1866-0533.2868

Kommentare zur Sozialstaats-Matrix von Prof. Dr. Udo Janßen in MVF 03/26

Auf unseren Aufruf in MVF 03/26 haben 22 Mitglieder des MVF-Herausgeber-Beirats die Sozialstaats-Matrix kommentiert. Im Heft stehen die Kommentare von Daniela Teichert (AOK Nordost), Anne-Kathrin Klemm (BKK Dachverband), Dr. Christopher Hermann (früher AOK Baden-Württemberg), Dr. Dominik von Stillfried (Zi) und Prof. Dr. Axel C. Mühlbacher (Hochschule Neubrandenburg).

Eine Synopse aller Kommentare und einen Kommentar von Christian Luley (Insgiht Health) lesen Sie online.

Dr. Michael **Brinkmeier** (Stiftung Deutsche Schlaganfall-Hilfe)
Prof. Dr. Stephan **Burger** (MedicalContact)
Dr. Jan **Daniels-Trautner** (Roche Pharma)
Dr. Martin **Danner** (BAG SELBSTHILFE)
Dr. Katja **Gehrke** (Institut für deskriptive Gesundheitsdatenanalyse –DGDA)
Dr. Robert **Haustein** (Abbott)
Dr. Christopher **Hermann** (früher AOK Baden-Württemberg)
Anne-Kathrin **Klemm** (BKK Dachverband e. V.)
Christian **Luley** (Insgiht Health)
Vera **Lux** (Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK))
Prof. Dr. Axel C. **Mühlbacher** (Hochschule Neubrandenburg)
Roland **Nagel** (Gesundheitsforen Leipzig)
Dr. Marco **Penske** (Boehringer Ingelheim Pharma)
Dr. Stefan **Sauer** (ITF Pharma)
Dr. Rolf-Ulrich **Schlenker** (Deutsche Rheuma-Liga Bundesverband e. V.)
Dr. Anke **Schlieker** (Verband der Privaten Krankenversicherung e. V.)
Sarah **Schmitter** (Pfizer)
Prof. Stefan **Schröder** (Aktionsbündnis Patientensicherheit e. V.)
Uwe **Schwenk** (Bertelsmann Stiftung)
Daniela **Teichert** (AOK Nordost)
Dr. Dominik **von Stillfried** (Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland (Zi))
Christine **Vogler** (Deutscher Pflegerat)

MVF-Herausgeberbeirat

Seit dem ersten Jahrgang trägt der Herausgeberbeirat „Monitor Versorgungsforschung“ mit. Dafür bedanken wir uns herzlich.

Link zum Beirat:

https://t1p.de/ba83c



Dr. iur. Christopher Hermann
früher Vorstandsvorsitzender der AOK Baden-Württemberg, Berater im Gesundheitswesen
ORCID 0000-0002-6999-474X

Eine neue (alte) Sozialstaatslogik?

>> Udo Janßen hat im Frühjahr unter dem Titel „Die Sozialstaats-Matrix" eine „Architektur-Diagnose des deutschen Wohlfahrtsstaates" vorgelegt (https://t1p.de/64mk9). In einem ausführlichen Interview in Monitor Versorgungsforschung (MVF 3/2026, 6-12) hat er seine Thesen eingehend erläutert und als zentrales Problem des deutschen Gesundheitssystems dessen „grundlegende Systemlogik-Architektur" ausgemacht, „in die hineinreformiert" werde (7).

1 Zwar seien Faktoren wie der „medizinische Fortschritt, doppelte Demographie und Fachkräftemangel … sehr reale und drängende" Probleme. Um Gesundheitsreformen aber „wirkungsvoll gestalten zu können", müssten „strukturelle Logikbrüche im System identifiziert und im besten Fall aufgelöst werden". Da dies nicht erfolgt sei, folge in der Logik das Scheitern der Reformbemühungen der letzten Jahrzehnte (ebd.).

Das „Gesundheits- und Versorgungssystem" ruhe auf vier Grundprinzipien/Logiken: Solidarversicherungsprinzip, Fürsorgeprinzip, Daseinsvorsorgeprinzip und Wettbewerbsprinzip. „Diese eigentlich recht eigenständigen Logiken" seien aber „im Lauf der Zeit vermischt worden" (ebd.). Seine „Vier-Logiken-Matrix", die „Logiktrennung" (ebd.), sei im „Kern eine Rückbesinnung auf finanzökonomische Klarheit – auf eine Betrachtungsweise, die in den ersten Jahrzehnten unserer Republik organisierend wirkte und in den letzten drei Dekaden zunehmend verloren gegangen ist" (9).

In einem „Generationenprojekt – aber bitte eines mit zeitnahem Beginn" müsse es nunmehr um die „Überführung in eine neue Systemarchitektur" gehen, wobei die „ersten ernsthaften Architekturschritte und die Auflösung von zwei bis vier der wichtigsten Logikbrüche" innerhalb einer Legislaturperiode des Bundestages (vier Jahre) als realisierbar angesehen werden (11).

2 Janßens Intervention erweist sich grundsätzlich vor allem deshalb als überfällig und verdienstvoll, da sie es ermöglicht, eine Debatte im sozial- und speziell gesundheitspolitischen Diskurs wiederzubeleben, die nicht nur von den Beteiligten am politischen Prozess seit längerem ausgeblendet wird – nämlich die Orientierung an systemischem Denken und Handeln.

Unter den beiden Bundesgesundheitsministern der Großen Koalition ab 2018 und der Ampelregierung ab 2021 wurde die ordnungspolitische Statik des Gesundheitssystems sukzessive weg vom tradierten „System abgestufter Regulierung" (Wallrabenstein) mit der gemeinsamen Selbstverwaltung als zentralem Akteur in Richtung auf einen neuartigen Typus von Systemsteuerung – den exekutiven Dirigismus – verschoben, ohne dass die genannten zentralen Probleme des Gesundheitssystems trotz gesetzgeberischem Hyperaktionismus geringer geworden wären. Dies geschah subkutan, ohne jeden intensiveren ordnungspolitischen Diskurs in der Öffentlichkeit oder bei den politisch Verantwortlichen.

Mit der aktuellen Koalition hat sich an dieser Abstinenz grundlegend nichts verändert. Im Gegenteil wurde das GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz von der Bundesgesundheitsministerin zwar medial als „Paradigmenwechsel im Gesundheitswesen" gefeiert, zu dem es „keine Alternative" gebe (F.A.Z. 11.07.2026: 18). Eine Aussage zu einem über reine Kostenbegrenzung hinausgehenden ordnungspolitischen Kurs für ihre Gesundheitspolitik oder gar zu einer damit verfolgten inhaltlichen Agenda sucht man ebenso vergeblich wie im dem Spargesetz als Vorlage dienenden Bericht der aus zehn Wissenschaftlern bestehenden FinanzKommission (FK) Gesundheit.

3 So verdienstvoll sich das von Janßen verfolgte Anliegen einer systemischen Fundierung sozial-/gesundheitspolitischen Handelns damit auch grundsätzlich darstellt, so wenig vermag seine Systemlogik-Architektur in Anlage wie Begründung zu überzeugen.

Schon seine Prämisse für alle anschließenden Überlegungen, die vier Grundprinzipien des Gesundheitssystems seien erst „im Lauf der Zeit vermischt worden", sie hätten historisch als „recht eigenständige Logiken" zunächst also Bestand gehabt, hält einer näheren Prüfung kaum Stand. Die Ursprünge der steuerfinanzierten öffentlichen Fürsorge, der heutigen Sozialhilfe (Bundessozialhilfegesetz 1961 bzw. das SGB XII 2003) reichen in ihrem Ursprung bis weit in die vorindustrielle Zeit zurück. Sie wird nach wie vor charakterisiert vor allem durch individuelle Bedürftigkeitsprüfung zum (mittlerweile demokratisch legitimierten) jeweiligen persönlichen Mindestbedarf. Die Entstehung der Sozialversicherung (zuerst Gesetz betr. Krankenversicherung der Arbeiter 1883) ist ein originäres Produkt der Industrialisierung: Gesetzlicher Versicherungszwang für Arbeiter und sukzessive weitere Personengruppen (heute weitgehend alle – potenziell – Erwerbstätigen), Rechtsanspruch auf Leistungen bei Eintritt des Versicherungsfalls, überwiegende Beitragsfinanzierung. Die zusätzliche Finanzierung aus Steuermitteln bildet insbesondere in der gesetzlichen Rentenversicherung (GRV) von Anfang an (1889) ein wesentliches Instrument (zunächst ein Drittel der Gesamtausgaben, später weniger, mittlerweile wieder mehr). In die GKV fließen Steuermittel als Bundeszuschuss seit 2004.

Die von Janßen angeführte dritte Komponente, das Prinzip der Daseinsvorsorge durch Gebietskörperschaften durch die Erbringung zentraler (Versorgungs-)Dienstleistungen im öffentlichen Interesse, etwa die (Ab-)Wasser- und Energieversorgung oder (in der Bundesrepublik zeitweise höchst umstritten) die Bereitstellung stationärer Krankenhausinfrastruktur, steht zu den erstgenannten personenbezogenen Komponenten schon wegen eines völlig unspezifischen Adressatenkreises Gesamtbevölkerung (Bedürftige wie Nicht bedürftige, Sozialversicherte wie NichtSozialversicherte, Unternehmende wie Gewerbetreibende) völlig quer.

Die Begrifflichkeit („Daseinsvorsorge") selbst taucht auch in ganz anderem Kontext erstmals auf durch den konservativen Verwaltungs- und (in der frühen Bundesrepublik) Staatsrechtler Ernst Forsthoff im Jahr 1938 (!), der im Rahmen der Kennzeichnung

Zitationshinweis

Hermann, C.: „Eine neue (alte) Sozialstaatslogik?“, „Monitor Versorgungsforschung“ (05/26), S. 42–43. http://doi.org/10.24945/MVF.05.26.1866-0533.2866

öffentlicher Verwaltungstätigkeit die Leistungsverwaltung beschrieb als gegenüber der klassischen Eingriffsverwaltung (Gewerbekontrolle, Seuchenbekämpfung, Polizei) abzugrenzende Staatstätigkeit. Mittlerweile werden unter Daseinsvorsorge alle zur Befriedigung der Grundbedürfnisse erforderlichen Leistungen der öffentlichen Verwaltung verstanden, regulatorisch teilweise EU-gesteuert (Energie, Kommunikation).

Das vierte Architekturelement Janßens – der Markt – soll ihm zufolge der Logik der äquivalenzbasierten Risikoabsicherung Einzelner im Wettbewerb folgen. Die prinzipielle Abgrenzung innerhalb seiner Logikenarchitektur erfolgt dabei entgegen der Darstellung nicht durch „definierte Schnittstellen zu [allen] anderen Logiken“ (8), sondern einzig anhand der Schnittstelle PKV/GKV. Im Sozialstaat der Bundesrepublik können freilich nur Leistungen, die aufgrund letztlich demokratisch legitimierter Parlamentsentscheidung nicht durch die Solidargemeinschaft GKV kollektiv abgesichert sind, der Marktlogik unterliegen – aber auch nur dann.

4 Die „klaren Schnittstellen“ zur PKV, die Janßen erst für sein Modell einfordert, kennt indessen das geltende Recht durchaus in Form regulatorischer Kriterien, namentlich über die normative Definition des GKV-Versichertenkreises (vgl. §§ 5ff. SGB V). Diese Abgrenzung mag mittlerweile komplex sein; sie spiegelt damit aber vor allem auch die hochentwickelte Vielfalt sozialer und gesellschaftlicher Heterogenität im Deutschland der Berliner Republik wider. Janßen scheint an dieser Stelle eine gänzlich andere, systemisch neue Schnittstellendefinition über die Leistungsseite der Krankenversicherung zu verfolgen, nämlich die einer PKV, die „ihre Schnittstelle so definiert, dass es eine Basisversicherung für alle“ in der GKV gibt „und darüber hinausgehende, freiwillige Mehrleistungen, die über den freien Markt bedient werden“ (8). Das ist freilich genau das Gegenteil von „Rückbesinnung“.

Die Vermutung, dass Janßen mit seiner neuen Logik das Sozialstaatsmodell der Bundesrepublik in Eckpfeilern grundlegend verändern möchte, wird dadurch erhärtet, dass seine Prinzipien einer kohärenten Sozialstaatsarchitektur allein das Fürsorge- und das Versicherungsprinzip kennen, nicht aber das Versorgungsprinzip als weiteres veritables Element moderner Sozialstaatsverfassung.

Den toxischen Vermischungen systemischer Prinzipien, die Janßen zum Dreh- und Angelpunkt seiner Analyse macht, entgeht er insofern deshalb selbst nicht, als er durchgängig Leistungen nach dem Versorgungsprinzip (Kindergeld, Ausbildungsförderung, Entschädigungsleistungen), die im Gegensatz zu Fürsorgeleistungen gerade nicht von einer Bedürftigkeitsprüfung zur Sicherung des individuellen Existenzminimums abhängen, sondern aufgrund typisierender Regularien lediglich einer Bedarfsermittlung unterfallen, fälschlicherweise ebenfalls dem Fürsorgeprinzip zuordnet.

Hier wird besonders deutlich, dass Janßens vier Prinzipien einer „kohärenten Architektur des Sozialstaats“ zwar als Theoriegebäude intellektuell durchaus Interesse wecken können, die Komplexität des Sozialstaats und der Interdependenzen innerhalb seiner über Jahrzehnte gewachsenen Strukturen aber nicht adäquat erfassen.

Deshalb sind auch seine „exemplarischen Anwendungsfälle“ allenfalls vordergründig überzeugend. Schon der von ihm als „klarstem Vermischungstyp“ bezeichnete Fall – der als mangelhaft gebrandmarkte Umfang der Finanzierung der KV-Beiträge für die derzeit rd. 3,9 Millionen erwerbsfähigen Grundsicherungsbeziehenden (bis 30.06.2026 Bürgergeldbeziehende) aus Steuermitteln – dürfte zumindest verfassungsrechtlich gar nicht so eindeutig sein. Insbesondere vor dem Hintergrund des für die GKV ebenso wie für die Sozialversicherung insgesamt konstitutiven Solidarprinzips – das bei Janßen systematisch ausgespart bleibt – darf es als durchaus offen gelten, ob überhaupt und gegebenenfalls inwieweit bei der sozialen Absicherung gegen Krankheit der Menschen im Grundsicherungsbezug diese tatsächlich als eine (ausschließlich) sogenannte versicherungsfremde Leistung definiert werden kann, deren Finanzierung aus Steuermitteln – da Fürsorgeleistung – deshalb zwingend „kostendeckend“ zu erfolgen habe. Auch wenn sich Janßen bei seiner Einordnung nicht nur mit dem Mainstream in Wissenschaft (s. nur FK Gesundheit) oder Selbstverwaltung (der GKV-Spitzenverband hat mittlerweile für Krankenkassen entsprechend den Klageweg beschritten) einig wissen darf, fehlt schon sowohl ordnungspolitisch als auch normativ Klarheit darüber, was eigentlich sozialversicherungseigen oder -fremd ist und ob – wie hier – pflichtversicherte Mitglieder der GKV tatsächlich vom Gesetzgeber mit entsprechenden Folgen für deren Finanzierung „fälschlicherweise“ dort verortet sind. Zudem leistet der Bund „zur pauschalen Abgeltung“ von GKV-Aufwendungen für (freilich nicht näher definierte) „versicherungsfremde Leistungen“ jährlich seit mehr als zwei Jahrzehnten namhafte Milliardenbeträge (§ 221 SGB V). Dass die Belastung mit den finanziellen Folgen des sozialen Ausgleichs in der Sozialversicherung jedenfalls keine versicherungsfremde Leistung darstellt, hat das Bundesverfassungsgericht schon in seiner RSA-Entscheidung vor gut 20 Jahren klargestellt.

5 Hier wie insgesamt unterschätzt Janßen massiv die enorme Pfadabhängigkeit der deutschen Sozialstaatsentwicklung. Seine „Rückbesinnung“ auf eine Vier-Logiken-Trennung kann es in dieser Form schon deshalb nicht geben, da diese – entgegen der Ausgangsthese – stringent nie bestand (s. Beispiele Bundeszuschuss, Solidarprinzip).

Und selbst wenn das politisch völlig unrealistische Szenario der sozialstaatlichen Architekturklärung im Sinne Janßens als Generationenprojekt 2050 ff. doch eintreten sollte, warum sollten damit die eingangs aufgeworfenen systemischen GKV-Kardinalprobleme alternde Gesellschaft, Fachkräftemangel oder Finanzierung des medizinischen Fortschritts tatsächlich substanziell gelöst sein? <<

Einige grundlegende Literatur

1. Frerich J/Frey M 1993: Handbuch der Geschichte der Sozialpolitik in Deutschland, 3 Bde., München
2. Hermann C 2020: Narrativ im Kaffeesatz. Oder das GKV-System auf der Rutschbahn des exekutiven Dirigismus, Observer Gesundheit – Politische Analysen, 17.09.2020, https://www.observer-gesundheit.de/narrativ-im-kaffeesatz-oder-das-gkv-system-2020-auf-der-rutschbahn-des-exekutiven-dirigismus
3. Hermann C 2025: Von Kontinuitäten, Scheinwelten und exekutivem Crash. Zur gesundheits- und pflegepolitischen Bilanz der Ampelkoalition, Observer Gesundheit – Politische Analysen, 07.02.2025, https://www.observer-gesundheit.de/von-kontinuitaeten-scheinwelten-und-exekutivem-crash
4. Kingreen T 2026: Der Schutz der sozialen Selbstverwaltung vor der unzureichend kompensierten Übertragung sozialversicherungsfremder Leistungen, Neue Zeitschrift für Sozialrecht 1, 1-10
5. Ruland F/Becker U/Axer P (Hg.) 2022: Sozialrechtshandbuch SRH, 7. Aufl., Baden-Baden mit instruktiven Beiträgen von Hänlein, Papier, Wallrabenstein u. a. zur Geschichte des Sozialrechts, dem Einfluss des Verfassungsrechts, zu allen Sozialversicherungszweigen, wesentlichen Sozialleistungen

Alle Titel mit vielen Weiterverweisen

Zitationshinweis

Klemm, A.-K.: „Sozialstaats-Matrix: Neustart der Gesundheitsversorgung“, „Monitor Versorgungsforschung“ (05/26), S. 44. http://doi.org/10.24945/MVF.05.26.1866-0533.2880



Anne-Kathrin Klemm
Vorständin des BKK Dachverbandes e. V. (BKK DV)

ORCID 0009-0000-7934-8525

Sozialstaats-Matrix: Neustart der Gesundheitsversorgung

>> Es könnte so einfach sein, wenn es im echten Leben nicht so schwierig wäre: Ein jeder Akteur finanziert und macht das, wofür er – überwiegend sogar qua Gesetz – verantwortlich ist und arbeitet an den Schnittstellen mit den anderen so zusammen, dass keine Brüche entstehen.

Übersetzt heißt das: Der Staat übernimmt auf Bundes- und Länderebene die Verantwortung,

- seine Bevölkerung gesund zu erhalten und hierfür Ziele zu setzen. Alle staatlichen Organisationen, egal ob im Bereich Verkehr, Bau, Bildung, Recht, Wirtschaft und Finanzen und natürlich auch Gesundheit, teilen dieses übergeordnete Ziel und beachten dieses bei der Umsetzung ihrer jeweiligen Ressortzuständigkeiten. Health in all Policies würde die Wirtschaft durch weniger Fehltage und das Gesundheitswesen durch weniger Krankheitsreparatur entlasten,
- für ausreichende Finanzierung und strukturelle Ausstattung der Bereiche der Daseinsvorsorge und Fürsorge, statt dies auf die Beitragssatzzahlenden der GKV und andere abzuwälzen
- nur den ordnungspolitischen Rahmen für die Gesundheitsversorgung in der Kranken- und Pflegeversicherung zu setzen, der dann in den gesetzlichen Versicherungssystemen von der gemeinsamen und sozialen Selbstverwaltung ausgestaltet wird
- aufzuhören, immer kleinteiliger in den diversen Sozialgesetzbüchern vorzuschreiben, was nun wirklich zu tun ist – mit Regelungen, die sich immer mehr widersprechen und keinem stringenten Versorgungsziel folgen.

Die GKV übernimmt entsprechend dieser Ziele sowohl die Organisation der kollektiven als auch wettbewerblichen Gestaltung der Versorgung – und erhält hierfür zusammen mit den Leistungserbringenden mehr gestalterische Freiheit und gleichzeitig Verantwortung. Sämtliche weiteren Sozialversicherungsträger arbeiten eng, vernetzt und digital zusammen, damit der Bürger bzw. Versicherte Versorgungs- und Leistungsansprüche unbürokratisch und rasch erhält. Ein Hin- und Herschieben der Zuständigkeit ist nicht notwendig, denn die Regelungen sind klar und werden gelebt.

All dies ist als Zielbild oft und seit vielen Jahren besungen. Die Analyse von Prof. Janßen, dass aber seit vielen Jahren genau das Gegenteil geschieht, passt also. Seine Matrix strukturiert den Sachverhalt und macht ihn transparent. Und völlig richtig: Solange die jeweiligen Zuständigkeiten so ungeniert miteinander vermischt und verantwortungslos verschoben werden, so lange kann an den einzelnen Systemen gefrickelt und gewerkelt werden – es wird nicht besser werden.

Prekär ist: Die multiplen Herausforderungen durch eine sich verändernde Weltordnung, Naturkatastrophen, digitale Revolutionen beschleunigen derzeit, dass diejenigen, die ihrer Verantwortung nicht gerecht werden, genau diejenigen sind, die am lautesten „Haltet den Dieb“ rufen. Zu vertraut ist der Mechanismus, einfach immer weniger Geld aus dem eigenen Budget, dafür aber mehr Geld der Beitragszahlenden ins Reparatursystem zu stecken, damit kurzfristig die fordernden Akteure zu befrieden und notwendige Strukturreformen zu vermeiden. Zu ungewohnt und angstbehaftet ist der Weg, innezuhalten, neu aufzusetzen, dies gut zu erklären und damit die Zukunft der Versorgung und ihre Finanzierbarkeit zu sichern.

Genau vor diesem Hintergrund haben die Betriebskrankenkassen im Jahr 2024 die Kampagne gestartet „Was fehlt, zahlst du!“, um auf die seit Jahren vorgenommene Entlastung des Staatshaushaltes bezüglich der versicherungsfremden Leistungen vor allem bei den Bürgergeldbeziehenden auf Kosten der GKV-Versicherten hinzuweisen. Dies kulminiert nun in der Klage der Krankenkassen gegen diesen Tatbestand. Dass der nun jüngst mit dem Beitragssatzstabilisierungsgesetz verabschiedete erste kleine Einstieg in die höhere Finanzierung der Bürgergeldbeziehenden vom Finanzminister ursprünglich mit einer deutlich höheren Reduktion des Bundeszuschusses gegenfinanziert werden sollte, zeigt, wie sehr in politischen Köpfen der vermeintlich nie enden wollende Topf der Beitragsgelder der GKV als schröpfbare Staatskasse verankert ist.

Unsere #rebootGKV-Kampagne aus dem Jahr 2025 adressiert ebenfalls den von Prof. Janßen zu Recht geforderten Neustart. Für die Wirtschaft und auch finanziell für die Gesellschaft können wir es uns nicht länger leisten, dass Versorgung in Deutschland im internationalen Vergleich allenfalls Mittelmaß ist. Und obwohl wir 40 Mio. Euro in der Stunde in der GKV ausgeben, sind wir im europäischen Vergleich des Outcomes und der gesunden Lebensjahre der Bürger im Mittelfeld. Es brodelt in der Pflege, bei den Themen Prävention, Nachhaltigkeit und Digitalisierung, wo das deutsche Gesundheitswesen weit hinter seinen Möglichkeiten zurückbleibt. Deshalb haben die Betriebskrankenkassen für diese Legislaturperiode das Credo ausgegeben: Neu machen, anders machen, besser machen!

Einen ersten wichtigen und richtigen Schritt hat die gerade ins Bundeskanzleramt gewechselte Nina Warken geschafft: Sie hat zwar nicht alle, aber viele der wissenschaftlich erarbeiteten und damit fundierten Vorschläge in Gesetz übersetzt. Damit hat sie zumindest die finanzielle Grundlage geschaffen, dass statt ungebremster Ausgabendynamik die Beitragssätze so stabilisiert werden können, um nun die notwendigen Strukturreformen anzugehen. Dass sie dafür nochmals den Ländern entgegenkommen musste, die, siehe oben, vom Bund fordern, sich selbst aber bei mehr Finanzierung sehr zurückhalten, war offensichtlich eine zu schluckende Kröte.

Wichtig ist, dass der neue Gesundheitsminister die angestoßenen Strukturreformen in der Primärversorgung, Digitalisierung und Pflege nun weiter wissenschaftlich gestützt fortsetzt. Prof. Janßen fordert zu Recht „weniger Glaube, mehr Wissen“ zu nutzen.

Es wird oft gefragt: Und wie kommen wir nun ins Tun, wie schaffen wir es nach Jahrzehnten des Defizit-Beschreibens, endlich ins Handeln zu kommen? Durch Menschen, die es tun und vortun. Solange dies mit Wissen und wenig Bauch, klarer Haltung im Sinne eines übergeordneten Ziels geschieht, könnte dies sogar zum positiven Dominoeffekt führen. Sollte also die Sozialstaats-Matrix in einigen Jahren eine gelebte Systemlogik für unser Gesundheitssystem sein, hätten wir schon viel erreicht. <<

WIR SIND DIE MEDIZINISCHER-FORTSCHRITT-VERSICHERUNG.

Die PKV fördert innovative Behandlungsmethoden,
neue Medikamente und digitale Gesundheitslösungen.
Das verbessert die medizinische Versorgung für alle.



Mehr Informationen unter:
www.pkv.de/besser-für-alle

PKV
Verband der Privaten
Krankenversicherung

Die modernsten Gesundheitssysteme scheitern bisher an der Prävention chronischer Krankheiten

Wer zu spät handelt, bezahlt mit Leid und Leben

Mit der Veröffentlichung des Whitepapers „Acting Early on Non-Communicable Diseases: A Framework for Health System Transformation"(1) im Januar 2026 legt das Weltwirtschaftsforum (WEF) in Zusammenarbeit mit der Partnership for Health System Sustainability and Resilience (PHSSR) eine schonungslose Diagnose (2) vor. Die Analyse folgt einem an der London School of Economics and Political Science (LSE) entwickelten Untersuchungsrahmen; das PHSSR-Steuerungsgremium wird von Alistair McGuire mitgeleitet, Professor für Gesundheitsökonomie und Vorsitzender von LSE Health. Untersucht wurden acht hochentwickelte Gesundheitssysteme – Kanada, Frankreich, Deutschland, Griechenland, Italien, Japan, Polen und Spanien. Das Ergebnis legt eine tiefe Kluft zwischen medizinischem Wissen und politischem Handeln offen und entlarvt fast nebenbei ein Paradoxon der modernsten Gesundheitssysteme der Welt: Die Menschen leben zwar immer länger, verbringen die gewonnenen Jahre aber zunehmend im Griff chronischer Krankheiten. Die Hauptlast tragen nicht-übertragbare Krankheiten (Non-Communicable Diseases, NCDs) wie Krebs, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Diabetes, chronische Nierenerkrankungen und chronische Atemwegserkrankungen.

>> Trotz umfangreicher Evidenz dafür, dass frühzeitige Interventionen die gesundheitlichen Ergebnisse verbessern, Kosten senken und die Umweltbelastung mindern, verharren selbst die am besten ausgestatteten Systeme in einer reaktiven Reparaturmedizin. Shyam Bishen, Leiter des Centre for Health and Healthcare und Mitglied des Executive Committee des Weltwirtschaftsforums, warnt eindringlich davor, dass NCDs ohne tiefgreifende Reformen die Gesundheitssysteme überfordern, das Humankapital erodieren und wertvolle Ressourcen binden werden. Die Studie beziffert den weltweiten Anstieg: 2021 waren NCDs für schätzungsweise 43,8 Millionen Todesfälle verantwortlich, rund 75% aller Sterbefälle außerhalb von Pandemien. Angesichts dieser Zahlen warnt auch der UN-Generalsekretär in seinem Fortschrittsbericht 2025, dass das Nachhaltigkeitsziel SDG 3.4 – eine Reduzierung der vorzeitigen NCD-Mortalität um ein Drittel bis 2030 – ohne radikale Kurskorrekturen verfehlt wird. Bishen und McGuire schreiben im Vorwort der Studie: „Nicht-übertragbare Krankheiten gefährden bereits die Nachhaltigkeit und Resilienz der Gesundheitssysteme, und das Zeitfenster für korrigierende Maßnahmen schließt sich." Im Whitepaper selbst heißt es: „Die Gesundheitssysteme von einer reaktiven zu einer präventiven Versorgung umzugestalten, ist eine der kritischsten Herausforderungen – und Chancen – des Gesundheitswesens."

Die Ergebnisse zeigen, dass die Fortschritte bei der Prävention begrenzt bleiben. Zwar haben alle acht Länder ihre altersstandardisierte NCD-Mortalität gesenkt, doch das Tempo hat sich dramatisch verlangsamt: Der durchschnittliche jährliche Rückgang der Sterblichkeitsrate fiel von 1,78% in den Jahren 2000 bis 2010 auf 0,98% im Zeitraum 2010 bis 2021 – eine Verlangsamung um 45%, die selbst die leistungsstärksten Nationen erfasst. Während altersbereinigte Raten sinken, steigt die absolute Krankheitslast (gemessen in Disability-Adjusted Life Years, DALYs) aufgrund der alternden Bevölkerung in allen Ländern an. Mehr Menschen erreichen ein Alter, in dem sich lebenslange Risikofaktoren in chronischen Krankheiten manifestieren.

Indikation Diabetes

Alarmierend ist die Entwicklung bei Diabetes mellitus. Zwischen 2011 und 2021 stiegen die unbereinigten Diabetes-DALYs in allen betrachteten Ländern, in mehreren um mehr als 30%: Kanada +35,1%, Polen +34,5%, Griechenland +32,6%; es folgen Japan mit +27,4% und Deutschland mit +26,9%, danach Spanien (+15,7%), Frankreich (+12,1%) und Italien (+6,7%).

Auch altersbereinigt zeigt sich ein beachtlicher Anstieg: In sieben der acht Länder ist trotz medizinischen Fortschritts ein realer Anstieg zu verzeichnen – mit Deutschland an der Spitze dieser Entwicklung (+22,5%), gefolgt von Kanada (+21,3%), Griechenland (+18,6%), Polen (+16,2%), Japan (+14,8%), Spanien (+3,1%) und Frankreich (+2,4%). Italien ist das einzige Land mit einem Rückgang (–4,7%). Die hier sichtbare Systemschwäche zeigt sich auch an den diabetesbedingten Amputationsraten, die von 2,5 pro 100.000 Einwohner in Italien bis zu 8,5 in Deutschland reichen.

Indikation CKD

Bei der chronischen Nierenerkrankung (CKD), die direkt mit Diabetes und Bluthochdruck verknüpft ist, herrscht ein eklatantes Diagnosedefizit. In Frankreich bleiben 95,5% der CKD-Fälle im Stadium 3 unerkannt. Die Folge: 25% der Patienten beginnen ihre Hämodialyse unter Notfallbedingungen – ein Zustand, der durch einfache und kostengünstige Tests in der Primärversorgung (Urinuntersuchung, eGFR-Bestimmung) weitgehend vermeidbar wäre. Griechenland verzeichnete zwischen 2011 und 2021 einen unbereinigten Anstieg der CKD-DALYs um 134%, was die Berichtsautoren – für Griechenland verantwortlich zeichnet Kostas Athanasakis, Professor für Gesundheitsökonomie an der University of West Attica – überwiegend auf eine verbesserte Erfassung und nicht auf eine tatsächliche Verschlechterung zurückführen.

Indikation Krebs

Krebs ist inzwischen in sechs der acht Länder der größte Treiber von DALYs und hat damit die Herz-Kreislauf-Erkrankungen überholt. Hier entscheidet der Zeitpunkt der Diagnose über Leben und Tod: In Kanada liegt die Fünf-Jahres-Überlebensrate bei Brustkrebs bei über 89%, bei Lungenkrebs dagegen bei 22%. Der Grund ist das Diagnosestadium – Brustkrebs wird meist im Stadium 1 erkannt,

Lungenkrebs überwiegend erst im Stadium 4.

Konkrete Fünf-Jahres-Überlebensraten weisen die Berichte für zwei Länder aus. Für Kanada zusätzlich zu den genannten Werten: Prostatakrebs 91%, Gebärmutterkörperkrebs 82%, Blasenkrebs 77%. Für Spanien: Prostatakrebs 89,8%, Brustkrebs 85,5%; die Lungenkrebs-Überlebensrate ist stark geschlechtsspezifisch geprägt und spiegelt historische Rauchmuster wider – 17,6% bei Frauen, 12,7% bei Männern. Für die übrigen sechs Länder (Deutschland, Frankreich, Italien, Japan, Griechenland und Polen) enthalten die Berichte umfassende Daten zur Krankheitslast und zu Früherkennungsraten, jedoch keine spezifischen Prozentangaben zu den Fünf-Jahres-Überlebensraten.

Indikation COPD und Asthma

Chronische Atemwegserkrankungen wie die chronisch obstruktive Lungenerkrankung (COPD) und Asthma offenbaren tiefe Risse in der ambulanten Versorgung. Da viele Exazerbationen durch eine konsequente, frühzeitige ambulante Therapie vermeidbar wären, gelten die entsprechenden Krankenhauseinweisungsraten als sensibler Indikator für die Leistungsfähigkeit der Primärversorgung. Das Gefälle ist extrem: Italien senkte seine Einweisungsrate zwischen 2011 und 2021 von 109 auf 23 Fälle pro 100.000 Einwohner – ein Rückgang um rund 79%. Deutschland verzeichnet dagegen mit 193 Aufnahmen pro 100.000 Einwohner die höchste ausgewiesene Rate im Ländervergleich, deutlich über dem OECD-Schnitt von 129. Zum Vergleich: Polen senkte seine Rate von 281 auf 83 Fälle.

Hinter diesen ungleichen Hospitalisierungsraten steht ein massives Defizit bei der Früherkennung: Internationale Studien schätzen, dass zwei Drittel der Menschen mit einer Atemwegsobstruktion keine Diagnose haben und damit unbehandelt bleiben. Die länderspezifischen Herangehensweisen verschärfen das Problem. Nur Polen betreibt ein organisiertes, an den GOLD-Leitlinien ausgerichtetes COPD-Screening mittels Spirometrie, wenngleich die Reichweite begrenzt ist. Frankreich beschränkt seine Untersuchungen auf beruflich oder umweltbedingt exponierte Hochrisikogruppen und übersieht dabei weite Teile der rauchenden Bevölkerung; die übrigen sechs Länder – darunter Deutschland – haben keinerlei systematische Früherkennung etabliert.

„Umsetzungs- statt Wissenslücke“

Ein detaillierter Blick auf die sozialen und ökologischen Determinanten untermauert die These von der Umsetzungs- statt Wissenslücke. Modifizierbare Risikofaktoren wie Tabakkonsum, unausgewogene Ernährung, Bewegungsmangel und Adipositas sind keineswegs gleichmäßig verteilt, sondern clustern systematisch entlang sozioökonomischer Benachteiligungslinien. Am Beispiel Deutschlands zeigt sich das überdeutlich: Die Raucherquoten in bildungsfernen Gruppen sind doppelt so hoch wie in bildungsnahen Schichten. Adipositas betrifft in einigen Bevölkerungsgruppen mehr als ein Viertel der Menschen, wobei Fabrikarbeiter eine um 50% höhere Rate aufweisen als Führungskräfte. Physische Inaktivität bleibt ein Massenphänomen, obwohl feststeht, dass bereits moderate körperliche Aktivität das NCD-Risiko signifikant senkt.

Dass sich gesundheitliche und soziale Ungleichheiten nach dem Eintritt einer chronischen Erkrankung nicht nivellieren, sondern verfestigen, zieht sich durch alle untersuchten Staaten. Für Frankreich sind die Daten besonders plastisch: 13 Jahre Unterschied in der Lebenserwartung zwischen den reichsten und den ärmsten 5% der Männer, acht Jahre bei den Frauen. Die Disparität, die sich seit der Industriellen Revolution eigentlich verringert hatte, driftet wieder auseinander – eine Entwicklung, die die französischen Berichtsautoren um Zeynep Or, Forschungsdirektorin am Institut de recherche et documentation en économie de la santé (IRDES), mit bewegungsarmen Lebensstilen und dem ungleichen Einfluss kommerzieller Gesundheitsdeterminanten verknüpfen. Sobald eine chronische Diagnose gestellt ist, wächst die Lebenserwartungsdifferenz zwischen dem reichsten und dem ärmsten Einkommensdezil von vier auf sechs Jahre.

Fakten zur soziodemografischen Realität in Deutschland:

- Das Erkrankungsrisiko vor der Diagnose: Das niedrigste Einkommensquintil – die ärmsten 20% der Bevölkerung – hat in Deutschland eine 1,6-mal höhere Wahrscheinlichkeit, eine chronische Krankheit zu entwickeln, als das höchste Einkommensquintil.
- Die Ballung von Risikofaktoren: Tabakkonsum und ungesunde Ernährung sind systematisch entlang von Bildungslinien konzentriert; die Raucherquote in Gruppen mit niedrigem Bildungsniveau ist doppelt so hoch wie in Gruppen mit hohem. Über Jahrzehnte entsteht daraus eine kumulative Belastung, die sich im Alter klinisch manifestiert.
- Die demografische Quittung bei Frauen: In Deutschland ist ein signifikanter Anstieg der COPD-Todesfälle speziell bei Frauen zu verzeichnen – eine Spätfolge des historischen Rauchverhaltens, die maßgeblich dazu beiträgt, dass sich der Zuwachs der allgemeinen Lebenserwartung spürbar verlangsamt.

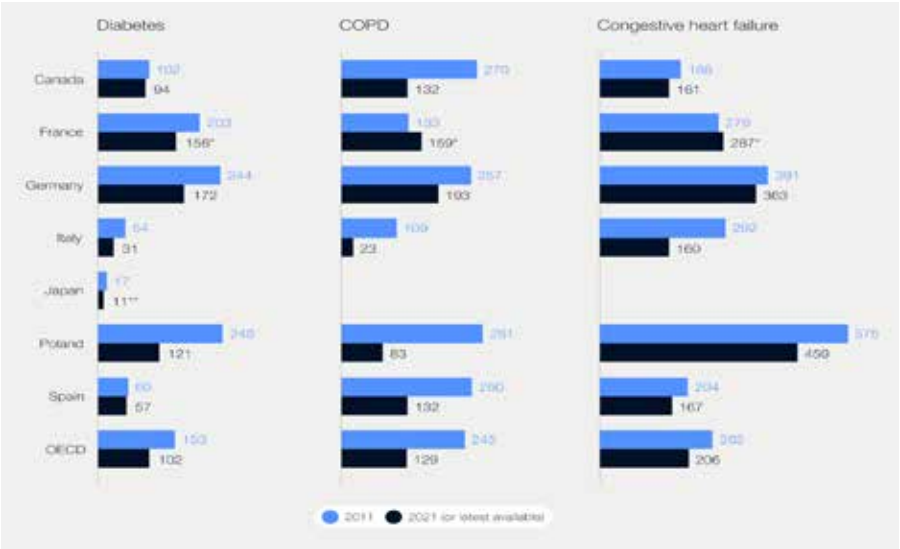


Abb. 1: Krankenhauseinweisungen wegen Herzinsuffizienz, Diabetes und COPD (Erwachsene pro 100.000). Quelle: eigene Darstellung. Adaptiert aus: Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD). (2023). Health at a glance 2023: OECD indicators. OECD Publishing, Paris. Quelle: „Acting Early on Non-Communicable Diseases: A Framework for Health System Transformation“

Zudem verschärfen geografische Benachteiligungen die Ungleichheit in allen untersuchten Staaten, unabhängig vom Systemmodell. Ländliche Populationen sind mit langen Anfahrtswegen konfrontiert, leiden unter Spezialistenmangel und tragen erhebliche Reisekosten – Herausforderungen, die insbesondere in den entlegenen Regionen Kanadas oder auf den weit verstreuten Inseln Griechenlands extreme Ausmaße annehmen. Auffällig ist, dass die Varianz bei Screening-Abdeckung und Spezialistenzugang innerhalb einzelner Länder die Unterschiede zwischen den Ländern oft übertrifft.

Für Deutschland enthalten die Berichte keine regional aufgeschlüsselten Screening-Quoten, wie sie etwa für Italien (14-fache regionale Varianz beim Darmkrebs-Screening) vorliegen. Sehr genau dokumentiert sind dagegen die strukturellen Disparitäten:

- **Landarztquote in 11 von 16 Bundesländern:** Um dem Mangel an Hausärzten auf dem Land entgegenzuwirken, haben 11 der 16 Bundesländer eine gesetzliche „Landarztquote" eingeführt. Medizinstudierende erhalten bevorzugt einen Studienplatz, wenn sie sich vertraglich verpflichten, nach der Facharztausbildung mindestens zehn Jahre hausärztlich in einer unterversorgten ländlichen Region zu praktizieren.
- **Rückgang bei den Hausärzt:innen:** Der Anteil der Allgemeinmediziner an allen ambulant tätigen Ärzten sank von 37,6% im Jahr 2014 auf 35,9% im Jahr 2024. Das verschärft die ländliche Unterversorgung, da ältere Landärzte ohne Nachfolger in den Ruhestand gehen.
- **Regionale Schwankungen bei der Facharztgarantie:** Deutschland garantiert über die Terminservicestellen einen Facharzttermin innerhalb von vier Wochen. Die Autor:innen betonen jedoch, dass die tatsächlichen Wartezeiten je nach Region und Fachrichtung stark schwanken und die Garantie nur das Erstgespräch abdeckt, nicht die zeitkritische Folgediagnostik.
- **Nationale Vorsorgequote von nur 24%:** Lediglich 24% der berechtigten Erwachsenen nehmen jährlich an den vollständig von den Krankenkassen finanzierten Check-ups zur Herz-Kreislauf-Vorsorge teil.
- **Föderale Fragmentierung:** Die starke Autonomie der Bundesländer und die dezentrale strategische Planung erschweren laut Studie national einheitliche Präventions- und Versorgungsstandards.

Das Problem der Fehlallokation

Hinter vielen dieser Zahlen steht Probleme bei der Verteilung von Personal und Infrastruktur, gekennzeichnet durch einen sich verschärfenden Mangel an Allgemeinmedizinern und schwache Primärversorgungsstrukturen. Die Attraktivität der Allgemeinmedizin und präventiver Fachrichtungen sinkt, während die medizinische Ausbildung an der Fokussierung auf die hochspezialisierte Akutmedizin festhält. Absolventen werden auf Spitzenmedizin vorbereitet, obwohl der Alltag vieler Ärztinnen und Ärzte in der jahrzehntelangen Begleitung multimorbider Patienten liegen wird.

Besonders drastisch zeigt sich die Schieflage in Griechenland: Das Land verfügt über die höchste Ärztedichte in der EU, weist aber gleichzeitig die geringste Pflegedichte auf. Nur 6% der griechischen Mediziner arbeiten in der Allgemeinmedizin, verglichen mit einem EU-Schnitt von 21%. Die Folge ist ein System ohne effektive Lotsenfunktion: Patienten umgehen die Primärversorgung und beanspruchen mit Routinebeschwerden die teure Spezialversorgung. Polen hat die Studienplätze in der Medizin um 92,3% aufgestockt, leidet aber unter einer alternden Ärzteschaft und extremer geografischer Ungleichheit: Die Spezialisten konzentrieren sich in Warschau, Krakau und Danzig, während ländliche Woiwodschaften nicht einmal die Hälfte der Spezialistendichte erreichen.

Auch Deutschland kämpft mit hausärztlichen Nachwuchsproblemen und versucht, durch die Ausweitung von Aufgaben für medizinische Fachangestellte (Task-Shifting) Lasten neu zu verteilen – so die Analysen von Miriam Blümel von der Technischen Universität Berlin. Doch solange die Einzelleistungsvergütung (Fee-for-Service) falsche Anreize setzt, wird die notwendige stärkere Koordination erschwert: Vergütet wird das Durchschleusen von Patienten, nicht das zeitintensive Koordinieren chronisch Kranker. Die durchschnittliche Konsultationszeit in einer deutschen Hausarztpraxis liegt bei acht Minuten – zu wenig für umfassende Aufklärung, strukturierte Prävention und Beziehungsarbeit mit multimorbiden Patienten.

Wartezeiten und Barrieren

Die Übergänge von der Primärversorgung zum Spezialisten sind wichtige Versorgungslücken im Patientenpfad. Während Spanien den Hausarzt als Gatekeeper etabliert hat und Deutschland Facharzttermine innerhalb von vier Wochen zusagt – bei regional und fachrichtungsabhängig stark schwankender Einhaltung –, operiert Japan gänzlich ohne standardisierte Überweisungskriterien. Dort entscheidet das Urteil des einzelnen Arztes über den weiteren Pfad, was die Ergebnisse intransparent und variabel macht. Geografische Hürden verschärfen die Ungleichheit: In den Weiten Kanadas oder auf den Inseln Griechenlands müssen Patienten Schiffs- oder Flugreisen auf sich nehmen, um spezialisierte NCD-Versorgung zu erreichen.

Ein zentrales Problem ist, dass laut Ansicht der Studienautor:innen die untersuchten Gesundheitssysteme unter einer „zeitlichen Asynchronität" („Temporal Misalignment") leiden. Präventionsinvestitionen erfordern sofortige Ausgaben, während ihre Früchte erst nach Jahrzehnten reifen – weit außerhalb legislativer Zyklen und jährlicher Budgetdebatten. Politische Entscheidungsträger scheuen das Risiko, da Einsparungen meist nachfolgenden Regierungen zugutekommen. In keinem der untersuchten Länder fließen mehr als 5% der Gesundheitsausgaben in die Prävention; Griechenland hat seinen Anteil immerhin von 1,3% (2019) auf 4,5% (2022) gesteigert – allerdings maßgeblich mit befristeten EU-Strukturmitteln.

Gleichzeitig nimmt die Multimorbidität zu. Die medizinische Realität ist längst von Patienten geprägt, die gleichzeitig an Diabetes, Nierenschwäche und Herzinsuffizienz leiden. Dennoch legt kein einziges der untersuchten Länder umfassende klinische Leitlinien für das Management von Multimorbidität vor. Mediziner treffen komplexe Entscheidungen ohne fundierte Orientierung und fallen auf das isolierte Behandeln von Einzelerkrankungen zurück, was das Risiko schädlicher Wechselwirkungen und gefährlicher Polypharmazie erhöht.

Hinzu kommt eine wachsende soziale Ungerechtigkeit, die sich in finanzieller Härte manifestiert. Trotz nominell universeller Absicherung treiben NCDs Patienten in die Armut. In Italien stiegen die privaten Zuzahlungen (Out-of-Pocket Expenditure) 2023 auf 40,6 Milliarden Euro und wuchsen damit schneller als die Haushaltseinkommen. Diese „finanzielle Belastung" ist messbar und tödlich: Krebspatienten, die unter finanzieller Not leiden, weisen in Italien ein 1,2-fach

höheres Sterberisiko auf. In Griechenland wenden die ärmsten Haushalte 9% ihrer Ausgaben allein für Medikamente auf, die reichsten nur 2,7%. Aus eigener Tasche gezahlte Gesundheitsleistungen machen in Deutschland 3,2% des privaten Haushaltskonsums aus – mehr als in Frankreich (2,2%) und Polen (2,3%), weniger als in Spanien (4,0%) und Griechenland (4,6%).

Extreme Hitzewellen on top

Zusätzlich wirkt der Klimawandel als Risikoverstärker für NCD-Patienten. Extreme Hitze verschlimmert Herz-Kreislauf- und Atemwegserkrankungen: In Japan verfünffachten sich die Todesfälle durch Hitzschlag zwischen 1995 und 2023, 83,3% der Opfer waren über 65 Jahre alt. Obwohl gängige Herz-Kreislauf-Medikamente bei extremer Hitze einer Dosisanpassung bedürfen, existieren praktisch keine NCD-spezifischen Hitzeprotokolle in den klinischen Leitlinien. Frankreichs Luftverschmutzung fordert jährlich etwa 48.000 Menschenleben, wobei die am stärksten benachteiligten Gebiete einem zehnmal höheren Expositionsrisiko ausgesetzt sind. Trotz der nach der Katastrophe von 2003 eingeführten Hitzewarnsysteme stieg die Zahl der hitzebedingten Todesfälle in Frankreich im Vergleich der Perioden 2000 bis 2004 und 2018 bis 2022 um 60% – ein Beleg dafür, dass Warnungen ohne strukturelle Anpassungen im NCD-Management verpuffen.

Getrennte Silos statt integrierter Vorsorge

Ein weiteres Problem ist das Versagen bei der Zusammenführung von Vorsorgestrukturen für pathophysiologisch verwandte Krankheitsbilder. Herz-Kreislauf-Erkrankungen, chronische Nierenschäden und Stoffwechselerkrankungen wie Diabetes weisen enge biologische Wechselwirkungen auf und katalysieren sich gegenseitig – die Früherkennung verharrt dennoch in getrennten Silos. Diabetes schädigt die Nierengefäße, Bluthochdruck zerstört Herz und Nieren gleichermaßen, Adipositas fördert zahlreiche Krebsarten. Eine koordinierte, risikostratifizierte Vorsorge, wie sie kardiologische und nephrologische Fachgesellschaften in neueren Empfehlungen fordern, findet kaum statt.

Deutschlands Nachbarland Polen zeigt diese Trennung besonders deutlich: Das COPD-Screening umfasst zwar Thorax-Bildgebung, doch bei diesen hochgradig gefährdeten Rauchern wird kein systematisches Lungenkrebsscreening angeschlossen. Damit bleibt die Chance ungenutzt, mit einer einzigen radiologischen Modalität zwei der tödlichsten Atemwegserkrankungen früh zu detektieren. Und obwohl internationale Verpflichtungen – etwa die Resolution der Weltgesundheitsversammlung 2025 zur Lungengesundheit – integrierte Strategien anmahnen, hinkt die Umsetzung hinterher.

In Deutschland klafft dabei eine besonders große Lücke zwischen internationalem Anspruch und nationaler Wirklichkeit. Die Studiendaten weisen auf vier Defizite hin:

1 Fehlende systematische Früherkennung. Deutschland gehört zu den sechs Ländern ohne organisiertes Screening für chronische Atemwegserkrankungen. Während Polen zumindest ein spirometriebasiertes COPD-Screening betreibt, wird hierzulande eine Diagnose meist erst gestellt, wenn irreversible Schäden oder schwere Symptome vorliegen.

2 Hohe Dunkelziffer. In Übereinstimmung mit internationalen Befunden ist davon auszugehen, dass rund zwei Drittel aller Menschen mit einer Atemwegsobstruktion keine Diagnose haben und unbehandelt bleiben, bis sich ihr Zustand akut verschlechtert.

3 Krankenhauseinweisungen als Symptom schwacher ambulanter Steuerung. 2021 verzeichnete Deutschland 193 COPD- und Asthma-Einweisungen pro 100.000 Erwachsene – weit über dem OECD-Schnitt von 129 und mehr als achtmal so viel wie Italien mit 23 Fällen.

4 Fragmentierte Disease-Management-Programme (DMPs). Deutschland führte die strukturierten DMPs 2002 ein; Programme für Asthma und COPD kamen später hinzu. In der Praxis zeigen sie strukturelle Mängel: Sie sind auf einzelne Krankheitsbilder zugeschnitten und bieten keine fächerübergreifenden Leitlinien für multimorbide Patienten; Hausärzte bemängeln den administrativen Aufwand und die geringe Flexibilität; und die acht Minuten, die eine Konsultation im Schnitt dauert, reichen für Inhalationsschulung, Aufklärung und präventive Beratung nicht aus.

Dieses Muster setzt sich in der Primärversorgung fort. Wirksames Screening erfordert nicht nur Programme, sondern das gezielte Überwinden von Teilnahmebarrieren. Polens Übergang vom Programm „Prevention 40 PLUS“ – das trotz massiver Werbekampagnen nur 20% Beteiligung erreichte – zum erweiterten Programm „My Health“ verdeutlicht das Dilemma: Das Ausweiten von Anspruchsberechtigungen ohne Adressieren konkreter Hemmnisse wie Zeitmangel, mangelnde Gesundheitskompetenz, Misstrauen oder fehlende Relevanzwahrnehmung perpetuiert die Nicht-Teilnahme nur auf breiterer Front. Selbst in Ländern mit vermeintlich perfektem Zugang – Japan mit seinen Specific Health Check-Ups, Deutschland mit den kassenfinanzierten Check-ups – verharren die Quoten bei 58,1% beziehungsweise 24%. Moderne Präventionspolitik muss die psychologischen und sozialen Lebensrealitäten der Menschen berücksichtigen, statt bloß Angebote zu verwalten.

Es gibt Lösungsansätze

Die in en Studien vorgeschlagenen Maßnahmen setzen vor allem bei Vergütung, Versorgung und Prävention an. An erster Stelle steht die Reform der Vergütungssysteme: weg vom Mengendenken der Einzelleistungsvergütung, hin zu populationsbasierten oder gebündelten Budgets (Capitation). Nur wenn Primärversorger finanziell dafür belohnt werden, eine definierte Patientenpopulation gesund zu halten und die Versorgung zu steuern, lassen sich chronische Verläufe abmildern.

Ein wichtiges Beispiel für strukturierte Ansätze bieten die deutschen DMPs, die seit 2002 Millionen Patienten mit chronischen Leiden wie Typ-2-Diabetes oder koronarer Herzkrankheit betreuen. Evaluationen belegen Erfolge, etwa eine verbesserte HbA1c-Einstellung und weniger Krankenhauseinweisungen bei Herz-Kreislauf-Erkrankungen. Dennoch kranken sie an bürokratischen Hürden, mangelnder Individualisierbarkeit und regionaler Varianz in der Inanspruchnahme. Italien geht mit der 2022 initiierten „DM77-Reform“ einen weiteren Schritt: Gemeinschaftsgesundheitszentren (Community Health Centres) als integrierte Zentren mit multidisziplinären Teams. Die Reform steckt allerdings noch in einer frühen Phase.

Auch eine stärkere Einbindung von Pflegekräften und Apothekern könnte die Versorgung entlasten (Task-Shifting). Vielerorts blockieren berufsständischer Widerstand und

veraltete Regulierung die Modernisierung, obwohl gut ausgebildete Apotheker und spezialisierte Pflegekräfte stabile chronische Krankheiten eigenständig überwachen und Medikationspläne anpassen könnten. Zudem müssen Früherkennungsprogramme von starren, altersbasierten Kriterien zu systematischer Risikostratifizierung übergehen.

Europäische Engpässe

Auf europäischer Ebene kommen eine Schwächung der pharmazeutischen Innovationskraft und Zulassungsverzögerungen die Lage. Die klinische Studienaktivität in Europa ist rückläufig, und der Anteil neuer aktiver Substanzen mit Zulassung durch die Europäische Arzneimittel-Agentur (EMA) brach von 71% im Jahr 2018 auf 30% im Jahr 2024 ein. 2023 verzeichneten die vier größten EU-Mitgliedstaaten die geringste Zahl an Neueinführungen seit 2014 – eine wachsende Lücke gegenüber den USA. Zwar wurde 2024 das Joint Clinical Assessment (JCA), eine koordinierte EU-weite Bewertung, für zwei Onkologie-Produkte eingeführt, doch steht dieses Instrument noch am Anfang.

Auch beim Zugang zu neuen Arzneimitteln bestehen deutliche Unterschiede. Deutschland liegt mit im Median 52 Tagen zwischen Zulassung und tatsächlicher Verfügbarkeit an der Spitze der Vergleichsländer, während in Frankreich hochpriorisierte Arzneimittel im Median 523 Tage brauchen und sich der Prozess in Griechenland über mehr als 600 Tage hinzieht. Außerhalb der EU ist Japan ein Extremfall: Zwischen 2016 und 2020 waren 72,4% der in den USA oder der EU zugelassenen Medikamente dort nicht verfügbar.

Neben dem Medikamentenzugang blockiert mangelnde Interoperabilität digitaler Systeme eine koordinierte Versorgung. In Spanien haben 99% der Primärversorger elektronische Patientenakten eingeführt, aber nur 8 der 17 autonomen Regionen können Daten tatsächlich austauschen. In Italien ist die Fragmentierung so groß, dass Patienten trotz digitaler Akten Papierdokumente von Arzt zu Arzt tragen. Hinzu kommen deutliche Unterschiede bei der digitalen Gesundheitskompetenz: In Japan sind 50,9% der über 70-Jährigen mit Smartphones nicht vertraut, in Spanien fehlt 78% der chronisch Kranken über 70 die digitale Autonomie. Digitale Gesundheitsanwendungen wie die 44 in Deutschland zugelassenen DiGA stoßen daher in der Praxis auf erhebliche Hürden.

Reformbaustellen für Deutschland

Aus der Analyse – für Deutschland verantwortet von Miriam Blümel von der Technischen Universität Berlin – ergeben sich vier zentrale gesundheitspolitische Handlungsfelder:

Erstens: Sektorengrenzen und Einzelleistungsvergütung überwinden. Dass deutsche Hausärzte im Schnitt nur acht Minuten pro Konsultation aufbringen können, ist Folge eines Systems, das schnelles Durchschleusen belohnt und präventive Gespräche sowie Koordinationsarbeit wirtschaftlich bestraft. Gefragt ist der Übergang zu capitationsbasierter Vergütung, die Planungssicherheit bietet und Anreize für langfristige Gesunderhaltung setzt.

Zweitens: Vermeidbare Krankenhauseinweisungen konsequent reduzieren. Dass Deutschland bei Herzinsuffizienz und COPD weit über dem OECD-Schnitt liegt und die Diabetes-Amputationsrate mit 8,5 pro 100.000 Einwohner mehr als das Dreifache des italienischen Werts (2,5) erreicht, spricht für Defizite in der ambulanten Versorgung.

Drittens: Beteiligung an Früherkennungsuntersuchungen steigern. Obwohl die Kassen die Herz-Kreislauf-Vorsorge vollständig finanzieren, nehmen jährlich nur 24% der Berechtigten teil. Kostenfreiheit allein reicht nicht; nötig ist ein aktives, strukturiertes Einladungswesen, das Barrieren wie Zeitnot, geringe Gesundheitskompetenz und soziale Benachteiligung gezielt abbaut.

Viertens: DMPs entbürokratisieren und weiterentwickeln. Die Programme haben ihre medizinische Wirksamkeit bewiesen, binden aber wertvolle Behandlungszeit und sind für Patienten mit Mehrfacherkrankungen zu fragmentiert. Gefragt ist eine Flexibilisierung, die die Versorgung von Patienten mit mehreren Erkrankungen stärker zusammenführt.

Fazit

Die Berichte, speziell die „Acting-Early"-Studie kommen zu dem Schluss: „Trotz der Evidenz darüber, was im Kampf gegen chronische Krankheiten wirkt, bleibt eine beständige Umsetzung selbst in den hochentwickeltsten Gesundheitssystemen schwer fassbar. Erfolg erfordert integriertes Handeln, keine Stückwerk-Reformen." Das Versagen ist keine Wissens-, sondern eine Umsetzungslücke. Trägheit politischer Institutionen, kurzfristige Budgetzyklen und partikulare Berufsstandsinteressen verhindern die notwendige Transformation.

Die Varianz innerhalb der Länder zeigt, dass bessere Ergebnisse mit den vorhandenen Ressourcen machbar sind – es ist eine Frage der Priorisierung, Organisation und konsequenten Reallokation zugunsten präventiver Strategien. Wenn Regionen in Italien beim Darmkrebs-Screening um den Faktor 14 auseinanderliegen oder wenn Spanien bei der Brustkrebsvorsorge über 80% erreicht, während Polen bei der Gebärmutterhalskrebsvorsorge bei 15,7% verharrt, dann liegt das nicht am Geld, sondern an Organisationsqualität und politischem Willen.

Der Übergang von reaktiver Krankheitsverwaltung zu einem vorausschauenden, gesundheitsfördernden und klimaresistenten System ist damit keine rein technische oder ökonomische Option mehr. Laut den Berichten von WEF, PHSSR und LSE gibt es „einen moralischen und finanziellen Imperativ, die Gesundheits- und Sozialsysteme umzugestalten, um NCDs wirksam zu bekämpfen". Ein System, das Prävention dauerhaft unter der Fünf-Prozent-Marke der Gesundheitsausgaben hält und seine Mittel weit überwiegend in die Behandlung von Spätschäden lenkt, ist nach Lesart der Autorinnen und Autoren weder ethisch noch ökonomisch tragfähig. Für Millionen Menschen entscheiden diese Reformen über Leben und Tod, denn „der weitere Weg erfordert politischen Mut, anhaltendes Engagement und die Erkenntnis, dass frühzeitiges Handeln nicht nur kosteneffizient, sondern eine moralische Pflicht ist". Für die Politik ergibt sich daraus eine klare Entscheidung: „Die Wahl liegt zwischen der Beibehaltung verspäteter Interventionen oder der Förderung von Strukturreformen, die eine frühere, koordinierte und gerechte Versorgung erreichen." <<

von:
MVF-Chefredakteur Peter Stegmaier

Literatur:
1: https://t1p.de/lt34b
2: https://t1p.de/23nzm

Zitationshinweis

Stegmaier, P.: „Wer zu spät handelt, bezahlt mit Leid und Leben", in „Monitor Versorgungsforschung" (05/26), S. 46–50. http://doi.org/10.24945/MVF.05.26.1866-0533.2871

Anzeige



Innovationsfondsprojekt TENEAM stärkt neurologische Versorgung in der Region

Neurologische Erkrankungen stellen Betroffene vor große Herausforderungen. Der Zugang zu spezialisierter Versorgung ist oft schwierig: Termine sind mitunter monatelang ausgebucht, im ländlichen Raum kommen weite Wege zur Facharztpraxis hinzu.
Digitale Unterstützungsangebote können helfen, diese Hürden zu überwinden und sind daher ein wichtiger Baustein für eine zukunftssichere Versorgung – insbesondere in ländlichen Regionen.

Die AOK Nordost beteiligt sich deshalb gemeinsam mit weiteren Partnern am Innovationsfondsprojekt TENEAM (TeleNeurologisch ambulante Versorgung in Brandenburg und Mecklenburg-Vorpommern) unter Konsortialführung der Neurologischen Klinik der Charité – Universitätsmedizin Berlin. Ziel des Projekts ist die telemedizinische Unterstützung neurologisch Erkrankter.

Nähe der hausärztlichen Versorgung verbunden mit neurologischer Fachexpertise

TENEAM bringt neurologische Expertise digital in die Hausarztpraxis. Hausärztliche Praxen, neurologische Schwerpunktpraxen und universitäre Einrichtungen arbeiten dafür eng zusammen.

Stellt die Hausarztpraxis neurologische Beschwerden fest, kann sie mit Einverständnis der Patientinnen und Patienten die TENEAM-Zentrale informieren. Diese kontaktiert die betroffene Person, klärt sie umfassend über das Projekt auf und übernimmt auch die Einschreibung. Anschließend erfolgt die randomisiert, also zufällige, Zuordnung zu einer von zwei Gruppen: Die eine Gruppe wird teleneurologisch durch ein Studienzentrum betreut, die andere klassisch durch eine niedergelassene Neurologin bzw. einen niedergelassenen Neurologen.
Im Falle einer Randomisierung in den sogenannten Teleneurologie-Arm wird kurzfristig ein Termin für die teleneurologische fachärztliche Sprechstunde vereinbart. Die Patientinnen und Patienten bleiben dabei in ihrer vertrauten Umgebung. Die primäre Befunderhebung und Untersuchung erfolgt in der Hausarztpraxis und wird durch moderne Telemedizintechnik unterstützt. Die zugeschaltete Neurologin bzw. der Neurologe beurteilt die Befunde, gibt eine fachliche Einschätzung und empfiehlt weitere diagnostische und therapeutische Schritte. Die Hausarztpraxis bleibt dabei die zentrale Anlaufstelle und begleitet die weitere Versorgung. So verbindet TENEAM die Nähe der hausärztlichen Betreuung mit spezialisierter neurologischer Expertise.

Versorgungsnetz wächst, Patientenzufriedenheit auch

Fast 1.000 Patientinnen und Patienten nehmen bereits an TENEAM teil – mit überwiegend positiven Rückmeldungen. 163 von 190 geplanten Hausarztpraxen sind angeschlossen und ermöglichen einen wohnortnahen Zugang zu neurologischer Expertise.

TENEAM wird vom Innovationsfonds des Gemeinsamen Bundesausschusses gefördert und wissenschaftlich begleitet. Untersucht wird unter anderem, welchen Einfluss ein solches telemedizinisches Versorgungsmodell auf die Behandlungsqualität, die Versorgungssituation und die Lebensqualität der Patientinnen und Patienten hat.

Eine Teilnahme ist noch bis Ende 2027 möglich.
Weitere Informationen sowie die Arztsuche der beteiligten Ärzte finden Sie auf www.teneam.de.

AOK Nordost. Die Gesundheitskasse.

Serie Teil 3: Paracelsus Kliniken Adorf und Schöneck

Wenn Wirtschaftlichkeit auf Qualität trifft

Die deutsche Krankenhauslandschaft baut um – und damit selbstredend auch die privaten Träger. Während vielerorts annähernd jede Woche eine neue Insolvenz in der Presse vermeldet wird und laut der jüngsten Erhebungen des Deutschen Krankenhausinstituts (DKI) und der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) fast 80 Prozent der Krankenhäuser in Deutschland ein negatives Jahresergebnis erwarten, geht ein privater Betreiber im sächsischen Vogtland einen etwas anderen Weg. An den beiden Standorten Adorf und Schöneck hat Phillip Fröschle, CEO und Teilhaber der Paracelsus Kliniken Deutschland, zum 1. Oktober 2025 ein „Hybridmodell" umgesetzt, das ambulante und stationäre Versorgung konsequent trennt und auf zwei Häuser verteilt. Es ist der Versuch, die Logik der Krankenhausreform – weniger Standorte, mehr Konzentration von Leistung – nicht zu erleiden, sondern aktiv zu gestalten. Im dritten Teil der MVF-Serie „Versorgung neu gedacht – Deutschland baut um" steht dieses Modell im Fokus, ergänzt um ein zweites, jüngeres Beispiel aus Schleswig-Holstein. Dabei handelt es sich um die kardiologische Kooperation der Paracelsus Klinik Henstedt-Ulzburg mit den ebenfalls in Privatbesitz geführten Segeberger Kliniken, dem größten privaten Klinikunternehmen in Schleswig-Holstein. Beide Fälle werfen dieselbe Frage auf, die über der gesamten Branche schwebt: Lässt sich wohnortnahe Versorgung auch dann erhalten, wenn das Geld knapper wird und wenn ja, zu welchen Bedingungen?

>> Wer die Umbauten im Vogtland verstehen will, muss zunächst die Perspektive dessen kennen, der sie verantwortet. Das ist Phillip Fröschle, CEO der Paracelsus Kliniken Deutschland und mittlerweile auch Gesellschafter des Unternehmens. Er ordnet im Gespräch mit „Monitor Versorgungsforschung" die Ausganslage nüchtern ein: Die Finanzlage der Kassen sei nachvollziehbar angespannt.

Man verwehre sich als privater Träger keineswegs der Einsicht, dass im Gesamtsystem Kosten eingespart werden müssten, denn bei öffentlichen und kommunalen Trägern zahle am Ende jeder Einzelne das Minus über seine Steuerbeiträge mit, ein Ausgleich, den private Klinikgruppen wie Paracelsus nicht erhielten. Die eigentliche Ursache für das derzeitige finanzielle Fiasko verortet er jedoch nicht allein auf der Ausgabenseite der Krankenhäuser. Ein wichtiger Faktor sei vielmehr, dass der Bund für Bürgergeldempfänger zu niedrige Krankenkassenbeiträge entrichte. Laut einem Gutachten des GKV-Spitzenverbands deckten die gezahlten Beiträge 2022 nur 39 Prozent der tatsächlichen Kosten pro Kopf, die bei der Krankenkasse anfallen – der reale Verbrauch liegt also deutlich höher als das, was der Bund dafür aufwendet. Dies führe seit Jahren zu einer strukturellen Schieflage in den Kassenfinanzen. Daneben spielten aber auch weitere Ursachen eine Rolle.

Das Gespräch zwischen Fröschle und MVF fiel dabei just auf den Tag, an dem der Bundestag und der Bundesrat das GKV-Stabilisierungsgesetz beschlossen hat. Seine Kritik an dieser Reform richtet sich weniger gegen den verständlichen Sparwillen der Politik an sich, wohl aber gegen dessen Machart. Im GKV-Stabilisierungsgesetz habe er, so Fröschle, beispielsweise so gut wie keine Passage gefunden, die beschreibe, wie Krankenkassen selbst Geld sparen sollen – sondern ganz überwiegend nur, wie andere das Geld einsparen müssen. Zugleich bleiben laut Fröschle Krankenhäusern kaum Handlungsmöglichkeiten zum Gegensteuern: Vorgaben wie die Pflegepersonaluntergrenzen blieben unverändert, unterschiedliche Personalskillmixe seien damit versperrt. Das Ergebnis sei ein nahezu „reines Costcutting", bei dem ein sehr großer Teil der Steuerungsmöglichkeiten – gleichermaßen für private wie kommunale oder kirchliche Häuser – wegfalle. Rechne man die Maßnahmen zusammen, käme auf den Krankenhaussektor ein spürbarer Einschnitt im mittleren einstelligen Prozentbereich zu.

Die Folge sei ein noch verschärfteres Kliniksterben, das er allerdings nicht grundsätzlich für falsch hält, denn nach seiner Einschätzung gibt es hierzulande mehr als ausreichend Krankenhäuser. Falsch sei es allerdings, dass die Konzentration der Standorte durch den Effekt des Costcuttings „völlig ungesteuert" ablaufe. Wer überlebe, entscheide sich nicht an Qualität oder Struktur, sondern an, wie er sagt, „nicht rationalen Punkten".

An der vorhergegangenen Krankenhausreform schätzt Fröschle gerade das Gegenteil, weil sie zumindest den Versuch einer Steuerung unternehme.

Was im Vogtland entsteht

Vor diesem Hintergrund haben die Paracelsus Kliniken im Vogtland ihre beiden Standorte neu geordnet. Laut der Pressemeldung des Unternehmens vom September letzten Jahres arbeiten die Kliniken Adorf und Schöneck seit dem 1. Oktober 2025 als Teil eines einheitlichen Versorgungskonzepts eng zusammen: Jeder Standort bringt dabei seine spezifischen Stärken ein. Ziel sei eine nachhaltige, wohnortnahe Versorgung ebenso wie eine langfristige Perspektive für die Beschäftigten.

Konkret werden alle stationären Leistungen am Standort Schöneck gebündelt. Dies umfasst die Fachabteilungen Allgemeinchirurgie, Gefäßchirurgie, Innere Medizin, Orthopädie und Unfallchirurgie (einschließlich Wirbelsäulenbehandlung), Geriatrie, Schmerzmedizin, Intensivtherapie sowie Palliativmedizin. Orthopädie und Geriatrie werden in Schöneck gezielt ausgebaut, sodass dort nach Darstellung des Trägers ein leistungsstarkes Zentrum für muskuloskelet-



v.li.: Phillip Fröschle, CEO und Timon Gripp, COO. Quelle: Paracelsus.

tale und altersmedizinische Versorgung entsteht. Der Standort Adorf konzentriert sich dagegen künftig auf ambulante Operationen aller chirurgischen Fachgebiete sowie die ambulanten Sprechstunden der Medizinischen Versorgungszentren – unter anderem in den Bereichen Allgemeinchirurgie, Gefäßchirurgie, Orthopädie und Unfallchirurgie (inklusive Wirbelsäulenbehandlung), Pulmologie und Onkologie.

Die Klinikleitung der Paracelsus Kliniken Adorf/Schöneck, ordnete in der Pressemitteilung das Vorgehen ausdrücklich in den Reformkontext ein: Man nutze die Chancen der aktuellen Gesundheitsreform, um die Versorgung im Vogtland zukunftssicher zu gestalten. Und Dr. Martin Ebert, Chefarzt und ärztlicher Leiter der beiden Kliniken, betonte die enge Verzahnung der Prozesse vom ersten Kontakt über die Diagnostik bis zur Nachsorge sowie die Anbindung an die niedergelassenen Kolleginnen und Kollegen. „Wir gestalten diese Veränderungen nicht nur mit, sondern aktiv im Sinne der Menschen vor Ort und mit einer klaren Langfristperspektive für den Standort. Das neue Modell sichert die kontinuierliche Weiterentwicklung unserer Klinikstrukturen und stellt sicher, dass die medizinische Versorgung im Vogtland auch in Zukunft gewährleistet, wird", erklärte Fröschle in besagter Pressemitteilung (1).

Die Logik der Aufteilung

Hinter der Neuordnung steht nach Fröschles Darstellung eine Kombination aus Qualität und Wirtschaftlichkeit, die die Krankenhausreform selbst vorgebe: weniger Krankenhäuser einerseits, eine Spezialisierung und Konzentrierung von Leistung andererseits. Der Gedanke dahinter: „Wenn ich etwas häufiger mache, mache ich es in einer höheren Qualität." Aber es werde nicht nur besser, sondern auch günstiger – den OP-Turm der Allgemeinchirurgie brauche man dann beispielsweise nur noch an einem Standort statt an zweien, beim Personal verhalte es sich in großen Teilen ebenso.

Entscheidend, ob eine solche Aufteilung den zu versorgenden Patient:innen eher nützt oder schadet, ist für Fröschle die Notfallversorgung. Der aus seiner Sicht wichtigste Maßstab: In wie vielen Minuten erreicht eine Patient:in eine Notaufnahme? Hier habe sich in Adorf faktisch nichts geändert. Die Krankenhausnotfallversorgung sei bereits vor fünf bis sechs Jahren nach Schöneck verlagert worden; seitdem gebe es in Adorf keine Notaufnahme des Krankenhauses mehr, sondern lediglich die stationäre Versorgung der elektiven Endoprothetik und Geriatrie. Selbst geriatrische Notfälle seien im Regelfall nach Schöneck gefahren, dort behandelt und zur stationären Versorgung nach im Anschluss nach Adorf gefahren – ein Vorgang, der Geld koste, medizinisch problematisch sei und zudem den Rettungswagen blockiere.

Bei den elektiven Eingriffen – etwa dem geplanten Einsatz einer Knie- oder Hüftprothese, – mache es keinen Unterschied, ob die Patienten quasi „nach links oder nach rechts" führen. Am Ende ist für geplante Patienten unerheblich, ob sie 20 oder 22 Minuten zur OP fahren – in der elektiven Versorgungsqualität daher ohne Belang und nur in der Notfallmedizin relevant.

Ein zweiter Gedanke betrifft die Trennung ambulanter von stationären Eingriffen. Führe man einen ambulanten Eingriff – Fröschle nennt als Klassiker Hernien – in einem Zentral-OP durch, in dem zugleich Notfälle versorgt werden, sei ein reibungsloser Ablauf kaum zu gewährleisten: Komme ein Notfall an, gehe dieser naturgemäß vor. Von daher sei es sinnvoll, ambulante und stationäre Eingriffe zu trennen. In Adorf, wo die Räumlichkeiten vorhanden seien, würden deshalb nicht nur nahezu alle KV-Sitze, sondern auch die ambulanten OPs angesiedelt. Patient:innen mit höherem Risiko würden zudem geplant in Schöneck operiert und sofern medizinisch erforderlich anschließend stationär aufgenommen. Die Entscheidung darüber liegt Fröschles Worten zufolge alleinig bei den Ärzten. Das Modell funktioniert offenbar: Seit Umstellung, so Fröschle, habe es keine einzige in Adorf ambulant operierte Patient:in gegeben, die anschließend nach Schöneck verlegt werden musste.

Warum „Hybridmodell"?

Der Begriff, unter dem das Modell firmiert, erklärt sich aus einer formalen Besonderheit. Beide Standorte befinden sich weiterhin in einem gemeinsamen Krankenhausverbund und sind obendrein noch im Krankenhausplan des Bundeslands gelistet. Der Begriff „Hybridmodell" wurde laut Fröschle deshalb gewählt, weil der eine Standort rein ambulant und der andere rein stationär betrieben werde. Als er vor rund zwei Jahren mit der Behörde gesprochen habe, habe es die neuen Bezeichnungen – etwa „Level 1i" – noch gar nicht gegeben. Die begriffliche Zugehörigkeit der beiden Kliniken habe man damals daher treffender fassen wollen.

Der Neuordnung ging nach Fröschles Schilderung eine Bedarfsanalyse aus zwei Blickrichtungen voraus. Zum einen habe man

die Einzugsgebiete betrachtet: Wo wie viele Menschen wohnen und welcher medizinische Bedarf sich daraus ableiten lässt. Zum anderen wurde die eigene Belegung ausgewertet. Da die Krankenhausplanung Sache der Behörde ist, sei die geplante Veränderung sehr intensiv mit dieser abgestimmt worden. Die Behörde hat Fröschles Ausführungen sehr positiv aufgenommen und vollständig unterstützt.

Abgeschlossen ist das Verfahren noch nicht. Seitens der Behörde liegt – Stand Juli 2026 – noch keine finale Rückmeldung vor, welches Krankenhaus welche Leistungsgruppen erhält. Die Strukturprüfung am Standort sei aber durchgeführt worden und sehe „soweit erstmal gut" aus, auch habe man ein bis zwei kleinere Themen im Nachgang lösen können. Ob am Ende exakt das gleiche Spektrum erlaubt werde wie bisher, bleibe allerdings abzuwarten. Fröschle zeigt sich optimistisch: Die Paracelsus-Orthopädie sei immerhin die größte der Region, die Grund- und Regelversorgung mit Innerer Medizin, Geriatrie und Allgemeinchirurgie sowie eine Notaufnahme mit diesen Bereichen hält er für gesetzt.

Gute Medizin – gute Ergebnisse

Auf die Frage, was „gut aufgestellt" für einen privaten Betreiber bedeute, argumentiert Fröschle zunächst wirtschaftlich. Für das Jahr 2025 habe man ein positives Ergebnis in der Gewinn- und Verlustrechnung erreicht – und das, obwohl das Vorjahr negativ ausgefallen sei. Damit habe man das Ergebnis entgegen dem Branchentrend verbessert. Ausgeschüttet werde davon aber nichts: Jeder Euro Gewinn fließe zurück in das Unternehmen, um Investitionen zu finanzieren. Dass private Träger einen erheblichen Teil ihrer Investitionen selbst tragen müssten, unterstreiche die Lage – während im Bundesschnitt etwa hälftig aus Fördermitteln und Eigenmitteln investiert werde, liege das Verhältnis bei privaten Trägern eher bei 70 zu 30.

Gerade beim privaten Betreiber, räumt Fröschle ein, stelle sich schnell die Frage nach dem Profit. Dass sämtliche Gewinne reinvestiert würden, mache diesen Punkt jedoch leichter erklärbar. Ein finanziell „riesen Backup" gebe es nicht – das Ergebnis müsse am Ende stimmen. Qualität und Wirtschaftlichkeit funktionierten für ihn nur zusammen: „Wir können nur gute Medizin machen, wenn wir gute Ergebnisse erwirtschaften." Andererseits gelte: „Wir können nur gute Ergebnisse erwirtschaften, wenn wir gute Medizin machen." Übertreibe man an einer der beiden Stellschrauben, funktioniere die Balance nicht – Investitionen wie ein neuer OP-Turm oder neue Röntgengeräte ließen sich nur finanzieren, wenn Ergebnisse blieben, auch kämen Personal wie Patient:innen nur, wenn die medizinischen Ergebnisse sehr gut sind.

Zur eigenen Qualität befragt, bleibt Fröschle bewusst pragmatisch. Er spricht von „guter" Medizin, nicht von Spitzenmedizin – letztere ist für ihn an Universitätsklinika angesiedelt. In Endoprothetik, Grund- und Regelversorgung sowie Kardiologie aber sei Paracelsus gut. Auch mit den beiden Fachkliniken für Parkinson und Urologie. Man sei bei IQM beteiligt und bewege sich dort leicht über dem Durchschnitt.

Die Resonanz vor Ort

Die Rückmeldungen zur Umstellung beschreibt Fröschle durchweg positiv, insbesondere aufseiten der Mitarbeitenden. Natürlich habe es Beschäftigte gegeben, die von Adorf nach Schöneck wechseln mussten – und umgekehrt, etwa in das MVZ. Solche Veränderungen brächten immer ein gewisses Rumoren in der Belegschaft mit sich; insgesamt sei dieses aber gering geblieben und man habe fast kein Personal verloren. Entscheidend sei, dass sich die Notfallversorgung – für ihn der Dreh- und Angelpunkt – nicht verändert habe: Wer zuvor zur Notaufnahme nach Schöneck fuhr, fahre auch weiterhin dorthin. Die ambulante Versorgung in und um Adorf sei durch die gebündelten KV-Sitze deutlich besser geworden. Hinzugekommen sei unter anderem ein Pneumologe.

Auch die Kommunikation mit der Kommune, dem Landrat und der Kassenärztlichen Vereinigung habe man mit offenen Karten geführt. Fröschle habe das Modell persönlich in einer Ausschusssitzung vorgestellt. Mit dem Rückhalt der Planungsbehörde sei der Prozess relativ geräuschlos verlaufen. Dass manche Patient:innen zur jeweiligen Ärzt:in nun etwas länger, andere kürzer fahren müssen, sei hinzunehmen, gleiche sich innerhalb der Region aus.

Die in der Pressemeldung reklamierte „bundesweite Vorreiterrolle" relativiert CEO Fröschle im Gespräch etwas. Diese Formulierung sei teils dem Marketing geschuldet, der eigentliche Auslöser aber sei die Diskussion mit der Behörde gewesen. Deren Rückmeldung habe er, nicht zitierfähig, aber sinngemäß, als Anerkennung für einen „mutigen, aber konstruktiven" Vorschlag verstanden.

Zweites Beispiel: Kardiologie in Schleswig-Holstein

Dass die Logik der Aufteilung nicht auf das Vogtland beschränkt bleibt, zeigt ein zweites, jüngeres Beispiel. Wie das Hamburger Abendblatt am 2. Juli 2026 berichtete, kooperieren die Paracelsus Klinik Henstedt-Ulzburg und die Segeberger Kliniken (2) künftig in der Kardiologie. Im Zuge der Neuaufstellung des Krankenhausplans für Schleswig-Holstein wurde ein gemeinsames Konzept für die kardiologische Versorgung in der Region Süd-West erarbeitet (3).

Demnach soll die stationäre interventionelle Kardiologie in Henstedt-Ulzburg gebündelt werden, ergänzt um ein ambulantes und gegebenenfalls tagesklinisches Angebot in Norderstedt. In der Paracelsus Klinik steht laut Bericht rund um die Uhr ein betriebsbereites Herzkatheterlabor zur Verfügung, das 2024 eröffnet wurde und in dem schon heute Notfall-Herzpatienten aus Norderstedt und dem südlichen Kreis Segeberg behandelt werden. Wer eine weiterführende spezialisierte Versorgung benötigt – etwa bei komplexen Herzrhythmusstörungen, Herzklappenerkrankungen oder herzchirurgischen Eingriffen –, soll im Herzzentrum der Segeberger Kliniken weiterbehandelt werden. Ziel der Kooperation ist eine durchgängige Versorgungskette innerhalb Schleswig-Holsteins.

Timon Gripp, Klinikgeschäftsführer von Paracelsus in Henstedt-Ulzburg und COO, wird mit der Einschätzung zitiert, das zuständige Ministerium für Justiz und Gesundheit begrüße die Kooperationspläne ausdrücklich. Und für die Patient:innen bedeute das Konzept, dass die kardiologische Notfallversorgung wohnortnah gesichert bleibe und zugleich der Zugang zur hochspezialisierten Kardiologie in Bad Segeberg gewährleistet sei.

Die Krankenhausreform werde in Schleswig-Holstein konstruktiv und im Dialog gestaltet. Dass aus dem Planungsverfahren eine echte trägerübergreifende Zusammenarbeit entstanden sei, zeige, dass Reform und gute Versorgung kein Widerspruch sein müssten.

Fröschle ordnet dieses zweite Beispiel im MVF-Gespräch ein. Es handele sich um dasselbe Grundmuster – die Verzahnung von

Zitationshinweis
Stegmaier, P.: „Wenn Wirtschaftlichkeit auf Qualität trifft", „Monitor Versorgungsforschung" (05/26), S. 52–55. http://doi.org/10.24945/MVF.05.26.1866-0533.2869

ambulant und stationär sowie die Aufteilung zwischen zwei Kliniken. Allerdings mit dem Unterschied, dass in Schöneck beide Häuser demselben Eigentümer gehörten, in Schleswig-Holstein hingegen ein Wettbewerber beteiligt sei. Das Vogtland sei also dafür nicht die Blaupause gewesen. Bemerkenswert ist seine Offenheit hinsichtlich der Entstehung: Der Druck sei auch hier über die Behörde gekommen, die gefragt habe, „wie es da weitergehe". Ohne diesen Druck hätte man das Gespräch mit dem Wettbewerber so nicht geführt – am Ende habe es zu einer guten Lösung für alle Parteien geführt.

Die Grenzen des Modells

Im Rahmen der aktuell sieben Paracelsus-Häuser ordnet Fröschle die Vogtland-Konstruktion als Sonderfall ein: Sie sei deshalb etwas isoliert, weil man dort wirklich zwei eigene komplette Standorte habe. Die übrigen Kliniken seien überwiegend Standalone-Häuser. Als Spezialversorger nennt er die Neurologie- und Parkinson-Fachklinik in Kassel sowie die Urologie in Düsseldorf. In Bremen gebe es mehrere MVZ beziehungsweise KV-Sitze, aber nur einen Krankenhausstandort. Eine vergleichbare Aufteilung auf zwei Standorte wie im Vogtland sei andernorts schon aus geografischen Gründen nicht gegeben. Grundsätzlich zeige man sich jedoch offen, im Rahmen der Krankenhausreform konstruktiv mitzuwirken – auch wenn alles, was man verliere, „in erster Instanz weh" tue. Manchmal, so sein positives Fazit, bringe Druck von außen kreative Lösungen hervor.

Ob das Modell im Vogtland auch langfristig trägt, hängt damit – ähnlich wie in den zuvor beschriebenen Fällen dieser Serie – nicht am Standort selbst. Fröschle selbst rechnet nicht damit, dass die Reform so Bestand hat, wie sie derzeit auf dem Papier steht: In der Umsetzung, so seine Prognose, werde es „hässlich in der Branche". Für die Paracelsus Kliniken zieht er dennoch ein zuversichtliches Fazit: Man gehöre zu den gut aufgestellten Häusern, beobachte die Entwicklung genau und versuche, das Ganze konstruktiv zu gestalten. <<

von: MVF-Chefredakteur Peter Stegmaier

Literatur
1: https://t1p.de/y66rn
2: https://t1p.de/iwn0l
3: https://t1p.de/qiigf

Morbiditätslücke: Differenz zwischen Überleben und Krankheitsjahren

>> Die Menschheit lebt länger – aber nicht gesünder. Zu diesem Befund kommt eine im Fachjournal „The Lancet Public Health" veröffentlichte Auswertung der „Global Burden of Disease Study 2023" (1), die für 204 Länder und Territorien den Abstand zwischen Lebenserwartung und gesunder Lebenserwartung berechnet hat. Diese Differenz, von den Forschenden als Morbiditätslücke bezeichnet, beschreibt jene Lebensjahre, die Menschen im Durchschnitt bei eingeschränkter Gesundheit verbringen.

Zwischen 1990 und 2023 stieg die weltweite Lebenserwartung bei Geburt von 64,6 auf 73,8 Jahre, die gesunde Lebenserwartung von 55,9 auf 63,1 Jahre. Weil die Überlebensgewinne größer ausfielen als die Fortschritte bei der Gesundheit, wuchs die Morbiditätslücke von 8,8 auf 10,7 Jahre – ein Plus von 1,9 Jahren oder rund 22%. Der Anteil des in schlechter Gesundheit verbrachten Lebens kletterte von 13,6 auf 14,5%. In 203 der 204 untersuchten Länder weiteten sich die Werte aus; einzig für Palästina errechneten die Autor:innen keinen Zuwachs. Damit widerspricht die Analyse deutlich der klassischen These einer Kompression der Morbidität, wonach Prävention das Auftreten von Behinderung stärker verzögern sollte als den Tod.

Auffällig ist das Wohlstandsgefälle: Die höchsten absoluten Werte verzeichneten 2023 die einkommensstarken Regionen mit 12,7 Jahren, allen voran die USA mit 14,0 Jahren, Australien mit 13,9 und Kanada mit 13,7 Jahren. Am kleinsten war die Lücke in Nauru, auf den Salomonen und in Laos. Länder mit hoher Lebenserwartung haben also tendenziell mehr kranke Jahre – beim prozentualen Anteil verschwimmt dieser Zusammenhang jedoch. Ebenfalls bemerkenswert ist, dass sich die zusätzlichen Krankheitsjahre nicht erst am Lebensende häufen, sondern sich über den gesamten Erwachsenenverlauf verteilen. Und: Frauen leben zwar länger, verbringen aber auch mehr Zeit in schlechter Gesundheit: 12,1 Jahre gegenüber 9,3 Jahren bei Männern.

Verantwortlich dafür ist ein Zusammenspiel chronischer, meist nicht tödlicher Leiden: Muskel-Skelett-Erkrankungen (vor allem Rückenschmerzen), psychische Störungen wie Depressionen und Angststörungen, Sinnesorganerkrankungen wie Altersschwerhörigkeit, Stürze sowie weitere nichtübertragbare Krankheiten machten zusammen 57,4% der ungesunden Jahre aus. Als wichtigste Risikofaktoren gelten erhöhter Nüchternblutzucker, hoher Body-Mass-Index, Mangelernährung bei Müttern und Kindern sowie Tabakkonsum. Auf der Ebene der Einzelrisiken rückt Feinstaubbelastung an die Spitze. Der Schluss der Forschungsgruppe um Hauptautor und Epidemiologen Prof. Simon I. Hay vom Institute for Health Metrics and Evaluation der Universität von Washington fällt eindeutig aus: Gesundheitspolitischer Erfolg lasse sich künftig nicht mehr allein an sinkender Sterblichkeit messen, sondern muss sich daran bemessen, ob die Jahre in Krankheit weniger werden. <<

1: Hay SI, Nam P, Saqib H, et al. Lancet Public Health 2026; 11: e487–505. LinK: https://t1p.de/r03do

Primärversorgung: Qualitätsvorgaben und stärkere finanzielle Impulse nötig

>> In North Carolina startete im Juli 2021 ein Programm im Medicaid-System, um die Primärversorgung durch wertbasierte Vergütungsmodelle zu transformieren. Das Ziel: Finanzielle Anreize für bessere Koordination sollten die Qualität steigern und medizinisch wenig werthaltige Leistungen reduzieren. Im Zentrum standen Hausarztpraxen in einem mehrstufigen Modell. Praxen der höchsten Stufe erhielten spezielle Vergütungen für eine optimierte Patientenführung.

Die Analyse „Effect of Primary Care Value-Based Payment Implementation on Low-Value Care Among Medicaid Beneficiaries in North Carolina" (1) untersuchte nun, ob dies dazu führte, dass unnötige Behandlungen seltener durchgeführt wurden. Die Ergebnisse sind eher verhalten: Zwar sank die Häufigkeit solcher Leistungen insgesamt, doch dieser Trend war nicht signifikant auf die neuen Zahlungsmodelle zurückzuführen. Die Unterschiede zwischen geförderten Praxen und der Vergleichsgruppe blieben minimal.

Die Autor:innen ziehen deshalb das Fazit, dass für eine echte Trendwende spezifischere Qualitätsvorgaben und stärkere finanzielle Impulse nötig sein werden, die zudem gezielt den Verzicht auf unnötige Maßnahmen honorieren. <<

1: doi: 10.1111/1475-6773.70149




Dr. rer. oec. Katja Gehrke,
Institut für deskriptive Gesundheitsdatenanalyse OHG (DGDA)
ORCID 0000-0001-5516-457X
Dr. jur. Joachim Jung
Möhrle Happ Luther Rechtsanwälte

EuGH-Urteil: Neue Freiheiten für GKV-Daten

>> Mit § 25b SGB V hat der Gesetzgeber den Kranken- und Pflegekassen erlaubt, vorhandene Daten zum Schutz der Gesundheit ihrer Versicherten auszuwerten. Ziel ist es, Risiken früher zu erkennen und Versicherte auf passende Vorsorge- und Behandlungsangebote hinzuweisen. Damit ändert sich die Rolle von Sozialdaten. Sie dienen nicht mehr nur der Abrechnung oder der Dokumentation. Sie können auch helfen, künftige Risiken zu erkennen. Nicht erst die Krankheit, sondern schon das Risiko wird zum Anlass für eine Ansprache der Versicherten.

Was § 25b SGB V erlaubt

§ 25b SGB V ist keine allgemeine Erlaubnis zur freien Datennutzung, sondern hat einen klaren Zweck: den Gesundheitsschutz der Versicherten. Krankenkassen dürfen Daten auswerten, wenn dies dazu dient, Risiken zu erkennen und Versicherte auf geeignete Angebote hinzuweisen.

Die Norm nennt dafür konkrete Fälle. Dazu gehören seltene Erkrankungen, Krebserkrankungen, Gefahren durch Arzneimittel, ähnlich schwere Gesundheitsrisiken, Impfindikationen und die Erkennung einer noch nicht festgestellten Pflegebedürftigkeit. Der Gesetzgeber will also nicht irgendeine Datennutzung erlauben. Er will eine frühere und bessere Versorgung ermöglichen.

Zugleich setzt § 25b SGB V Grenzen. Versicherte müssen informiert werden und widersprechen können. Die Nutzung darf nicht dazu dienen, Risiken zu selektieren oder Leistungen zu verweigern. Hinweise sollen helfen, nicht stigmatisieren. Ein Score darf nicht zum verdeckten Mittel der Steuerung werden.

Gerade deshalb ist § 25b SGB V ein wichtiger Testfall. Die Norm zeigt, wie ein solidarisches System mit Prognosen umgehen kann. Daten sollen genutzt werden, aber nicht gegen die Versicherten.

Warum externe Dienstleister wichtig sind

Die Auswertung nach § 25b SGB V setzt belastbare Modelle voraus. Solche Modelle entstehen nicht von selbst. Sie müssen entwickelt, geprüft und laufend verbessert werden. Krankenkassen haben die Daten. Externe Dienstleister haben oft das nötige Wissen zu Statistik, Software und Validierung von Modellen. Es liegt daher nahe, dass Kassen solche Dienstleister beauftragen.

Datenschutzrechtlich geschieht dies in der Regel über eine Auftragsverarbeitung. Das ist in § 25b Abs. 2 Satz 5 SGB V ausdrücklich angelegt. Die Kasse bleibt rechtlich voll verantwortlich. Der Dienstleister darf die erhaltenen Daten ausschließlich für die Entwicklung der Modelle verwenden, ohne sie für andere Zwecke zu nutzen.

Damit ist ein erster Punkt wichtig: Externe Entwickler konnten Risikomodelle nach § 25b SGB V schon bisher für Krankenkassen entwickeln. Für diese Entwicklung braucht der Dienstleister die Identität der Versicherten in der Regel nicht. Ein Modell lernt aus Mustern. Es wertet zum Beispiel Diagnosen, Arzneimittel, Krankenhausaufenthalte, Hinweise zur Pflege oder später eintretende Ereignisse aus. Namen, Anschriften oder Versichertennummern helfen dabei regelmäßig nicht. Entscheidend ist, ob sich aus vielen Fällen ein verlässliches Muster ergibt.

Daraus folgt die zentrale Frage: Muss der externe Entwickler überhaupt personenbezogene Daten erhalten? Oder genügt ein Datensatz, bei dem die Kasse die direkte Zuordnung zu einer Person entfernt und den Schlüssel zur Re-Identifikation zurückhält?

Was der EuGH ändert

An dieser Stelle wird das Urteil des Gerichtshofs der Europäischen Union vom 4. September 2025 in der Rechtssache C-413/23 P wichtig. Der EuGH hat klargestellt, dass pseudonymisierte Daten nicht zwingend für jede Person und für jeden Empfänger personenbezogene Daten sein müssen, die den strengen datenschutzrechtlichen Vorgaben unterfallen.

Entscheidend ist der Blick auf den konkreten Empfänger: Kann dieser die betroffene Person mit Mitteln bestimmen, die ihm vernünftigerweise zur Verfügung stehen, bleiben die Daten für ihn personenbezogen. Hat er aber keinen Zugriff auf den Schlüssel und auch sonst keine rechtlich und tatsächlich nutzbaren Mittel zur Re-Identifikation, kann der Personenbezug aus seiner Sicht fehlen.

Das ist der Kern des sogenannten „relativen Personenbezugs". Es kommt nicht allein auf den Datensatz an. Es kommt auch darauf an, wer ihn erhält und welche Mittel diese Stelle tatsächlich und rechtlich nutzen kann.

Mehr als Auftragsverarbeitung

Für § 25b SGB V ist diese Unterscheidung praktisch bedeutsam. Die Entwicklung eines Modells als Auftragsverarbeiter war bereits

Literatur

1. Urteil des Gerichtshofs (Erste Kammer) vom 4. September 2025, Rechtssache C-413/23 P, abrufbar unter: https://eur-lex.europa.eu/legal-content/DE/TXT/?uri=CELEX:62023CJ0413
2. Stoklas, J. (2025) EuGH: Personenbezug – absoluter oder relativer Ansatz bei pseudonymisierten Daten? In ZD-Aktuell, Jahrgang 15, Nr. 20, 01442, 31.10.2025
3. Grosmann, P./ Luh, C. (2025) Datenschutzrecht: Regeln zur Weitergabe pseudonymisierter Daten, EuZW, S. 1103
4. Golland, A. (2025) Regeln zur Weitergabe pseudonymisierter Daten mit Personenbezug, NJW, S. 3415
5. Gesetz zur verbesserten Nutzung von Gesundheitsdaten (GDNG) 2024, Bundesgesetzblatt 2024 I Nr. 21 vom 25. März 2024, abrufbar unter: https://www.recht.bund.de/bgbl/1/2024/101/VO.html?utm_source=chatgpt.com
6. Kühling, J./Buchner, B. (2024) Datenschutz-Grundverordnung/BDSG. Kommentar. 4. Auflage, München: C.H. Beck
7. He, Z. (2023): From Privacy Enhancing to Health Data Utilisation: The Traces of Anonymisation and Pseudonymisation in EU Data Protection Law. European Journal of Law and Technology, 2, Art. 17. DOI: 10.1007/s44206-023-00043-5, abrufbar unter: https://doi.org/10.1007/s44206-023-00043-5
8. Bundesministerium für Gesundheit (2026) Referentenentwurf eines Gesetzes für Daten und digitale Innovationen im Gesundheitswesen (GeDIG), abrufbar unter: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/gesetze-und-verordnungen/detail/gedig

Zitationshinweis

Gehrke, K., Jung, J.: „EuGH-Urteil: Neue Freiheiten für GKV-Daten", „Monitor Versorgungsforschung" (05/26), S. 56–57.
http://doi.org/10.24945/MVF.05.26.1866-0533.2860

möglich. Neu ist die Frage, ob der externe Dienstleister pseudonymisierte Daten auch über den einzelnen Auftrag hinaus nutzen kann, weil die von der Kasse übermittelten Daten für ihn außerhalb des Datenschutzrechts liegen.

Solche weiteren Nutzungen können etwa darin liegen, eigene Modelle zu verbessern, neue Verfahren zu testen oder allgemeine Werkzeuge für die Risikoerkennung zu entwickeln. Das geht deutlich weiter als die klassische Auftragsverarbeitung.

Die EuGH-Rechtsprechung kann hier neue Spielräume eröffnen. Voraussetzung ist aber, dass der Dienstleister die Versicherten vernünftigerweise nicht identifizieren kann. Dann können die Daten für ihn außerhalb des Datenschutzrechts liegen. Er wäre dann nicht deshalb gebunden, weil es sich für ihn um personenbezogene Daten handelt.

Das bedeutet gleichwohl nicht, dass die Daten beliebig genutzt werden dürfen. Auch dann bleiben Verträge, Sozialrecht, Geheimnisschutz und das Vertrauen der Versicherten wichtig. Die Kasse muss außerdem erklären können, warum sie Daten in dieser Form weitergibt und welche Zwecke damit verfolgt werden. Die EuGH-Entscheidung ist daher kein Freibrief. Sie schafft aber einen neuen Raum für rechtlich saubere Modelle der Zusammenarbeit.

Warum das für Innovation wichtig ist

Genau hier kann die EuGH-Rechtsprechung neue Spielräume schaffen. Die klassische Auftragsverarbeitung bleibt der sichere Standardfall für die primäre Entwicklung von § 25b-Algorithmen. Neu ist aber eine zweite Möglichkeit: Übermittelt die Krankenkasse Datensätze in einer Form, in der der externe Dienstleister den Personenbezug vernünftigerweise nicht wiederherstellen kann, dann kann der Empfänger diese Datensätze frei für weitere Innovations- oder Qualitätssicherungszwecke nutzen, da er nicht an datenschutzrechtliche Vorgaben gebunden ist. Diese Freiheit in der weiteren Datennutzung besteht nur, sofern die Krankenkasse die Nutzung für andere Zwecke nicht eingeschränkt hat.

Daraus kann eine neue Rolle der Dienstleister entstehen – nicht mehr nur verlängerter Arm der Kasse, sondern Partner für bessere Verfahren. Das kann die Versorgung verbessern. Denn viele Modelle werden besser, wenn sie mit größeren und vielfältigeren Datenbeständen entwickelt und geprüft werden. Fehlalarme können sinken. Risiken können früher erkannt werden. Auch Verzerrungen lassen sich besser prüfen, etwa wenn ein Modell bei bestimmten Altersgruppen oder Versichertengruppen schlechter funktioniert.

Pseudonymisierung muss belastbar sein

Diese neue Möglichkeit steht und fällt mit der Qualität der Pseudonymisierung. Ein Datensatz ist nicht schon deshalb unproblematisch, weil er als pseudonymisiert bezeichnet wird. Es muss geprüft werden, ob der Empfänger die Personen wirklich nicht bestimmen kann.

Dafür sind einfache, aber wichtige Fragen zu stellen: Enthält der Datensatz seltene Diagnosen, kleine Gruppen oder auffällige Verläufe? Können Alter, Region und Behandlungsweg zusammen eine Person erkennbar machen? Hat der Dienstleister Zugriff auf weitere Daten, die eine Zuordnung erleichtern? Gibt es klare Verbote der Re-Identifikation? Werden diese Verbote technisch abgesichert? Wird geprüft, ob Mitarbeitende des Dienstleisters andere Quellen nutzen könnten?

Je sensibler die Daten sind, desto strenger muss diese Prüfung ausfallen. Gesundheitsdaten sind besonders schutzbedürftig. Auch wenn sie für den Dienstleister keinen Personenbezug mehr haben, bleibt das Vertrauen der Versicherten entscheidend. Eine Kasse muss zeigen können, dass keine verdeckte Zweckverschiebung stattfindet.

Klare Regeln statt Datenfreigabe

Für die Praxis empfiehlt sich daher eine klare Trennung. Im ersten Schritt kann der externe Entwickler als Auftragsverarbeiter ein Modell für die Kasse entwickeln. Diese Verarbeitung bleibt eng an § 25b SGB V gebunden. Im zweiten Schritt kann geprüft werden, ob ein Datensatz so aufbereitet werden kann, dass der Dienstleister die Versicherten nicht mehr identifizieren kann. Nur dann kommen weitere Nutzungen in Betracht.

Diese Trennung sollte nicht nur technisch, sondern auch vertraglich abgesichert werden. Der Schlüssel zur Zuordnung darf nicht beim Dienstleister liegen. Der Zugriff auf Zusatzdaten muss ausgeschlossen sein. Die erlaubten Zwecke müssen klar beschrieben werden. Außerdem sollte dokumentiert werden, warum eine Re-Identifikation vernünftigerweise nicht zu erwarten ist.

Daneben bleiben weitere Regeln wichtig. Je nach Zweck und Einsatz kann auch die KI-Verordnung eine Rolle spielen. Wird ein System für medizinische Zwecke eingesetzt, kann zudem das Medizinprodukterecht relevant werden. Datenschutzrechtliche Entlastung bedeutet also nicht, dass keine Regeln mehr gelten. Sie verschiebt nur den Schwerpunkt: weg von der bloßen Frage des Personenbezugs hin zu Qualität, Kontrolle und Verantwortung.

Ausblick

Der § 25b SGB V zeigt, wohin sich die Nutzung von Sozialdaten bewegt. Daten sollen nicht nur vergangene Leistungen abbilden. Sie sollen helfen, Risiken früher zu erkennen und Versorgung besser zu planen.

Externe Dienstleister werden dabei eine wichtige Rolle spielen. Als Auftragsverarbeiter konnten sie entsprechende Modelle schon bisher entwickeln. Die neue EuGH-Rechtsprechung kann darüber hinaus neue Wege eröffnen. Werden Daten so übermittelt, dass der Entwickler die Versicherten vernünftigerweise nicht bestimmen kann, kann der Personenbezug aus Sicht der Luxemburger Richter entfallen. Dann kommen auch Nutzungen in Betracht, die über den einzelnen Auftrag hinausgehen.

Die Chance liegt in besseren Modellen und mehr Innovation. Das Risiko liegt in unklaren Zwecken, schwacher Kontrolle und verlorenem Vertrauen. Die Aufgabe der nächsten Jahre wird daher nicht nur sein, Daten nutzbar zu machen. Sie wird auch darin bestehen, klare Regeln für ihre Nutzung zu schaffen. Nur dann kann § 25b SGB V zu einem Instrument werden, das Risiken früh erkennt, die Versorgung verbessert und zugleich die Versicherten schützt.

Darüber hinaus zeigen verschiedene aktuelle gesetzgeberische Entwicklungen, dass unter bestimmten Voraussetzungen die vorhandenen Daten verstärkt genutzt werden sollen und können, was künftig zu einer verbesserten Gesundheitsversorgung und Steuerung beitragen kann. <<

Eine narrative Synthese für Deutschland

Handlungsfelder für eine flächendeckende Diabetesversorgung bei steigender Prävalenz und Fachkräftemangel

Das deutsche Gesundheitssystem steht vor erheblichen finanziellen und strukturellen Herausforderungen, zu denen nichtübertragbare chronische Erkrankungen – insbesondere Typ-2-Diabetes mellitus (T2DM) – maßgeblich beitragen. Aktuell leben in Deutschland etwa 9,3 Mio. (diagnostizierte) Menschen mit T2DM, zusätzlich ist von etwa 2 Mio. bislang unentdeckten Fällen auszugehen. Die jährliche Inzidenz beträgt rund 450.000 Neuerkrankungen. T2DM macht 95% aller Diabetesfälle aus – die Prävalenz des Typ-1-Diabetes mellitus (T1DM) ist mit 375.000 Fällen deutlich niedriger.[1,2] Nach Angaben des Deutschen Zentrums für Diabetesforschung (DZD) ist in Deutschland rund jeder fünfte Todesfall (ca. 16%) mit T2DM oder dessen Komorbiditäten, insb. Herz-Kreislauf-Erkrankungen, assoziiert.[3] Die direkten Ausgaben für Diabetes lagen 2023 bei 9,7 Mrd. Euro jährlich.[4] Gesundheitsökonomisch bedeutsamer sind jedoch die mittel- und langfristigen Folgekosten der diabetesassoziierten Komorbiditäten, welche 67% der gesamten T2DM-Kosten ausmachen.[5] Die jährlichen direkten Gesamtkosten belaufen sich derzeit auf 36,1 Mrd. Euro, zuzüglich indirekter Kosten etwa durch Arbeitsunfähigkeit oder Frühberentung.[2] Im Jahr 2040 wird ein Anstieg der Menschen mit Diabetes auf ca. 12 Mio. prognostiziert.[1] Dieses begründet sich u. a. auf der demografischen Alterung der Bevölkerung sowie der verbesserten Versorgung und der impliziten Reduktion der Mortalität.[6] Diese Entwicklung wird die bestehende Versorgungssituation noch verschärfen.

>> Diabetes mellitus ist mit einem überdurchschnittlich hohen Versorgungsaufwand verbunden, der mit zunehmender Krankheitsdauer und -komplexität weiter ansteigt.[7,8] Patient:innen mit intensivierter Insulintherapie (ICT), Multimorbidität oder diabetischem Fußsyndrom benötigen im Vergleich zu Patient:innen in frühen Krankheitsstadien mehr Zeit pro Behandlungskontakt sowie eine engmaschigere und koordinierte Betreuung.[7]

Vor diesem Hintergrund empfehlen Fachgesellschaften für Menschen mit T2DM strukturierte, zielgruppen- und therapiespezifische Schulungs- und Behandlungsprogramme,[9] regelmäßige Kontrolltermine, fortlaufende Überprüfungen der Therapiestrategien, regelmäßige Screenings und Monitorings der Folge- und Begleiterkrankungen sowie eine interprofessionelle Zusammenarbeit verschiedener Gesundheitsberufe.[7]

Die diabetologische Versorgung erfolgt in Deutschland derzeit auf drei Ebenen[2,10,11] (siehe Abb. 1):

Der Zugang zu einer solch umfassenden Versorgung und die Sicherstellung eines guten Therapiemanagements bilden die Voraussetzungen für eine gute glykämische Kontrolle, welche essenziell für Menschen mit Diabetes ist. Diese ist mit einem langfristigen Therapieerfolg assoziiert und fungiert als Prädiktor für das Risiko diabetesbedingter Komplikationen (Retinopathie, Nephropathie, Neuropathie).[12]

Allerdings wird dieser Zugang zu und die Sicherstellung einer flächendeckenden, qualitativ hochwertigen Versorgung von Menschen mit Diabetes in den kommenden Jahren zunehmend herausfordernd, was verzögerte Therapieanpassungen[13] sowie Krankheitsprogressionen[7] begünstigen kann. Das kann die Belastung des Gesundheitssystems durch diabetesbedingte Folgeerkrankungen – auch finanziell – erhöhen.

Die Ursache hierfür ist nicht ein einzelner Faktor, sondern die Wechselwirkung mehrerer struktureller Entwicklungen:

Unterversorgung mit diabetologisch tätigen Fachärzt:innen in ländlichen Gebieten

Die spezialisierte Versorgung (Ebene 2) ist in Deutschland regional ungleich verteilt und weist ein ausgeprägtes West-Ost-Gefälle auf: Während Rheinland-Pfalz (4,09 Fachärzt:innen pro 100.000 Einwohner:innen) gefolgt vom Saarland (3,06) über eine hohe fachärztliche Versorgungsdichte verfügen, liegt die Dichte in ländlichen – insbesondere ostdeutschen – Regionen deutlich darunter (Mecklenburg-Vorpommern: 1,08, Brandenburg: 1,10).[14]

Eine geringere Fachärztedichte geht unmittelbar mit einem eingeschränkten Zugang einher, der sich in längeren Wartezeiten, eingeschränkter regionaler Verfügbarkeit spezialisierter Leistungen sowie einer verstärkten Belastung der hausärztlichen Versorgung zeigen kann.[1] Von besonderer Relevanz sind die Versorgungsdisparitäten[10,14] vor dem Hintergrund der überdurchschnittlichen Diabetesprävalenz im östlichen Teil Deutschlands.[6,14] In Regionen mit erhöhter Krankheitslast stehen somit vergleichsweise geringere Versorgungskapazitäten zur Verfügung, sodass insb. Patient:innen mit komplexen Krankheitsverläufen von Versorgungsengpässen betroffen sein können, da für diese eine engmaschigere Betreuung sowie ein erhöhter zeitlicher und personeller Ressourceneinsatz erforderlich ist.[7] Diese Unterversorgung kann potenziell negative Auswirkungen auf die Kontinuität und Qualität der Therapie haben.[15]

Nachwuchssituation in der Diabetologie

Die regionalen Unterschiede in der Versorgung sind dabei nicht isoliert zu betrachten, sondern stehen in einem engen Zusammenhang mit den verfügbaren akademischen und strukturellen Ressourcen.

Universitäre Standorte übernehmen zentrale Funktionen in Forschung, Lehre sowie ärztlicher Weiterbildung und tragen damit wesentlich zur Ausbildung zukünftiger Diabetolog:innen bei. In den vergangenen 20 Jahren ist die Zahl klinischer Lehrstühle für Endokrinologie/Diabetologie von 17 auf heute acht gesunken. Damit gingen Forschungs- und Lehrkapazitäten, Ausbildungs- und Weiterbildungsmöglichkeiten verloren.[16] Die Einrichtungen fehlen insb. in ländlichen Regionen,[17] was einerseits die Besetzung akademischer Positionen sowie die Niederlassung spezialisierter Fachärzt:innen erschwert und unattraktiv macht.[18,19]

Gleichzeitig ist das Fach in Studium und Weiterbildung nur begrenzt verankert, was zu geringen Kenntnissen und einer niedrigen Attraktivität unter angehenden Ärzt:innen führt.[16,20] Fachgesellschaften weisen darauf hin, dass diese Entwicklung die Nachwuchsgewinnung erschwert und langfristig zu einem Rückgang diabetologischer Expertise in Klinik und Praxis beitragen kann.[16,19]

Die Reduktion der Ausbildungsmöglichkeiten sowie die implizite verminderte Niederlassungsbereitschaft, insb. in derzeit unterversorgten Regionen, kann eine Kausalkette auslösen: Eine schlechtere akademische Infrastruktur zieht keinen Nachwuchs an, die Fachärzt:innendichte wird weiter reduziert, woraus wiederum eine Verschlechterung/Verknappung der regionalen Versorgung resultieren kann.

Die Altersstruktur der Fachärzt:innen verstärkt die Nachwuchskrise zusätzlich: In einer Befragung im Rahmen des dt-Reports waren mehr als die Hälfte der befragten Diabetolog:innen älter als 55 Jahre, nur etwa 10% sind jünger als 40 Jahre.[21] Folglich ist mittelfristig ein weiterer Rückgang an ärztlichen Fachkräften erwartbar.[2] Die beschriebenen Entwicklungen erhöhen das Risiko einer unzureichenden Diabetesversorgung, insb. infolge einer verminderten Inanspruchnahme adäquater, spezialisierter Leistungen,[22] mit benannten Folgen der Verzögerungen von Therapieanpassungen sowie den Auswirkungen auf die Glukosekontrolle.[13,23] Letzteres kann eine Therapieeskalation erforderlich machen, die ansteigende Kosten für Arzneimittel, Hilfsmittel und Verbrauchsmaterialien verursacht.[7] Zudem besteht ein erhöhtes Risiko für diabetesbedingte Komplikationen und Krankenhausaufenthalte,[12,23-25] welche steigende Kosten durch Folgebehandlungen verursachen können.[5]

Um den bestehenden und sich zukünftig noch verschärfenden Herausforderungen zu begegnen, sind verschiedene Maßnahmen zu diskutieren.

Stärkung der Diabetologie in der Aus- und Weiterbildung

Vor dem Hintergrund der steigenden Versorgungslast bei gleichzeitig drohendem Fachkräftemangel sollten klinische Lehrstühle und Behandlungskapazitäten im Bereich der Diabetologie und Endokrinologie an sämtlichen medizinischen Fakultäten in Deutschland erhalten und wieder ausgebaut werden. Die Leistungsgruppe „komplexe Diabetologie/Endokrinologie“ (LG 2) sollte an größeren Krankenhäusern etabliert und langfristig gesichert werden, um der zunehmenden Komplexität diabetologischer Krankheitsverläufe bedarfsgerecht begegnen zu können. Auch könnte diabetologische Expertise durch ärztlich geleitete, multidisziplinäre Behandlungsteams (bspw. Diabetes-Units) regelhaft in der allgemeinen Inneren Medizin (LG 1) in Krankenhäusern verankert werden. Zertifizierte DDG-Zentren sollten zudem künftig stärker als Leuchttürme einer strukturierten und leitliniengerechten Versorgung wahrgenommen sowie in ihrer Versorgungsfunktion gestärkt werden.[26,27]

Darüber hinaus sollten gezielte Maßnah-

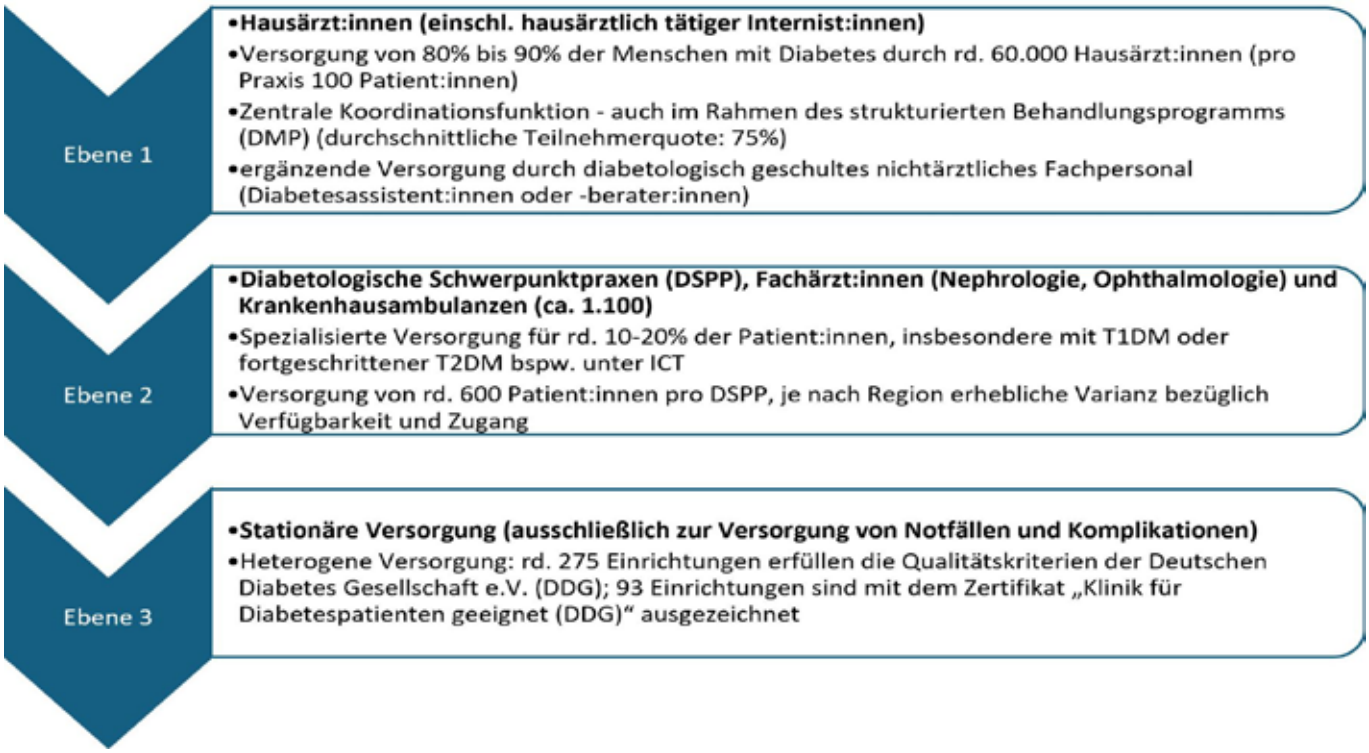


Abb. 1: Diabetologische Versorgung in Deutschland. Eigene Darstellung in Anlehnung an DDG (2025a), Nagel et al. (2006) und Laiteerapong (2019).

men zur Aus- und Weiterbildung ambulanter Diabetolog:innen weiter ausgebaut oder neu implementiert werden, um bestehende Versorgungslücken, insb. im fachärztlichen Bereich, zu schließen. Positiv hervorzuheben sind die seit vielen Jahren bestehenden Initiativen der DDG, darunter Reisestipendien, Mentoring-Programme, Veranstaltungen wie der „Students' Diabetes Day" an Universitäten, Projektförderungen sowie die Arbeitsgemeinschaft Nachwuchs.[28,29]

Die Weiterbildung zu ambulant tätigen Diabetolog:innen könnte ebenso im Rahmen sektorenübergreifender Weiterbildungsverbünde zwischen Kliniken und DSPP organisiert werden. Die Voraussetzung hierfür wäre eine verlässliche und einheitliche Refinanzierung der Weiterbildung in beiden Versorgungsbereichen, unabhängig von der unmittelbaren Erlösfähigkeit der Weiterbildungsassistent:innen.[2,30]

Angesichts regionaler Versorgungsunterschiede und begrenzter Aus- und Weiterbildungskapazitäten erscheint darüber hinaus der gezielte Ausbau universitärer Strukturen sinnvoll. Insbesonders in strukturschwachen und unterversorgten Regionen könnten zusätzliche Lehrstühle für Diabetologie und Endokrinologie einen Beitrag zur Stärkung von Forschung, Lehre und Nachwuchsgewinnung leisten. Bestehende Landärzteprogramme bieten hierfür einen geeigneten Ansatzpunkt, um die ärztliche Tätigkeit und Niederlassung in ländlichen Gebieten attraktiver zu gestalten.[31]

Sektorenübergreifende Versorgung

Vor dem Hintergrund regionaler Versorgungsunterschiede und eines wachsenden Versorgungsbedarfs können sektorenübergreifende Versorgungskonzepte einen maßgeblichen Beitrag für die Sicherstellung einer bedarfsgerechten Diabetesversorgung leisten.[32] Insbesondere der Ausbau telemedizinischer Strukturen bietet die Möglichkeit, den Zugang zu diabetologischer Expertise in ländlichen und unterversorgten Regionen zu verbessern, die Zusammenarbeit zwischen haus- und fachärztlicher Versorgung zu intensiveren und eine kontinuierliche Betreuung von Menschen mit Diabetes zu ermöglichen.[32]

Angesichts einer steigenden Prävalenz, eines zunehmenden Fachkräftemangels sowie regionaler Versorgungsengpässe können die begrenzten Ressourcen so effizienter genutzt werden. Digitale Technologien wie Messsysteme zur kontinuierlichen interstitiellen Glukosemessung in Echtzeit (rtCGM) können eine effektive telemedizinische Betreuung unterstützen, indem sie die Glukosedynamik visualisieren sowie eine datenbasierte Betreuung erleichtern. Darüber hinaus können sie das Selbstmanagement von Patient:innen fördern, die glykämische Kontrolle verbessern sowie das Risiko diabetesbedingter Komplikationen senken.[33] Beispiele für sektorenübergreifende Kooperationsmodelle sind Diabetes-Units, Konsildienste sowie koordinierte Behandlungspfade unter Einbindung digitaler Instrumente wie der elektronischen Patientenakte, des elektronischen Rezepts, telemedizinischer Anwendungen oder digitaler DMPs.[1,2,32]

Literatur

1. DDG (2026): https://www.ddg.info/fileadmin/user_upload/DDG_Factsheet_2026.pdf.
2. DDG (2025a): https://www.ddg.info/fileadmin/user_upload/Deutscher_Gesundheitsbericht_2026_final.pdf.
3. DZD (2024): https://www.dzd-ev.de/fileadmin-dzd/DZD/PDF/Publikationen/2024_Imagebroschuere_DZD_Forschen-fuer-eine_Zukunft.pdf.
4. Destatis Statistisches Bundesamt (2026): https://genesis.destatis.de/datenbank/online/ (Tabellencode: 23631-0001)
5. Kähm, K. et al.(2018): https://doi.org/10.2337/dc17-1763.
6. RKI (2025): https://www.gbe.rki.de/DE/Themen/Gesundheitszustand/KoerperlicheErkrankungen/DiabetesMellitus/DiabetesPraevalenz18Plus/diabetesPraevalenz_node.html?darstellung=0&kennzahl=1&zeit=2024&geschlecht=0&standardisierung=0.
7. AMWF (2023): https://register.awmf.org/assets/guidelines/nvl-001l_S3_Typ-2-Diabetes_2026-02.pdf.
8. DDG (2025b): https://www.ddg.info/presse/2025/typ-2-diabetes-als-komplexe-erkrankung-immer-besser-verstehen-heterogene-subtypen-eroeffnen-neue-perspektiven-fuer-individualisierte-therapie-und-praevention.
9. Gallwitz, B. et al. (2025): https://www.ddg.info/fileadmin/user_upload/05_Behandlung/01_Leitlinien/Praxisempfehlungen/2025/PE_Therapie_Typ-2-Diabetes_2025.pdf. Letzter Zugriff: Juli 2026.
10. Nagel et al. (2006): https://www.aerzteblatt.de/archiv/diabetesversorgung-deutliche-regionale-unterschiede-7c09c60f-7fca-4b1e-a357-f254463939ba.
11. Laiteerapong, N. (2019): https://doi.org/10.2337/dc17-1144.
12. Stratton, I. M. et al. (2000): https://doi.org/10.1136/bmj.321.7258.405.
13. Lind, M. (2021): https://doi.org/10.2337/dc20-2439.
14. Almigbal, T. (2023): https://doi.org/10.3390/medicina59010182.
15. Cicek, M. et al. (2021): https://doi.org/10.1016/j.ecl.2021.05.012.
16. DZD (2019): https://www.dzd-ev.de/presse/pressemitteilungen/pressemitteilungen-archiv/pressemitteilungen-2019/diabetologie-fehlender-nachwuchs-steigender-bedarf. 17. Papazachariou, A. et al. (2025): https://doi.org/10.1186/s12982-025-00457-1.
18. Holst, J. (2020): https://doi.org/10.3390/ijerph17176423.
19. DDG (2019): https://www.ddg.info/fileadmin/user_upload/09_Presse/Pressemitteilungen/2019/20190902_Studierendenbefragung_V.pdf. 20. Diabetologie-online (o.D.): https://www.diabetologie-online.de/a/nachwuchsmangel-in-der-diabetologie-fehlende-lehrstuehle-und-zu-wenig-diabeteswissen-im-medizinstudium-1901753.
21. Kulzer, B. (2019): https://www.diabetologie-online.de/a/schwerpunkt-dt-report-dt-report-die-wichtigsten-ergebnisse-2513994. 22. Lau, T & Osterloh, F. (2022): https://api.aerzteblatt.de/pdf/119/22/a1008.pdf.
23. Harris, S. B. & Levrat-Guillen, F. (2023): https://doi.org/10.1111/dom.15025. 24. Stratton, I.M. et al. (2000): https://doi.org/10.1136/bmj.321.7258.405. 25. Garg, S. K. et al. (2024): https://doi.org/10.1111/dom.15866.
24. Stratton, I.M. et al. (2000): https://doi.org/10.1136/bmj.321.7258.405.
25. Garg, S. K. et al. (2024): https://doi.org/10.1111/dom.15866.
26. DDG (2025c): https://www.diabetesde.org/system/files/document/250213_Agenda%20Diabetologie2030.pdf.
27. DDG (2026): https://www.ddg.info/fileadmin/user_upload/dz_2026-01.pdf.
28. DDG (o.D): https://www.ddg.info/nachwuchsfoerderung. 29. BVND (2020): https://www.bvnd.de/nachwuchs/weiterbildung-und-nachwuchs/.
30. MedTriX GmbH (2026): https://www.medical-tribune.de/medizin/diabetologie/schnittstellen-wie-koennen-wir-sektorengrenzen-in-der-diabetologie-ueberwinden.
31. Bundesministerium für Gesundheit (2021): https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/B/Bekanntmachungen/Foerderbekanntmachung_Landaerzteprogramm.pdf.
32. Siegel, E. (2017): https://doi.org/10.1007/s11428-016-0171-9.
33. Wilmot, E. et al. (2026): https://www.thelancet.com/journals/landia/article/PIIS2213-8587(26)00076-8/fulltext.
34. Handelsman, Y. et al. (2024): https://doi.org/10.1016/j.metabol.2024.155931.
35. Abbott (2023): https://www.de.abbott/content/dam/corp/abbott/de-de/documents/press-releases/2023/ADC-Europe-France-National-Basal-final.pdf.
36. Bundesamt für Gesundheit (BAG) (2026): https://www.bag.admin.ch/dam/de/sd-web/qMI3Bk6CgRFu/%C3%84nderungen%20Anhang%202%20KLV%20MiGeL%20vom%209.%20Juni%202026%20per%201.%20Juli%202026.pdf.

Sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen bieten somit das Potenzial, den unterschiedlichen medizinischen und psychosozialen Bedarfen von Menschen mit Diabetes besser gerecht zu werden und die Versorgung entlang des gesamten Krankheitsverlaufs zu koordinieren. Durch eine engere Vernetzung der beteiligten Leistungserbringer, eine kontinuierliche Verlaufsbeobachtung sowie einen frühzeitigen Informationsaustausch können Therapieentscheidungen zeitnah getroffen, Versorgungslücken reduziert und vermeidbare Akutkomplikationen verhindert werden.[2]

Entsprechende integrierte Versorgungskonzepte sollten insbesonders unter Beteiligung von DSPP entwickelt werden, die bereits heute über etablierte multiprofessionelle Versorgungsstrukturen, diabetologische Expertise, Schulungskapazitäten sowie die technische Infrastruktur zur Durchführung komplexer ambulanter Behandlungs- und Betreuungsprozesse verfügen.[2,30] Aufgrund ihrer Schnittstellenfunktion zwischen hausärztlicher Versorgung, Krankenhäusern und weiteren Gesundheitsberufen könnten DSPP eine koordinierende Rolle innerhalb regionaler diabetologischer Versorgungsnetzwerke übernehmen. Dies gilt insbesondere für Regionen mit begrenzter Verfügbarkeit spezialisierter diabetologischer Facharztstrukturen.[2,30]

Für eine nachhaltige Implementierung dieser Vorhaben ist jedoch die Anpassung der Vergütungsstrukturen (Hybrid-DRGs, Anpassung bestehender Honorar- und Budgetierungsregelungen) essenziell.[1]

Stärkung des Therapiemanagements durch Patient-Empowerment

Neben den strukturellen Maßnahmen gilt es verstärkt, die Selbstbefähigung von Menschen mit Diabetes zum Management der eigenen Therapie als zentrale Säule der Diabetestherapie zu fördern.[18] Schulungen, begleitet durch medizinisches Fachpersonal, sowie der Einsatz von Diabetestechnologien wie rtCGM-Systemen können sowohl das krankheitsspezifische Wissen als auch die Fähigkeit zum eigenständigen Therapiemanagement deutlich verbessern.[19-22]

Randomisiert kontrollierte Studien wie die kürzlich veröffentlichte FreeDM2-Studie[33] zeigen, dass rtCGM-Systeme durch das direkte Biofeedback von Ernährung- und Bewegungsgewohnheiten bereits singulär oder ebenso in der Kombination mit Schulungen Verhaltensanpassungen sowie das Selbstmanagement fördern. Dies führt zu signifikanten Verbesserungen der glykämischen Kontrolle (HbA1c, Zeit im Zielbereich (TIR))[15-18] sowie der Reduktion mikro- und makrovaskulärer Begleit- und Folgeerkrankungen.[19-25] Die positiven Effekte von rtCGM-Systemen können über unterschiedliche Therapiestufen beginnend bei der oralen Medikation über die oralunterstützte Basalinsulintherapie (BOT) bis zur ICT nachgewiesen werden.[20,26-28]

Derzeit werden jedoch die Systeme, anders als im europäischen Ausland (bspw. Italien, Frankreich, Schweiz), nur für Patient:innen mit einer ICT im Rahmen der GKV-Regelversorgung erstattet.[34-36]

Darüber hinaus können rtCGM-basierte Versorgungskonzepte einen Beitrag zur Bewältigung struktureller Herausforderungen leisten. So könnten rtCGM-Systeme bei dem bereits heute schon vorliegenden Ärztemangel eingesetzt werden, um im Rahmen des Telemonitorings Routinebesuche von Patient:innen mit Diabetes zu verringern. Durch die kontinuierliche Fernüberwachung und datenbasierte Therapieanpassung könnten somit auch Versorgungslücken reduziert und daraus resultierende Begleit- und Folgeerkrankungen verringert werden. Gleichzeitig kann das verbesserte Selbstmanagement zu einer Reduzierung der nötigen Ärztekontakte beitragen[33], womit die begrenzten personellen und strukturellen Ressourcen bedarfsgerecht verteilt werden können.

Die Diabetesversorgung in Deutschland steht vor wachsenden Herausforderungen. Einer steigenden Prävalenz und einem damit verbundenen zunehmenden Versorgungsbedarf stehen regionale Versorgungsdisparitäten, ein drohender Fachkräftemangel sowie begrenzte Aus- und Weiterbildungskapazitäten gegenüber. Diese Faktoren können sich gegenseitig verstärken: Insbesondere in ländlichen und strukturschwachen Regionen erschweren eingeschränkte Ausbildungs- und Weiterbildungsstrukturen die Gewinnung und Bindung diabetologischer Fachkräfte, wodurch der Zugang zu bedarfsgerechter Versorgung weiter eingeschränkt werden kann. Um dieser Entwicklung entgegenzuwirken, soll der Ausbau diabetologischer Aus- und Weiterbildung durch eine stärkere Berücksichtigung/Verankerung des Fachs im Medizinstudium sowie die Nachwuchsförderung, eine stärkere sektorenübergreifende Vernetzung sowie innovative Versorgungskonzepte ausgebaut werden. Diabetes-Units, Konsildienste und koordinierte Behandlungsprozesse unter Nutzung digitaler Anwendungen können dazu beitragen, vorhandene Ressourcen effizienter einzusetzen und die Versorgung sektorenübergreifend zu koordinieren. Ergänzend können moderne Medizintechnologien wie rtCGM-Systeme, durch die Stärkung des Patienten-Selbstmanagements die Therapieoptimierung unterstützen und dazu beitragen, eine bedarfsgerechte und nachhaltige Diabetesversorgung langfristig sicherzustellen. <<

von:
Dr. rer. pol. Robert Haustein[1]
ORCID: 0009-0002-9389-7373
Lotte Wedekind BSc[1]
ORCID: 0009-0004-6635-8918

1: Abbott GmbH

Autorenerklärung

Robert Haustein und Lotte Wedekind sind Mitarbeitende der Abbott GmbH in Wiesbaden. Sie haben an der Auswertung der Daten und der Interpretation der Ergebnisse mitgewirkt. Die Analyse wurde durch die Abbott GmbH erstellt und finanziert.

Zitationshinweis

Haustein, R., Wedekind, L.: „Handlungsfelder für eine flächendeckende Diabetesversorgung bei steigender Prävalenz und Fachkräftemangel – eine narrative Synthese für Deutschland“, in „Monitor Versorgungsforschung“ (05/26), S. 58–62. http://doi.org/10.24945/MVF.05.26.1866-0533.2872

Abkürzungen

BOT = Basalinsulinbasierte Therapie in Kombination mit SGLT2_Inhibitoren und/oder GLP_1_Rezeptoragonisten
DZD = Deutsches Zentrum für Diabetesforschung
DDG = Deutsche Diabetesgesellschaft
DMP = strukturiertes Behandlungsprogramm (Disease-Management-Program)
DRG = diagnosebezogene Fallgruppen (Diagnosis Related Group)
DSPP = Diabetologische Schwerpunktpraxis
GLP-1 = Glucagon-like Peptide-1
HbA1c = Hämoglobin A1c
ICT = Intensivierte Insulintherapie
LG = Leistungsgruppe
rtCGM = kontinuierliche interstitielle Glukosemessung in Echtzeit
SGLT2-Inhibitoren und GLP-1-Rezeptoragonisten
SGLT2-Natrium-Glukose-Cotransporter-2
T1DM = Typ-1-Diabetes mellitus
T2DM = Typ-2-Diabetes mellitus
TIR = Zeit im Zielbereich (Time in Range)

Zusammenfassung

Einleitung: Typ-2-Diabetes mellitus bindet einen wachsenden Teil der Versorgungskapazität. Prävalenz, Krankheitslast und die direkten wie indirekten Kosten diabetesbedingter Komplikationen steigen. Zugleich bestehen regionale Unterschiede im Zugang zu diabetologischen Leistungen; Fachkräftemangel und begrenzte Weiterbildungskapazitäten gefährden die flächendeckende Verfügbarkeit spezialisierter Angebote.
Methoden: Narrative Synthese epidemiologischer und gesundheitsökonomischer Studien, von Versorgungsberichten, der Nationalen VersorgungsLeitlinie sowie von Berichten und Empfehlungen der Deutschen Diabetes Gesellschaft.
Ergebnisse: Als Handlungsfelder treten der Ausbau der diabetologischen Aus-, Fort- und Weiterbildung, implizit die Stärkung universitärer und klinischer Strukturen sowie die Nachwuchsförderung, hervor. Sektorenübergreifende und telemedizinische Versorgungskonzepte verbessern den Zugang zu diabetologischer Expertise in strukturschwachen Regionen und die Koordination der Versorgung. Strukturierte Schulungs- und Behandlungsprogramme sowie Systeme zur kontinuierlichen interstitiellen Glukosemessung in Echtzeit (rtCGM) stützen Therapiemanagement, Gesundheitskompetenz und Selbstmanagement.
Diskussion: Eine bedarfsgerechte Diabetesversorgung erfordert langfristig strukturelle Reformen, den Ausbau der Versorgungskapazitäten, eine stärkere sektorenübergreifende Vernetzung und den Einsatz entsprechender Medizintechnologien. Deren Verknüpfung in integrierten Versorgungskonzepten kann Effizienz und Versorgungsqualität verbessern.
Schlüsselwörter: Typ-2-Diabetes mellitus, Diabetesversorgung, Versorgungsstrukturen, Diabetologische Weiterbildung, Sektorenübergreifende Versorgung, Telemedizin, Kontinuierliche Glukosemessung, Selbstmanagement

Fields of action for nationwide diabetes care amid rising prevalence and workforce shortage - A narrative synthesis from Germany

Introduction: Type 2 diabetes mellitus binds a growing share of care capacity in Germany. Prevalence, disease burden and the direct and indirect costs of diabetes-related complications are rising. Access to specialist diabetes services also differs between regions, and a shortage of specialists together with limited training capacity threatens their nationwide availability.
Methods: Narrative synthesis of epidemiological and health economic studies, health care reports, the German National Care Guideline (NVL) and reports and recommendations of the German Diabetes Association (DDG).
Results: Fields of action are training in diabetology at undergraduate, postgraduate and continuing level, stronger university and hospital structures, and the recruitment of junior specialists. Cross-sectoral and telemedical care models improve access to diabetological expertise in structurally weak regions and support care coordination. Structured education and treatment programmes and real-time continuous glucose monitoring (rtCGM) support therapy management, health literacy and self-management.
Discussion: Meeting future demand in diabetes care requires structural reform, additional capacity, closer cross-sectoral integration and the use of corresponding medical technologies. Combining these approaches within integrated care models can improve efficiency and quality of care.
Keywords: Type 2 diabetes mellitus, diabetes care, health care structures, training in diabetology, cross-sectoral care, telemedicine, continuous glucose monitoring, self-management

Neuer Generationenvertrag

>> Mit dem „Neuen Generationenvertrag für die Pflege“ präsentiert der Verband der Privaten Krankenversicherung (PKV) eine Alternative zur bevorstehenden Pflegereform. Ziel des Konzepts ist es, den Beitragssatz in der Pflege zu senken und eine implizite Verschuldung zulasten der jungen Generation zu stoppen. Der „Neue Generationenvertrag“ sieht vor, die Zahlbeträge der gesetzlichen Pflegeversicherung auf dem heutigen Niveau festzuschreiben. In der Folge würde der Beitragssatz sukzessive sinken. Die Versicherten hätten somit mehr Spielraum, um selbst gegen das Pflegerisiko vorzusorgen – zum Beispiel mit einer Pflegezusatzversicherung. „Angesichts der zunehmenden Überforderung von Beitragszahlern und Wirtschaft ist ein Umdenken in der Pflegefinanzierung überfällig“, erklärt dazu PKV-Verbandsdirektor Florian Reuther.

Der ‚Neue Generationenvertrag‘ des PKV-Verbands sei ein durchgerechnetes Modell, mit dem der Ausstieg aus der Beitragsspirale in der Sozialen Pflegeversicherung gelingen könne. Bei konsequenter Umsetzung könnte der Beitragssatz sogar von heute durchschnittlich 3,8% auf bis zu 2,3% im Jahr 2050 sinken. Noch habe die Politik die Chance, die Pflegereform entsprechend nachzujustieren. Jede Forderung nach einer weiteren Ausdehnung der Leistungen, etwa durch eine stärkere Begrenzung der Eigenanteile, belaste insbesondere junge Menschen überproportional und würge die ohnehin stotternde Wirtschaft weiter ab. <<

1: https://t1p.de/ps588

Safe the Date: MVF-Kongress 27.11.

>> „Primärversorgung 2030 – Implementierung und Verbindlichkeit“. So lauten Titel und Motto des 15. MVF-Fachkongresses. Veranstalter sind „Monitor Versorgungsforschung“ (MVF) in Kooperation mit dem Deutschen Netzwerk Versorgungsforschung (DNVF).

Bitte halten Sie sich schon einmal den Termin frei: 27. November 2026 (Freitag), 9:00 bis 17:00 Uhr im Scharounsaal der AOK Nordost, Wilhelmstraße 1, 10963 Berlin.

Eine erstes Programm des 15. MVF-Jahreskongresses finden Sie auf dem MVF-Portal hier: https://t1p.de/m9lya<<

EU-HTA-Verfahren

Strukturelle und methodische Limitationen des EU-HTA-Verfahrens für Onkologika in Deutschland

Deutschland zählt zu den bedeutendsten Arzneimittelmärkten Europas und zeichnet sich durch eine unmittelbare Erstattungsfähigkeit neu zugelassener Arzneimittel zum Zeitpunkt der Markteinführung aus. Seit Inkrafttreten des Arzneimittelmarktneuordnungsgesetzes (AMNOG) im Jahr 2011 unterliegen neue Arzneimittel einer Nutzenbewertung durch den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA), welche die Grundlage für die anschließenden Preisverhandlungen bildet. Ziel dieses Systems ist es, Preisaufschläge ausschließlich für Arzneimittel mit nachgewiesenem Zusatznutzen gegenüber einer vom G-BA festgelegten zweckmäßigen Vergleichstherapie (zVT) zu ermöglichen und zugleich Transparenz sowie methodische Konsistenz sicherzustellen [1]. Mit der EU-HTA-Verordnung (HTAR) wurde ab Januar 2025 schrittweise ein verpflichtendes gemeinsames Verfahren zur klinischen Bewertung neu zugelassener Arzneimittel auf europäischer Ebene eingeführt.

>> Onkologische Wirkstoffe und Arzneimittel für neuartige Therapien (Advanced Therapy Medicinal Products, ATMP) bilden die ersten Produktgruppen, für die eine solche gemeinsame klinische Bewertung (Joint Clinical Assessment, JCA) vorgesehen ist. Das EU-HTA-Verfahren wird parallel zum Zulassungsverfahren durchgeführt. Der festgelegte Bewertungsumfang soll inklusiv sein und die Bedürfnisse der Mitgliedstaaten möglichst umfassend abbilden. Seitens der EU-Kommission wird erwartet, dass durch diese Abstimmung Doppelbewertungen auf nationaler Ebene vermieden, Marktzugänge beschleunigt und Ressourcen effizienter eingesetzt werden [2].

In Deutschland wurde die prozessuale Anbindung an das EU-HTA-Verfahren mit einer Änderung der Arzneimittel-Nutzenbewertungsverordnung (AM-NutzenV) und der Verfahrensordnung des G-BA (VerfO) umgesetzt. Angesichts erwarteter Lernprozesse in der Einführungsphase auf EU-Ebene und in der Verzahnung mit nationalen Verfahren wurden zunächst nur geringfügige Anpassungen der Rechtsgrundlage vorgenommen [3]. Nicht der EU-HTA-Bericht selbst steht im Zentrum des Verfahrens, sondern dem pharmazeutischen Unternehmer (pU) wird laut § 4 Abs. 2a AM-NutzenV die Möglichkeit eingeräumt, im deutschen AMNOG-Dossier auf das EU-Herstellerdossier zu verweisen [4]. Voraussetzung hierfür ist jedoch, dass kongruente Datensätze vorliegen, die analog der in Deutschland geltenden methodischen Vorgaben ausgewertet wurden. Da das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) im Regelfall die Bewertung des AMNOG-Dossiers im Auftrag des G-BA durchführt, orientieren sich diese am jeweils aktuellen Methodenpapier des Instituts.

Der vorliegende Beitrag analysiert beispielhaft anhand von im Jahr 2024 initiierten Nutzenbewertungen onkologischer Arzneimittel, inwieweit die Zielsetzungen der HTAR mit dem deutschen AMNOG-Verfahren in seiner aktuellen Ausgestaltung vereinbar sind. Aufgrund der unmittelbaren Erstattungsfähigkeit ist die Marktverfügbarkeit neu zugelassener Arzneimittel in Deutschland bereits frühzeitig und umfassend gewährleistet [5]. Im Fokus stehen deshalb Unterschiede hinsichtlich des zeitlichen Ansatzes, der Datenaktualität sowie der methodischen Anforderungen, die die praktische Nutzbarkeit von Ergebnissen aus dem EU-HTA-Verfahren im deutschen Kontext beeinflussen und damit sowohl die Vermeidung von Doppelbewertungen als auch den effizienten Einsatz von Bewertungsressourcen betreffen.

Materialien und Methoden

Es wurde eine retrospektive Analyse der vom G-BA im Jahr 2024 gestarteten Nutzenbewertungen für onkologische Arzneimittel und ATMP in Deutschland durchgeführt. Als Datenquelle dienten öffentlich zugängliche Beschlussunterlagen des G-BA, Bewertungsberichte des IQWiG sowie die European Public Assessment Reports (EPAR) der Europäischen Arzneimittel-Agentur (EMA) [6, 7]. Ergänzend wurden Informationen zum Zulassungsverfahren und den Zulassungsstudien aus der Medicines Data Table der EMA sowie von ClinicalTrials.gov verwendet.

Berücksichtigt wurden ausschließlich Erstbewertungen nach initialer Zulassung und Verfahren zu Indikationserweiterungen. Re-Bewertungen nach einem befristeten Vorverfahren sowie Re-Bewertungen von Orphan Drugs nach dem Wegfall der nationalen Bewertungsprivilegien wurden ausgeschlossen. Bei neuen Arzneimitteln, die als Wirkstoffkombination auf Basis eines gemeinsamen EPARs zugelassen wurden, erfolgte die Berücksichtigung als ein Verfahren (keine Doppelzählung).

Für Arzneimittel mit dargestellten Studienergebnissen im Beschluss des G-BA wurden unter anderem der zum Zeitpunkt des Zulassungsantrags aktuelle klinische Datenschnitt, die Dauer des Zulassungsverfahrens sowie die Berücksichtigung von Datenaktualisierungen im Verlauf beider Verfahren erfasst. Bei mehreren berücksichtigten Studien oder Datenschnitten wurde der Zeitpunkt des jeweils späteren Datenschnitts gewertet. Auf Grundlage der verfügbaren Informationen wurde eine Zeitschiene für ein fiktiv parallel ablaufendes EU-HTA-Verfahren modelliert. Anschließend wurde untersucht, ob die im Zulassungsprozess aktualisierten klinischen Daten auch im Rahmen eines EU-HTA-Verfahrens hätten vorgelegt und verwendet werden können und in welchem Umfang Ergebnisse aus einem hypothetischen EU-Herstellerdossier oder EU-HTA-Bericht im deutschen Nutzenbewertungsverfahren berücksichtigungsfähig gewesen wären.

Dabei wurde eine direkte Verwendbarkeit als die Möglichkeit definiert, klinische Daten aus dem EU-Herstellerdossier oder dem EU-HTA-Bericht im AMNOG-Verfahren zu nut-

zen, ohne dass zusätzliche Datenschnitte analysiert oder methodische Anpassungen vorgenommen werden müssen. Die direkte Verwendbarkeit von klinischen Daten ist eine Grundvoraussetzung für die Anschlussfähigkeit des EU-HTA-Verfahrens.

Ergebnisse

Zeitliche Entkopplung und Datenaktualität: EU-HTA versus AMNOG

Im Jahr 2024 wurden 39 Nutzenbewertungen zu onkologischen Arzneimitteln vom G-BA eingeleitet. Darunter befand sich eine CAR-T-Zell-Therapie als ATMP und 10 Wirkstoffe verfügten über einen Orphan-Drug-Status. Von den 39 Verfahren entfielen 12 Bewertungen auf initiale Zulassungen und 27 Bewertungen auf Indikationserweiterungen. In insgesamt 26 AMNOG-Beschlüssen wurden Daten aus zulassungsrelevanten Studien dargestellt und für die Nutzenbewertung herangezogen. Kein Beschluss wurde in seiner Geltungsdauer befristet.

Die Dauer des Zulassungsverfahrens (Einreichung EMA bis Kommissionsentscheidung) betrug bei einer Erstzulassung im Median 432 Tage (Min. 337 Tage, Max. 501 Tage), bei einer Indikationserweiterung im Median 317 Tage (Min. 193 Tage, Max. 554 Tage). In den untersuchten Verfahren wurde kein Accelerated Assessment im EPAR berichtet. Von der Kommissionsentscheidung bis zur Marktverfügbarkeit in Deutschland vergingen bei den 12 Verfahren mit einer Erstzulassung im Median 65 Tage (Min. 21 Tage, Max. 333 Tage).

Bei einem Standardverfahren der EMA (Erstzulassung ohne Accelerated Assessment) wird in Appendix A der Procedural Guidance für das EU-HTA-Verfahren bis zur Billigung der Berichtsentwürfe durch die Koordinierungsgruppe ein Zeitbedarf von 406 Tagen veranschlagt [8]. Die Billigung hat dabei bis spätestens 30 Tage nach der Kommissionsentscheidung zur Zulassung zu erfolgen [2]. Für das Zulassungsverfahren inklusive Clockstops wurde somit eine Dauer von 376 Tagen angenommen. In 11 von 12 AMNOG-Verfahren nach Erstzulassung dauerte das Zulassungsverfahren länger und der EU-HTA-Bericht hätte zeitgerecht gebilligt werden können. Die anschließende Veröffentlichung erfolgt nach einer verfahrenstechnischen Prüfung zeitnah durch die EU-Kommission [2].

Für eine Indikationserweiterung sind in der Durchführungsverordnung verkürzte EU-HTA-Fristen für die Festlegung des Bewertungsumfangs, die Dossiererstellung, die Nachreichung fehlender Informationen und die Prüfung des Herstellers auf sachliche Richtigkeit festgelegt [9]. Da diese mit den vorgesehenen Fristen bei einem Accelerated Assessment übereinstimmen, wurden auch die in Appendix B der Procedural Guidance beschriebenen kürzeren Zeitläufe für weitere Verfahrensschritte als beste Näherung für das EU-HTA-Verfahren bei einer Indikationserweiterung übernommen [8].

Bei einem Accelerated Assessment der EMA ist für das EU-HTA-Verfahren eine Bearbeitungszeit von nur 277 Tagen vorgesehen [8]. Für das Zulassungsverfahren wurde somit eine Dauer von 247 Tagen angenommen. In 8 von 27 untersuchten AMNOG-Verfahren mit Indikationserweiterung erfolgte die Zulassung in einer kürzeren Zeitspanne.

In 16 von 26 AMNOG-Verfahren mit vom G-BA akzeptierten Studiendaten wurde während des Zulassungsverfahrens ein aktuellerer Datenschnitt verfügbar und im EPAR zusätzlich berücksichtigt. Davon lehnte das IQWiG 2 Datenschnitte ab, da diese nicht vorab im Studienprotokoll präspezifiziert oder von einer Zulassungsbehörde (z. B. EMA, FDA, Swissmedic) angefordert wurden. Auch im EU-HTA-Verfahren werden vorrangig präspezifizierte Datenschnitte berücksichtigt [10]. In 2 AMNOG-Verfahren wurden für die im EPAR auf Basis eines neuen Datenschnittes berücksichtigten, auf einer randomisierten kontrollierten Studie (RCT) aufbauenden einarmigen Open-Label-Extensionsphasen keine Ergebnisse vorgelegt.

In 8 von 12 Fällen wurde der aktuellere Datenschnitt auch im anschließenden AMNOG-Verfahren herangezogen. In 3 von 4 Fällen mit ungeeignetem Datenschnitt wurde in der Nutzenbewertung auf den initialen im EPAR berücksichtigten Datenschnitt zurückgegriffen. Lediglich in 6 Verfahren wurde sowohl im EPAR als auch der Nutzenbewertung ausschließlich der initial zur Zulassung eingereichte Datenschnitt abgebildet. In insgesamt 9 Verfahren wurden über den EPAR hinausgehende, aktuellere Datenschnitte für die Nutzenbewertung berücksichtigt. Diese exklusiven Datenschnitte wurden in 7 Fällen bereits mit dem AMNOG-Dossier vorgelegt und in 2 Fällen im Rahmen des nationalen Stellungnahmeverfahrens nachgereicht [Abbildung 1].

Auf die Studienberichte der Einzelverfahren bestand kein Zugriff. Ausgehend vom Zeitpunkt des Datenschnitts sind für die Erstellung eines Studienberichts jedoch etwa 90 Tage anzunehmen [11, 12]. Vom Zeitpunkt des im EPAR abgebildeten initialen Datenschnitts bis zur Antragstellung auf Zulassung vergingen bei den untersuchten Arzneimitteln mit dargestellten Studienergebnissen im Beschluss des G-BA im Median 214 Tage (Min. 121 Tage, Max. 481 Tage). Diese Zeitspanne beinhaltet zwar die Datenaufbereitung für das Zulassungsdossier, dürfte deren Dauer jedoch tendenziell überschätzen, da auch weitere strategische und regulatorische Einflussfaktoren wirksam werden können. Für die vollständige Aufbereitung eines neuen Datenschnitts einschließlich aller PICOs, Endpunkte und Subgruppenanalysen für ein EU-Herstellerdossier können, orientierend am AMNOG-Verfahren und der Zeitspanne zur Vorbereitung eines Zulassungsdossiers, etwa 180 Tage angesetzt werden [12, 13].

Unter diesen Annahmen hätten erste Ergebnisse aus einem Datenupdate im Zulassungsverfahren für eine Erstzulassung, ausgehend vom Zeitpunkt der Antragstellung und operationalisiert als Datum des Datenschnitts + 90 Tage, in 2 von 3 Fällen mit präspezifiziertem neuen Datenschnitt einer RCT erst nach der rechnerischen Frist zur Einreichung eines EU-Herstellerdossiers bei einem Standardverfahren (88 Tage Initiation/Scoping + 100 Tage für die Dossiererstellung = 188 Tage) zur Verfügung gestanden. Erste Ergebnisse aus einem Datenupdate im Zulassungsverfahren für eine Indikationserweiterung wären in 7 von 9 Fällen erst nach der rechnerischen Frist zur Einreichung eines EU-Herstellerdossiers bei einem Accelerated Assessment (51 Tage Scoping + 60 Tage für die Dossiererstellung = 111 Tage) verfügbar gewesen [Abb. 2].

In 4 Fällen wurde der Beginn der Nutzenbewertung in Deutschland verzögert, um durch die Bündelung von Verfahren zu einem Wirkstoff mit eng aufeinanderfolgenden Zulassungen in mehreren Anwendungsgebieten Effizienzgewinne zu erzielen. In den vorliegenden Fällen hatte die Verzögerung keine Auswirkung auf die Verfügbarkeit von exklusiven Datenschnitten.

Methodische Unterschiede zwischen EU-HTA und AMNOG

Neben zeitlichen Aspekten liegen auch methodische Unterschiede vor, die die Über-

tragbarkeit von Ergebnissen aus einem EU-HTA-Verfahren auf die deutsche Nutzenbewertung erschweren.

In 7 der 39 untersuchten Nutzenbewertungen basierte die zulassungsrelevante Evidenz auf einarmigen klinischen Studien. Während solche Studiendesigns im regulatorischen Kontext akzeptiert werden können, erfüllen sie außerhalb klar definierter Orphan-Drug-Konstellationen nur selten die methodischen Anforderungen des deutschen Nutzenbewertungsverfahrens [14]. Dementsprechend wurden in diesen 7 Verfahren im AMNOG-Beschluss keine Studienergebnisse berücksichtigt.

Zur Beantwortung der im Bewertungsumfang definierten PICO-Fragestellungen sind im EU-HTA-Verfahren auch indirekte Vergleiche vorgesehen und im EU-Herstellerdossier strukturiert darzustellen [9, 15]. Matching-adjustierte indirekte Vergleiche (MAIC) auf Basis von aggregierten Studiendaten werden jedoch von G-BA und IQWiG aus methodischen Gründen nicht akzeptiert [16, 17]. Für eine adäquate Adjustierung mittels Propensity Score Matching (PSM) müssen alle relevanten Confounder vorliegen, was insbesondere bei historischen Vergleichen eine hohe Hürde für die praktische Umsetzung darstellt. Um das aus PSM-adjustierten indirekten Vergleichen abzuleitende Basisrisiko für eine Ergebnisverzerrung abzufedern, setzt das IQWiG für Aussagen zum Nutzen oder Schaden zudem eine Mindesteffektstärke voraus [18]. Unter den im deutschen AMNOG-Verfahren geltenden methodischen Maßstäben würden für ein EU-HTA-Verfahren vorgelegte indirekte Vergleiche auf Basis einarmiger Studien in der Regel keine verfahrensrelevante Evidenz darstellen.

In weiteren 6 Nutzenbewertungen lagen RCTs vor, deren Komparatoren jedoch vom G-BA nicht als zVT anerkannt wurden. Auch in diesen Fällen wurden die vorliegenden klinischen Daten im Rahmen der Beschlussfassung nicht berücksichtigt. Dies verdeutlicht, dass die Anschlussfähigkeit des EU-HTA-Verfahrens nicht allein von der Qualität des Studiendesigns abhängt, sondern ebenfalls von national spezifischen Anforderungen an die Vergleichstherapie geprägt ist. Sollte ein Studienkomparator nicht der zVT entsprechen, kann jedoch ein indirekter Vergleich nach Bucher über einen Brückenkomparator vom G-BA akzeptiert werden, wenn die Ähnlichkeitsannahme für die beiden dafür notwendigen RCTs nicht vom IQWiG verworfen wird [16, 19]. In den betreffenden 6 Verfahren wurden keine indirekten Vergleiche nach Bucher zur Bewertung vorgelegt [Abb. 1].

Für Responderanalysen zu patientenberichteten Endpunkten (PRO) wird im AMNOG-Verfahren grundsätzlich ein Responsekriterium von mindestens 15% der Skalenspannweite zur Abgrenzung einer spürbaren Veränderung herangezogen [16, 19]. Responderanalysen für Endpunkte der Kategorien Morbidität und Lebensqualität im Rahmen des EU-HTA-Verfahrens wären daher nur dann direkt verwendbar, wenn Auswertungen mit dem in Deutschland akzeptierten Schwellenwert durch den pU proaktiv vorgelegt werden.

Gesamtbewertung der Anschlussfähigkeit

Über alle 39 betrachteten Verfahren hinweg zeigte sich bei lediglich 9 Nutzenbewertungen eine Datenkonstellation, in der eine direkte Verwendbarkeit der Ergebnisse aus einem hypothetischen EU-Herstellerdossier oder EU-HTA-Bericht im anschließenden AMNOG-Verfahren angenommen werden kann. Davon umfasst sind 6 Zulassungsverfahren auf alleiniger Basis von initialen Datenschnitten und 3 Zulassungsverfahren mit ungeeigneten neuen Datenschnitten, für die auch im AMNOG-Verfahren keine neuen Ergebnisse vorgelegt wurden. Methodische Unterschiede zwischen dem EU-HTA-Verfahren und dem deutschen Nutzenbewertungssystem können die direkte Verwendbarkeit von Ergebnissen aus der gemeinsamen klinischen Bewertung unabhängig von zeitlichen Aspekten zusätzlich einschränken.

Diskussion

Die vorliegende Analyse zeigt, dass zwischen dem frühen, europaweit harmonisierten Ansatz des EU-HTA-Verfahrens und den Anforderungen des deutschen Nutzenbewertungssystems strukturelle Spannungen bestehen, die insbesondere für onkologische Arzneimittel von praktischer Relevanz sind. Zulassungsstudien in der Onkologie sind häufig ereignisgetrieben konzipiert, sodass die Datenreife und Ergebnissicherheit mit zunehmender Nachbeobachtungsdauer und zusätzlichen Datenschnitten steigt. Während das EU-HTA-Verfahren formal mit der Einreichung des Zulassungsantrags bei der EMA beginnt, knüpft die Nutzenbewertung in Deutschland an den Zeitpunkt der Markteinführung oder der Zulassung eines neuen Anwendungsgebiets an. Zwischen beiden Zeitpunkten liegt typischerweise ein Zeitraum von 12 bis 18 Monaten, in dem zusätzliche bewertungsrelevante Evidenz generiert werden kann, insbesondere aus neuen Datenschnitten zum Gesamtüberleben, zum krankheitsfreien Überleben oder zu sicherheitsrelevanten Endpunkten.

Die Ergebnisse der vorliegenden Untersuchung verdeutlichen, dass das EU-HTA-

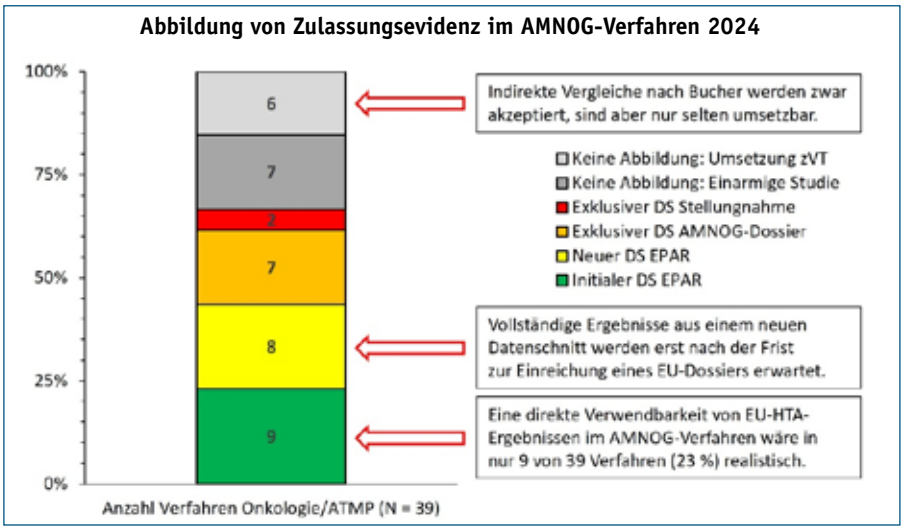


Abb. 1: Anteil der Nutzenbewertungen mit potenziell direkter Verwendbarkeit klinischer Daten aus einem hypothetischen EU-HTA-Verfahren. Untersucht wurden 39 Onkologika mit AMNOG-Verfahren im Jahr 2024 hinsichtlich der Abbildung von Studienergebnissen im Beschluss des G-BA sowie der im Zulassungs- und AMNOG-Verfahren berücksichtigten Datenschnitte (DS). Quelle: eigene Darstellung.

Verfahren zwangsläufig auf einem frühen Evidenzstand aus dem regulatorischen Zulassungsprozess basiert. Demgegenüber ist das deutsche Nutzenbewertungsverfahren darauf ausgerichtet, den zum Zeitpunkt des Markteintritts verfügbaren, möglichst vollständigen und methodisch konsistent aufbereiteten Datensatz zu bewerten. Die EMA kann im Zulassungsverfahren neue Datenschnitte flexibel und fokussiert auf ausgewählte Endpunkte in die Bewertung integrieren. Im EU-HTA-Verfahren wird die Aufbereitung neuer Datenschnitte im Sinne der Guidance-Anforderungen dagegen durch enge Verfahrensfristen und die Komplexität des festgelegten Bewertungsumfangs limitiert [20, 21].

Die Durchführungsverordnung sieht vor, dass während einer gemeinsamen klinischen Bewertung bei der EMA eingereichte neue Studiendaten nach Aufforderung der Assessoren vom pU bereitgestellt werden. Die hierfür vorgesehene Frist von 7 bis 30 Tagen ist allerdings für die vollständige Aufbereitung eines neuen Datenschnitts unrealistisch. Allenfalls kann die vorgesehene Möglichkeit einer begrenzten Fristverlängerung für die Einreichung des EU-Herstellerdossiers im Einzelfall dazu beitragen, Datenschnitte zu berücksichtigen, die während der Festlegung des Bewertungsumfangs oder der Dossiererstellung verfügbar werden [9].

Vor diesem Hintergrund besteht ein erhöhtes Risiko, dass viele EU-HTA-Berichte zum Zeitpunkt nationaler Entscheidungen in Deutschland bereits durch während des Bewertungsverfahrens verfügbare oder nachgelagerte Datenschnitte überholt sind und daher nur eingeschränkt zur Beschlussfassung beitragen können.

Verfristet veröffentlichte EU-HTA-Berichte, die insbesondere im Falle von Indikationserweiterungen erwartbar sind, können bis zu 3 Monate nach dem Verfahrensstart noch im Rahmen des nationalen Stellungnahmeverfahrens in die Nutzenbewertung einfließen [3].

Neben zeitlichen Aspekten zeigen sich methodische Divergenzen zwischen dem EU-HTA-Ansatz und dem deutschen Nutzenbewertungssystem. Insbesondere bei der Anwendung indirekter Vergleichsmethoden erscheint die Anschlussfähigkeit gemeinsamer klinischer Bewertungen begrenzt. Während das EU-HTA-Verfahren eine beschreibende Darstellung der verfügbaren Evidenz vorsieht, erfordert die deutsche Nutzenbewertung eine normative Verdichtung der Ergebnisse unter

Literatur

Alle online verfügbaren Quellen wurden am 19. März 2026 abgerufen.

1. Köhler M., Christoph A. (2021): Early benefit assessment of new drugs: The impact on healthcare in Germany. Medical Writing, 30(3), 22–26. Online verfügbar unter https://journal.emwa.org/medical-decision-making-and-health-technology-assessment/early-benefit-assessment-of-new-drugs-the-impact-on-healthcare-in-germany/article/10026/early-benefit-assessment-of-new-drugs.pdf.
2. European Parliament, Council of the European Union (2021): Regulation (EU) 2021/2282 on health technology assessment and amending Directive 2011/24/EU. Official Journal of the European Union, L 458, 1–32. Online verfügbar unter https://eur-lex.europa.eu/eli/reg/2021/2282/oj/eng.
3. Bundesministerium für Gesundheit (2025): Verordnungsentwurf: Erste Verordnung zur Änderung der Arzneimittel-Nutzenbewertungsverordnung. Online verfügbar unter https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Gesetze_und_Verordnungen/GuV/A/250219_VE_AM-NutzenV-AendV.pdf.
4. Gemeinsamer Bundesausschuss (2026): Verfahrensordnung des Gemeinsamen Bundesausschusses. Stand: 20. Februar 2026. Online verfügbar unter https://www.g-ba.de/downloads/62-492-4060/Verf0_2025-09-18_iK_2026-02-20.pdf.
5. IQVIA (2025): EFPIA Patients W.A.I.T. Indicator 2024 Survey. Online verfügbar unter https://www.iqvia.com/-/media/iqvia/pdfs/library/publications/efpia-patients-wait-indicator-2024.pdf.
6. Gemeinsamer Bundesausschuss: Übersicht über alle laufenden und abgeschlossenen Nutzenbewertungen. Online verfügbar unter https://www.g-ba.de/bewertungsverfahren/nutzenbewertung/.
7. European Medicines Agency: Search on medicine-related procedures. Online verfügbar unter https://www.ema.europa.eu/en/search?f%5B0%5D=ema_search_categories%3A83&f%5B1%5D=ema_search_categories%3A84&f%5B2%5D=ema_search_categories%3A85&f%5B3%5D=ema_search_custom_entity_bundle%3A001_ema_medicines_and_related.
8. Member State Coordination Group on Health Technology Assessment (2024): Procedural guidance for JCA medicinal products. Online verfügbar unter https://health.ec.europa.eu/document/download/0929cd01-619d-4456-a1c4-d8e33f9e36bf_en?filename=hta_jca_mp_procedural-guidance_en.pdf.
9. European Commission, Directorate-General for Health and Food Safety (2024): Commission Implementing Regulation (EU) 2024/1381. Official Journal of the European Union, L, 2024/1381. Online verfügbar unter https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/?uri=OJ%3AL_202401381.
10. Member State Coordination Group on Health Technology Assessment (2024): Guidance on reporting requirements for multiplicity issues and subgroup, sensitivity and post hoc analyses in joint clinical assessments. Online verfügbar unter https://health.ec.europa.eu/document/download/f2f00444-2427-4db9-8370-d984b7148653_en?filename=hta_multiplicity_jca_guidance_en.pdf.
11. Hamilton S. (2014): Effective authoring of clinical study reports: A companion guide. Medical Writing, 23(2), 86–92. Online verfügbar unter https://doi.org/10.1179/2047480614Z.000000000211.
12. Bogner K., Devingtel P., Maurer J., Wüstner S. (2025): HTA259 One Trial, Two Clocks: Coordinating EMA Assessment and Complementary EU HTA Evidence. Value in Health, 28, Supplemental Issue 12S1. Online verfügbar unter https://www.ispor.org/docs/default-source/cti-meeting-21305-documents/30a2a60e-e763-4cc3-99ce-24217191af9b.pdf?sfvrsn=c7129201_0.
13. Gemeinsamer Bundesausschuss (2020): Tragende Gründe zum Beschluss über eine Änderung der Arzneimittel-Richtlinie (AM-RL): Anlage XII – Änderung der Angaben zur Geltungsdauer eines Beschlusses über die Nutzenbewertung nach § 35a SGB V – Apalutamid. Online verfügbar unter https://www.g-ba.de/downloads/40-268-6357/2020-02-20_AM-RL-XII_Apalutamid_D-437_TrG.pdf.
14. Tomeczkowski J., Heidbrede T., Eichinger B. et al. (2025): Challenges and Criteria for Single-Arm Trials Leading to an Added Benefit in German Health Technology Assessments. PharmacoEconomics, 43, 1223–1233. Online verfügbar unter https://doi.org/10.1007/s40273-025-01524-w.
15. Member State Coordination Group on Health Technology Assessment (2024): Guidance on filling in the joint clinical assessment (JCA) dossier template – Medicinal products. Online verfügbar unter https://health.ec.europa.eu/document/download/3943ae6a-1bca-4afd-b05c-fd9a54a252d7_en?filename=hta_jca_mp_dossier-template_guidance_en.pdf.
16. Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (2025): Allgemeine Methoden. Version 8.0. Online verfügbar unter https://doi.org/10.60584/Allgemeine-Methoden_V8.0.
17. Gemeinsamer Bundesausschuss (2026): Tragende Gründe zum Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Arzneimittel-Richtlinie: Anlage XII – Nutzenbewertung von Arzneimitteln mit neuen Wirkstoffen nach § 35a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) – Linvoseltamab (Multiples Myelom, mind. 3 Vortherapien, Monotherapie). Online verfügbar unter https://www.g-ba.de/downloads/40-268-12449/2026-03-19_AM-RL-XII_Linvoseltamab_D-1245_TrG.pdf
18. Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (2020): Konzepte zur Generierung versorgungsnaher Daten und deren Auswertung zum Zwecke der Nutzenbewertung von Arzneimitteln nach § 35a SGB V - Rapid Report. Version 1.1. Auftrag A19-43. IQWiG-Bericht Nr. 863. Online verfügbar unter https://www.iqwig.de/download/a19-43_versorgungsnahe-daten-zum-zwecke-der-nutzenbewertung_rapid-report_v1-1.pdf.
19. Gemeinsamer Bundesausschuss (2025): Anlage II.6: Modul 4 – Medizinischer Nutzen und medizinischer Zusatznutzen, Patientengruppen mit therapeutisch bedeutsamem Zusatznutzen. Dokumentvorlage, Version vom 18.11.2025. Online verfügbar unter https://www.g-ba.de/downloads/17-98-4825/2025-11-18_Anl2_6_Modul4.pdf.
20. Member State Coordination Group on Health Technology Assessment (2025): PICO exercises. Online verfügbar unter https://health.ec.europa.eu/publications/pico-exercises_en.
21. Member State Coordination Group on Health Technology Assessment (2024): Guidance on the scoping process. Online verfügbar unter https://health.ec.europa.eu/document/download/7be11d76-9a78-426c-8e32-79d30a115a64_en?filename=hta_jca_scoping-process_en.pdf.

Anwendung national festgelegter methodischer Schwellenwerte und Relevanzkriterien.

Die nationale Umsetzung der HTAR in Deutschland trägt den beschriebenen methodischen Unterschieden und strukturellen Spannungen Rechnung, indem sie keine automatische Übernahme der EU-HTA-Berichte vorsieht, sondern lediglich eine Verweislösung auf das EU-Herstellerdossier unter engen Voraussetzungen ermöglicht. Damit verbleibt die Verantwortung für die methodische Aufbereitung und Bewertung der Evidenz im nationalen Verfahren. In der Praxis wird das EU-HTA-Verfahren somit keine wesentlichen Elemente des deutschen Nutzenbewertungssystems ersetzen, sondern dieses um eine zusätzliche und komplexe Bewertungsebene ergänzen. Insbesondere aus unterschiedlichen Evidenzständen resultierende Probleme lassen sich auch durch Lernprozesse in der Einführungsphase des EU-HTA-Verfahrens nicht auflösen.

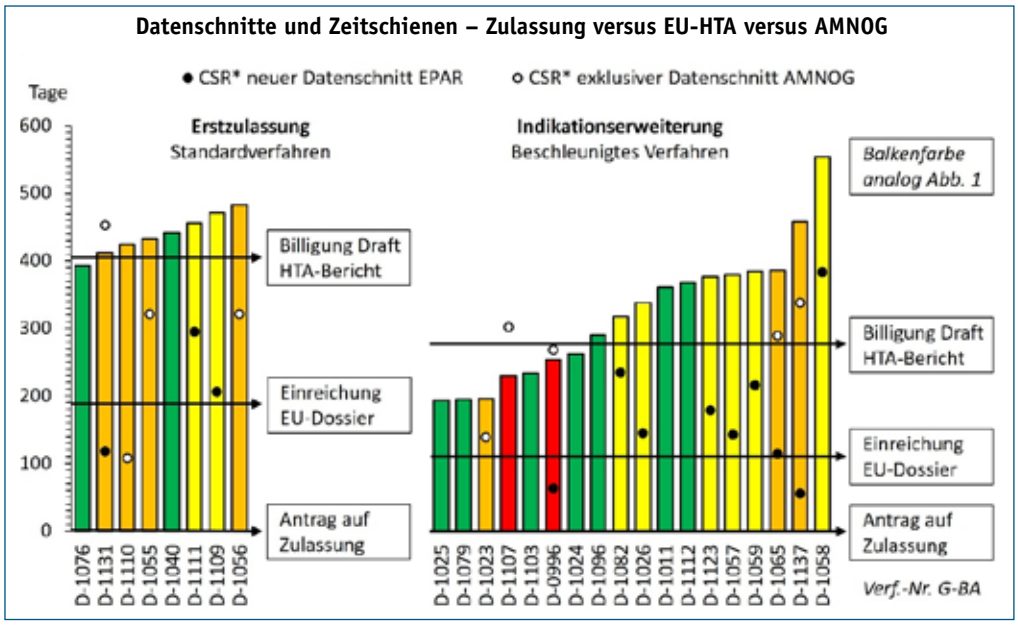


Abb. 2: Zeitliche Abfolge zentraler Verfahrensschritte im EU-HTA-Verfahren bei Erstzulassungen und beschleunigten Verfahren laut Procedural Guidance Appendix A/B, dargestellt im Verhältnis zur Verfügbarkeit neuer Datenschnitte im Zulassungs- und AMNOG-Verfahren. Umfasst sind 26 Onkologika mit AMNOG-Verfahren im Jahr 2024, für die Studienergebnisse im Beschluss des G-BA berichtet wurden. Der Zeitpunkt der erwarteten Verfügbarkeit eines Studienberichts (CSR*) wurde als Datum des Datenschnitts + 90 Tage operationalisiert. Quelle: eigene Darstellung.

Insgesamt legen die Ergebnisse nahe, dass die angestrebten Effizienzgewinne durch das EU-HTA-Verfahren im deutschen Kontext – zumindest für onkologische Arzneimittel – nur eingeschränkt realisierbar sind. Zwar werden die EU-HTA-Berichte im Falle einer zeitgerechten Veröffentlichung formell im AMNOG-Verfahren berücksichtigt, eine substanzielle Reduktion des nationalen Bewertungsaufwands oder eine Beschleunigung der Entscheidungsprozesse ist unter den derzeitigen prozessualen und methodischen Rahmenbedingungen jedoch nicht zu erwarten.

Limitationen der Studie

Der vorliegende Beitrag unterliegt mehreren Limitationen. Zum einen handelt es sich um die retrospektive Analyse eines begrenzten Beobachtungszeitraums und die Anzahl an verfügbaren Datenschnitten im Zulassungs- oder AMNOG-Verfahren kann in den Folgejahren höher oder niedriger ausfallen. Zum anderen wurde die Untersuchung auf onkologische Arzneimittel fokussiert, sodass die Übertragbarkeit der Ergebnisse auf andere Indikationsgebiete nur eingeschränkt möglich ist.

Darüber hinaus basiert die Bewertung der Anschlussfähigkeit auf Annahmen zur praktischen Umsetzung gemeinsamer klinischer Bewertungen, da zum Zeitpunkt der Analyse noch keine abgeschlossenen EU-HTA-Verfahren vorlagen. Die Ergebnisse sind daher als indikativ für strukturelle Herausforderungen zu verstehen und nicht als abschließende Bewertung der Wirksamkeit des EU-HTA-Systems insgesamt.

Schlussfolgerungen

Das EU-HTA-Verfahren ist in seiner derzeitigen Ausgestaltung nur begrenzt geeignet, die Nutzenbewertung onkologischer Arzneimittel substanziell zu vereinfachen oder zu beschleunigen. Insbesondere die frühe zeitliche Verortung der gemeinsamen klinischen Bewertung, die hohe Dynamik der Evidenzgenerierung im onkologischen Bereich sowie methodische Unterschiede zwischen EU-HTA-Guidances und nationalen Bewertungsanforderungen schränken die praktische Anschlussfähigkeit ein. Es besteht das Risiko, dass parallele Bewertungsstrukturen fortbestehen und EU-HTA-Verfahren primär als zusätzliche Referenzebene wirken, ohne den intendierten Beitrag zur Reduktion von Doppelarbeit und zur Effizienzsteigerung im HTA-System zu leisten.

Eine gezielte Weiterentwicklung des EU-HTA-Regelwerks könnte die Relevanz gemeinsamer klinischer Bewertungen für nationale Nutzenbewertungen erhöhen. Ein zentraler Ansatzpunkt wäre eine zeitliche Verschiebung der Einreichung des EU-Herstellerdossiers auf den Zeitpunkt der Zulassungsempfehlung der EMA. Zu diesem Zeitpunkt ist von einer Zulassung auszugehen, das finale Anwendungsgebiet steht fest und eine konsistente Bezugnahme auf den im EPAR dokumentierten Evidenzstand wäre möglich. Eine solche Verschiebung würde jedoch dazu führen, dass EU-HTA-Berichte erst nach den aktuell geltenden Fristen zur Einreichung eines AMNOG-Dossiers verfügbar wären. Sollen EU-HTA-Berichte perspektivisch als zentrale Datenquelle in der frühen Nutzenbewertung dienen, setzt dies eine entsprechende Anpassung nationaler Zeitläufe voraus.

Ebenfalls könnte, gezielt an präspezifizierten finalen Datenschnitten ausgerichtet, bereits in den EU-HTA-Berichten festgelegt werden, dass eine Aktualisierung erforderlich ist. Ein Verzicht auf die nachträgliche Berücksichtigung neuer Datenschnitte im AMNOG-Verfahren wäre dann möglich. Die betreffenden Beschlüsse sollten stattdessen bis zur Aktualisierung auf EU-Ebene befristet werden.

Eine weitergehende methodische Konsolidierung zwischen EU-HTA-Guidances und den Anforderungen des deutschen Nutzenbewertungsverfahrens reicht für sich genommen nicht aus, um EU-HTA-Berichte als zentrale Datenquelle im AMNOG-Verfahren zu verankern, kann diesen Ansatz aber zusätzlich unterstützen. <<

von: Dr. rer. nat. Florian Jantschak[1]
ORCID: 0009-0007-8254-5491

1: Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV)

Autorenerklärung

Florian Jantschak ist bei der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) beschäftigt. Die vorliegende Publikation spiegelt die Sichtweisen und Schlussfolgerungen des Autors wider. Die Aufbereitung, Analyse und Interpretation der Daten sowie die Manuskripterstellung erfolgten durch den Autor ohne die Beteiligung oder finanzielle Unterstützung Dritter. Der Autor erklärt, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Zitationshinweis

Jantschak, F.: „Strukturelle und methodische Limitationen des EU-HTA-Verfahrens für Onkologika in Deutschland", in „Monitor Versorgungsforschung" (05/26), S. 63–68. http://doi.org/10.24945/MVF.05.26.1866-0533.2887

Zusammenfassung

Einleitung: Ziel der EU-HTA-Verordnung ist es, Doppelbewertungen zu reduzieren, den Marktzugang zu beschleunigen und Effizienzgewinne zu realisieren. In dieser Arbeit wird untersucht, ob diese mit der Verordnung verbundenen Erwartungen auch im deutschen AMNOG-Kontext realistisch umsetzbar sind.
Methoden: Hierfür wurde eine Analyse der im Jahr 2024 in Deutschland initiierten Nutzenbewertungen für onkologische Arzneimittel durchgeführt. Der Fokus lag auf Unterschieden in der Datenreife, Datenakzeptanz und zeitlichen Abstimmung zwischen Zulassung und Nutzenbewertung sowie den sich daraus ergebenden möglichen Folgen für kommende EU-HTA-Verfahren.
Ergebnisse: In einem relevanten Anteil der untersuchten Verfahren lagen zum Zeitpunkt des deutschen Nutzenbeschlusses aktuellere klinische Datenschnitte vor als im EPAR. Im Zulassungsverfahren aktualisierte Daten wären auf Basis einer modellierten EU-HTA-Zeitschiene oft erst nach der vorgesehenen Frist zur Einreichung eines EU-Herstellerdossiers verfügbar gewesen. In weiteren Fällen hätten einarmige Studiendesigns oder nicht kongruente Vergleichstherapien die Verwendbarkeit der Ergebnisse eingeschränkt. Insgesamt zeigte sich bei nur 9 von 39 untersuchten Nutzenbewertungen eine realistische Chance für die Anschlussfähigkeit von EU-HTA-Ergebnissen.
Diskussion: Unter den derzeitigen Rahmenbedingungen ist nicht davon auszugehen, dass das EU-HTA-Verfahren für die Nutzenbewertung onkologischer Arzneimittel in Deutschland einen substanziellen Mehrwert entfalten wird. Ohne gezielte Anpassungen besteht das Risiko, dass parallele Bewertungsstrukturen fortbestehen und intendierte Effizienzgewinne ausbleiben.
Stichworte: EU-HTA, AMNOG, Onkologie, Nutzenbewertung, Marktzugang

Structural and Methodological Limitations of the EU HTA Procedure for Oncology Drugs in Germany

Introduction: The aim of the EU HTA Regulation is to reduce duplicate assessments, accelerate market access and realise efficiency gains. This paper examines whether the expectations associated with the Regulation are realistically achievable in the German AMNOG context.
Methods: An analysis was conducted of the benefit assessments for oncological medicinal products initiated in Germany in 2024. The focus was on differences in data maturity, data acceptance and the alignment of timing between marketing authorisation and benefit assessment, as well as the potential implications arising from these for forthcoming EU HTA procedures.
Results: In a relevant proportion of the procedures examined, more recent clinical data cuts were available at the time of the German benefit decision than those included in the EPAR. Data updated during the marketing authorisation procedure would, on the basis of a modelled EU HTA timeline, often only have become available after the envisaged deadline for submission of an EU manufacturer dossier. In other cases, single-arm study designs or non-congruent comparator therapies would have limited the usability of the results. Overall, only 9 of the 39 benefit assessments examined showed a realistic prospect of compatibility with an EU HTA assessment.
Discussion: Under the current framework conditions, it cannot be assumed that the EU HTA procedure will generate substantial added value for the benefit assessment of oncological medicinal products in Germany. Without targeted adjustments, there is a risk that parallel assessment structures will persist and the intended efficiency gains will fail to materialise.
Keywords: EU HTA, AMNOG, oncology, benefit assessment, market access

Rückzug bei BMJ Public Health

>> Das Fachjournal „BMJ Public Health" hat die 2024 erschienene Analyse „Excess mortality across countries in the Western World since the COVID-19 pandemic" (Mostert et al., 2024;2:e000282) zurückgezogen. Die Arbeit hatte auf Basis von Daten aus Our World in Data, der Human Mortality Database und der World Mortality Database die Übersterblichkeit 2020–2022 beziffert und war in der Folge breit als Beleg für Impfschäden rezipiert worden. Die Redaktion hatte zunächst eine „Expression of Concern" publiziert und klargestellt, dass die Studie keinen kausalen Zusammenhang zwischen Covid-19-Impfung und Mortalität untersucht oder belegt. Das Prinses Máxima Centrum, Institution von drei der vier Autor:innen, prüfte die Arbeit nach dem niederländischen Kodex für wissenschaftliche Integrität und übermittelte im Mai 2025 einen anonymisierten Bericht. Ergebnis: keine Hinweise auf Vorsatz, Datenfälschung oder Plagiat, wohl aber eine unverhältnismäßige Gewichtung der Hypothese, Eindämmungsmaßnahmen und Impfungen könnten die Übersterblichkeit verursacht haben, sowie eine einseitige Literaturauswahl.

Die Zeitschrift nennt zwei Rücknahmegründe: Fehlinformation in der Diskussion der möglichen Ursachen und eine unzureichend deklarierte Eigenleistung. Zudem würden Datenaufbereitung und Schätzmodell von Dritten stammen. Korrespondenzautorin Saskia Mostert steht allerdings zu ihrer Arbeit und widerspricht der Rücknahme. Eine von ihr angebotene Textänderung hielt die Redaktion für unzureichend. Die Mitautoren Kaspers und Huibers befürworten den Rückzug, teilen den Vorwurf der Fehlinformation aber nicht. <<

1: https://t1p.de/ezg4n

Neu auf MVF: Knowledge-Hubs

>> Ein Zugang zu allen wichtigen (offenen) Datenbanken der Versorgungsforschung bieten die 15 neuen Knowledge-Hubs von „Monitor Versorgungsforschung". Aktuell werden 1.189 Datenbanken aufgelistet. Dazu werden automatisch jeden Tag die jeweils aktuellsten Studien eines jeden Fachgebiets angezeigt, in Kurzform in deutscher Sprache präsentiert und per Newsletter ausgeliefert. <<

1: https://t1p.de/l93p5

Deutsches Netzwerk Versorgungsforschung e. V.

25. Deutscher Kongress für Versorgungsforschung in Köln

Versorgungsforschung will mehr Verantwortung übernehmen

Der 25. Deutsche Kongress für Versorgungsforschung kehrte für seine Jubiläumsveranstaltung nach Köln zurück, genau an den Ort, an dem 2002 der allererste DKVF stattgefunden hatte: die Uniklinik Köln. Unter dem Motto „Menschen. Beziehungen. Organisationen" zog das multiprofessionelle Wissenschaftsfach Versorgungsforschung Bilanz, warf einen Blick zurück auf die vergangenen 25 Jahre und einen nach vorn auf die kommenden Jahre und Jahrzente, in denen die Versorgungsforschung nicht mehr nur Bestehendes beschreiben, sondern in einer neuen Rolle mehr Verantwortung übernehmen will: für bessere Versorgung, für mehr Transparenz und vor allem für ein höheres Vertrauen der Menschen in ein Gesundheitssystem, das allen gleichermaßen zugute kommen soll.

>> Die beiden Kongresspräsidentinnen Prof. Dr. Lena Ansmann und Prof. Dr. Nicole Ernstmann, als auch der allererste Kongresspräsident Prof. Dr. Holger Pfaff – alle aus Köln – zeichneten den langen Weg nach, den die Versorgungsforschung in den vergangenen 25 Jahren zurückgelegt hat. Anfangs von einer beschreibenden und im Aufbau befindlichen neuen Disziplin zu einem heute anerkannten Wissenschaftsfeld, das inzwischen in zehn Masterstudiengängen Nachwuchs ausbildet; eine Wissenschaft, die ihre selbst erarbeiteten Methoden beherrscht, die evaluiert, interveniert und Implementierung begleitet. Zugleich benannten die beiden Kongresspräsidentinnen auch die blinden Flecken: Diversität, Chancengerech-tigkeit und marginalisierte Gruppen, die noch stärker in den Blick genommen werden müssen.

Wie gewohnt deutlich wurde DNVF-Vorsitzender Prof. Dr. Wolfgang Hoffmann, der Versorgungsforschung als systemrelevant bezeichnete. Schließlich gehe es um Daseinsvorsorge und damit auch um ein Arbeiten gegen die verbreitete Wahrnehmung einiger gesellschaftlicher Gruppen, die meinten, medizinische Versorgung sei hierzulande für alle nicht gleich und nicht gut genug. Im wissenschaftlichen Elfenbeinturm könne sich das Fach nicht länger verstecken, aber auch nicht zum Lobbyisten werden. Jedoch müssten die eigenen Forschungsergebnisse so klar formuliert werden, dass die Politik daraus die richtigen Konsequenzen ziehen könne. Ein Satz wie „further research is necessary" reiche künftig jedenfalls nicht mehr aus.

Prof. Dr. Jochen Schmitt aus Dresden, Mitglied im Sachverständigenrat Gesundheit und Pflege, ergänzte die Sicht um die der Politikberatung. Versorgungsforschung arbeite heute eher an der Optimierungs- als an der Kausalitätsfrage. Wer optimieren wolle, müsse aber Anreize und Fehlanreize bis in die Vergütungsdetails verstehen. Gesundheit berühre die Gleichwertigkeit der Lebensverhältnisse, ein Gefühl von Ungerechtigkeit könne Wahlentscheidungen bis hin zum Extremismus beeinflussen. Als größtes Hindernis benannten die Beteiligten den Datenzugang: Die Verknüpfung von Routinedaten sei heute schwieriger als vor zehn Jahren. Auch die Grenzen der neuen Rolle wurden betont. Den Transfer zu begleiten sei richtig, sie selbst zu übernehmen nicht, sonst gehe die Neutralität verloren.

In seinem Rückblick erklärte Prof. Dr. Holger Pfaff, Präsident des ersten Kongresses und Gründungsvorsitzender des DNVF, den Erfolg des Netzwerks aus organisationssoziologischer Sicht. Integration entstehe nicht, indem man Unterschiede einebne, sondern durch eine soziale Infrastruktur, die unterschiedliche Perspektiven vereinbar macht. Diese Einsicht hält er für übertragbar auf das Gesundheitssystem und die Gesellschaft. Seine Diagnose lautet, das Fach leide an einem „Organisations-Lag". Wer Umsetzungsprobleme lösen wolle, müsse Versorgungsorganisationen und ihre Verbände verstehen und einbeziehen. <<

Kommentar



Prof. Dr. Wolfgang Hoffmann
Vorsitzender DNVF

Liebe Kolleginnen, liebe Kollegen,

der 25. Deutsche Kongress für Versorgungsforschung in Köln hat uns einmal mehr gezeigt, dass die bereichsübergreifende Zusammenarbeit zwischen den verschiedenen Sektoren für die Zukunft unseres Gesundheitssystems entscheidend ist. Unter dem Leitthema „Menschen. Beziehungen. Organisationen. 25 Jahre gemeinsame Versorgungsforschung" haben die Teilnehmenden unseres Jubiläumskongresses nicht nur kritisch zurückgeblickt, sondern auch konkrete Perspektiven für die kommenden Jahre aufgezeigt.

Angesichts der großen Herausforderungen, vor denen unser Gesundheitssystem steht – Ressourcenknappheit, Fachkräftemangel, Klimakrise –, brauchen wir mehr denn je den Schulterschluss zwischen Wissenschaft, Versorgung und Politik, um strukturkonservativen Denkweisen zu begegnen und echte Verbesserungen zu erreichen. Der DKVF hat bewiesen, dass wir dazu bereit und auch in der Lage sind.

Die Plenarsitzungen, der Science Slam, die Verleihung der Forschungspreise – all das hat unterstrichen, was uns ausmacht: Der Wille, Versorgungsforschung nicht nur zu betreiben, sondern sie wirksam in die Praxis zu tragen – und dadurch Teil der Lösung für die drängenden Herausforderungen in der gesundheitlichen Versorgung zu sein.

Ich danke allen, die durch die Präsentation neuer Projekte, innovativer Methoden, valider Analysen, fundierter Schlussfolgerungen und evidenzbasierter Lösungsvorschläge den DKVF 2026 wieder zu einem Fest der wissenschaftlichen Evidenz und des Engagements für ein patientenbezogenes, gerechtes und nachhaltiges Versorgungssystem gemacht haben.

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





Impressionen vo
Foto: © KUKM /













m 1. Kongresstag
Foto: Jan Kulke









News

>>Die DNVF-Spring-School geht 2027 in die nächste Runde

Vom 8. bis 10. März 2027 findet die DNVF-Spring-School an der Martin-Luther-Universität in Halle (Saale) statt. Die etablierte wissenschaftliche Fortbildung richtet sich sowohl an Nachwuchswissenschaftler:innen als auch an erfahrene Versorgungsforscher:innen und bietet erneut ein vielfältiges Seminarprogramm zur fachlichen und persönlichen Weiterqualifikation sowie zahlreiche Möglichkeiten zum wissenschaftlichen Austausch und Networking. Eine besondere Neuerung im Jahr 2027: In Kooperation mit dem EbM-Netzwerk findet die DNVF-Spring-School erstmalig als Teil der Pre-Conference des EbM-Kongresses 2027 statt.

Alle Informationen zur DNVF-Spring-School 2027 werden demnächst auf der DNVF-Website veröffentlicht.

>>Neues Positionspapier: Gesundheitsversorgung klimafest und treibhausgasarm gestalten

Wie kann die Gesundheitsversorgung auf die Folgen der Klimakrise vorbereitet und zugleich klimaverträglicher gestaltet werden? Ein neues interdisziplinäres Positionspapier bündelt dazu Perspektiven, Handlungsstrategien und konkrete Lösungsansätze. Veröffentlicht wurde die Arbeit am 8. Mai 2026 vorab online in „Das Gesundheitswesen“ Das Papier entstand in einem breiten wissenschaftlichen und fachübergreifenden Konsensprozess. Im Mittelpunkt stehen sechs Handlungsfelder: transformative Forschung, Forschungsförderung und Vernetzung, Datenzugang und Datenverknüpfung, Bildung und Information, Prävention, Mitigation und Anpassung sowie Nachhaltigkeit und Klimaneutralität im Gesundheits- und Forschungssektor. Beteiligt sind zahlreiche Expert:innen aus Wissenschaft und Praxis, darunter auch Mitglieder des DNVF und der DNVF-Arbeitsgruppe Klimawandel und Gesundheit.

Das Positionspapier liefert damit wichtige Impulse für die Versorgungsforschung und die gemeinsame Entwicklung zukunftsfähiger Gesundheitssysteme.

>>EUPHA-THSR Spring School 2026: Internationale Perspektiven auf Gesundheitssysteme

Wie lassen sich Gesundheits-, Pflege- und Informationspfade erforschen, gestalten und verbessern? Mit dieser Frage beschäftigten sich vom 22. bis 26. Juni 2026 35 ausgewählte Nachwuchswissenschaftler:innen und etablierte Forschende aus Europa und darüber hinaus bei der zweiten EUPHA-THSR Spring School an der Charité – Universitätsmedizin Berlin, in Kooperation mit dem DNVF. In Vorträgen, Fallstudien, Gruppenarbeiten und interaktiven Formaten wurde Translational Health Systems Research praxisnah vermittelt. Im Mittelpunkt standen unter anderem Systems Thinking and Innovation, Performance- und Qualitätsevaluation sowie Gesundheitskosten. Der internationale und interdisziplinäre Austausch machte deutlich, wie wertvoll unterschiedliche Perspektiven für die Weiterentwicklung resilienter Gesundheitssysteme sind.

Im Anschluss bot die EUPHA-HSR Mid-Year Conference Raum für Präsentationen, den Austausch über aktuelle Projekte und den Dialog zwischen Forschung, Politik und Praxis. Der Community Engagement Day unterstrich abschließend die Bedeutung internationaler Vernetzung.

>>Global Health Literacy Summit 2027: Gesundheit besser verstehen – weltweit denken

Vom 22. bis 24. September 2027 findet in Straßburg der 3rd Global Health Literacy Summit statt. Unter dem Motto „Advancing Health Literacy: One World, Many Voices“ bringt die International Health Literacy Association (IHLA) Forschende, Entscheidungsträger:innen und Praktiker:innen aus aller Welt zusammen. Im Mittelpunkt steht die Frage, wie Gesundheitskompetenz auf individueller, gemeinschaftlicher und systemischer Ebene gestärkt werden kann. Der Summit bietet Raum für den Austausch aktueller Forschung, die Diskussion gesundheitspolitischer Strategien und die Entwicklung konkreter Ansätze für mehr Gesundheitskompetenz. Ziel ist es, internationale Perspektiven zu verbinden, Wissen zugänglich zu machen und eine starke globale Community für gemeinsame Lösungen aufzubauen.

Damit ist die Veranstaltung auch für die Versorgungsforschung interessant: Gesundheitskompetenz beeinflusst, wie Menschen Informationen verstehen, Entscheidungen treffen und sich im Versorgungssystem orientieren.

>>Kollaborative Versorgung bei multimorbiden, psychisch belasteten Herzpatient:innen

Wie lässt sich die Versorgung von Menschen verbessern, die gleichzeitig an mehreren Erkrankungen leiden und psychisch belastet sind? Das Webinar „Kollaborative Versorgung bei multimorbiden, psychisch belasteten Herzpatient:innen“ stellt einen innovativen Versorgungsansatz vor. Im Mittelpunkt steht die EU-geförderte Multicenterstudie ESCAPE. Sie untersucht die Effekte kollaborativer Versorgung bei älteren, psychisch belasteten Patient:innen mit Multimorbidität und Herzinsuffizienz. Der Ansatz verbindet die Behandlung körperlicher Erkrankungen mit psychosozialer Unterstützung. Am 4. November 2026 werden Hintergrund, Methodik und Ergebnisse der Studie vorgestellt. Ein anschließender Roundtable lädt dazu ein, mögliche Anwendungsformen und Kosten für das deutsche Gesundheitssystem zu diskutieren. Das Online-Webinar richtet sich an Fachleute aus Gesundheitswesen, Gesundheitspolitik und Selbsthilfe.

>>DNVF-Forum Versorgungsforschung 2027: Innovative epidemiologische Methoden im Fokus

Am 5. Mai 2027 veranstaltet die DNVF-AG Kausale Inferenz gemeinsam mit der Deutschen Gesellschaft für Epidemiologie (DGEpi) das nächste DNVF-Forum Versorgungsforschung. Unter dem Arbeitstitel „Innovative epidemiologische Methoden in der Versorgungsforschung“ widmet sich die Veranstaltung aktuellen Entwicklungen und Herausforderungen in der angewandten Forschung. Das Forum setzt auf das bewährte kompakte und interaktive Symposiumsformat, das Wissenschaftler:innen aus Versorgungsforschung, Epidemiologie und verwandten Disziplinen zusammenführt. Erwartet werden impulsreiche Vorträge, intensive Diskussionsrunden sowie vielfältige Möglichkeiten zum fachlichen Austausch und zur Vernetzung. Besonders im Fokus stehen dabei kausale Inferenz, moderne Datenanalysemethoden und die Integration von Echtwelt-Daten – zentrale Themen für die Weiterentwicklung der Versorgungsforschung. Die Zusammenarbeit mit der DGEpi unterstreicht die Bedeutung epidemiologischer Ansätze für die Versorgungsforschung und bietet eine Plattform, um methodische Innovationen zu diskutieren und deren praktische Anwendbarkeit zu erörtern. Merken Sie sich bereits jetzt den 5. Mai 2027 vor.

Weitere Informationen zu Programm, Anmeldung und Veranstaltungsort finden Sie in Kürze auf der DNVF-Website.c

>> Stellungnahmen des ExpertInnenrats der Bundesregierung „Gesundheit und Resilienz“ ab sofort auf der DNVF-Website verfügbar

Der von März 2024 bis Februar 2025 bestehende Expert:innenrat der Bundesregierung „Gesundheit und Resilienz“ versammelte Forscher:innen aus verschiedenen Fachrichtungen, darunter Public Health, Epidemiologie und Medizin, um darüber zu beraten, wie das deutsche Gesundheitssystem besser auf Krisen wie Pandemien und Kriege vorbereitet werden kann. Zudem erstellte das Gremium, dem auch der aktuelle Vorsitzende des DNVF, Prof. Dr. Wolfgang Hoffmann, angehörte, in regelmäßigen Abständen Stellungnahmen zu gesundheitspolitischen Themen. Diese enthalten zahlreiche weiterhin relevante Bezüge zur Versorgungsforschung und zum deutschen Gesundheitssystem. Um dem Rechnung zu tragen, hat das DNVF beschlossen, die Stellungnahmen dauerhaft öffentlich verfügbar zu machen.

Sie sind ab sofort auf der DNVF-Website im Bereich „Stellungnahmen“ abrufbar.

DNVF

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

E-Mail: info@dnvf.de

Prof. Dr. rer. med. habil. Karel Kostev MA
Dipl.-Biol. Sabine Kluge MSc

Untersuchung des Nutzens des Check-up 35 zur Früherkennung von Zielerkrankungen in Deutschland

Zusammenfassung

Einleitung: Seit 1989 ist der Check-up 35 ein zentrales Element der Präventionsangebote in deutschen Hausarztpraxen. Allerdings ist die Evidenzlage des Check-up 35-Zielerkrankungen zu erkennen, begrenzt. Aus diesem Grund wurden die Detektionsraten bestimmter Zielerkrankungen des Check-up 35 in einer großen Kohorte hausärztlicher Patienten untersucht.

Methoden: Basis dieser retrospektiven Kohortenstudie sind Daten aus 1.216 hausärztlichen Praxen (IQVIA™ Disease Analyzer, 2019–2023). Teilnehmende des Check-up 35 wurden mittels 1:5-Propensity-Score-Matching mit Nicht-Teilnehmenden verglichen. Neuerkrankungen von arterieller Hypertonie, Diabetes mellitus, Dyslipidämie und chronischer Nierenerkrankung (CKD) innerhalb von drei Monaten nach dem Check-up wurden analysiert und mit einem zufällig definierten Indexbesuch in der Kontrollgruppe verglichen. Medikamentenverordnungen nach Diagnosestellung dienten als sekundärer Endpunkt.

Ergebnisse: Insgesamt wurden 51.829 Teilnehmende mit 259.145 Nicht-Teilnehmenden gematcht. Die Teilnahme war mit höheren Diagnoseraten für Hypertonie (HR 1,56), Diabetes (HR 1,69), Dyslipidämie (HR 3,24) und CKD (HR 2,07) assoziiert. Besonders ausgeprägt war der Zusammenhang für Dyslipidämie bei Personen unter 40 Jahren (HR 5,10). Die Verordnungsraten nach Diagnosestellung waren bei Check-up-Teilnehmenden ähnlich oder niedriger.

Diskussion: Diese Ergebnisse deuten darauf hin, dass der Check-up 35 zur früheren Erkennung wichtiger chronischer Erkrankungen beiträgt. Eine höhere Teilnahmequote könnte die präventive Versorgung in Deutschland stärken und die gesundheitsökonomische Krankheitslast durch notwendige Folgebehandlungen nach dem Check-up langfristig reduzieren.

Schlüsselwörter

Gesundheits-Check-up, Prävention, Primärversorgung, Dyslipidämie, arterielle Hypertonie

Crossref/doi

http://doi.org/10.24945/MVF.05.26.1866-0533.2874

Gemäß den Daten des European Observatory on Health Systems and Policies sind kardiovaskuläre Erkrankungen die häufigste Todesursache in Deutschland. Ein erheblicher Anteil dieser Todesfälle gilt als durch Prävention vermeidbar (1). Große multinationale Studien haben arterielle Hypertonie, Dyslipidämie, Diabetes, Body-Mass-Index und aktuelles Rauchen als die wichtigsten Risikofaktoren für kardiovaskuläre Erkrankungen und Mortalität identifiziert (2). In jüngerer Zeit wurde zudem die chronische Nierenerkrankung (CKD) als unabhängiger Risikofaktor für kardiovaskuläre Morbidität und Mortalität etabliert (3). Obwohl randomisierte, kontrollierte Studien und nachfolgende Metaanalysen keinen Nachweis für einen Effekt auf die Mortalität erbringen konnten, sind Gesundheits-Check-ups in vielen westlichen Gesundheitssystemen ein etablierter Bestandteil der Versorgung (4, 5). In Deutschland wurde die Screening-Untersuchung „Check-up 35“ im Jahr 1989 eingeführt, um wesentliche Risikofaktoren für Morbidität und Mortalität in der Bevölkerung zu identifizieren. Kurz gefasst umfasst die Untersuchung eine Anamnese und eine körperliche Untersuchung, eine Blutuntersuchung auf Dyslipidämie und Nüchternglukose sowie einen Urinteststreifen auf Protein, Glukose, Nitrit, Leukozyten und Hämoglobin. Gesetzlich krankenversicherte Personen ab 35 Jahren sind alle drei Jahre anspruchsberechtigt, Personen zwischen 18 und 34 Jahren können die Untersuchung einmalig in Anspruch nehmen.

>> Die meisten veröffentlichten Studien zum Check-up 35 untersuchen die Teilnahme in bestimmten sozioökonomischen Gruppen (6–9). Studien zur Bewertung der Wirksamkeit des Check-up 35 fehlen jedoch weitgehend. Untersuchungen in Gesundheitssystemen anderer Länder, insbesondere im Vereinigten Königreich und in Dänemark, haben gemischte Ergebnisse hinsichtlich der Effektivität von Gesundheits-Check-ups bei der Erkennung gezielter Risikofaktoren gezeigt (10–12). Um in Erfahrung zu bringen, welchen Einfluss die Teilnahme an der Check-up-35-Untersuchung auf die Detektionsraten der genannten Zielerkrankungen hat, sowie zu evaluieren, welche Auswirkungen sich daraus auf Arzneimittelverordnungen ergeben, wurde eine retrospektive Kohortenstudie durchgeführt, in der Teilnehmende und Nicht-Teilnehmende in deutschen hausärztlichen Praxen verglichen wurden.

Methoden

Datenbank

Die retrospektive Kohortenstudie basiert auf Daten der Disease-Analyzer-Datenbank (IQVIA), die anonymisierte Informationen zu Arzneimittelverordnungen, Diagnosen sowie medizinischen und demografischen Basisdaten aus den Praxisverwaltungssystemen von Haus- und Fachärzten enthält. Die Datenbank umfasst >1.200 hausärztliche Praxen in Deutschland und gilt als repräsentativ für die ambulante Versorgung (13).

Studienpopulation

Eingeschlossen in die Studie wurden Erwachsene (≥18 Jahre) mit mindestens einem Besuch bei einem der 1.216 Hausärzte zwischen Januar 2019 und Dezember 2023. Dieses Zeitfenster wurde gewählt, da der „Einheitliche Bewertungsmaßstab“ (EBM) für den Check-up 35 ab Januar 2019 geändert wurde. Für die Analysen wurden Personen mit Check-up 35 (n = 1.365.445) mit Personen ohne Check-up 35 (n = 4.841.157) verglichen.

Ein vollständiger Check-up 35 wurde definiert über die EBM-Codes 01732 (Anamnese/Untersuchung), 32880 (Urin), 32881 (Nüchternglukose) und 32882 (Lipidprofil). Diese Untersuchungen dienen primär dem Screening auf Hypertonie, Diabetes, Dyslipidämie und Nierenerkrankungen. Die Blutdruckmessung erfolgte nicht standardisiert; auffällige Werte werden üblicherweise durch häusliche Messungen überprüft. Das Diabetes-Screening basierte auf Nüchternglukose, gefolgt von HbA1c-Bestimmung bei Auffälligkeiten. Das Lipidprofil entspricht dabei dem Goldstandard. Das CKD-Screening beschränkte sich auf einen nicht-standardisierten

Urinteststreifen mit geringer Sensitivität.

Zur Verbesserung der Vergleichbarkeit wurden Personen ausgeschlossen, die zusätzliche Laboruntersuchungen erhielten oder weniger als 12 Monate Beobachtungszeit vor dem Indexdatum hatten. Weiter ausgeschlossen wurden Personen mit vorbestehender Diagnose von Diabetes, Dyslipidämie, Hypertonie oder CKD sowie Personen mit koronarer Herzkrankheit (oder Schlaganfall, da hier Unterkodierung wahrscheinlich ist). Anschließend erfolgte ein Propensity-Score-Matching (1:5) nach Alter, Geschlecht und vor dem Check-up kodierter Adipositas.

Primäre Endpunkte waren Erstdiagnosen von Typ-2-Diabetes, arterieller Hypertonie, Dyslipidämie oder CKD innerhalb von drei Monaten nach dem Indexdatum. Aufgrund der quartalsweisen Abrechnung wird angenommen, dass Diagnosen spätestens innerhalb dieses Zeitraums kodiert wurden. Das Indexdatum war der Check-up-Zeitpunkt bzw. in der Kontrollgruppe ein zufällig gewählter Besuch zwischen 2019 und 2023.

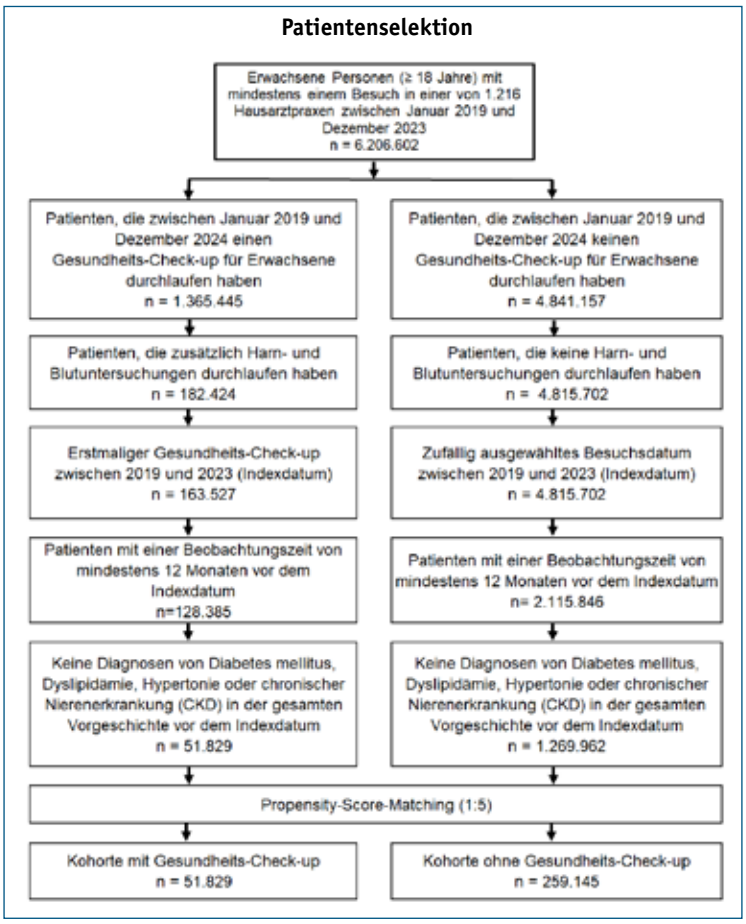


Abb. 1: Patientenselektion. Quelle: eigene Darstellung.

Statistische Analysen

Die Qualität des Propensity-Score-Matchings wurde anhand der Standardized Mean Differences (SMD) bewertet; SMD < 0,1 galt als ausreichende Balance. Die dreimonatige kumulative Inzidenz der vier Diagnosen wurde mittels Kaplan-Meier-Kurven analysiert, um unterschiedliche Nachbeobachtungszeiten zu berücksichtigen. Anschließend wurden univariable Cox-Regressionen zur Untersuchung der Assoziation zwischen Check-up 35 und den Diagnosen durchgeführt, getrennt nach Geschlecht und Altersgruppen. Ergebnisse wurden als Hazard Ratios (HR) und 95%-Konfidenzintervalle (CI) berichtet. Aufgrund multipler Tests (12 Modelle) galt $p < 0{,}001$ als statistisch signifikant. Die Analysen erfolgten mit SAS 9.4 (SAS Institute, Cary, USA).

Ergebnisse

In dieser Studie wurden 51.829 Personen mit einem Check-up 35 mit 259.145 Personen ohne Check-up 35 gematcht (Abbildung 1). Die Gruppen waren gut vergleichbar, wie in Tabelle 1 dargestellt. Das durchschnittliche Alter der Kohorten betrug 47,8 Jahre (SD 13,7) und alle Altersgruppen waren ausreichend vertreten. Fast 60% der Personen waren weiblich, und die Check-up-Untersuchungen verteilten sich gleichmäßig über die Jahre. Adipositas war nur bei 5,7% der Personen kodiert. Alle Merkmale sind in Tabelle 1 aufgeführt.

Drei Monate nach der Check-up-Untersuchung (Check-up-35-Kohorte) bzw. dem Indexdatum (Kontrollen) zeigte sich eine signifikant höhere Rate neu kodierter Diagnosen von arterieller Hypertonie, Dyslipidämie, Typ-2-Diabetes mellitus und CKD bei Teilnehmenden im Vergleich zu den Kontrollen (Abb. 2). Diese Assoziationen blieben in univariaten Cox-Regressionsanalysen über verschiedene Altersgruppen sowie bei Frauen und Männern bestehen. Besonders für Dyslipidämie und CKD war die Teilnahme am Check-up 35 deutlich mit einer anschließenden Diagnose assoziiert. Die stärkste Assoziation zwischen Teilnahme und Dyslipidämie zeigte sich bei Personen ≤40

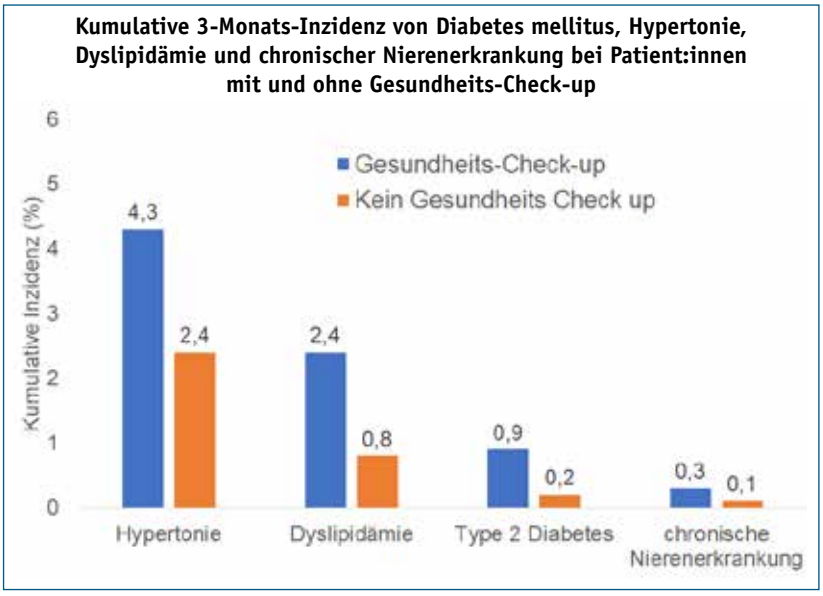


Abb. 2: Kumulative 3-Monats-Inzidenz von Diabetes mellitus, Hypertonie, Dyslipidämie und chronischer Nierenerkrankung bei Patient:innen mit und ohne Gesundheits-Check-up. Quelle: eigene Darstellung.

Basischarakteristika der Studienpopulation (nach 1:5-Propensity-Score-Matching)			
Variable	**Anteil unter Patient:innen mit Check-up 35 (N, %) N = 51.829**	**Anteil unter Patient:innen ohne Check-up 35 (N, %) N = 259.145**	**SMD**
Alter (Mittelwert, SD)	47,8 (13,7)	47,8 (13,7)	-0,011
Alter ≤ 40 Jahre	16,817 (32,5)	84,075 (32,4)	
Alter 41-50 Jahre	13,565 (26,2)	67,812 (26,2)	
Alter 51-60 Jahre	12,610 (24,3)	63,000 (24,3)	
Alter >60 Jahre	8,837 (17,0)	44,258 (17,1)	
Frauen	31,036 (59,9)	155,221 (59,9)	0,000
Männer	20,793 (40,1)	103,924 (40,1)	
Jahr des Studieneinschlusses			
2019	13,296 (25,7)	66,442 (25,7)	-0,001
2020	8,928 (17,2)	44,687 (17,2)	
2021	11,849 (22,9)	59,162 (22,8)	
2022	9,026 (17,4)	45,131 (17,4)	
2023	8,730 (16,8)	43,723 (16,9)	
Adipositasdiagnose	2,966 (5,7)	14,736 (5,7)	-0,001

Tab. 1: Basischarakteristika der Studienpopulation (nach 1:5-Propensity-Score-Matching). Anteile der Patient:innen in N und % angegeben, sofern nicht anders angegeben. SD: Standardabweichung. SMD: Standardized Mean Difference. Eigene Darstellung.

Jahren mit einem mehr als fünffach erhöhten Risiko (Tab. 2).

Diskussion

Der Check-up 35 wurde 1989 in das deutsche Gesundheitssystem eingeführt und 2019 aktualisiert. Unsere Studie zeigt, dass die Teilnahme am Check-up 35 mit einer höheren anschließenden Kodierungsrate der entsprechenden Diagnosen – Typ-2-Diabetes mellitus, arterielle Hypertonie, Dyslipidämie und CKD – verbunden ist.

Gesundheits-Checks sind insbesondere in westlichen Ländern fest etabliert. In Deutschland liegt ein besonderer Schwerpunkt auf metabolischen Erkrankungen und der Krebsfrüherkennung. Für viele dieser Untersuchungen fehlen jedoch spezifische Studien – insbesondere randomisierte kontrollierte Studien –, die ihre Wirksamkeit zur Früherkennung der jeweiligen Erkrankungen bewerten. Diese Studie erweitert die Evidenz, indem sie zeigt, dass die Teilnahme an der seit 2019 aktualisierten Version des Check-up 35 mit einer höheren Wahrscheinlichkeit einer Diagnose der genannten Erkrankungen verbunden ist. Besonders ausgeprägt war dies für Dyslipidämie und CKD, was das oft unbemerkte Vorhandensein dieser Erkrankungen unterstreicht. Angesichts der Tatsache, dass etwa 56,6% der Männer und 60,5% der Frauen in Deutschland an Dyslipidämie leiden und rund 11,9% der erwachsenen Bevölkerung an CKD (14, 15), sind diese Ergebnisse plausibel. Sie stimmen weitgehend mit Studien aus dem britischen NHS überein, die zeigen, dass Gesundheits-Check-ups die Erkennung von Dyslipidämie deutlich und die von Hypertonie und Diabetes nur geringfügig erhöhen (11, 16). Dies könnte darauf hindeuten, dass in der Primärversorgung ein hohes Bewusstsein für Hypertonie und Diabetes, aber ein geringes Bewusstsein für Dyslipidämie und CKD besteht.

Obwohl alle Personen mit vorbestehenden kodierten Diagnosen vor Teilnahme am Check-up 35 ausgeschlossen wurden – ebenso

Zusammenhang zwischen Gesundheits-Check-up und anschließenden Diagnosen von Diabetes mellitus, Dyslipidämie, Hypertonie und chronischer Nierenerkrankung			
Patientengruppe	**Inzidenz (Fälle pro 1.000 Patientenjahre) bei Personen mit Gesundheits-Check-up**	**Inzidenz (Fälle pro 1.000 Patientenjahre) bei Personen ohne Gesundheits-Check-up**	**Hazard Ratio (95% KI)**
Gesamt	10,08	6,26	1,69 (1,58-1,81)*
Alter ≤ 40 Jahre	4,43	2,34	1,84 (1,52-2,22)*
Alter 41-50 Jahre	8,88	4,91	1,85 (1,61-2,13)*
Alter 51-60 Jahre	11,38	7,70	1,58 (1,40-1,79)*
Alter >60 Jahre	19,35	14,29	1,47 (1,31-1,65)*
Frauen	8,67	5,58	1,60 (1,47-1,75)*
Männer	12,31	7,29	1,82 (1,65-2,01)*
Dyslipidämie			
Gesamt	48,54	11,85	3,24 (3,13-3,36)*
Alter ≤ 40 Jahre	34,53	4,08	5,10 (4,68-5,56)*
Alter 41-50 Jahre	45,40	9,52	3,48 (3,33-3,74)*
Alter 51-60 Jahre	58,13	23,23	2,77 (2,60-2,95)*
Alter >60 Jahre	63,02	31,35	2,45 (2,27-2,63)*
Frauen	43,70	15,26	3,10 (2,95-3,25)*
Männer	56,23	9,24	3,45 (3,27-3,64)*
Hypertonie			
Gesamt	42,65	27,89	1,56 (1,51-1,61)*
Alter ≤ 40 Jahre	20,52	11,78	1,79 (1,64-1,95)*
Alter 41-50 Jahre	38,48	23,87	1,62 (1,51-1,73)*
Alter 51-60 Jahre	51,36	36,83	1,44 (1,35-1,52)*
Alter >60 Jahre	75,64	54,69	1,40 (1,32-1,49)*
Frauen	38,68	26,08	1,49 (1,42-1,55)*
Männer	48,96	30,61	1,66 (1,58-1,75)*
CKD			
Gesamt	4,14	1,99	2,07 (1,85-2,31)*
Alter ≤ 40 Jahre	1,30	0,61	2,28 (1,60-3,26)*
Alter 41-50 Jahre	2,15	1,07	1,87 (1,40-2,50)*
Alter 51-60 Jahre	4,30	1,78	2,37 (1,89-2,96)*
Alter >60 Jahre	11,45	6,64	1,73 (1,48-2,02)*
Frauen	3,69	1,87	1,97 (1,70-2,28)*
Männer	4,83	2,16	2,20 (1,87-2,60)*

Tab. 2: Zusammenhang zwischen Gesundheits-Check-up und anschließenden Diagnosen von Diabetes mellitus, Dyslipidämie, Hypertonie und chronischer Nierenerkrankung (CKD) bei Patient:innen, die in deutschen Hausarztpraxen betreut werden (univariable Cox-Regressionsmodelle). * = p<0,001. Eigene Darstellung.

wie Personen mit Erkrankungen wie koronarer Herzkrankheit, bei denen eine Unterkodierung der Zielerkrankungen wahrscheinlich ist –, müssen diese Ergebnisse im Kontext des Studiendesigns interpretiert werden. Ein Selektionsbias kann nicht vollständig ausgeschlossen werden: Personen mit höherem A-priori-Risiko für bspw. Hypertonie könnten einen Check-up 35 zu einem früheren Zeitpunkt erhalten haben. Ebenso kann nicht ausgeschlossen werden, dass Teilnehmende gesundheitsbewusster oder sozioökonomisch bessergestellt waren als die Kontrollgruppe. Eine kürzlich veröffentlichte Studie zur Integration eines Leberfibrose-Scores in den Check-up 35 zeigte jedoch, dass fast 50% der Teilnehmenden den empfohlenen gastroenterologischen Folgetermin nicht wahrnahmen, was darauf hindeutet, dass das Krankheitsbewusstsein in dieser Gruppe nicht wesentlich höher ist als in der Allgemeinbevölkerung (17).

Die insgesamt niedrige Detektionsrate von CKD in der untersuchten Kohorte verdeutlicht die Einschränkungen des Urinteststreifens als Screening-Instrument, insbesondere angesichts der hohen CKD-Prävalenz von etwa 10% in der Bevölkerung (18–20). Dies unterstreicht die Notwendigkeit umfassenderer Screening-Methoden, etwa der Bestimmung von Serumkreatinin zur Berechnung der geschätzten glomerulären Filtrationsrate (eGFR).

Soweit bekannt, ist dies die erste Studie, die die Wirksamkeit des Check-up 35 bei der Erkennung der Zielerkrankungen untersucht. Die größte Stärke dieser Studie ist die große Stichprobengröße, die ein gründliches Matching und robuste Analysen ermöglicht. Dennoch bestehen Einschränkungen. Die Analyse basiert auf ICD-10-Codes und ist daher anfällig für Unterkodierung, wobei dieser Bias in beiden Gruppen ähnlich sein dürfte. Ein weiterer Nachteil ist, dass der Einfluss des Check-up 35 auf harte klinische Endpunkte wie Mortalität nicht untersucht werden konnte, da diese Informationen in der Disease-Analyzer-Datenbank nicht vollständig enthalten sind. Auch der gewählte Zeitraum von drei Monaten für Diagnosen könnte spätere Diagnosen übersehen haben; ein längerer Zeitraum hätte jedoch zusätzliche Verzerrungen erzeugt. Zudem konnten wir die Gruppen nicht hinsichtlich der geografischen Herkunft oder des sozioökonomischen Status matchen, was zu unbeobachteten Unterschieden führen kann. Weiterhin ist der Check-up 35 ein spezifisches Screening-Programm des deutschen Gesundheitssystems, sodass die Ergebnisse nicht ohne Weiteres auf andere Länder übertragbar sind.

Diese Studie zeigt, dass die Teilnahme am Check-up 35 in Deutschland mit einer höheren anschließenden Kodierungsrate der entsprechenden Diagnosen verbunden ist. Damit weisen diese Ergebnisse auf den Nutzen des Check-up 35 hin, und eine breitere Teilnahme in der Bevölkerung sollte gefördert werden, zumal Präventionsmaßnahmen, zu denen Check-ups zu zählen sind, künftig aufgrund des demografischen Wandels bei gleichzeitig knapper werdenden Gesundheitsbudgets an Bedeutung und Relevanz gewinnen werden. <<

Literatur

1. OECD/European Observatory on Health Systems and Policies (2023), Germany: Country Health Profile 2023, State of Health in the EU, OECD Publishing, Paris/ European Observatory on Health Systems and Policies, Brussels. ISBN 9789264898615 (PDF); Series: State of Health in the EU; SSN 25227041 (online).
2. Magnussen C, Ojeda FM, Leong DP, Alegre-Diaz J, Amouyel P, Aviles-Santa L, et al. Global Effect of Modifiable Risk Factors on Cardiovascular Disease and Mortality. N Engl J Med. 2023;389(14):1273-85.
3. Jankowski J, Floege J, Fliser D, Böhm M, Marx N. Cardiovascular Disease in Chronic Kidney Disease: Pathophysiological Insights and Therapeutic Options. Circulation. 2021;143(11):1157-72.
4. Krogsbøll LT, Jørgensen KJ, Gøtzsche PC. General health checks in adults for reducing morbidity and mortality from disease. Cochrane Database Syst Rev. 2019;1(1):Cd009009.
5. Lindholt JS, Søgaard R, Rasmussen LM, Mejldal A, Lambrechtsen J, Steffensen FH, et al. Five-Year Outcomes of the Danish Cardiovascular Screening (DANCAVAS) Trial. N Engl J Med. 2022;387(15):1385-94.
6. Hoebel J, Kroll LE, Fiebig J, Lampert T, Katalinic A, Barnes B, et al. Socioeconomic Inequalities in Total and Site-Specific Cancer Incidence in Germany: A Population-Based Registry Study. Front Oncol. 2018;8:402.
7. Hoebel J, Starker A, Jordan S, Richter M, Lampert T. Determinants of health check attendance in adults: findings from the cross-sectional German Health Update (GEDA) study. BMC Public Health. 2014;14(1):913.
8. Schülein S, Taylor KJ, Schriefer D, Blettner M, Klug SJ. Participation in preventive health check-ups among 19,351 women in Germany. Prev Med Rep. 2017;6:23-6.
9. Starker A, Hövener C, Rommel A. Utilization of preventive care among migrants and non-migrants in Germany: results from the representative cross-sectional study 'German health interview and examination survey for adults (DEGS1)'. Archives of Public Health. 2021;79(1):86.
10. Kamstrup-Larsen N, Dalton SO, Grønbæk M, Broholm-Jørgensen M, Thomsen JL, Larsen LB, et al. The effectiveness of general practice-based health checks on health behaviour and incidence on non-communicable diseases in individuals with low socioeconomic position: a randomised controlled trial in Denmark. BMJ Open. 2019;9(9):e029180.
11. Forster AS, Burgess C, Dodhia H, Fuller F, Miller J, McDermott L, et al. Do health checks improve risk factor detection in primary care? Matched cohort study using electronic health records. J Public Health (Oxf). 2016;38(3):552-9.
12. Caley M, Chohan P, Hooper J, Wright N. The impact of NHS Health Checks on the prevalence of disease in general practices: a controlled study. Br J Gen Pract. 2014;64(625):e516-21.
13. Rathmann W, Bongaerts B, Carius HJ, Kruppert S, Kostev K. Basic characteristics and representativeness of the German Disease Analyzer database Int J Clin Pharmacol Ther. 2018;56(10):459-66.
14. Scheidt-Nave C, Du Y, Knopf H, Schienkiewitz A, Ziese T, Nowossadeck E, et al. [Prevalence of dyslipidemia among adults in Germany: results of the German Health Interview and Examination Survey for Adults (DEGS 1)]. Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz. 2013;56(5-6):661-7.
15. Kraus D, Gieswinkel A, Boedecker-Lips SC, Klimpke P, Stortz M, Schleicher EM, et al. Increased albuminuria is highly prevalent in the general population: prevalence of CKD in the Gutenberg Health Study. Clinical Kidney Journal. 2025;19(2).
16. Kennedy O, Su F, Pears R, Walmsley E, Roderick P. Evaluating the effectiveness of the NHS Health Check programme in South England: a quasi-randomised controlled trial. BMJ Open. 2019;9(9):e029420.
17. Labenz C, Arslanow A, Nguyen-Tat M, Nagel M, Wörns MA, Reichert MC, et al. Structured Early detection of Asymptomatic Liver Cirrhosis: Results of the population-based liver screening program SEAL. J Hepatol. 2022;77(3):695-701.
18. Xie Y, Bowe B, Mokdad AH, Xian H, Yan Y, Li T, et al. Analysis of the Global Burden of Disease study highlights the global, regional, and national trends of chronic kidney disease epidemiology from 1990 to 2016. Kidney International. 2018;94(3):567-81.
19. Stevens PE, Ahmed SB, Carrero JJ, Foster B, Francis A, Hall RK, et al. KDIGO 2024 Clinical Practice Guideline for the Evaluation and Management of Chronic Kidney Disease. Kidney International. 2024;105(4):S117-S314.
20. Brück K, Stel VS, Gambaro G, Hallan S, Völzke H, Ärnlöv J, et al. CKD Prevalence Varies across the European General Population. J Am Soc Nephrol. 2016;27(7):2135-47.

Assessment of the Contribution of Check-up 35 to the Early Detection of Target Diseases in Germany

Introduction: The Check-up 35 has been a central component of primary prevention in German general practice since 1989, yet evidence on its ability to detect targeted diseases remains limited. Therefore detection rates of the program's target conditions are examined in a large cohort of patients treated in German primary care.

Methods: In this retrospective cohort study using data from 1,216 primary care practices (IQVIA™ Disease Analyzer, 2019–2023), Check-up 35 participants were compared with non-participants through 1:5 propensity score matching. New diagnoses of arterial hypertension, diabetes mellitus, dyslipidemia, and chronic kidney disease (CKD) within three months after the check-up, are assessed versus a random index visit among controls. Medication prescriptions following diagnosis served as a secondary outcome.

Results: A total of 51,829 participants were matched to 259,145 non-participants. Participation was associated with higher diagnosis rates for hypertension (HR 1.56), diabetes (HR 1.69), dyslipidemia (HR 3.24), and CKD (HR 2.07). The association was particularly strong for dyslipidemia in individuals younger than 40 years (HR 5.10). Prescription rates after diagnosis were similar or lower among Check-up participants.

Discussion: These findings indicate that the Check-up 35 facilitates earlier detection of major chronic diseases. Increasing participation may strengthen preventive care in Germany.

Keywords

health check-up, prevention, primary care, dyslipidemia, arterial hypertension

Autorenerklärung

Karel Kostev und Sabine Kluge sind Mitarbeiter von IQVIA. IQVIA hatte keinen Einfluss auf Erstellung oder Inhalt des Manuskripts. Die Autor:innen erklären, dass keine Interessenkonflikte bestehen. Die Studie erhielt keine finanzielle Förderung durch Drittmittel oder sonstige externe Finanzierungsquellen.

Zitationshinweis

Kostev, K., Kluge, S.: „Untersuchung des Nutzens des Check-up 35 zur Früherkennung von Zielerkrankungen in Deutschland“ (MVF 05/26), S. 73–77. http://doi.org/10.24945/MVF.05.26.1866-0533.2874



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

Dr. med. univ. Patrick Heckmann

KI in der Patientenkommunikation: eine Literaturübersicht

Zusammenfassung

Einleitung: Mit der zunehmenden Digitalisierung im Gesundheitswesen entsteht ein direkter Zugang zu medizinischen Dokumenten, die häufig schwer verständlich sind. KI-basierte Systeme werden als Ansatz zur Verbesserung der Patientenkommunikation diskutiert.

Methoden: Die strukturierte Literaturübersicht untersucht Studien zu KI-gestützter Aufbereitung medizinischer Informationen und bewertet deren Effekte auf Patientenverständnis sowie Entscheidungsfindung und Adhärenz.

Ergebnisse: Studien zeigen konsistent ein verbessertes Verständnis durch reduzierte Textkomplexität und geringere kognitive Belastung. Zudem finden sich Hinweise auf positive Effekte auf Entscheidungsqualität, Shared Decision Making und gesundheitsbezogenes Verhalten. Gleichzeitig werden relevante Fehlerquoten in KI-generierten Inhalten berichtet, und die Evidenz ist heterogen.

Diskussion: Insgesamt deutet die Evidenz darauf hin, dass KI die Patientenkommunikation verbessern kann, ihr Nutzen jedoch von kontrollierter Anwendung, Qualitätssicherung und Integration in bestehende Versorgungsstrukturen abhängt.

Schlüsselwörter

Künstliche Intelligenz, Patientenkommunikation, Gesundheitskompetenz, Patientenverständnis, Large Language Models, Entscheidungsfindung, Adhärenz

Crossref/doi

http://doi.org/10.24945/MVF.05.26.1866-0533.2875

Durch die fortschreitende Digitalisierung im Gesundheitswesen erhalten immer mehr Menschen online Zugang zu ihren Gesundheitsdaten. Wichtige Instrumente sind dabei Patientenportale und insbesondere die elektronische Patientenakte (ePA), über die Versicherten Befunde, Arztbriefe und andere Dokumente bereitgestellt werden. Ziel dieses Systems ist es auch, die Einbindung in die eigene Versorgung zu stärken und die Selbstverwaltung zu fördern (Kröner et al. 2025). Studien zeigen jedoch, dass die meisten Gesundheitsinformationen eine hohe textliche Komplexität aufweisen und für viele Betroffene nur schwer verständlich sind. Gerade medizinische Originaldokumente, etwa klinische Berichte oder radiologische Befunde, sind oft nicht für Laien formuliert und können daher trotz digitaler Verfügbarkeit nur begrenzt zur informierten Mitwirkung beitragen (Gunn et al. 2017; Karliner et al. 2005; Martin-Carrera et al. 2018; O'Sullivan et al. 2020; Yi et al. 2019).

Gesundheitskompetenz und Versorgung

>> Das ausreichende Verständnis medizinischer Informationen ist ein entscheidender Faktor in der Gesundheitsversorgung (Berkman et al. 2011). So geht eine höhere Gesundheitskompetenz mit einer besseren Therapietreue einher – Personen, die Gesundheitsinformationen besser verarbeiten und verstehen, folgen Behandlungsempfehlungen im Durchschnitt häufiger. Ein umgekehrt mangelndes Verständnis eigener Befunde kann die Therapietreue beeinträchtigen und sogar die Versorgungsqualität mindern (Miller 2016). Außerdem sind Personen mit ausreichender Health Literacy (Gesundheitskompetenz) und Beteiligung am Entscheidungsprozess mit ihrer Versorgung deutlich zufriedener (Altin/Stock 2016). Mit Blick auf die in den kommenden Jahren angestrebte flächendeckende Implementierung von „Shared Decision Making" (Geiger et al. 2026) wird die Verständlichkeit medizinischer Informationen damit zu einer zentralen strukturellen Voraussetzung.

KI in der Patientenkommunikation

Vor diesem Hintergrund wird der Einsatz künstlicher Intelligenz zur Unterstützung der Patientenkommunikation zunehmend diskutiert. KI-basierte Systeme, insbesondere auf Basis moderner Sprachmodelle (Large Language Models), ermöglichen die automatisierte Aufbereitung medizinischer Informationen. Dazu gehören unter anderem die Vereinfachung komplexer Fachtexte, die Erklärung medizinischer Terminologie sowie die strukturierte Darstellung von Inhalten (Aydin et al. 2024; Miftaroski et al. 2026). Diese Eigenschaften lassen KI-gestützte Informationssysteme grundsätzlich als potenziellen Ansatz erscheinen, um bestehende Verständnishürden im Umgang mit medizinischen Dokumenten zu adressieren.

Ziel der Untersuchung

Das Ziel der vorliegenden Untersuchung ist, den Einfluss von KI-gestützten Kommunikationssystemen auf das Patientenverständnis sowie die partizipative Entscheidungsfindung und die Adhärenz zu analysieren und kritisch zu bewerten.

Methoden

Zur Beantwortung der Fragestellung wurde eine strukturierte Literaturübersicht zu KI in der Patientenkommunikation sowie zur verständlichen Aufbereitung medizinischer Informationen durchgeführt. Der Suchzeitraum umfasste die Jahre 2015 bis 2025. Als zentraler bibliografischer Index diente PubMed. Ergänzend wurden Referenzlisten der identifizierten Publikationen sowie frei zugängliche Volltexte gesichtet.

Eingeschlossen wurden Originalarbeiten mit Bezug zur Patientenversorgung, in denen KI-basierte Systeme medizinische Informationen vermittelten, erklärten oder in verständliche Sprache überführten. Berücksichtigt wurden insbesondere Anwendungen wie Chatbots und automatisierte Beratungsdialoge, KI- bzw. NLP-gestützte Textvereinfachungen und Textgenerierungen einschließlich Large Language Models sowie weitere algorithmische Systeme zur patientenseitigen Erläuterung medizinischer Inhalte. Voraussetzung für die Berücksichtigung war die Darstellung patientenbezogener Outcomes, insbesondere zum Verständnis und zu entscheidungs- bzw. verhaltensbezogenen Aspekten (z. B. Adhärenz, Entscheidungsqualität). Ausgeschlossen wurden Arbeiten ohne erkennbaren Bezug zur Patientenperspektive sowie rein technische Entwicklungen ohne patientenrelevante Endpunkte. Die identifizierten Studien wurden inhaltlich zusammengefasst und entlang der Zielbereiche Patientenverständnis sowie Entscheidungsfindung und Adhärenz ausgewertet.

Ergebnisse

Einfluss auf das Patientenverständnis

Der Einfluss KI-gestützter Systeme auf das Patientenverständnis wurde in mehreren Studien anhand unterschiedlicher Designs und Messinstrumente untersucht. Im Fokus standen dabei insbesondere die Vereinfachung medizinischer Dokumente und deren Auswirkungen auf Verständnis und Informationsverarbeitung.

In einer prospektiven, kontrollierten, quasi-randomisierten Studie (n = 200) wurde der Einsatz eines Large Language Models (Llama 3.3 70B) zur Vereinfachung onkologischer CT-Berichte untersucht. Die Interventionsgruppe erhielt LLM-vereinfachte, radiologisch geprüfte Berichte, die Kontrollgruppe Standardberichte. Das Verständnis wurde mittels Likert-Skalen (kognitive Belastung, Textverständnis, Nützlichkeit) sowie Lesezeit erfasst. In der LLM-Gruppe zeigte sich eine reduzierte Lesezeit (Median 2 vs. 7 Minuten), geringere kognitive Belastung (adjustierte OR 0,18) sowie höhere Selbstberichts-Scores für Verständnis (adjustierte OR 13,28) und Nützlichkeit (adjustierte OR 5,46). In der radiologischen Überprüfung traten klinisch relevante Fehler auf, darunter Faktenfehler (6%), Auslassungen (7%) und Ergänzungen (3%) (Prucker et al. 2025).

In einer querschnittlichen Studie wurde die Vereinfachung von 1.134 Pathologieberichten durch Large Language Models (Google Bard, GPT-4) analysiert. Die Bewertung erfolgte anhand von Lesbarkeitsmetriken sowie durch fachpathologische Prüfung der medizinischen Korrektheit. Beide LLMs reduzierten das Leseniveau signifikant; die Berichte wurden überwiegend korrekt interpretiert (87,57% bzw. 97,44%). In einem Teil der Fälle traten jedoch inhaltliche Fehler und Halluzinationen auf (Steimetz et al. 2024).

In einer quasi-randomisierten Studie (n = 460) wurde der Einsatz eines Large Language Models (GPT-4) zur Vereinfachung eines synthetischen COPD-Entlassungsbriefes untersucht. Teilnehmende erhielten entweder den Originalbrief oder eine KI-vereinfachte Version und absolvierten anschließend ein Inhaltsquiz sowie eine Zufriedenheitsbefragung. Der Verständnis-Score war in der LLM-Gruppe höher (Median 4 [IQR 2–4] vs. 2 [IQR 1–2]; p < 0,001); auch die Zufriedenheit lag höher (p < 0,001). Eine Einschränkung war die Verwendung eines synthetisch erstellten Entlassungsbriefs (Conrado et al. 2024).

In einer Pilotstudie (n = 12) wurde der Einsatz eines Large Language Models (GPT-4o) zur Vereinfachung radiologischer CT- und MRT-Befunde analysiert. Teilnehmende erhielten jeweils den Originalbericht sowie eine lange und eine kurze LLM-vereinfachte Version und wurden durch teilstrukturierte Interviews mit Erhebung verschiedener Scores zu ihrem Verständnis befragt. Das mittlere Verständnis stieg von 2,00 (Original) auf 3,28 (lange Version) bzw. 3,50 (kurze Version); die korrekte Einordnung des Befundes verbesserte sich von 63,9% auf 80,6% bzw. 83,3%. Die Zufriedenheit lag bei Ø 8,30/10. Eine Limitation ist die sehr kleine Stichprobe (n = 12) (van Driel et al. 2025).

Einfluss auf Entscheidungsfindung und Adhärenz

Entscheidungsfindung und Adhärenz stellen zentrale patientenbezogene Outcomes dar und umfassen sowohl die Qualität medizinischer Entscheidungen als auch die Umsetzung empfohlener Maßnahmen im Versorgungsalltag. Mehrere Studien untersuchten, inwieweit KI-gestützte Systeme diese Prozesse beeinflussen.

In einer randomisierten klinischen Studie (n = 129) wurde eine KI-basierte Entscheidungshilfe bei Kniearthrose mit einer Informationsbroschüre verglichen. Die Entscheidungsqualität (K-DQI, patientenberichtetes Instrument zur Messung der Entscheidungsqualität, 0–100 %) war im Interventionsarm höher (+20,0 Prozentpunkte; 95% CI 14,2–26,1; p < 0,001), ebenso Shared Decision Making (CollaboRATE, 3-Item-Kurzfragebogen zur patientenseitigen Einschätzung der gemeinsamen Entscheidungsfindung, 0–27 Punkte: 12% vs. 47% unterhalb des Medians; p < 0,001) und Zufriedenheit (NRS 0–10: 14% vs. 33% unzufrieden; p = 0,01). Funktionelle Scores (KOOS JR, 0–100 Punkte) verbesserten sich geringfügig (+4,9 Punkte; p = 0,02), die Operationsrate unterschied sich nicht signifikant (23% vs. 12%; p = 0,11). Eine Limitation war die Durchführung in einem einzelnen spezialisierten Zentrum (Jayakumar et al. 2021).

Eine schulclusterrandomisierte Studie (n = 2.671 Eltern) untersuchte einen KI-gestützten Chatbot zur HPV-Impfaufklärung im Vergleich zu üblichem Gesundheitsmarketing. Der Chatbot führte zu einer höheren Impfadhärenz (7,1% vs. 1,8%; relatives Risiko ~3) sowie zu mehr ärztlicher Beratung (49,1% vs. 17,6%; p < 0,001). Der Effekt war in ländlichen Regionen stärker ausgeprägt. Eine Limitation war, dass strukturelle Barrieren (z. B. Kosten, Verfügbarkeit) durch die Intervention nicht adressiert wurden (Hou et al. 2025).

In einer randomisierten kontrollierten Studie (n = 294) wurde eine KI-/Machine-Learning-basierte Ernährungs-App bei Typ-2-Diabetes mit der Routineversorgung verglichen. Die HbA1c-Reduktion war in der KI-Gruppe stärker (–0,32% vs. –0,06% nach 24 Wochen; p < 0,05) und blieb auch nach 48 Wochen größer (–0,28% vs. –0,07%). Eine kombinierte Intervention mit zusätzlichem Feedback und kontinuierlicher Glukosemessung zeigte noch stärkere Effekte (–0,49% bzw. –0,44%). Eine Limitation war die eingeschränkte Population (keine Insulintherapie) (Lee et al. 2023).

In einer randomisierten kontrollierten Studie (n = 374, ≥65 Jahre) wurde ein hybrider KI-Chatbot (regelbasiert + NLP-gestützte Q&A-Funktion) zur Förderung der Pneumokokkenimpfung im Vergleich zu einem einfachen Chatbot mit standardisierten Inhalten untersucht. Die Impfadhärenz war in der KI-Gruppe höher (29,4% vs. 18,7%; p = 0,01). Zudem waren die Teilnehmer der Chatbot-Gruppe im Durchschnitt weiter in ihrer Impfbereitschaft fortgeschritten als die Kontrollgruppe (2,2 vs. 1,9 auf einer Skala von 1 bis 4; p = 0,02). Auch nahmen deutlich mehr Personen aktiv an den angebotenen Interventionssitzungen teil (79,7% vs. 57,8%; p < 0,001). Eine Limitation war, dass ein Teil der infrage kommenden Personen die Teilnahme ablehnte, wodurch möglicherweise besonders impfbereite Personen überrepräsentiert waren (Wang et al. 2025).

Diskussion

Zentrale Ergebnisse

Die vorliegende Evidenz zeigt, dass KI-gestützte Systeme – insbesondere Large Language Models – das Verständnis medizinischer Informationen verbessern können, vor allem durch Vereinfachung komplexer Texte und Reduktion kognitiver Belastung. Darüber hinaus zeigen mehrere Studien, dass KI-basierte Interventionen

Studien zum Patientenverständnis				
Autor, Jahr	**n**	**KI-Typ**	**Messung**	**Ergebnisse**
Prucker et al., 2025	200	LLM (Llama 3.3)	Likert-Skala, Lesezeit, Lesbarkeitsindizes	Besseres Verständnis, weniger Aufwand, kürzere Lesezeit (7>2 min); Fehlerrate 6%
Steimetz et al., 2024	1.134	LLM (Bard, GPT-4)	Lesbarkeit (FK-GL, FRE), medizinische Korrektheit, Halluzinationen	Lesbarkeit sign. verbessert; korrekte Interpretation: Bard 87,6%, GPT-4 97,4%; Halluzinationen: 2,8% vs. 0,3%
Conrado et al., 2024	460	LLM (GPT-4)	Comprehension-Score, Zufriedenheitsumfrage	KI-Gruppe: besseres Verständnis (Median 4 vs. 2, p<0,001) und höhere Zufriedenheit
van Driel et al., 2025	12	LLM (GPT-4o)	Likert-Skala, Befundklassifikation, Zufriedenheit	Besseres Verständnis (2,00 auf 3,28), bessere Befundeinordnung (63,9% auf 83,3%), Zufriedenheit Ø 8,3/10

Tab. 1: Die Tabelle gibt einen Überblick über Studien zum Einsatz KI-gestützter Systeme zur Verbesserung des Patientenverständnisses medizinischer Informationen. Eigene Darstellung.

Studien zu Entscheidungsfindung und Adhärenz				
Autor, Jahr	**n**	**KI-Typ**	**Messung**	**Ergebnisse**
Jayakumar et al., 2021	129	ML-Entscheidungshilfe (Joint Insights, OM1)	K-DQI, CollaboRATE, NRS, KOOS JR, Operationsrate	Bessere Entscheidungsqualität (+20 PP, p<0,001), höheres SDM (12% vs. 47%, p<0,001) und Zufriedenheit; KOOS JR +4,9 Punkte; Operationsrate n.s.
– Hou et al., 2025	2.671	LLM (GPT-4, Chatbot)	Impfrate / Impftermin, Konsultationsrate, Impfliteracy, Impfvertrauen	Höhere Impfrate (7,1% vs. 1,8%, p<0,001) und Konsultationsrate (49,1% vs. 17,6%); Impfliteracy verbessert
Lee et al., 2023	294	KI-basiertes Ernährungsmanagement (Deep Learning, Bilderkennung)	HbA1c, Körpergewicht, FPG, DTSQ	Stärkere HbA1c-Reduktion (–0,28% bis –0,44% vs. –0,07%); Gewichtsverlust und FPG verbessert
Wang et al., 2025	374	Hybrid-Chatbot (regelbasiert + NLP/Keyword-Matching)	Likert-Skala, Befundklassifikation, Zufriedenheit	Besseres Verständnis (2,00 auf 3,28), bessere Befundeinordnung (63,9% auf 83,3%), Zufriedenheit Ø 8,3/10

Tab. 2: Die Tabelle fasst Studien zum Einfluss KI-gestützter Systeme auf Entscheidungsfindung und Adhärenz zusammen. Eigene Darstellung.

Entscheidungsqualität und gesundheitsbezogenes Verhalten positiv beeinflussen können. Gleichzeitig bestehen Limitationen, insbesondere hinsichtlich inhaltlicher Fehler (Halluzinationen), begrenzter Generalisierbarkeit und heterogener Studiendesigns.

Interpretation der Ergebnisse

Die beobachteten Effekte auf das Patientenverständnis sind plausibel und lassen sich primär auf die Fähigkeit KI-basierter Systeme zurückführen, medizinische Inhalte sprachlich und strukturell zu adaptieren. Insbesondere die Reduktion von Lesekomplexität und die bessere Strukturierung scheinen zentrale Mechanismen zu sein, die sowohl kognitive Belastung senken als auch die Informationsaufnahme erleichtern. Die konsistent verbesserten Verständniswerte sprechen dafür, dass es sich hierbei nicht um einen isolierten Effekt einzelner Anwendungen handelt, sondern um ein grundsätzliches Potenzial der Technologie.

Gleichzeitig relativieren die nachgewiesenen Fehlerquoten in KI-generierten Inhalten die positiven Effekte. Auch wenn der Großteil der Inhalte korrekt ist, können bereits geringe Anteile klinisch relevanter Fehler im medizinischen Kontext bedeutsam sein.

Die Effekte auf Impfverhalten oder Entscheidungsqualität legen nahe, dass KI-basierte Kommunikation über reine Informationsvermittlung hinausgeht und motivational wirksam sein kann. Gleichzeitig ist zu berücksichtigen, dass solche Effekte stark vom jeweiligen Setting, der Zielpopulation und der konkreten Intervention abhängen.

Limitationen der Evidenz

Die bisherige Evidenzbasis ist methodisch heterogen und im Bereich des Patientenverständnisses überwiegend noch explorativ. Die eingeschlossenen Studien unterscheiden sich deutlich hinsichtlich Dokumenttyp, Sprache, Setting, Kontrollbedingung und Outcome-Erhebung, sodass ein direkter Vergleich nur eingeschränkt möglich ist. Besonders relevant ist, dass die bislang stärkste radiologische Studie zwar prospektiv-kontrolliert angelegt war, jedoch offen und quasi-randomisiert durchgeführt wurde; zudem wurden die vereinfachten CT-Berichte vor Ausgabe verpflichtend radiologisch geprüft. Die beobachteten Effekte beziehen sich damit nicht auf einen autonomen Routineeinsatz generativer KI, sondern auf ein beaufsichtigtes Hybridmodell (Prucker et al. 2025). Andere Arbeiten beruhen entweder auf einer querschnittlichen Analyse von Pathologieberichten ohne direkte patientenbezogene Outcomes (Steimetz et al. 2024), auf einem onlinebasierten Quasi-Experiment mit einem synthetischen COPD-Entlassungsbrief (Conrado et al. 2024) oder auf einer sehr kleinen Pilotstudie mit nur zwölf Patienten aus zwei Kliniken in den Niederlanden (van Driel et al. 2025). Hinzu kommt,

dass selbst in den positiv bewerteten Studien inhaltliche Fehler, Auslassungen oder Halluzinationen beschrieben wurden. Dadurch bleiben sowohl die interne Validität als auch die Übertragbarkeit auf reale, unkontrollierte Versorgungssituationen begrenzt.

Auch für Entscheidungsfindung und Adhärenz ist die Evidenz zwar ermutigend, aber nur eingeschränkt generalisierbar. Die randomisierte Studie zur Kniearthrose wurde in einem einzelnen spezialisierten Zentrum durchgeführt; die Behandelnden waren nicht verblindet, und Gesundheitskompetenz wurde nicht systematisch erfasst (Jayakumar et al. 2021). Die HPV-Chatbot-Studie fand in einem chinesischen Schulsetting mit nur zweiwöchiger Intervention statt; zugleich konnten Impfstoffkosten, Lieferengpässe, die Baseline-Befragung im Kontrollarm und mögliche Kontaminationen zwischen Klassen die Effektgröße mitbeeinflussen (Hou et al. 2025). Die Pneumokokken-Studie beschränkte sich auf Smartphone-nutzende ältere Erwachsene in Hongkong; 22,5% der geeigneten Personen lehnten die Teilnahme ab, mehrere Variablen waren selbstberichtet, und die Übertragbarkeit auf andere Gesundheitssysteme bleibt offen (Wang et al. 2025).

Einordnung in die Versorgung

Für die Versorgungsrealität bedeuten diese Erkenntnisse, dass KI-basierte Tools die bisherigen Kanäle der Patientenkommunikation sinnvoll ergänzen können. In Patientenportalen und der elektronischen Patientenakte (ePA) könnten automatisierte Zusammenfassungen und Erklärungen schwer lesbarer Arztbriefe oder Befundberichte eingebunden werden. Die ePA zielt ohnehin darauf ab, Versicherten sektorenübergreifende Gesundheitsdaten zur Verfügung zu stellen und informierte Teilhabe zu unterstützen. Durch KI-gestützte Vereinfachung könnte dieses Potenzial besser ausgeschöpft werden. Auch in der Radiologie zeichnen sich für KI-generierte Laienberichte hilfreiche Einsatzmöglichkeiten ab.

Darüber hinaus profitiert die Arzt-Patient-Interaktion, wenn Patienten ihre Befunde bereits vor dem Gespräch besser verstanden haben. Informierte Patienten könnten effektiver über Therapieoptionen diskutieren (Shared Decision Making). Die Studien zeigen, dass personalisierte KI-Hilfen die Entscheidungsqualität steigern und das Gefühl der Beteiligung fördern können. Dabei muss jedoch einkalkuliert werden, dass Informationsdefizite nur ein Teilversäumnis sind; strukturelle Barrieren (z. B. Kapazitätsmangel, Kosten) müssen parallel adressiert werden. Außerdem ist die Übertragbarkeit der beschriebenen Ansätze auf reale Versorgungssituationen derzeit nur eingeschränkt belegt, da die vorhandene Evidenz aus kontrollierten Studienbedingungen stammt.

Implikationen und Forschungsbedarf

Die Ergebnisse weisen auf mehrere offene Fragen hin. Zunächst ist der fehlende Nachweis nachhaltiger Wirkung zentral: Studien mit längerer Laufzeit und Follow-up wären nötig, um zu klären, ob einmalig durch KI vereinfachte Informationen dauerhaft bessere

Literatur

1. Altin, S. V./Stock, S. (2016): The impact of health literacy, patient-centered communication and shared decision-making on patients' satisfaction with care received in German primary care practices. In: BMC Health Services Research 2016, 16, 1: 450
2. Aydin, S./Karabacak, M./Vlachos, V./Margetis, K. (2024): Large language models in patient education: a scoping review of applications in medicine. In: Frontiers in Medicine 2024, 11: 1477898
3. Berkman, N. D./Sheridan, S. L./Donahue, K. E./Halpern, D. J./Crotty, K. (2011): Low health literacy and health outcomes: an updated systematic review. In: Annals of Internal Medicine 2011, 155, 2: 97–107
4. Conrado, F./Rosset, L./Lo Moro, G./Scaioli, G./Consoli, D./Bert, F./Siliquini, R. (2024): Effect on comprehension of an AI patient-friendly hospital discharge letter: a quasi-RCT. In: The European Journal of Public Health 2024, 34, Suppl 3: ckae144.685
5. van Driel, M. H. E./Blok, N./van den Brand, J. A. J. G./van de Sande, D./de Vries, M./Eijlers, B./Smits, F./Visser, J. J./Gommers, D./Verhoef, C./van Genderen, M. E./Grünhagen, D. J./Hilling, D. E. (2025): Leveraging GPT-4 enables patient comprehension of radiology reports. In: European Journal of Radiology 2025, 187: 112111
6. Geiger, F./Oldenburg, M./Förner, J./Mandelkow, L. (2026): Eine Frage des Systems: Wie sich Shared Decision Making von selbst im Gesundheitssystem skaliert. In: Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz 2026, 69, 2: 151–157
7. Gunn, A. J./Gilcrease-Garcia, B./Mangano, M. D./Sahani, D. V./Boland, G. W./Choy, G. (2017): JOURNAL CLUB: Structured Feedback From Patients on Actual Radiology Reports: A Novel Approach to Improve Reporting Practices. In: AJR. American journal of roentgenology 2017, 208, 6: 1262–1270
8. Hou, Z./Wu, Z./Qu, Z./Gong, L./Peng, H./Jit, M./Larson, H. J./Wu, J. T./Lin, L. (2025): A vaccine chatbot intervention for parents to improve HPV vaccination uptake among middle school girls: a cluster randomized trial. In: Nature Medicine 2025, 31, 6: 1855–1862
9. Jayakumar, P./Moore, M. G./Furlough, K. A./Uhler, L. M./Andrawis, J. P./Koenig, K. M./Aksan, N./Rathouz, P. J./Bozic, K. J. (2021): Comparison of an Artificial Intelligence–Enabled Patient Decision Aid vs Educational Material on Decision Quality, Shared Decision-Making, Patient Experience, and Functional Outcomes in Adults With Knee Osteoarthritis: A Randomized Clinical Trial. In: JAMA Network Open 2021, 4, 2: e2037107
10. Karliner, L. S./Patricia Kaplan, C./Juarbe, T./Pasick, R./Pérez-Stable, E. J. (2005): Poor patient comprehension of abnormal mammography results. In: Journal of General Internal Medicine 2005, 20, 5: 432–437
11. Kröner, S./Schreiweis, B./Strotbaum, V./Brandl, L. C./Pobiruchin, M./Wiesner, M. (2025): Consumer perspectives on the national electronic health record and barriers to its adoption in Germany: does health policy require a change in communication? In: BMC Health Services Research 2025, 25, 1: 33
12. Lee, Y.-B./Kim, G./Jun, J. E./Park, H./Lee, W. J./Hwang, Y.-C./Kim, J. H. (2023): An Integrated Digital Health Care Platform for Diabetes Management With AI-Based Dietary Management: 48-Week Results From a Randomized Controlled Trial. In: Diabetes Care 2023, 46, 5: 959–966
13. Martin-Carrera, T./Cook, T./Kahn, J., Charles (2018): Readability of radiology reports: implications for patient-centered care. In: Clinical Imaging 2018, 54
14. Miftaroski, A./Zowalla, R./Wiesner, M./Pobiruchin, M. (2026): Leveraging Large Language Models to Improve the Readability of German Online Medical Texts: Evaluation Study. In: JMIR AI 2026, 5, 1: e77149
15. Miller, T. A. (2016): Health literacy and adherence to medical treatment in chronic and acute illness: A meta-analysis. In: Patient Education and Counseling 2016, 99, 7: 1079–1086
16. O'Sullivan, L./Sukumar, P./Crowley, R./McAuliffe, E./Doran, P. (2020): Readability and understandability of clinical research patient information leaflets and consent forms in Ireland and the UK: a retrospective quantitative analysis. In: BMJ Open 2020, 10, 9: e037994
17. Prucker, P./Bressem, K. K./Peeken, J./Jukic, M./Marka, A. W./Strenzke, M./Kim, S. H./Mertens, C. J./Weller, D./Lemke, T./Graf, M. M./Ziegelmayer, S./Kader, A./Lammert, J./Makowski, M. R./Busch, F./Adams, L. C. (2025): A Prospective Controlled Trial of Large Language Model–based Simplification of Oncologic CT Reports for Patients with Cancer. In: Radiology 2025, 317, 2: 1–11
18. Steimetz, E./Minkowitz, J./Gabutan, E. C./Ngichabe, J./Attia, H./Hershkop, M./Ozay, F./Hanna, M. G./Gupta, R. (2024): Use of Artificial Intelligence Chatbots in Interpretation of Pathology Reports. In: JAMA Network Open 2024, 7, 5: e2412767
19. Wang, Z./Chen, S./Poon, J./Han, S. C./Ye, D./Yu, F./Fang, Y./Ni, Z./Wong, M. C. S./Mo, P. K. H. (2025): A Hybrid Chatbot to Promote Pneumococcal Vaccination Among Older Adults: A Randomized Clinical Trial. In: JAMA Network Open 2025, 8, 10: e2535813
20. Yi, P. H./Golden, S. K./Harringa, J. B./Kliewer, M. A. (2019): Readability of Lumbar Spine MRI Reports: Will Patients Understand? In: AJR. American journal of roentgenology 2019, 212, 3: 602–606

Therapieadhärenz oder langfristige Gesundheitskompetenz bewirken.

Weiterhin sollte erforscht werden, wie sich KI-Interventionen in verschiedenen Zielgruppen auswirken. Es ist unklar, ob Ältere oder weniger Technikaffine gleich profitieren. Ebenso kann der Einfluss von Vorerfahrung und Gesundheitskompetenz auf den Nutzen der KI-Anwendung untersucht werden.

Ein weiterer wichtiger Punkt ist die Systemintegration. Studien zur Implementierung in Klinik- oder Versorgungssettings sind erforderlich: Wie können radiologische Abteilungen oder Praxen solche Tools praktisch einführen? Hier besteht Forschungsbedarf zur Benutzerakzeptanz und zum Workflow.

Schließlich müssen die KI-Modelle selbst weiter validiert werden: Untersuchungen zur Genauigkeit der vereinfachten Texte (Faktenfehler, Halluzinationen) sollten fortgeführt und mit automatischen Detektionswerkzeugen unterfüttert werden. Auch ethische und datenschutzrechtliche Aspekte der Nutzung in Patientenportalen sind zu klären.

Fazit

Zusammenfassend zeigt die vorliegende Evidenz, dass KI-gestützte Systeme ein substanzielles Potenzial zur Verbesserung des Patientenverständnisses sowie zur Unterstützung von Entscheidungsprozessen und gesundheitsbezogenem Verhalten besitzen. Gleichzeitig bestehen Limitationen, insbesondere hinsichtlich der inhaltlichen Zuverlässigkeit und der Übertragbarkeit der Ergebnisse auf die Versorgungspraxis. KI sollte daher derzeit primär als ergänzendes Instrument innerhalb validierter Versorgungsprozesse verstanden werden.

Für die zukünftige Entwicklung erscheint entscheidend, KI-Anwendungen systematisch in Versorgungskontexte zu integrieren, ihre Effekte in realen Settings zu evaluieren und gleichzeitig Mechanismen zur Qualitätssicherung zu etablieren. Nur unter diesen Bedingungen kann das Potenzial KI-gestützter Patientenkommunikation nachhaltig zur Verbesserung der Versorgung genutzt werden. <<

AI in patient communication: a literature review

Introduction: With increasing digital access to health information, patients are often confronted with complex medical documents. AI-based systems are increasingly discussed as a tool to improve patient communication.

Methods: This structured literature review examines studies on AI-supported processing of medical information and evaluates their effects on patient understanding, as well as decision-making and adherence.

Results: Studies consistently show improved comprehension due to reduced text complexity and lower cognitive burden. In addition, there is evidence of positive effects on decision quality, shared decision-making, and health-related behavior. However, relevant error rates in AI-generated content are reported, and the evidence remains heterogeneous.

Discussion: Overall, the evidence suggests that AI can improve patient communication, but its benefits depend on controlled use, quality assurance, and integration into existing healthcare structures.

Keywords

artificial intelligence, patient communication, health literacy, patient understanding, large language models, decision-making, adherence

Autorenerklärung

Patrick Heckmann ist Geschäftsführer und Gesellschafter der Stratoniq GmbH in Erlangen, dem Betreiber der Plattform befundHilfe.com, einer digitalen Anwendung zur verständlichen Aufbereitung medizinischer Dokumente.
Da sich der vorliegende Beitrag mit KI-gestützter Patientenkommunikation befasst, besteht ein Interessenkonflikt im Sinne einer potenziellen Nähe zwischen wissenschaftlichem Inhalt und unternehmerischer Tätigkeit.
Die dem Beitrag zugrunde liegende Analyse wurde unabhängig und ohne finanzielle Unterstützung durch externe Unternehmen oder Institutionen durchgeführt. Dritte hatten keinen Einfluss auf Studiendesign, Datenauswertung oder Interpretation der Ergebnisse.

Zitationshinweis

Heckmann, P.: „KI in der Patientenkommunikation: eine Literaturübersicht“ (MVF 05/26), S. 78–82. http://doi.org/10.24945/MVF.05.26.1866-0533.2875

Dr. med. univ. Patrick Heckmann ORCID: 0009-0002-0187-8520



ist Facharzt für Nuklearmedizin. Er studierte Humanmedizin an der Medizinischen Universität Wien. Seine berufliche Laufbahn führte ihn an die Nuklearmedizinische Universitätsklinik Regensburg sowie an das Universitätsklinikum Erlangen. Aktuell ist er im Medic Center des Klinikums Fürth tätig. Er ist Mitgründer der Stratoniq GmbH, die mit befundHilfe.com eine digitale Plattform zur verständlichen Aufbereitung medizinischer Befunde betreibt. Kontakt: Patrick.Heckmann@befundhilfe.com

Thuy Ha Nguyen MA
Jörg Marschall MA MSc
Thorsten Tisch MSc

Adipositas in Deutschland: administrative Prävalenz, Komorbiditäten, Mortalität und Behandlungskosten

Zusammenfassung

Einleitung: In den letzten zwanzig Jahren ist die Adipositasprävalenz in Deutschland kontinuierlich gestiegen. Gleichzeitig stellen Adipositas sowie ihre Folgeerkrankungen auch eine Herausforderung für die Gesundheitssysteme und Volkswirtschaften dar, da sowohl die direkten als auch die indirekten Kosten durch die steigende Krankheitslast deutlich zunehmen. Ziel der Studie war es, die administrative Adipositasprävalenz, die Häufigkeit adipositasassoziierter Folge- und Begleiterkrankungen sowie die attributablen Behandlungskosten der Adipositas in Deutschland für das Jahr 2024 zu ermitteln.

Methoden: Die Studie basiert auf Abrechnungsdaten der InGef-Forschungsdatenbank mit ca. 10 Millionen GKV-Versicherten aus dem Jahr 2024. Ausgewertet wurde die administrative Prävalenz der Adipositas sowie die Häufigkeit adipositasassoziierter Folge- und Begleiterkrankungen und die 5-Jahres-Sterblichkeit von Versicherten mit und ohne Adipositas. Als Adipositasfälle wurden Versicherte mit mindestens einer gesicherten ICD-10-GM-Diagnose E66.- im Untersuchungsjahr gewertet. Die Behandlungskosten wurden auf Basis der RSA-Zuweisungen des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs (Morbi-RSA) ermittelt. Alle Ergebnisse wurden auf die Bevölkerung Deutschlands im Jahr 2024 hochgerechnet.

Ergebnisse: Im Jahr 2024 hatten schätzungsweise 9,3 Millionen Personen in Deutschland eine diagnostizierte Adipositas (administrative Prävalenz: 11,8%; Frauen: 12,6%, Männer: 10,9%). Personen mit Adipositas wiesen für nahezu alle untersuchten Erkrankungen deutlich erhöhte Prävalenzen auf – besonders ausgeprägt bei Diabetes mellitus (PR = 3,33), pulmonalen Herzerkrankungen (PR = 2,58), Herzinsuffizienz (PR = 2,56) und Niereninsuffizienz (PR = 2,49). Das relative 5-Jahres-Sterberisiko war insbesondere in jüngeren Altersgruppen erhöht (z. B. Mädchen/Frauen 5–19 Jahre: RR = 2,55; Männer 30–39 Jahre: RR = 2,29). Die Gesamtbehandlungskosten der adipositasassoziierten Erkrankungen beliefen sich auf 14,17 Mrd. Euro, wovon 8,80 Mrd. Euro (62,1%) auf Adipositas zurückzuführen waren. Den größten Anteil verursachten metabolische Erkrankungen (4,71 Mrd. Euro; attributable Fraktion: 82,2%).

Diskussion: Adipositas ist in Deutschland mit einer erheblichen Krankheitslast und substanziellen Behandlungskosten verbunden. Die Ergebnisse unterstreichen die Notwendigkeit wirksamer Präventionsmaßnahmen sowie einer evidenzbasierten, leitliniengerechten Versorgung. Frühzeitige verhaltens- und verhältnispräventive Interventionen könnten das Auftreten von Folgeerkrankungen reduzieren und langfristig zur Entlastung des Gesundheitssystems beitragen.

Schlüsselwörter

Adipositas, administrative Prävalenz, Behandlungskosten, Komorbidität, Mortalität, GKV, Deutschland

Crossref/doi

http://doi.org/10.24945/MVF.05.26.1866-0533.2876

Adipositas und ihre Folgeerkrankungen zählen weltweit zu den bedeutendsten Herausforderungen für die öffentliche Gesundheit. Mit der steigenden Verbreitung von Adipositas nehmen auch kardiometabolische Erkrankungen (z. B. Typ-2-Diabetes mellitus, arterielle Hypertonie, koronare Herzkrankheit und Herzinsuffizienz), bestimmte Tumorerkrankungen und Muskel-Skelett-Erkrankungen zu. Bei Erwachsenen in Deutschland zählt ein höherer Body-Mass-Index (BMI) zu den größten Risikofaktoren im Hinblick auf die Krankheitslast sowie verlorenen gesunden Lebensjahre durch Krankheit (Starker et al., 2025). Die Einteilung der Adipositas erfolgt anhand des BMI, der aus dem Körpergewicht und der Körpergröße berechnet wird. Nach der Klassifikation der WHO (2026) gelten Erwachsene mit einem BMI zwischen 25 und 29,9 kg/m² als übergewichtig und mit einem BMI ≥ 30 kg/m² als adipös. Ab einem BMI ≥ 40 kg/m² handelt es sich um eine schwere Adipositas. Bei Kindern und Jugendlichen erfolgt die Klassifikation aufgrund der physiologischen Veränderungen während des Wachstums anhand alters- und geschlechtsspezifischer Referenzperzentile (Kromeyer-Hauschild et al., 2001).

>> In den letzten zwanzig Jahren ist ein kontinuierlicher Anstieg der Adipositasprävalenz zu verzeichnen. Knapp 20% der Erwachsenen in Deutschland waren im Jahr 2023 adipös, im Jahr 2003 lag die Prävalenz noch bei 12,2% (Starker et al., 2025). Prävalenzwerte aus bevölkerungsrepräsentativen Untersuchungen zielen darauf ab, die Prävalenz von Adipositas in der Bevölkerung zu erfassen, unabhängig davon, ob die Adipositas bei den Personen diagnostiziert wurde. Hingegen bezieht sich die administrative Prävalenz auf Basis von Abrechnungs- oder Routinedaten auf die diagnostizierten Adipositasfälle. Die administrative Prävalenz schließt nur ärztlich dokumentierte bzw. diagnostizierte Fälle mit einer Adipositasdiagnose (ICD-10 E66.0, E66.2, E66.8, E66.9) ein. Dadurch bildet sie die tatsächlich im Gesundheitssystem sichtbare Morbidität ab und ermöglicht zugleich eine präzisere ökonomische Analyse der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen und den daraus resultierenden direkten Kosten.

Viele der bislang verfügbaren Erkenntnisse zur Prävalenz von Adipositas sowie zu den damit verbundenen Krankheitskosten beruhen auf älteren Daten. Angesichts der seitdem beobachteten Veränderungen in der Prävalenz von Adipositas und der medizinischen Versorgung besteht ein erheblicher Bedarf an aktuellen Schätzungen. Nach Angaben des Wissenschaftlichen Instituts der AOK lag die administrative Prävalenz in der deutschen Bevölkerung im Jahr 2024 bei 10,5% (Wissenschaftliches Institut der AOK, 2026). Damit liegt sie deutlich unter der berichteten Adipositasprävalenz in anderen Untersuchungen mit etwa 20% (Starker et al., 2025). Gleichzeitig entwickelt sich Adipositas zunehmend zu einer ökonomischen Herausforderung für Gesundheitssysteme und Volkswirtschaften. Mit der steigenden Krankheitslast nehmen sowohl die direkten Kosten der medizinischen Versorgung als auch die indirekten Kosten infolge von Arbeitsunfähigkeit, Frühverrentung und verlorenen Lebensjahren zu.

Laut gesundheitsökonomischen Analysen von Effertz et al. (2016) belaufen sich die direkten Kosten für die Behandlung der Adipositas und adipositasassoziierten Begleit- und Folgeerkrankungen in Deutschland auf 29,4 Mrd. Euro pro Jahr. Hinzu kommen

indirekte Kosten von etwa 33,4 Mrd. Euro jährlich, etwa durch den Verlust von Lebensqualität, Produktivitätsverlust durch eine krankheitsbedingte Arbeitsunfähigkeit oder durch vorzeitige Verrentung.

Ziel der hier vorliegenden Studie war es, die administrative Adipositasprävalenz in Deutschland sowie die mit Adipositas einhergehende Krankheitslast und die damit verbundenen Behandlungskosten in Deutschland zu ermitteln. Hierbei soll nicht allein auf die Häufigkeit und Behandlungskosten der Adipositas abgestellt werden, sondern es sollen auch die Behandlungskosten von Folge- und Begleiterkrankungen berücksichtigt werden, die mit Adipositas einhergehen oder für deren Entstehung Adipositas einen Risikofaktor darstellt. Demnach wird im Rahmen der Studie die Prävalenz ausgewählter Folge- und Begleiterkrankungen der Adipositas ermittelt und insbesondere dargestellt, zu welchen Anteilen sie auf Adipositas zurückzuführen ist.

Methodik

Datenquelle

Diese Studie basiert auf anonymisierten Abrechnungsdaten aus der InGef-Forschungsdatenbank (Institut für angewandte Gesundheitsforschung Berlin GmbH). Zum Zeitpunkt der Analyse enthielt die Datenbank personenbezogene, longitudinal verknüpfte Daten von ca. 10 Millionen Versicherten, die im Jahr 2024 in einer von 50 gesetzlichen Krankenkassen (GKV) in Deutschland versichert und zwischen 5 und 89 Jahre alt waren. Neben soziodemografischen Informationen enthält die Datenbank Informationen über ambulante Leistungen und Diagnosen; Krankenhausdaten einschließlich der Aufnahmezeiten, der Haupt- und Nebendiagnosen und der durchgeführten Operationen und Prozeduren; Daten über die Verschreibung von Medikamenten; Informationen über Hilfsmittel und Heilmittel sowie über die Kosten, die in diesen Bereichen angefallen sind (Alibone et al., 2026). Alle Daten auf Patienten- und Leistungserbringerebene sind entsprechend den deutschen Datenschutzbestimmungen und Bundesgesetzen anonymisiert. Die Zustimmung einer Ethikkommission war daher nicht erforderlich.

Analysemethode

Zur Operationalisierung der Adipositas wurde die administrative Prävalenz auf Basis der Routinedaten der gesetzlichen Krankenversicherung für das Jahr 2024 ermittelt. Als Fälle wurden Versicherte

Administrative Prävalenz adipositasassoziierter Folge- und Begleiterkrankungen

Erkrankungsgruppe	Personen ohne Adipositas	Personen mit Adipositas	PR*
Bösartige Neubildungen der Verdauungsorgane	0,7%	0,8%	1,20
Bösartige Neubildungen der Brustdrüse	2,4%	2,5%	1,04
Bösartige Neubildungen der Genitalorgane	1,3%	1,5%	1,17
Bösartige Neubildungen der Schilddrüse, Nebenschilddrüse, Paraganglien sowie weiterer endokriner Drüsen	0,1%	0,2%	1,63
Lymphome und Leukämien	0,6%	0,6%	1,12
Diabetes mellitus	6,8%	22,6%	3,33
Störungen des Fettstoffwechsels	5,3%	4,6%	0,87
Verschluss extrakranieller hirnversorgender Gefäße und transitorische ischämische Attacken	0,2%	0,3%	1,42
Schlaganfall und Komplikationen	1,0%	1,5%	1,45
Hypertonie	14,7%	27,5%	1,86
Ischämische Herzkrankheit	4,0%	6,9%	1,73
Pulmonale Herzkrankheit und Erkrankungen des Lungenkreislaufes	0,3%	0,7%	2,58
Herzinsuffizienz	2,9%	7,5%	2,56
Tiefe Venenthrombose	0,2%	0,5%	2,20
Thrombophlebitis, exkl. tiefer Venen	0,5%	0,9%	2,01
Gallensteine mit Cholezystitis und andere Erkrankungen der Gallenblase	0,6%	1,2%	1,99
Nicht näher bezeichneter Rückenschmerz und andere Schmerzzustände/Erkrankungen des Rückens/Nackens	11,3%	17,8%	1,58
Niereninsuffizienz	3,3%	8,2%	2,49
Nephrolithiasis / Uretherstein / Blasenstein	0,9%	1,5%	1,68
Osteoarthrose	7,0%	12,4%	1,77

Tab. 1: Administrative Prävalenz adipositasassoziierter Folge- und Begleiterkrankungen standardisiert nach Alter und Geschlecht auf die Bevölkerung Deutschlands im Jahr 2024. Quelle: Ergebnisse der Analyse von Abrechnungsdaten von InGef durch IGES standardisiert auf die Bevölkerung Deutschlands im Jahr 2024
Anmerkung: * PR = Prävalenzratio.

berücksichtigt, bei denen im Beobachtungszeitraum mindestens eine gesicherte Diagnose der ICD-10-GM-Kategorie E66.- (Adipositas) dokumentiert war. Hierzu zählten gesicherte Diagnosen aus der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung oder der ambulanten Krankenhausbehandlung, Behandlungsdiagnosen E66.- aus der ambulanten Krankenhausbehandlung sowie Haupt- oder Nebendiagnosen E66.- aus den Entlassungsmeldungen stationärer Krankenhausaufenthalte. Die administrative Prävalenz der Adipositas wird hochgerechnet auf die Bevölkerung Deutschlands (Statistisches Bundesamt, 2026) und stratifiziert nach Altersgruppe und Geschlecht für das Jahr 2024 dargestellt.

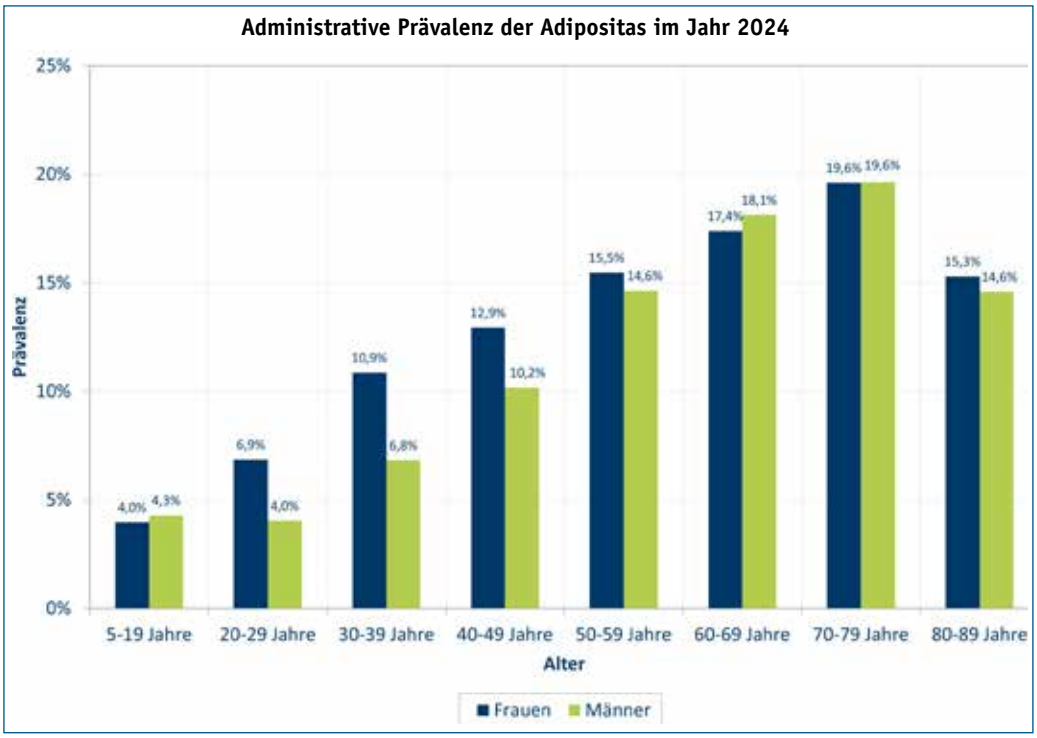


Abb. 1: Administrative Prävalenz der Adipositas im Jahr 2024. Quelle: eigene Darstellung.

Des Weiteren wird die administrative Prävalenz von adipositasassoziierten Erkrankungen jeweils für Personen mit Adipositas und Personen ohne Adipositas nach Altersgruppe und Geschlecht für das Jahr 2024 gezeigt. Das Verhältnis der Erkrankungsprävalenz bei Personen mit Adipositas zu derjenigen bei Personen ohne Adipositas wird als Prävalenzratio (PR) dargestellt. Die PR gibt an, um welchen Faktor die Prävalenz einer Folge- oder Begleiterkrankung bei Personen mit Adipositas im Vergleich zu Personen ohne Adipositas erhöht (PR > 1) oder vermindert (PR < 1) ist. Bei den adipositasassoziierten Erkrankungen wurden insgesamt 20 ausgewählte Krankheiten berücksichtigt, die das Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS) als übergeordnete Klassifikationsebene zur Einbeziehung und zum Ausschluss ICD-kodierter Diagnosen aus dem RSA-Klassifikationsmodell verwendet (Anlage 1 zur Festlegung nach § 8 Abs. 4 RSAV; Bundesamt für Soziale Sicherung, 2025). Hierzu zählten Stoffwechselerkrankungen (Diabetes mellitus, Fettstoffwechselstörungen), Herz-Kreislauf-Erkrankungen (Hypertonie, ischämische Herzkrankheit, Herzinsuffizienz, pulmonale Herzerkrankungen und Erkrankungen des Lungenkreislaufs, Schlaganfall und Komplikationen, Verschluss extrakranieller hirnversorgender Gefäße und transitorische ischämische Attacken, tiefe Venenthrombose sowie Thrombophlebitis), Erkrankungen der Niere und der ableitenden Harnwege (Niereninsuffizienz, Nephrolithiasis), Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems (Osteoarthrose, Rückenschmerzen und sonstige Erkrankungen des Rückens bzw. Nackens), gastrointestinale Erkrankungen (Gallensteine mit Cholezystitis und andere Erkrankungen der Gallenblase) sowie ausgewählte maligne Neubildungen (bösartige Neubildungen der Verdauungsorgane, der Brustdrüse, der Genitalorgane, der Schilddrüse, Nebenschilddrüse und weiterer endokriner Drüsen sowie Lymphome und Leukämien). Die Auswahl der Erkrankungen erfolgte auf Grundlage der Global Burden of Disease (GBD) Study und umfasste diejenigen Erkrankungen, für die ein hoher Body-Mass-Index als relevanter Risikofaktor beschrieben ist und die den größten Anteil der adipositasassoziierten Krankheitslast verursachen (Zhou et al., 2024).

Zur Abbildung der Mortalität wurden alters- und geschlechtsspezifische 5-Jahres-Sterbewahrscheinlichkeiten für Personen mit und ohne Adipositas ermittelt. Als Maß für den Zusammenhang zwischen Adipositas und Mortalität wurde das relative 5-Jahres-Sterberisiko (relatives Risiko) bestimmt. Das relative Risiko (RR) gibt an, um welchen Faktor das Risiko, innerhalb von fünf Jahren zu versterben, bei Personen mit Adipositas im Vergleich zu Personen ohne Adipositas erhöht (RR > 1) oder vermindert (RR < 1) ist. Die Ergebnisse werden differenziert nach Altersgruppe und Geschlecht dargestellt.

Zur Ermittlung der adipositasassoziierten Behandlungskosten wurden die krankheitsbezogenen Zuweisungen des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs (Morbi-RSA) als Näherungswerte für die Versorgungskosten herangezogen. Die RSA-Zuweisungen basieren auf Regressionsmodellen des BAS und spiegeln die durchschnittlichen prospektiven Gesundheitsausgaben wider, die mit bestimmten Morbiditätsgruppen verbunden sind (BAS, 2025). Für die Bestimmung der Behandlungskosten wurden die in den Routinedaten dokumentierten Diagnosen der berücksichtigten, mit Adipositas assoziierten Krankheiten (siehe oben) den im Morbi-RSA verwendeten Diagnosegruppen (DxG) und hierarchisierten Morbiditätsgruppen (HMG) zugeordnet. Die DxG wurden hierbei entsprechend der Bestimmungen des RSA-Verfahrens validiert. Anschließend wurde für Versicherte mit und ohne Adipositas sowie differenziert nach Alter und Geschlecht analysiert, mit welcher Häufigkeit HMGs der mit Adipositas assoziierten Folge- und Begleiterkrankungen auftraten und welche HMG-bezogenen RSA-Zahlun-

gen dadurch ausgelöst wurden. Durch die Verknüpfung der HMG-Häufigkeiten mit den jeweiligen durchschnittlichen RSA-Zahlungen konnten die auf Adipositas zurückzuführenden Behandlungskosten für das Jahr 2024 ermittelt werden.

Alle Analysen wurden stratifiziert nach Geschlecht und 5-Jahres-Altersgruppen (5–9 Jahre, 10–14 Jahre, 15–19 Jahre, 20–24 Jahre, 25–29 Jahre, 30–34 Jahre, 35–39 Jahre, 40–44 Jahre, 45–49 Jahre, 50–54 Jahre, 55–59 Jahre, 60–64 Jahre, 65–69 Jahre, 70–74 Jahre, 75–79 Jahre, 80–84 Jahre, 85–89 Jahre) durchgeführt.

Ergebnisse

Prävalenz der Adipositas und der adipositasassoziierten Folge- und Begleiterkrankungen

Im Jahr 2024 haben schätzungsweise 9,3 Millionen Personen in Deutschland eine diagnostizierte Adipositas – dies entspricht einer administrativen Prävalenz von 11,8%. 12,6% der Frauen (entspricht hochgerechnet 5,0 Millionen Frauen) und 10,9% der Männer (4,3 Mio. Männer) haben eine Adipositasdiagnose. Abbildung 1 zeigt die administrative Prävalenz der Adipositas in der Bevölkerung Deutschlands, differenziert nach Altersgruppe und Geschlecht.

Höhere Prävalenzen der administrativ erfassten Adipositas sind im mittleren und höheren Alter zu beobachten. Die niedrigsten Prävalenzen finden sich bei den 5- bis 19-Jährigen (Mädchen/Frauen: 4,0%; Jungen/Männer: 4,3%). Der höchste Prävalenzwert liegt bei den 70- bis 79-Jährigen mit jeweils 19,6% bei Frauen und Männern vor. In der Altersgruppe der 80- bis 89-Jährigen nehmen die Prävalenzen mit 15,3% bei Frauen bzw. 14,6% bei Männern wieder ab.

In den Altersgruppen zwischen 20 und 59 Jahren weisen Frauen durchgängig höhere Prävalenzen auf als Männer. Besonders ausgeprägt sind die Unterschiede in den Altersgruppen der 20- bis 29-Jährigen (6,9% vs. 4,0%) sowie der 30- bis 39-Jährigen (10,9% vs. 6,8%). Ab dem 60. Lebensjahr nähern sich die Prävalenzen beider Geschlechter an. In der Altersgruppe der 60- bis 69-Jährigen liegt die Prävalenz bei Männern mit 18,1% geringfügig über derjenigen der Frauen (17,4%), während in der Altersgruppe der 70- bis 79-Jährigen keine Unterschiede zwischen Frauen und Männern mehr zu erkennen sind. In der höchsten betrachteten Altersgruppe (80–89 Jahre) ist ein Rückgang der Prävalenz auf 15,3% bei Frauen bzw. 14,6% bei Männern zu beobachten.

Insgesamt weisen die Ergebnisse auf deutliche Unterschiede der Adipositasprävalenz zwischen den Altersgruppen hin, wobei höhere Prävalenzen in den älteren Altersgruppen beobachtet werden. Darüber hinaus zeigen sich Geschlechterunterschiede, die insbesondere im jungen und mittleren Erwachsenenalter ausgeprägt sind.

Tabelle 1 zeigt die Prävalenzen ausgewählter adipositasassoziierter Folge- und Begleiterkrankungen bei Personen mit und ohne Adipositas nach Alter und Geschlecht im Jahr 2024. Für die Mehrzahl der betrachteten Erkrankungen werden bei Personen mit Adipositas deutlich höhere Prävalenzen beobachtet als bei Personen ohne Adipositas. Besonders ausgeprägt sind die Unterschiede für Diabetes mellitus, der bei Personen mit Adipositas mehr als dreimal so häufig auftritt wie bei Personen ohne Adipositas (22,6% vs. 6,8%; Prävalenzratio [PR] = 3,33). Personen mit Adipositas haben außerdem ein mehr als doppelt so hohes Risiko, an pulmonalen Herzerkrankungen und Erkrankungen des Lungenkreislaufs (PR = 2,58), Herzinsuffizienz (PR = 2,56), Niereninsuffizienz (PR = 2,49), tiefe Venenthrombosen (PR = 2,20) sowie Thrombophlebitiden (PR = 2,01) zu erkranken.

Auch weitere kardiometabolische und muskuloskelettale Erkrankungen sind bei Personen mit Adipositas häufiger vertreten als bei Personen ohne Adipositas. Personen mit Adipositas erkranken häufiger an Hypertonie (27,5% vs. 14,7%; PR = 1,86), ischämischer Herzkrankheit (6,9% vs. 4,0%; PR = 1,73), Osteoarthrose (12,4% vs. 7,0%; PR = 1,77) sowie chronischen Rückenschmerzen und sonstigen Erkrankungen des Rückens bzw. Nackens (17,8% vs. 11,3%; PR = 1,58) als Personen ohne Adipositas. Darüber hinaus sind Erkrankungen der Gallenblase nahezu doppelt so häufig bei Personen mit Adipositas vertreten (PR = 1,99).

Für verschiedene maligne Erkrankungen werden hingegen nur geringe Unterschiede zwischen Personen mit und ohne Adipositas beobachtet. Die Prävalenzratios liegen hier zwischen 1,04 und 1,20.

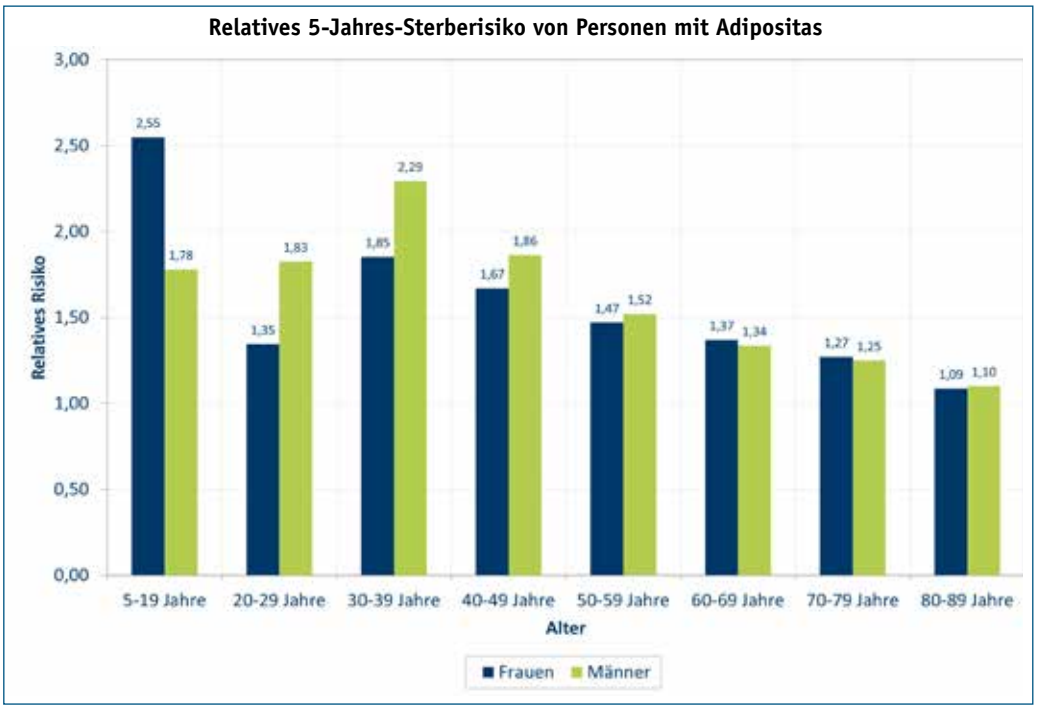


Abb. 2: Relatives 5-Jahres-Sterberisiko von Personen mit Adipositas. Quelle: eigene Darstellung.

Eine Ausnahme bilden bösartige Neubildungen der Schilddrüse, Nebenschilddrüse und weiterer endokriner Drüsen, für die Personen mit Adipositas eine 1,63-fach höhere Prävalenz aufweisen als Personen ohne Adipositas. Lediglich Störungen des Fettstoffwechsels zeigen eine geringere Prävalenz bei Personen mit Adipositas als bei Personen ohne Adipositas (4,6% vs. 5,3%; PR = 0,87). Dieses epidemiologisch unplausible Ergebnis kann im Rahmen der Studie zwar nicht mit Bestimmtheit aufgeklärt werden, jedoch spricht anekdotische Evidenz aus der ambulanten ärztlichen Praxis dafür, dass bei adipösen Patientinnen und Patienten kein Anlass zur Kodierung der Fettstoffwechselstörung besteht, während sie bei nicht adipösen Patientinnen und Patienten zur Begründung einer Behandlung erforderlich ist.

Insgesamt weisen die Ergebnisse auf eine erhebliche zusätzliche Krankheitslast bei Menschen mit Adipositas hin. Besonders stark zeigt sich dies bei Erkrankungen des Stoffwechsels, des Herz-Kreislauf-Systems, der Nieren sowie des Bewegungsapparates, bei denen die Prävalenz im Vergleich zu Personen ohne Adipositas zum Teil mehr als doppelt so hoch ist.

Mortalität

Abbildung 2 zeigt das relative 5-Jahres-Sterberisiko von Personen mit Adipositas im Vergleich zu Personen ohne Adipositas, hochgerechnet auf die Bevölkerung Deutschlands im Jahr 2024 und differenziert nach Altersgruppe und Geschlecht. Über alle Altersgruppen hinweg ist Adipositas mit einer erhöhten Mortalität assoziiert. Die höchsten relativen Sterberisiken von Personen mit Adipositas sind in den jüngeren Altersgruppen zu beobachten. Mädchen und Frauen im Alter von 5 bis 19 Jahren mit Adipositas haben ein 2,55-fach höheres 5-Jahres-Sterberisiko als diejenigen ohne Adipositas. In der Gruppe der Jungen und Männer mit Adipositas zwischen 5 und 19 Jahren liegt das relative Sterberisiko bei 1,78. In der Gruppe der 30- bis 39-Jährigen haben Männer mit Adipositas ein mehr als doppelt so hohes Sterberisiko wie Männer in der Altersgruppe ohne Adipositas (relatives Risiko [RR] = 2,29).

Mit zunehmendem Alter nimmt das relative Sterberisiko von Personen mit Adipositas im Vergleich zu Personen ohne Adipositas sukzessive ab. Während sowohl Frauen als auch Männer mit Adipositas in den Altersgruppen von 5 bis 19 Jahren und 30 bis 49 Jahre ein bis zu doppelt höheres Sterberisiko haben, nimmt das Risiko ab dem 50. Lebensjahr sukzessive ab. In der Gruppe der 20- bis 29-Jährigen haben Männer mit Adipositas ein doppelt so hohes Sterberisiko, in der Gruppe der Frauen ist das Risiko mit Adipositas um das 1,35-Fache erhöht. In der Gruppe der 80- bis 89-Jährigen ist das Risiko bei Personen mit Adipositas gegenüber Personen ohne Adipositas geringfügig erhöht (Frauen: RR = 1,09; Männer: RR = 1,10). In den Altersgruppen zwischen 20 und 59 Jahren weisen Männer mit Adipositas höhere relative Sterberisiken auf als Frauen mit Adipositas, während Frauen mit Adipositas in der jüngsten Altersgruppe (5–19 Jahre) sowie zwischen dem 60. und 79. Lebensjahr höhere relative Risiken aufweisen.

Insgesamt deuten die Ergebnisse darauf hin, dass Adipositas insbesondere in jüngeren und mittleren Altersgruppen mit einer deutlich erhöhten relativen Mortalität assoziiert ist, während sich das relative Risiko bei Personen mit Adipositas im Vergleich zu Personen ohne Adipositas im höheren Lebensalter sukzessive verringert. Dies könnte teilweise auf einen Selektionseffekt zurückzuführen sein, bei dem Personen mit Adipositas und einem erhöhten Mortalitätsrisiko bereits in jüngeren Altersgruppen überproportional häufig versterben.

Behandlungskosten

Tabelle 2 zeigt die Behandlungskosten adipositasassoziierter Folge- und Begleiterkrankungen von Personen mit Adipositas hochgerechnet auf die Bevölkerung Deutschlands im Jahr 2024. Insgesamt belaufen sich die Behandlungskosten der adipositasassoziierten Erkrankungen für das Jahr 2024 auf 14,17 Mrd. Euro. Davon können 8,80 Mrd. Euro auf die Erkrankung an Adipositas zurückgeführt werden, was einer attributablen Fraktion von 62,1% entspricht.

Die höchsten Behandlungskosten entfallen auf metabolische Erkrankungen mit insgesamt 5,73 Mrd. Euro, von denen 4,71 Mrd. Euro (82,2%) auf Adipositas zurückzuführen sind. Ebenfalls hohe Kosten entstanden durch Erkrankungen der Niere und der ableitenden Harnwege (2,98 Mrd. Euro), von denen 1,79 Mrd. Euro bzw. 60% der Behandlungskosten auf eine Erkrankung an Adipositas zurückzuführen sind. Für Herzerkrankungen belaufen sich die Gesamtkosten auf 2,70 Mrd. Euro, wovon 1,39 Mrd. Euro (51,4%) auf Adipositas entfallen.

Auch Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems verursachen hohe Behandlungskosten. Von den Gesamtkosten in Höhe von 767 Mio. Euro sind 483 Mio. Euro (63%) auf Adipositas zurückzuführen. Für Gefäß- und Kreislauferkrankungen beträgt die attributable Fraktion 53,2% (157 Mio. Euro von insgesamt 295 Mio. Euro). Für zerebrovaskuläre Erkrankungen sind 124 Mio. Euro bzw. knapp 29% der Behandlungskosten adipositasbedingt.

Vergleichsweise geringe Behandlungskosten wurden für gastrointestinale Erkrankungen (9 Mio. Euro), Erkrankungen und Verletzungen der Wirbelsäule (68 Mio. Euro) sowie Erkrankungen des Auges (2 Mio. Euro) ermittelt. Die höchste attributable Fraktion zeigt sich bei metabolischen Erkrankungen (82%), gefolgt von Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems (63%) sowie Erkrankungen der Niere und der ableitenden Harnwege (60%). Demgegenüber weisen Neubildungen mit 10% und Erkrankungen des Auges mit 16% die geringsten auf Adipositas zurückzuführenden Kostenanteile auf.

Insgesamt verdeutlichen die Ergebnisse, dass ein erheblicher Anteil der Behandlungskosten von adipositasassoziierten Folge- und Begleiterkrankungen auf die Adipositas zurückzuführen ist. Besonders ausgeprägt ist die Krankheitslast bei metabolischen und kardiovaskulären Erkrankungen sowie Erkrankungen der Niere und der ableitenden Harnwege, die gleichzeitig auch den überwiegenden Anteil der adipositasbedingten Behandlungskosten verursachen. Auch die Behandlungskosten des Muskel-Skelett-Systems sind mit hohem Anteil auf die Adipositas zurückzuführen.

Diskussion

Der kontinuierliche Anstieg der Adipositasprävalenz in den letzten zwanzig Jahren zeigt, dass bisherige Präventionsmaßnahmen nicht ausreichend sind und ihre Wirksamkeit begrenzt ist. Adipositas ist in Deutschland mit einer erheblichen Krankheitslast sowie Krankheitskosten verbunden. Im Jahr 2024 lag die administrative

Adipositasprävalenz bei 11,8%. Da Adipositas nicht zwangsläufig mit einer ärztlichen Behandlung bzw. notwendigen ärztlichen Dokumentation einhergeht, ist diese Berechnung als konservativ zu bewerten. Im Vergleich zeigen aktuelle Bevölkerungsstudien eine Adipositasprävalenz von rund 20%.

Mit Blick auf die Adipositasprävalenz zeigen sich in den Analysen sowohl bei Männern als auch Frauen höhere Prävalenzen der Adipositas ab dem mittleren Alter bis hin ins hohe Alter. Insbesondere im jungen und mittleren Erwachsenenalter sind außerdem Frauen anteilig häufiger von Adipositas betroffen als Männer. Darüber hinaus zeigen Personen mit Adipositas eine deutlich höhere Prävalenz zahlreicher Folge- und Begleiterkrankungen, insbesondere von Diabetes mellitus, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Niereninsuffizienz sowie muskuloskelettalen Erkrankungen. Gleichzeitig zeigt sich über nahezu alle Altersgruppen hinweg ein erhöhtes relatives 5-Jahres-Sterberisiko bei Personen mit Adipositas. Die Analysen verdeutlichen, dass von den jährlichen Behandlungskosten der untersuchten Folge- und Begleiterkrankungen in Höhe von 14,2 Mrd. Euro rund 8,8 Mrd. Euro (62,1%) auf Adipositas zurückzuführen sind. Die Analyse basiert auf einer konservativen Berechnung, sodass die tatsächlichen adipositasassoziierten Behandlungskosten voraussichtlich höher ausfallen. Den größten Anteil der adipositasbedingten Kosten verursachen metabolische Erkrankungen, gefolgt von Erkrankungen der Niere und der ableitenden Harnwege sowie Herzerkrankungen.

Behandlungskosten adipositasassoziierter Folge- und Begleiterkrankungen von Personen mit Adipositas

Erkrankungsgruppe	Behandlungskosten		Attributable Fraktion
	Gesamt in Mio. Euro	Davon: adipositasbedingt in Mio. Euro	
Neubildungen	1.183	118	10,0%
Metabolische Erkrankungen	5.728	4.711	82,2%
Gastrointestinale Erkrankungen	9	4	46,1%
Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems	767	483	63,0%
Erkrankungen/Verletzungen der Wirbelsäule	68	24	35,2%
Herzerkrankungen	2.698	1.387	51,4%
Zerebrovaskuläre Erkrankungen	433	124	28,6%
Gefäß- und Kreislauferkrankungen	295	157	53,2%
Erkrankungen der Niere und der ableitenden Harnwege	2.983	1.790	60,0%
Erkrankungen des Auges	2	0	15,9%
Gesamt	**14.165**	**8.798**	**62,1%**

Tab. 2: Behandlungskosten adipositasassoziierter Folge- und Begleiterkrankungen von Personen mit Adipositas hochgerechnet auf die Bevölkerung Deutschlands im Jahr 2024. Quelle: Ergebnisse der Analyse von Abrechnungsdaten durch InGef von IGES hochgerechnet auf die Bevölkerung Deutschlands im Jahr 2024. Anmerkung: Attributable Fraktion = Anteil der Behandlungskosten, der auf die Erkrankung an Adipositas zurückzuführen ist.

Die Ergebnisse der Studie unterstreichen, dass Adipositas ein bedeutender Risikofaktor im Hinblick auf die Krankheitslast ist und aufgrund ihrer Vielzahl an Folge- und Begleiterkrankungen eine wesentliche Determinante der Morbidität, Mortalität und der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen darstellt. Insbesondere der hohe Anteil adipositasattributierbarer Behandlungskosten bei metabolischen und kardiometabolischen Erkrankungen unterstreicht die Notwendigkeit einer wirksamen Prävention und einer evidenzbasierten leitliniengerechten Versorgung der Adipositas. Frühzeitige verhaltens- und verhältnispräventive Maßnahmen könnten nicht nur das Auftreten von Folgeerkrankungen reduzieren, sondern langfristig auch zu einer Entlastung des Gesundheitssystems beitragen. Darüber hinaus sollten

Literatur

1. Alibone, M., Ludwig, M., Obermüller, D., Pawlowska-Phelan, D., Norris, R. & Jacob, J. (2026). Representativeness and external comparability of the InGef research database for epidemiological studies in Germany. BMC health services research, 26(1). https://doi.org/10.1186/s12913-026-14966-5
2. Bundesamt für Soziale Sicherung. (2025). Bekanntmachung zum Gesundheitsfonds Nr. 19/2024. Anlagen zu den Bekanntmachungen für das Ausgleichsjahr 2024. https://www.bundesamtsozialesicherung.de/de/themen/risikostrukturausgleich/bekanntmachungen/detail/default-8a79fd6c6e814c3000ea-eb70834f0707/
3. Effertz, T., Engel, S., Verheyen, F. & Linder, R. (2016). The costs and consequences of obesity in Germany: a new approach from a prevalence and life-cycle perspective. The European journal of health economics : HEPAC : health economics in prevention and care, 17(9), 1141–1158. https://doi.org/10.1007/s10198-015-0751-4
4. FinanzKommission Gesundheit. (2026). Erster Bericht der FinanzKommission Gesundheit. Empfehlungen zur Stabilisierung des Beitragssatzes zur Gesetzlichen Krankenversicherung 2027. https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/F/FinanzKommission_Gesundheit/FinanzKommissionGesundheit_Erster_Bericht_20260330.pdf
5. Kromeyer-Hauschild, K., Wabitsch, M., Kunze, D., Geller, F., Geiß, H. C., Hesse, V., Hippel, A. von, Jaeger, U., Johnsen, D., Korte, W., Menner, K., Müller, G., Müller, J. M., Niemann-Pilatus, A., Remer, T., Schaefer, F., Wittchen, H.-U., Zabransky, S., Zellner, K., . . . Hebebrand, J. (2001). Perzentile für den Body-mass-Index für das Kindes- und Jugendalter unter Heranziehung verschiedener deutscher Stichproben. Monatsschrift Kinderheilkunde, 149(8), 807–818. https://doi.org/10.1007/s001120170107
6. Starker, A., Schienkiewitz, A., Damerow, S. & Kuhnert, R. (2025). Verbreitung von Adipositas und Rauchen bei Erwachsenen in Deutschland – Entwicklung von 2003 bis 2023. Journal of Health Monitoring, 2025(1). https://doi.org/10.25646/12990
7. Statistisches Bundesamt. (2026). Bevölkerung: Bundesländer, Stichtag, Geschlecht, Altersjahre. Fortschreibung des Bevölkerungsstandes. Stichtag 31.12.2024. https://genesis.destatis.de/datenbank/online/statistic/12411/table/12411-0013
8. Wissenschaftliches Institut der AOK. (2026). Gesundheitsatlas Deutschland. Faktenblatt Adipositas (Fettleibigkeit) in Deutschland. WIdO. https://gesundheitsatlas-deutschland.de/erkrankung/adipositas?activeValueType=praevalence&activeLayerType=state
9. World Health Organization. (2026). Body mass index (BMI). https://www.who.int/data/gho/data/themes/topics/topic-details/GHO/body-mass-index
10. Zhou, X.-D., Chen, Q.-F., Yang, W., Zuluaga, M., Targher, G., Byrne, C. D., Valenti, L., Luo, F., Katsouras, C. S., Thaher, O., Misra, A., Ataya, K., Oviedo, R. J., Pik-Shan Kong, A., Alswat, K., Lonardo, A., Wong, Y. J., Abu-Abeid, A., Al Momani, H., . . . Zheng, M.-H. (2024). Burden of disease attributable to high body mass index: an analysis of data from the Global Burden of Disease Study 2021. EClinicalMedicine, 76, 102848. https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2024.102848

auch auf politischer Ebene gesetzliche Maßnahmen zur Förderung einer gesunden Ernährung in den Blick genommen werden, unter anderem können die Ergebnisse als gesundheitsökonomisches Argument für die Einführung einer gestaffelten Steuer auf zuckergesüßte Erfrischungsgetränke gesehen werden, wie sie von der FinanzKommission Gesundheit (2026) vorgeschlagen wird. <<

Disease Burden of Obesity in Germany: Prevalence, Comorbidities, Mortality, and Healthcare Costs

Introduction: Over the past two decades, the prevalence of obesity in Germany has risen continuously. At the same time, obesity and its sequelae represent a growing challenge for healthcare systems and national economies, as both direct and indirect costs are increasing substantially due to the rising disease burden. The aim of this study was to determine the administrative prevalence of obesity, the frequency of obesity-associated comorbidities and sequelae, and the attributable treatment costs of obesity in Germany for the year 2024.

Methods: The study is based on claims data from the InGef research database, comprising approximately 10 million statutory health insurance insured persons for the year 2024. The administrative prevalence of obesity, the frequency of obesity-associated comorbidities and sequelae, and the 5-year mortality of insured persons with and without obesity were analysed. Obesity cases were defined as insured individuals with at least one confirmed ICD-10-GM diagnosis of E66.- in the study year. Treatment costs were estimated on the basis of morbidity-oriented risk structure compensation (Morbi-RSA) allocations. All results were extrapolated to the German population in 2024.

Results: In 2024, an estimated 9.3 million people in Germany had a diagnosed obesity (administrative prevalence: 11.8%; women: 12.6%, men: 10.9%). Individuals with obesity showed markedly elevated prevalences for nearly all conditions examined — most pronounced for diabetes mellitus (PR = 3.33), pulmonary heart disease (PR = 2.58), heart failure (PR = 2.56), and renal insufficiency (PR = 2.49). The relative 5-year mortality risk was particularly elevated in younger age groups (e.g., girls/women aged 5–19 years: RR = 2.55; men aged 30–39 years: RR = 2.29). Total treatment costs for obesity-associated conditions amounted to Euro 14.17 billion, of which Euro 8.80 billion (62.1%) were attributable to obesity. The largest share was driven by metabolic diseases (Euro 4.71 billion; attributable fraction: 82.2%).

Discussion: Obesity in Germany is associated with a substantial disease burden and considerable treatment costs. The findings underscore the need for effective prevention measures and evidence-based, guideline-compliant care. Early behavioural and structural prevention interventions could reduce the onset of sequelae and contribute to long-term relief of the healthcare system.

Keywords

obesity, administrative prevalence, treatment costs, comorbidity, mortality, statutory health insurance, Germany

Autorenerklärung

Thuy Ha Nguyen, Jörg Marschall und Thorsten Tisch sind Mitarbeiter:innen der IGES Institut GmbH in Berlin. Die Analyse erfolgte mit finanzieller Unterstützung des Verbandes Forschender Arzneimittelhersteller (vfa).

Hinweis

Auf dem Onlineportal von MVF finden Sie einen Appendix zu Krankheitslasten bei Menschen mit Adipositas: https://t1p.de/cb6n2

Zitationshinweis

Nguyen, T. H., Marschall, J., Tisch, T.: „Adipositas in Deutschland: administrative Prävalenz, Komorbiditäten, Mortalität und Behandlungskosten“ (MVF 05/26), S. 83–89. http://doi.org/10.24945/MVF.05.26.1866-0533.2876

Thuy Ha Nguyen MA ORCID: 0009-0004-3539-4326



ist wissenschaftliche Mitarbeiterin am IGES Institut und studierte Sozialwissenschaftlerin (Universität Osnabrück und Düsseldorf). Zuvor war sie am Institut für Medizinische Soziologie des Universitätsklinikums Düsseldorf tätig. Ihre Arbeitsschwerpunkte sind Evaluationen von Projekten der Gesundheitsförderung und Prävention, methodisch gestützt durch qualitative und quantitative Datenerhebung sowie systematische Literaturrecherchen und -synthesen. Kontakt: Thuy-Ha.Nguyen@iges.com

Jörg Marschall MA MSc ORCID: 0009-0008-5882-1983



ist Bereichsleiter Arbeitswelt & Prävention am IGES Institut und studierter Soziologe und Epidemiologe mit Schwerpunkt Methoden und Evaluation. Zuvor war er am Institut für Sozialforschung und Sozialwirtschaft (iso) und an der TU Berlin tätig. Seine Arbeitsschwerpunkte sind Evaluationen, systematische Reviews und Reporting in Gesundheitsförderung und Prävention sowie Forschung zu Arbeitsbedingungen und Arbeitsweltberichterstattung. Kontakt: Joerg.Marschall@iges.com

Thorsten Tisch MSc ORCID: 0009-0009-6549-5650



ist wissenschaftlicher Mitarbeiter am IGES Institut. Er hat Volkswirtschaftslehre sowie Statistik an der Humboldt-Universität zu Berlin studiert. Seine Arbeitsschwerpunkte sind die Forschung zu Versorgungsstrukturen und Vergütungssystemen mit Kernkompetenzen in der statistischen Modellierung von Versorgungsszenarien, der Erstellung von Kosten-Nutzen-Analysen sowie der Analyse von Sekundärdaten.
Kontakt: Thorsten.Tisch@iges.com

Dr. rer. medic. Patrick Timpel
Dr. rer. nat. Jana Knop
Dr. rer. nat. Martina Grönig
Vukašin Višković MA
PD Dr. med. Daniel Schöttle
PD Dr. med. Felix Betzler

Kosten der ADHS-Versorgung in Deutschland: Analyse von GKV-Routinedaten der Jahre 2017 bis 2023

Zusammenfassung

Einleitung: ADHS ist mit einer hohen Krankheitslast und erheblichen direkten sowie indirekten Kosten verbunden, insbesondere im Erwachsenenalter. Für Deutschland fehlen jedoch aktuelle gesundheitsökonomische Analysen mit langen Beobachtungszeiträumen.

Methoden: Es wurde eine retrospektive Kohortenstudie auf Basis anonymisierter GKV-Routinedaten (InGef) von 2017 bis 2023 durchgeführt. Die Analyse umfasst prävalente und inzidente ADHS-Patient:innen (<18/≥18 Jahre) mit Fokus auf nicht-medikamentöse Versorgung, direkte Kosten und Arbeitsunfähigkeit.

Ergebnisse: 2023 betrugen die durchschnittlichen direkten Gesamtkosten 3.527 Euro (prävalent) bzw. 4.250 Euro (inzident) pro Patient und waren bei Erwachsenen deutlich höher als bei Kindern/Jugendlichen. Stationäre Leistungen stellten den größten Kostenanteil dar. 14 bis 17 % der Patient:innen nutzten Psychotherapie. 8–10% der Patient:innen nutzten Verhaltenstherapie, mit durchschnittlich ~14 Sitzungen/Jahr und Kosten von ~1.5 Tsd. Euro/Patient:in/Jahr. Von 2017 bis 2023 stiegen die direkten Kosten um 43–46%. Der Anteil Erwachsener mit Arbeitsunfähigkeit und deren Dauer nahmen insbesondere ab 2021 deutlich zu.

Diskussion: Die ADHS-Versorgung in Deutschland ist mit steigenden Kosten verbunden, die vor allem durch stationäre Behandlungen und psychotherapeutische Interventionen geprägt sind. Eine frühzeitige, kontinuierliche und ambulant-multimodale Versorgung könnte kostenintensive stationäre Leistungen und Produktivitätsverluste reduzieren.

Schlüsselwörter

ADHS (Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung); Epidemiologie; Verhaltenstherapie (VT); Gesundheitsökonomische Analyse; Sekundärdatenanalyse

Crossref/doi

http://doi.org/10.24945/MVF.05.26.1866-0533.2878

Die Prävalenz der Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) bei Kindern und Jugendlichen liegt weltweit bei etwa 5–8%, wobei Jungen etwa doppelt so häufig betroffen sind wie Mädchen (Ayano et al., 2023; Wolraich et al., 2019). Im Erwachsenenalter wird der Geschlechterunterschied geringer und die Prävalenz ist mit 2–3% deutlich niedriger (Cortese et al., 2025; Faraone et al., 2006; Posner et al., 2020). Der Verlauf von ADHS ist heterogen: Rund 15% der Betroffenen erfüllen auch im Erwachsenenalter die vollständigen Diagnosekriterien, 40–60% zeigen eine partielle Remission mit weiterhin funktionellen Beeinträchtigungen, und nur etwa 9% erreichen eine dauerhafte Remission. Häufig treten fluktuierende Verläufe mit Remissions- und Rezidivphasen auf. Die Prävalenzschätzungen werden maßgeblich durch methodische Unterschiede, regionale Variabilität und die jeweils verwendeten diagnostischen Kriterien beeinflusst (Ayano et al., 2023; Cortese et al., 2025; Cortese et al., 2023; Edition, 2013; Posner et al., 2020). Die aktuellen Klassifikationssysteme (DSM-5, ICD-11) erlauben einen späteren Symptombeginn und senken damit die Diagnoseschwelle, was insbesondere die Prävalenz im Erwachsenenalter beeinflusst.

>> Die gesundheitsökonomische Belastung durch ADHS ist erheblich und vergleichbar mit der chronisch-somatischer Erkrankungen. Bei ca. 80% der Betroffenen können Komorbiditäten festgestellt werden, darunter Abhängigkeitserkrankungen, affektive Störungen und Angsterkrankungen (Choi et al., 2022). Direkte medizinische Kosten sowie indirekte Kosten, z. B. durch Produktivitätsverluste, sind bedeutend höher bei Betroffenen als bei Gleichaltrigen ohne ADHS (Wu et al., 2012). Studien aus Deutschland verweisen zudem auf besonders hohe Kosten bei Erwachsenen mit später Diagnosestellung und komplexer Komorbidität (Libutzki et al., 2020; Schlander et al., 2010). Der aktuelle Forschungsstand zu gesundheitsökonomischen Analysen bei ADHS in Deutschland zeigt, dass ADHS mit einem erheblichen direkten und indirekten Kostenaufwand für das Gesundheitssystem und die Gesellschaft verbunden ist. Erwachsene mit ADHS verursachen jährlich direkte medizinische Kosten von über 4.000 Euro pro Person, wobei die Kosten nach Diagnosestellung sinken, aber weiterhin hoch bleiben. Die Krankheitslast ist besonders bei Patient:innen mit Komorbiditäten und bei denen, die medikamentös behandelt werden, ausgeprägt (Libutzki et al., 2020). Bei Kindern und Jugendlichen sind die Kosten ebenfalls deutlich erhöht, insbesondere durch vermehrte Nutzung von Arzneimitteln sowie psychotherapeutische und sonderpädagogische Leistungen (Dodds et al., 2024; Grobe, 2017). Es bestehen zudem erhebliche regionale Unterschiede in Diagnoseraten und Verschreibungsmustern, die bislang medizinisch nicht ausreichend erklärt sind (Akmatov et al., 2021; Grobe, 2017).

Dennoch mangelt es an gesundheitsökonomischen Studien mit langen Beobachtungszeiträumen, an Analysen zu psychosozialen und nicht-pharmakologischen Interventionen sowie an Studien zur Kostenwirksamkeit von ADHS-Behandlungen im Erwachsenenalter (Dijk et al., 2021; Sampaio et al., 2022). Die meisten verfügbaren Studien fokussieren auf Kinder und Jugendliche sowie auf pharmakologische Therapien, während psychosoziale Interventionen, die tatsächliche Versorgung Erwachsener und die damit verbundenen Kosten unterrepräsentiert sind (Dijk et al., 2021; Kaman et al., 2025; Libutzki et al., 2020; Sampaio et al., 2022). Zudem fehlen standardisierte Methoden zur Erfassung indirekter Kosten, wie Produktivitätsverluste und Auswirkungen auf Familienmitglieder (Chhibber et al., 2021; Le et al., 2014). Die Literatur fordert explizit mehr methodisch hochwertige gesundheitsökonomische Forschung, insbesondere für die deutsche Versorgungssituation (Dijk et al., 2021; Kaman et al., 2025; Libutzki et al., 2020).

Ziel der vorliegenden Arbeit ist es daher, ausgehend von der

Versorgungssituation von Patient:innen mit ADHS in Deutschland, die Kosten der ADHS-Versorgung auf Basis von GKV-Routinedaten der Jahre 2017 bis 2023 zu untersuchen.

Material und Methoden

Studiendesign und Datenquellen

Es wurde eine retrospektive Kohortenstudie auf Basis anonymisierter Routinedaten der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) durchgeführt. Die Analyse nutzte die Forschungsdatenbank des InGef-Instituts, die rund 10 Millionen Versicherte aus Betriebs- und Innungskrankenkassen umfasst und hinsichtlich Morbidität, Mortalität und Arzneimittelverordnungen als repräsentativ für die GKV-Bevölkerung gilt (Andersohn & Walker, 2016; Ludwig et al., 2022). Der Beobachtungszeitraum erstreckte sich vom 1. Januar 2017 bis zum 31. Dezember 2023. Die herangezogenen Leistungsdaten entsprechen den strengen deutschen Datenschutzvorgaben und können ohne zusätzliches Ethikvotum sekundäranalytisch ausgewertet werden.

Studienpopulation

Eingeschlossen wurden Versicherte mit mindestens einer stationären oder mindestens zwei gesicherten ambulanten ADHS-Diagnosen (ICD-10-GM F90.0) in zwei unterschiedlichen Quartalen innerhalb zweier Kalenderjahre. Die Analyse erfolgte getrennt nach Altersgruppen (<18 Jahre und ≥18 Jahre) sowie nach Prävalenz- (2017–2023) und Inzidenzkohorten (2018–2023; keine ADHS-Diagnose im Vorjahr). Versicherte ohne durchgängige GKV-Versicherung im jeweiligen Beobachtungsjahr wurden ausgeschlossen, ausgenommen Fälle von Geburt oder Tod.

Endpunkte und Variablen

Primärer Analysefokus waren jahresbezogene Versorgungskosten aus GKV-Perspektive, basierend auf tatsächlich abgerechneten Leistungen. Der Schwerpunkt lag auf nicht-medikamentösen Therapien, insbesondere psychotherapeutischen Leistungen, multimodalen Therapien sowie stationär-psychiatrischen Behandlungen. Hospitalisierungen wurden anhand von Fachabteilungscodes definiert; die zugrunde liegenden Diagnosen wurden hierbei nicht berücksichtigt. Alle Variablen wurden kalenderjährlich ausgewertet; Leistungen über Jahresgrenzen hinweg wurden dem Jahr des Entlassungsdatums zugeordnet.

Kostenbewertung

Die Kostenanalyse erfolgte aus Sicht der gesetzlichen Krankenversicherung auf Grundlage der Abrechnungsdaten der Leistungserbringer. Patientenkosten wurden auf Jahresbasis hochgerechnet und entsprechend der individuellen Beobachtungsdauer gewichtet. Kombinationstherapien wurden unabhängig von der zeitlichen Abfolge den jeweiligen Versorgungskategorien zugeordnet.

Statistische Analyse

Die Auswertung erfolgte deskriptiv und altersgruppenspezifisch. Fehlende Werte wurden nicht imputiert. Zur Prüfung der Robustheit der Ergebnisse wurden Sensitivitätsanalysen durchgeführt, darunter erweiterte Diagnosekriterien, weniger restriktive Einschlussdefinitionen sowie alternative diagnosefreie Zeiträume für Inzidenzfälle. Alle Analysen wurden mit R (Version 4.0.2) durchgeführt.

Ergebnisse

Beschreibung der Population

Wie zuvor beschrieben (Betzler et al., 2026) wurde die Studienpopulation aus der InGef-Forschungsdatenbank abgeleitet und umfasste 78.919 kontinuierlich gesetzlich Versicherte, die im Jahr 2023 die definierten versicherungsbezogenen sowie klinischen Einschlusskriterien für eine F90.0-Diagnose erfüllten.

Kosten

Im Jahr 2023 lagen die durchschnittlichen direkten Gesamtkosten der ADHS-Versorgung bei inzidenten Patient:innen höher als bei prävalenten Patient:innen (4.250 Euro vs. 3.527 Euro pro Patient:in und Jahr), wobei stationäre Leistungen den größten Kostenanteil verursachten (Tab. 1). Zudem wiesen Erwachsene in beiden Gruppen deutlich höhere Kosten auf als Kinder und Jugendliche (prävalent: +41%; inzident: +43%).

Zwischen 2017 und 2023 stiegen die direkten Gesamtkosten bei prävalenten ADHS-Patient:innen von 2.463 Euro auf 3.527 Euro (+43%) pro Patient:in und Jahr, während sich bei inzidenten Patient:innen zwischen 2018 und 2023 ein Anstieg von 2.910 Euro auf 4.250 Euro (+46%) zeigte (Abb. 1). Der Kostenanstieg war in allen untersuchten Altersgruppen festzustellen und war jeweils primär durch zunehmende stationäre Ausgaben getragen, während ambulante und pharmakologische Kosten moderat zunahmen und Heil-

Direkte Kosten der ADHS-Versorgung in 2023

	Prävalent			Inzident		
	Kinder/ Jugendliche (<18 Jahre)	Erwachsene (≥18 Jahre)	Insgesamt	Kinder/ Jugendliche (<18 Jahre)	Erwachsene (≥18 Jahre)	Insgesamt
Stationäre Versorgung	1.279 (3.761)	1.738 (4.398)	1.494 (4.078)	1.606 (4.245)	2.590 (5.277)	2.015 (4.727)
Ambulante Versorgung	1.082 (888)	1.092 (958)	1.087 (922)	1.133 (906)	1.323 (1.045)	1.212 (971)
Pharmakologische Versorgung	319 (391)	423 (469)	367 (432)	174 (283)	351 (415)	248 (355)
Andere Kosten: Heil- und Hilfsmittel	837 (1.558)	284 (898)	579 (1.321)	1.131 (1.729)	275 (857)	775 (1.493)
Gesamte direkte Kosten	3.518 (4.295)	3.537 (4.976)	3.527 (4.626)	4.044 (4.694)	4.539 (5.711)	4.250 (5.147)

Tab. 1: Direkte Kosten [Mittelwert (Standardabweichung) in EUR] der ADHS-Versorgung in 2023. Eigene Darstellung.

und Hilfsmittelkosten vergleichsweise stabil blieben.

Psychotherapie

Tabelle 2 zeigt die Inanspruchnahme sowie die durchschnittlichen jährlichen Kosten der Psychotherapie (PSY) und der darin enthaltenen Teilmenge Verhaltenstherapie (VT) bei prävalenten und inzidenten ADHS-Patient:innen. Insgesamt nahmen 14,3% der prävalenten und 17,4% der inzidenten Patient:innen mindestens eine Psychotherapie in Anspruch, während hiervon VT bei 8,4% bzw. 9,6% genutzt wurde. Erwachsene wiesen in beiden Populationen durchgängig höhere Inanspruchnahmeanteile als Kinder und Jugendliche auf. Die durchschnittlichen jährlichen Kosten pro Patient:in mit mindestens einer Leistung lagen bei prävalenten Fällen zwischen 1.476 Euro und 1.590 Euro für Psychotherapie und zwischen 1.480 Euro und 1.608 Euro für VT; bei inzidenten Patient:innen zwischen 1.414 Euro und 1.496 Euro bzw. 1.502 Euro und 1.565 Euro. Unter ADHS-Patient:innen mit mindestens einer psychotherapeutischen bzw. verhaltenstherapeutischen Inanspruchnahme entfielen rund 90% auf Einzeltherapie und etwa 10% auf Gruppentherapie.

Bei verhaltenstherapeutischer Inanspruchnahme zeigte die Verteilung von Kurz- und Langzeittherapie über den gesamten Beobachtungszeitraum keine wesentlichen Veränderungen. In allen Jahren überwog die Kurzzeittherapie. Im Jahr 2023 entfielen 64,4% der Fälle auf Kurzzeit- und 35,6% auf Langzeittherapien. Dieses Muster zeigte sich in beiden Altersgruppen, wobei der Anteil der Langzeittherapie bei Erwachsenen mit 38,8% höher lag als bei Kindern und Jugendlichen mit 30,8%.

Abbildung 2 zeigt zwischen 2017 und 2023 einen insgesamt zunehmenden Anteil von ADHS-Patient:innen mit mindestens einer Psychotherapie- oder Verhaltenstherapie-Inanspruchnahme, wobei die Anstiege bei Erwachsenen ausgeprägter ausfielen als bei Kindern und Jugendlichen.

Während die Psychotherapie-Inanspruchnahme bei Erwachsenen von 14,8% auf 17,6% und bei Kindern/Jugendlichen moderat von 10,8% auf 11,3% zunahm, stieg die Verhaltenstherapie-Inanspruchnahme in beiden Altersgruppen kontinuierlich an (Erwachsene: 7,1% auf 10,8%; Kinder/Jugendliche: 5,1% auf 6,3%). Insgesamt erhöhte sich der Anteil mit Psychotherapie von 12,0% auf 14,3% und mit VT von 5,7% auf 8,4%, mit einer Beschleunigung des Anstiegs ab 2021.

Krankheitsbedingte Arbeitsunfähigkeit

Von 2017 bis 2023 stieg der Anteil erwachsener ADHS-Patient:innen mit mindestens einem Tag krankheitsbedingter Arbeitsunfähigkeit sowohl bei prävalenten als auch bei inzidenten Fällen deutlich an, mit einem ausgeprägten Sprung im Jahr 2022 (Tabelle 3). Parallel nahm die mittlere Dauer der Arbeitsunfähigkeitstage/Jahr zu, insbesondere bei inzidenten Patient:innen, bei denen die durchschnittliche AU-Dauer ab 2021 deutlich höher lag als bei prävalenten Fällen.

Sensitivitätsanalyse

Sensitivitätsanalysen mit erweiterten ICD-10-Codes (F90.0-F90.9, F98.8), weniger restriktiven Einschlusskriterien (≥1 Diagnose) und prolongierter diagnosefreier Zeit (bis zu 6 Jahre) zeigten relative Abweichungen von 4,6 bis 38,5% gegenüber der primären Falldefinition, wobei die Abweichungen über den Beobachtungszeitraum abnahmen. Die Ergebnisse erwiesen sich als robust gegenüber methodischen Variationen, mit maximalen Abweichungen von 15% (2023) bei weniger restriktiven Kriterien und 9% bei prolongierter Rückschau.

Diskussion

Die vorliegende Analyse beschreibt auf Basis von GKV-Abrechnungsdaten die Inanspruchnahme nicht-medikamentöser Therapien sowie die direkten und indirekten Kosten der ADHS-Versorgung in Deutschland zwischen 2017 und 2023.

Die Ergebnisse bestätigen eine substanzielle und zunehmende ökonomische Belastung, insbesondere im Erwachsenenalter, und sind konsistent mit früheren deutschen Routinedatenanalysen (Libutzki et al., 2019; Libutzki et al., 2020; Zeidler et al., 2013). Die direkten Gesundheitskosten für inzidente ADHS-Patient:innen betrugen im Jahr 2023 durchschnittlich 4.250 Euro. Diese Werte sind vergleichbar mit den Ergebnissen aus dem Zeitraum 2013 bis 2017, die Kosten von 4.006 Euro im ersten Jahr nach der Diagnosestellung berichteten (Libutzki et al., 2020).

Für Kinder und Jugendliche wurden mit durchschnittlich 2.634 Euro niedrigere Kosten berichtet (Hasemann et al., 2024). Unterschiede zwischen den Studien dürften unter anderem auf methodische Abweichungen, insbesondere die Falldefinition (z. B. M1Q-Kriterium), zurückzuführen sein.

Der ausgeprägte Kostenanteil stationärer Leistungen, insbesondere bei inzidenten Erwachsenen, deutet auf

Durchschnittliche direkte Gesamtkosten je ADHS-Patient:in (prävalent) und Beobachtungsjahr stratifiziert nach Altersgruppe

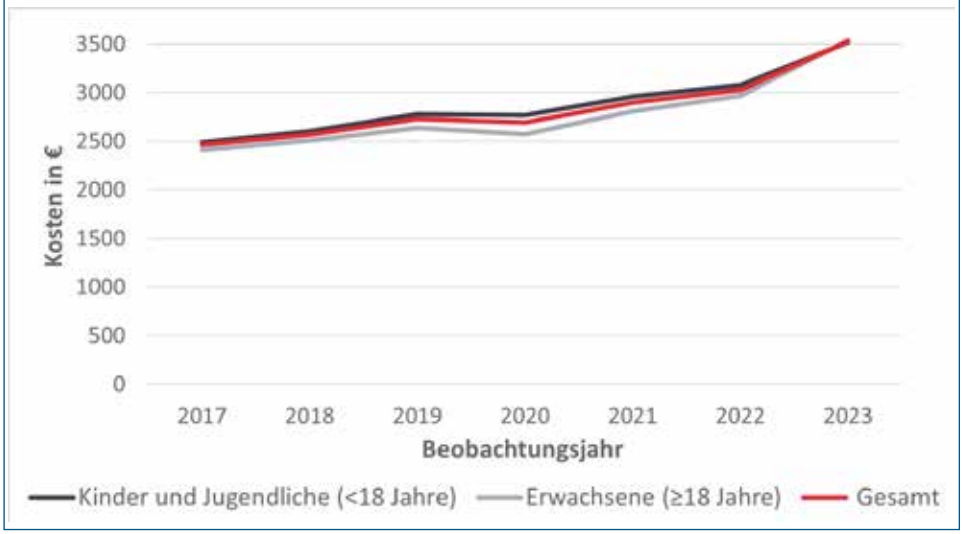


Abb. 1: Durchschnittliche direkte Gesamtkosten je ADHS-Patient:in (prävalent) und Beobachtungsjahr stratifiziert nach Altersgruppe. Quelle: eigene Darstellung.

Inanspruchnahme der Psychotherapie und Verhaltenstherapie (VT) in 2023 jeweils für prävalente oder inzidente Patient:innen mit ADHS				
		Anteil Patient:innen mit >1 Verordnung	Einheiten pro Patient:in MW (SD)	Kosten pro Patient:in MW (SD) in Euro
Prävalent				
Kinder/Jugendliche (<18 Jahre)	**PSY**	11,3%	14,8 (12,0)	1.590 (1.339)
	VT	6,3%	14,5 (10,1)	1.608 (1.125)
Erwachsene (>18 Jahre)	**PSY**	17,6%	13,8 (11,6)	1.476 (1.271)
	VT	10,8%	13,4 (9,5)	1.480 (1.038)
Insgesamt	**PSY**	14,3%	14,2 (11,8)	1.524 (1.301)
	VT	8,4%	13,9 (9,8)	1.531 (1.075)
Inzident				
Kinder/Jugendliche (<18 Jahre)	**PSY**	11,2%	13,4 (11,6)	1.414 (1.286)
	VT	5,5%	13,6 (10,0)	1.502 (1.112)
Erwachsene (>18 Jahre)	**PSY**	26,0%	14,1 (11,6)	1.496 (1.269)
	VT	15,5%	14,2 (9,5)	1.565 (1.038)
Insgesamt	**PSY**	17,4%	13,8 (11,6)	1.465 (1.276)
	VT	9,6%	14,0 (9,7)	1.544 (1.063)

Tab. 2: Inanspruchnahme der Psychotherapie und Verhaltenstherapie (VT) in 2023 jeweils für prävalente oder inzidente Patient:innen mit ADHS. Legende: MW = Mittelwert, SD = Standardabweichung; Patient:innen mit VT bilden eine Teilmenge jener mit Psychotherapie. Eigene Darstellung.

eine intensive, häufig akute Inanspruchnahme im Umfeld der Erstdiagnose hin und steht im Einklang mit früheren Analysen (Libutzki et al., 2020). Zwischen 2017 und 2023 stiegen die direkten Gesamtkosten um 43% (prävalent) bzw. 46% (inzident), vor allem durch steigende stationäre Ausgaben. Der Anstieg dürfte unter anderem mit höheren Diagnoseraten im Erwachsenenalter, einer zunehmenden Versorgungsintensität sowie methodischen Unterschieden zwischen den Studien zusammenhängen (Cummings et al., 2025; Danielson et al., 2024; Li et al., 2025).

Der beobachtete Kostenanstieg von 43 bis 46% ist im Kontext allgemeiner Kostensteigerungen im deutschen Gesundheitswesen zu interpretieren. Da die Analyse auf jährlichen Abrechnungssätzen basiert, spiegelt der Anstieg nicht ausschließlich eine Intensivierung der Versorgung wider, sondern kann teilweise durch Vergütungsanpassungen (z. B. Landesbasisfallwerte, EBM-Punktwerte), die allgemeine Preisentwicklung und Inflation bedingt sein (Stahmeyer et al., 2018). Der Verbraucherpreisindex stieg im Beobachtungszeitraum kumuliert um etwa 21% (Destatis, 2026). Der beobachtete nominale Kostenanstieg ist daher auch vor dem Hintergrund der allgemeinen Preisentwicklung zu interpretieren. Aus den vorliegenden Daten lässt sich jedoch nicht quantifizieren, welcher Anteil des Kostenanstiegs hierdurch erklärt wird.

Psychotherapeutische Leistungen spielten eine relevante Rolle in der Kostenstruktur: 14–17% der Patient:innen nahmen 2023 mindestens eine Psychotherapie in Anspruch, mit höheren Anteilen bei Erwachsenen und inzidenten Fällen. Die durchschnittlichen Kosten pro Patient:in von rund 1.500 Euro bei hoher Sitzungsfrequenz (≈14 Sitzungen/Jahr) und klarer Dominanz des Einzelsettings (~90%) unterstreichen die Bedeutung psychosozialer Interventionen (Wolraich et al., 2019). Bei Patient:innen mit verhaltenstherapeutischer Inanspruchnahme überwog über den gesamten Beobachtungszeitraum die Kurzzeittherapie gegenüber der Langzeittherapie; dies weist darauf hin, dass ein relevanter Teil der psychotherapeutischen Kosten unmittelbar anfällt und nicht primär durch langfristig fortgesetzte Behandlungsverläufe getrieben wird.

Demgegenüber machten Arzneimittelkosten bei inzidenten und prävalenten Fällen nur einen vergleichsweise geringen Anteil der direkten Gesamtkosten aus. Dieses Ergebnis steht im Einklang mit früheren Analysen (Chhiber et al., 2021; Dodds et al., 2024; Libutzki et al., 2019; Quintero et al., 2018) und verdeutlicht, dass stationäre Leistungen und psychosoziale Behandlungsanteile die direkten Kosten bei ADHS-Patient:innen wesentlich prägen.

Internationale Studien zeigen, dass Produktivitätsverluste den größten Anteil der gesellschaftlichen Kosten von ADHS ausmachen,

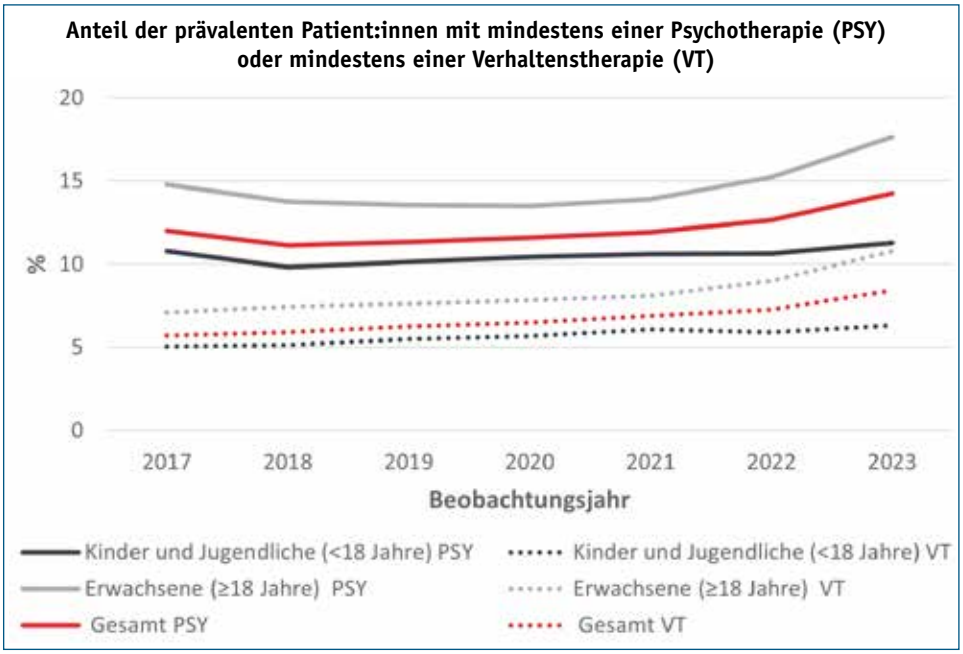


Abb. 2: Anteil der prävalenten Patient:innen mit mindestens einer Psychotherapie (PSY) oder mindestens einer Verhaltenstherapie (VT) stratifiziert nach Altersgruppen und Beobachtungsjahren. Quelle: eigene Darstellung.

insbesondere bei Erwachsenen (Chhiber et al., 2021). Zusätzlich berichten Studien eine Zunahme ADHS-bezogener Diagnosen und Verschreibungen nach pandemiebedingten Versorgungslücken (Butt et al., 2023; Given et al., 2025; Myran et al., 2025; Rogers & MacLean, 2023; Shkalim Zemer et al., 2024).

Diese Studie basiert auf einer Sekundärdatenanalyse von GKV-Abrechnungsdaten aus der InGef-Forschungsdatenbank, die als repräsentativ für die gesetzlich krankenversicherte Bevölkerung in Deutschland gilt (Andersohn & Walker, 2016; Ludwig et al., 2022). Wesentliche Limitationen der Sekundärdatenanalyse umfassen den fehlenden klinischen Detailgrad, mögliche diagnostische Ungenauigkeiten der Abrechnungsdaten, die Nicht-Erfassung privat finanzierter Leistungen sowie das Fehlen einer Kontrollgruppe zur Ableitung ADHS-spezifischer Mehrkosten. Zudem könnten die gewählte Falldefinition und die Rechtszensierung am Beobachtungsende zu einer Unterschätzung der Fallzahlen im Jahr 2023 geführt haben.

Zeitlicher Verlauf des Anteils erwachsener ADHS-Patient:innen mit mindestens einem Tag krankheitsbedingter Arbeitsunfähigkeit sowie der mittleren Dauer der Arbeitsunfähigkeitstage/Jahr

Jahr	Prävalent			Inzident		
	Anteil mit AU in %	Dauer AU in Tagen pro Jahr		Anteil mit AU in %	Dauer AU in Tagen pro Jahr	
		MW	SD		MW	SD
2017	**25,5**	13,0	47,6	-	-	-
2018	**27,8**	14,6	54,4	26,4	19,6	67,2
2019	**28,7**	15,5	58,2	26,1	19,6	65,6
2020	**28,5**	15,0	57,9	26,4	20,9	73,5
2021	**30,7**	17,0	65,0	26,7	17,7	64,7
2022	**47,2**	24,4	70,8	43,4	25,8	73,2
2023	**52,6**	26,3	68,5	51,5	31,6	78,9

Tab. 3: Zeitlicher Verlauf des Anteils erwachsener ADHS-Patient:innen mit mindestens einem Tag krankheitsbedingter Arbeitsunfähigkeit sowie der mittleren Dauer der Arbeitsunfähigkeitstage/Jahr. Legende: AU = krankheitsbedingte Arbeitsunfähigkeit, MW = Mittelwert, SD = Standardabweichung. Eigene Darstellung.

Schlussfolgerung

Die vorliegende Analyse zeigt, dass die ADHS-Versorgung in Deutschland mit erheblichen und weiter steigenden direkten sowie indirekten Kosten verbunden ist. Stationäre Leistungen und psychotherapeutische Interventionen prägen die Kostenstruktur maßgeblich, insbesondere im Erwachsenenalter und bei inzidenten Fällen. Die beobachteten Trends erfordern eine kontinuierliche Beobachtung der Versorgungsentwicklung sowie weiterführende Analysen zur Identifikation möglicher Optimierungspotenziale. <<

Autorenerklärung

Patrick Timpel war zum Zeitpunkt der Erstellung dieses Beitrags Senior Consultant der fbeta GmbH, Berlin. Jana Knop und Martina Grönig sind Mitarbeiterinnen der Takeda Pharma Vertrieb GmbH & Co. KG. Vukašin Viškovićist Mitarbeiter des Instituts für angewandte Gesundheitsforschung Berlin. Daniel Schöttle ist Chefarzt der Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik im Zentrum für seelische Gesundheit des Asklepios Klinikums Harburg. Er erhielt Beratungs- und/oder Vortragshonorare und/oder Reisekosten- und Kongressgebührenerstattung und/oder Studienunterstützung (Drittmittel) und/oder ist Mitglied in Steering Boards von Otsuka, Lundbeck, Boehringer Ingelheim, Roche, Janssen Cilag, ROVI, Recordati, Medice, Takeda und Mindnet. Er erhielt Autorenhonorare von Elsevier, Thieme, Kohlhammer und Penguin Books. Felix Betzler leitet die Spezialambulanz für ADHS an der Charité – Universitätsmedizin Berlin, Campus Mitte. Er erhielt Honorare für Vorträge, Advisory Boards sowie Berater- und Forschungstätigkeiten für Takeda Pharmaceuticals, MEDICE, FoMF und StreamedUp.
Daniel Schöttle und Felix Betzler haben zu gleichen Teilen zur Konzeption und Ausarbeitung dieses Beitrags beigetragen und teilen sich die Autorenschaft.
Die Studie wurde von der Takeda Pharma Vertrieb GmbH & Co. KG finanziell unterstützt. Die Anstellung zweier Autorinnen beim Studiensponsor sowie dessen finanzielle Unterstützung werden als potenzielle Interessenkonflikte offengelegt.

Danksagung

Die Autor:innen danken Roman Spelsberg für die kritische Durchsicht des Manuskripts und die wertvollen Anmerkungen zur Interpretation der Ergebnisse.

Zitationshinweis

Timpel et al.: „Kosten der ADHS-Versorgung in Deutschland: Analyse von GKV-Routinedaten der Jahre 2017 bis 2023“ (MVF 05/26), S. 90–96. http://doi.org/10.24945/MVF.05.26.1866-0533.2878

Literatur

1. (Destatis)., S. B. (2026). GENESIS-Online Datenbank: Verbraucherpreisindex – Deutschland, Jahre (Tabelle 61111-0001). https://www-genesis.destatis.de/datenbank/online/statistic/61111/table/61111-0001
2. Akmatov, M. K., Holstiege, J., & Bätzing, J. (2021). Secular trends and regional variations in pharmacotherapy of attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) among children and adolescents in Germany. BMC psychiatry, 21(1), 405. https://doi.org/10.1186/s12888-021-03409-6
3. Andersohn, F., & Walker, J. (2016). Characteristics and external validity of the German Health Risk Institute (HRI) Database. Pharmacoepidemiol Drug Saf, 25(1), 106-109. https://doi.org/10.1002/pds.3895
4. Ayano, G., Tsegay, L., Gizachew, Y., Necho, M., Yohannes, K., Abraha, M., Demelash, S., Anbesaw, T., & Alati, R. (2023). Prevalence of attention deficit hyperactivity disorder in adults: Umbrella review of evidence generated across the globe. Psychiatry Res, 328, 115449. https://doi.org/10.1016/j.psychres.2023.115449
5. Betzler, F., Knop, J., Grönig, M., Timpel, P., Višković, V., & D, S. (2026). ADHS bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen: Inzidenz, Prävalenz und Versorgung. Eine Analyse von Routinedaten. Dtsch Arztebl Int, 123(accepted). https://doi.org/DOI: 10.3238/arztebl.m2026.0032
6. Butt, D. A., Stephenson, E., Kalia, S., Moineddin, R., & Tu, K. (2023). Patient visits and prescriptions for attention-deficit/hyperactivity disorder from 2017-2021: Impacts of COVID-19 pandemic in primary care. PLoS One, 18(3), e0281307. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0281307
7. Chhibber, A., Watanabe, A. H., Chaisai, C., Veettil, S. K., & Chaiyakunapruk, N. (2021). Global Economic Burden of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: A Systematic Review. PharmacoEconomics, 39(4), 399-420. https://doi.org/10.1007/s40273-020-00998-0
8. Choi, W.-S., Woo, Y. S., Wang, S.-M., Lim, H. K., & Bahk, W.-M. (2022). The prevalence of psychiatric comorbidities in adult ADHD compared with non-ADHD populations: A systematic literature review. PLoS One, 17(11), e0277175.
9. Cortese, S., Bellgrove, M. A., Brikell, I., Franke, B., Goodman, D. W., Hartman, C. A., Larsson, H., Levin, F. R., Ostinelli, E. G., Parlatini, V., Ramos-Quiroga, J. A., Sibley, M. H., Tomlinson, A., Wilens, T. E., Wong, I. C. K., Hovén, N., Didier, J., Correll, C. U., Rohde, L. A., & Faraone, S. V. (2025). Attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) in adults: evidence base, uncertainties and controversies. World Psychiatry, 24(3), 347-371. https://doi.org/10.1002/wps.21374
10. Cortese, S., Song, M., Farhat, L. C., Yon, D. K., Lee, S. W., Kim, M. S., Park, S., Oh, J. W., Lee, S., Cheon, K. A., Smith, L., Gosling, C. J., Polanczyk, G. V., Larsson, H., Rohde, L. A., Faraone, S. V., Koyanagi, A., Dragioti, E., Radua, J.,...Solmi, M. (2023). Incidence, prevalence, and global burden of ADHD from 1990 to 2019 across 204 countries: data, with critical re-analysis, from the Global Burden of Disease study. Mol Psychiatry, 28(11), 4823-4830. https://doi.org/10.1038/s41380-023-02228-3
11. Cummings, J. R., Hu, X., Marchak, J., Ramos, C., Graetz, I., & Ji, X. (2025). Trends in Mental Health Diagnoses Among Publicly Insured Children. Jama, 333(22), 1988-1997. https://doi.org/10.1001/jama.2025.4605
12. Danielson, M. L., Claussen, A. H., Bitsko, R. H., Katz, S. M., Newsome, K., Blumberg, S. J., Kogan, M. D., & Ghandour, R. (2024). ADHD Prevalence Among U.S. Children and Adolescents in 2022: Diagnosis, Severity, Co-Occurring Disorders, and Treatment. J Clin Child Adolesc Psychol, 53(3), 343-360. https://doi.org/10.1080/15374416.2024.2335625
13. Dijk, H. H., Wessels, L. M., Constanti, M., van den Hoofdakker, B. J., Hoekstra, P. J., & Groenman, A. P. (2021). Cost-Effectiveness and Cost Utility of Treatment of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: A Systematic Review. Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology, 31(9), 578-596. https://doi.org/10.1089/cap.2021.0068
14. Dodds, M., Wanni Arachchige Dona, S., Gold, L., Coghill, D., & Le, H. N. D. (2024). Economic Burden and Service Utilization of Children With Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: A Systematic Review and Meta-Analysis. Value in Health, 27(2), 247-264. https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.jval.2023.11.002
15. Edition, F. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Am Psychiatric Assoc, 21(21), 591-643.
16. Faraone, S. V., Biederman, J., & Mick, E. (2006). The age-dependent decline of attention deficit hyperactivity disorder: a meta-analysis of follow-up studies. Psychological Medicine, 36(2), 159-165.
17. Given, J., Paoletti, O., Bromley, R., Ballardini, E., Beau, A. B., Bartolini, C., Caillet, A., Coldea, A., Damase-Michel, C., Evans, H. T., Jordan, S., Leinonen, M. K., Manfrini, M., Martikainen, V., Morris, J. K., Neville, A. J., Nordeng, H., Puccini, A., Coste, F., & Loane, M. (2025). The Effect of Different Algorithms on Prevalence of Attention Deficit Hyperactivity Disorder and Autism Spectrum Disorder in Secondary Healthcare Data in Five European Countries: A Contribution from the ConcePTION Project. J Autism Dev Disord. https://doi.org/10.1007/s10803-025-06997-4
18. Grobe, T. G. (2017). [Regional differences of ADHD diagnosis rates in health insurance data from 2005 to 2015 : Methodological considerations and results]. Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz, 60(12), 1336-1345. https://doi.org/10.1007/s00103-017-2640-8 (Regionale Unterschiede von ADHS-Diagnoseraten in Krankenkassendaten 2005 bis 2015 : Methodische Überlegungen und Ergebnisse.)
19. Hasemann, L., Weinert, K., Diekmannshemke, J., Schlack, R., Beyer, A. K., Kaman, A., Ravens-Sieberer, U., Romanos, M., Jans, T., Heuschmann, P., Riederer, C., & Witte, J. (2024). Health care costs of incident ADHD in children and adolescents in Germany - A claims data analysis within the framework of the consortium project INTEGRATE-ADHD. J Health Monit, 9(3), e12303. https://doi.org/10.25646/12303
20. Kaman, A., Gilbert, M., Devine, J., Möller, S., Schlack, R., Beyer, A. K., Romanos, M., Jans, T., Berner, A., Weyrich, S., & Ravens-Sieberer, U. (2025). Utilization of Mental Health Care Services Among Children and Adolescents with ADHD in Germany: Treatment Satisfaction and Factors Influencing Access. J Atten Disord, 29(14), 1307-1318. https://doi.org/10.1177/10870547251357756
21. Le, H. H., Hodgkins, P., Postma, M. J., Kahle, J., Sikirica, V., Setyawan, J., Erder, M. H., & Doshi, J. A. (2014). Economic impact of childhood/adolescent ADHD in a European setting: the Netherlands as a reference case. Eur Child Adolesc Psychiatry, 23(7), 587-598. https://doi.org/10.1007/s00787-013-0477-8
22. Li, L., Coghill, D., Sjölander, A., Yao, H., Zhang, L., Kuja-Halkola, R., Brikell, I., Lichtenstein, P., D'Onofrio, B. M., Larsson, H., & Chang, Z. (2025). Increased Prescribing of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder Medication and Real-World Outcomes Over Time. JAMA psychiatry, 82(8), 830-837. https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2025.1281
23. Libutzki, B., Ludwig, S., May, M., Jacobsen, R. H., Reif, A., & Hartman, C. A. (2019). Direct medical costs of ADHD and its comorbid conditions on basis of a claims data analysis. Eur Psychiatry, 58, 38-44. https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2019.01.019
24. Libutzki, B., May, M., Gleitz, M., Karus, M., Neukirch, B., Hartman, C. A., & Reif, A. (2020). Disease burden and direct medical costs of incident adult ADHD: A retrospective longitudinal analysis based on German statutory health insurance claims data. Eur Psychiatry, 63(1), e86. https://doi.org/10.1192/j.eurpsy.2020.84
25. Ludwig, M., Enders, D., Basedow, F., Walker, J., & Jacob, J. (2022). Sampling strategy, characteristics and representativeness of the InGef research database. Public Health, 206, 57-62. https://doi.org/10.1016/j.puhe.2022.02.013
26. Myran, D. T., MacDonald-Spracklin, R., Busa, G., Talarico, R., & Finkelstein, Y. (2025). Population-Level Trends in Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder Medication Prescribing. JAMA Network Open, 8(12), e2548532-e2548532. https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2025.48532.
27. Posner, J., Polanczyk, G. V., & Sonuga-Barke, E. (2020). Attention-deficit hyperactivity disorder. Lancet, 395(10222), 450-462. https://doi.org/10.1016/s0140-6736(19)33004-1
28. Quintero, J., Ramos-Quiroga, J. A., Sebastián, J. S., Montañés, F., Fernández-Jaén, A., Martínez-Raga, J., Giral, M. G., Graell, M., Mardomingo, M. J., Soutullo, C., Eiris, J., Téllez, M., Pamias, M., Correas, J., Sabaté, J., García-Orti, L., & Alda, J. A. (2018). Health care and societal costs of the management of children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder in Spain: a descriptive analysis. BMC psychiatry, 18(1), 40. https://doi.org/10.1186/s12888-017-1581-y
29. Rogers, M. A., & MacLean, J. (2023). ADHD Symptoms Increased During the Covid-19 Pandemic: A Meta-Analysis. J Atten Disord, 27(8), 800-811. https://doi.org/10.1177/10870547231158750
30. Sampaio, F., Feldman, I., Lavelle, T. A., & Skokauskas, N. (2022). The cost-effectiveness of treatments for attention deficit-hyperactivity disorder and autism spectrum disorder in children and adolescents: a systematic review. European Child & Adolescent Psychiatry, 31(11), 1655-1670. https://doi.org/10.1007/s00787-021-01748-z
31. Schlander, M., Trott, G.-E., & Schwarz, O. (2010). Gesundheitsökonomie der Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung in Deutschland. Der Nervenarzt, 81(3), 301-314.
32. Shkalim Zemer, V., Manor, I., Weizman, A., Cohen, H. A., Hoshen, M., Menkes Caspi, N., Cohen, S., Faraone, S. V., & Shahar, N. (2024). The influence of COVID-19 on attention-deficit/hyperactivity disorder diagnosis and treatment rates across age, gender, and socioeconomic status: A 20-year national cohort study. Psychiatry Res, 339, 116077. https://doi.org/10.1016/j.psychres.2024.116077
33. Stahmeyer, J. T., Geyer, S., Epping, J., Tetzlaff, J., & Eberhard, S. (2018). Gesundheitsausgabenentwicklung und der Einfluss des demografischen Wandels. Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz, 61(4), 432-441. https://doi.org/10.1007/s00103-018-2713-3
34. Wolraich, M. L., Hagan, J. F., Jr., Allan, C., Chan, E., Davison, D., Earls, M., Evans, S. W., Flinn, S. K., Froehlich, T., Frost, J., Holbrook, J. R., Lehmann, C. U., Lessin, H. R., Okechukwu, K., Pierce, K. L., Winner, J. D., & Zurhellen, W. (2019). Clinical Practice Guideline for the Diagnosis, Evaluation, and Treatment of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder in Children and Adolescents. Pediatrics, 144(4). https://doi.org/10.1542/peds.2019-2528
35. Wu, E. Q., Hodgkins, P., Ben-Hamadi, R., Setyawan, J., Xie, J., Sikirica, V., Du, E. X., Yan, S. Y., & Erder, M. H. (2012). Cost Effectiveness of Pharmacotherapies for Attention-Deficit Hyperactivity Disorder. CNS Drugs, 26(7), 581-600. https://doi.org/10.2165/11633900-000000000-00000
36. Zeidler, J., Lange, A., Braun, S., Linder, R., Engel, S., Verheyen, F., & Graf von der Schulenburg, J. M. (2013). Die Berechnung indikationsspezifischer Kosten bei GKV-Routinedatenanalysen am Beispiel von ADHS. Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz, 56(3), 430-438. https://doi.org/10.1007/s00103-012-1624-y.

Costs of ADHD care in Germany: Statutory Health Insurance (SHI) Claims Data 2017 – 2023

Introduction: ADHD is associated with a high disease burden and substantial direct and indirect costs, particularly in adults; however, current long-term health economic analyses for Germany remain limited.

Methods: A retrospective cohort study was conducted using anonymized statutory health insurance (SHI) claims data from the InGef database (2017–2023). Prevalent and incident ADHD patients (<18/≥18 years) were analyzed, with a focus on non-pharmacological care, direct costs, and sickness absence.

Results: In 2023, mean annual direct total costs amounted to Euro 3,527 for prevalent and Euro 4,250 for incident patients, with substantially higher costs in adults than in children and adolescents. Inpatient care accounted for the largest share of costs. Psychotherapy was used by 14–17% of patients and cognitive behavioral therapy by 8–10%, with an average of ~14 sessions per year and costs of approximately Euro 1.5 thousand per user. Between 2017 and 2023, direct costs increased by 43–46%. The proportion of adults with sickness absence and its duration increased markedly, particularly from 2021 onwards.

Discussion: ADHD care in Germany is associated with rising costs, driven primarily by inpatient treatment and psychotherapeutic interventions. Early, continuous, and ambulatory multimodal care may reduce costly hospitalizations and productivity losses.

Keywords

ADHD (Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder), Epidemiology; Cognitive Behavioral Therapy (CBT), Health Economic Analysis, Secondary Data Analysis



Dr. rer. medic. Patrick Timpel ORCID: 0000-0002-5158-0178
iist Gesundheitswissenschaftler und war Senior Consultant der fbeta GmbH in Berlin. Sein Schwerpunkt liegt auf Versorgungsforschung und Marktzugangsberatung, gestützt auf langjährige Erfahrung in klinischen Studien, Sekundärdatenanalysen und gesundheitsökonomischen Analysen. Er studierte Gesundheitswissenschaften (MSc) und Klinische Forschung (MSc) und promovierte zu Diabetesprävention und -versorgung an der TU Dresden.



Dr. rer. nat. Jana Knop ORCID: 0000-0001-7879-9287
ist HEOR (Health Economics and Outcomes Research) Lead bei der Takeda GmbH & Co. KG. Ihr fachlicher Schwerpunkt liegt seit acht Jahren auf Versorgungsforschung und gesundheitsökonomischen Analysen. Sie studierte Pharmazie an der Universität Jena und promovierte im Fach Biochemie an der Universität Erlangen. Kontakt: Jana.Knop@takeda.com



Dr. rer. nat. Martina Grönig ORCID: 0009-0008-6150-0232
ist Senior Medical Advisor im Bereich Neurowissenschaften bei der Takeda GmbH & Co. KG. Ihr fachlicher Schwerpunkt liegt seit vier Jahren auf der medizinisch-wissenschaftlichen Betreuung der Indikation ADHS. Sie studierte Pharmazie an der Philipps-Universität Marburg und promovierte dort im Fach Pharmakologie und Toxikologie. Kontakt: Martina.Groenig@takeda.com



Vukašin Višković MA ORCID: 0009-0008-3803-8748
ist Data Analyst am InGef – Institut für angewandte Gesundheitsforschung Berlin und arbeitet mit Routinedaten aus dem Gesundheitswesen. Sein fachlicher Schwerpunkt liegt auf der Anwendung quantitativer Methoden und statistischer Analyseverfahren. Er studierte Soziologie (MA). Kontakt: Vukasin.Viskovic@ingef.de



PD Dr. med. Daniel Schöttle ORCID: 0000-0002-8589-727X
ist Chefarzt der Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik im Zentrum für seelische Gesundheit des Asklepios Klinikums Harburg und wissenschaftlicher Mitarbeiter am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf. Er gehört dem wissenschaftlichen Beirat von ADHS Deutschland, mehreren Beiräten zu digitalen Versorgungsangeboten sowie der Expertengruppe für digitale Interventionen der AWMF-S3-Leitlinie ADHS an. Kontakt: D.Schoettle@asklepios.com



PD Dr. med. Felix Betzler ORCID: 0000-0002-1389-4870
ist Oberarzt am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf. Zuletzt leitete er die Spezialambulanz für ADHS an der Charité – Universitätsmedizin Berlin, Campus Mitte und ist dort Leiter der Forschungsgruppe „Recreational Drugs“. Er ist Zentrumsleiter mehrerer Interventions- und Beobachtungsstudien zu ADHS, Mitglied mehrerer wissenschaftlicher Beiräte zu digitalen Versorgungsangeboten sowie der Expertengruppe für digitale Interventionen der AWMF-S3-Leitlinie ADHS. Kontakt: Felix.Betzler@charite.de

HOCHSCHULZERTIFIKATS-PROGRAMM

market access health & policy

MARKET ACCESS MANAGER:IN

IHR EINSTIEG IN DEN GESUNDHEITSMARKT VON MORGEN



Für wen geeignet?

Mitarbeitende in Pharma & Dienstleistung

Quer- und Neueinsteigende

Berufserfahrene mit Spezialisierungswunsch

Das erwartet Sie:

Berufsbegleitend (6 Monate)

Präsenz- & Online-Module

Praxisorientierte Inhalte

Abschluss: Zertifikat „Market Access Manager:in“

Start: März 2027

JETZT INFORMIEREN

AKTIONSBÜNDNIS
PATIENTENSICHERHEIT

Arzneimitteltherapiesicherheit als zentraler Bestandteil von Patientensicherheit

Pro Jahr werden etwa 17 Millionen Patient:innen in Deutschland stationär behandelt – wobei einige davon auch mehrfache Aufenthalte haben (destatis).
Etwa die Hälfte dieser Behandlungen ist elektiv, d.h. geplant; im Umkehrschluss wird jedoch auch etwa jede:r 2. Patient:in ungeplant z.B. über die Notfallambulanzen stationär aufgenommen (Umgelter et al., 2024).
Die durchschnittliche Verweildauer im Krankenhaus beträgt etwa 7 Tage, wobei diese Zeitspanne stark vom Erkrankungsbild und Verlauf abhängt (destatis).

Im Vergleich zur ambulanten Versorgung, wo Patient:innen durchschnittlich etwa 8 Arztkontakte pro Jahr angeben (Lochner et al., 2026), betrifft die Versorgung im Krankenhaus somit sehr viel weniger Patient:innen und deckt – typischerweise – auch nur einen kürzeren Zeitraum im gesamten Versorgungsprozess ab. Gleichzeitig ist eine stationäre Behandlung oftmals disruptiv, insbesondere, wenn sie nicht elektiv war, da der Auslöser typischerweise eine akute und erhebliche Verschlechterung des Gesundheitszustandes war. Häufig sind nach dem Krankenhausaufenthalt Anpassungen im Alltag der Patient:innen erforderlich, wie etwa eine Umstellung des Lebensstils, eine neue und/ oder angepasste Arzneimitteltherapie oder Folgebehandlungen.

Zudem sind die Patient:innen während des stationären Aufenthaltes oftmals vulnerabler als im ambulanten Sektor – eben bedingt durch die klinischen Veränderungen, aber auch durch die erforderlichen Eingriffe und die (neue) Komplexität der Behandlungen.

Ebenso wie im ambulanten Bereich ist auch im Krankenhaus die Arzneimitteltherapie eine der wichtigsten medizinischen Behandlungsoptionen und nahezu jede:r Patient:in erfährt während des stationären Aufenthaltes eine Veränderung der vorbestehenden Arzneimitteltherapie (Grimmsmann 2007).

Herausforderungen der Arzneimitteltherapiesicherheit (AMTS) in der stationären Versorgung

Für die AMTS, die das Ziel hat, arzneimittelbezogene Probleme (ABP) zu erkennen und zu lösen oder sie im besten Fall grundsätzlich zu vermeiden, ergeben sich daraus zwei Herausforderungen: Zum einen gilt es, das Risiko für arzneimittelbezogene Risiken während des stationären Aufenthaltes zu reduzieren – was durch die Komplexität der Behandlungssituation, die mit der Arzneimitteltherapie verbundenen Risiken und die Vulnerabilität der Patient:innen eine besondere Herausforderung ist. Darüber hinaus gilt es aber auch, die Übergänge zwischen den Versorgungssektoren (ambulant – stationär – ambulant) sicher zu gestalten, d.h. die vorbestehende Arzneimitteltherapie zunächst sicher und vollständig ins stationäre Setting zu überführen und bei Entlassung die Weiterbehandler:innen über etwaige Änderungen zu informieren, (unmittelbare) Versorgungslücken zu vermeiden und die Patient:innen hinsichtlich ihrer (angepassten) Arzneimitteltherapie so zu schulen, dass diese befähigt sind, die Arzneimitteltherapie auch nach Entlassung sicher fortzuführen und umzusetzen.

Aufgrund des in sich geschlossenen Settings innerhalb des Krankenhauses ist die Datenlage für die AMTS im Krankenhaus oftmals besser als in der Primärversorgung. Über die Jahre gab es viele Arbeiten, die sich mit den Risiken im stationären Medikationsprozess befasst haben.

Es hat sich gezeigt, dass viele Abweichungen im Rahmen der Arzneimittel-Verordnungen entstehen, oftmals zeitlich sogar bei der Aufnahme ins Krankenhaus und sich dann durch den kompletten stationären Aufenthalt durchziehen. Die Ursachen für Verordnungsfehler sind multifaktoriell und reichen von fehlendem Wissen (z.B. Ist das die richtige Dosis in dieser Indikation? Welches Antibiotikum ist am besten geeignet?), über fehlende Informationen zum Patientenfall oder Behandlungskontext (z.B. Wie ist die aktuelle Nierenfunktion? Liegen Allergien vor?) bis hin zu Flüchtigkeitsfehlern (z.B. Wie berechnet man die korrekte Dosis? Welche Wirkstoff-Konzentration liegt vor?) und/ oder Dokumentationsfehlern (z.B. Dokumentation der falschen Dosiseinheit).

Maßnahmen zur Verbesserung der AMTS

In Abhängigkeit des Risikos des involvierten Arzneimittels, des Ausmaßes der Abweichung und der Vulnerabilität des Patienten bzw. der Patientin können solche Verordnungsfehler unterschiedlich kritisch sein. Es gibt daher eine Reihe von Maßnahmen, um die AMTS zu gewährleisten und das Risiko für Medikationsfehler im Allgemeinen und Verordnungsfehler im Speziellen zu reduzieren oder ganz zu vermeiden. Ein wesentlicher Ansatz liegt in der Digitalisierung der Arzneimittel-Verordnungen, was zunächst die Dokumentationsqualität der Verordnungen sicherstellt (Jungreithmayr et al., 2021) und in der Folge typischerweise auch die inhaltliche Qualität der Arzneimittel-Verordnung erhöht (Abraham et al., 2020), insbesondere, wenn das elektronische Verordnungssystem an klinische Entscheidungsunterstützungssysteme (CDSS - Clinical Decision Support System) angebunden ist. Gleichzeitig ist zu beachten, dass elektronische Systeme Fehlerrisiken nicht völlig ausschließen und manchmal die neuen Prozesse und Funktionalitäten auch ein neues Fehlerrisiko einbringen können (Berger et al., 2022; siehe dazu auch CIRS Fall im Kasten). Als weitere Basismaßnahme und in Anlehnung an die Versorgungsprozesse im angelsächsischem Raum kann die zielgerichtete Einbindung von klinischen Pharmazeut:innen (Stationsapother:innen) die Verordnungssicherheit erhöhen (Drovandi et al., 2018, Seiberth et al, 2025).

Exemplarische CIRS-Meldung zu einem Medikationsfehler

Auch Medikationsfehler sind Risikosituationen in der Patientenbehandlung und sollen daher über Critical Incident Reporting Systeme (CIRS) berichtet werden. Das CIRS kann dann wiederum zum Lernen aus Fehlern genutzt werden.

Vollständige CIRS-Meldung einschließlich Fachkommentar: www.kh-cirs.de

Weiterführende Informationen zur AMTS im Krankenhaus

Auswahl an Informationsmaterialien des Aktionsbündnis Patientensicherheit, die sich mit Arzneimitteltherapiesicherheit im Krankenhaus befassen:

- Gute Verordnungspraxis in der Arzneimitteltherapie
- Sichere intravenöse Anwendung von Vincristin
- Sichere Anwendung hochkonzentrierter Kaliumchloridlösungen
- Sicherer Umgang mit Methotrexat bei 1× wöchentlicher Dosierung
- Vier-Augen-Prinzip – welche Kontrolle ist im akutstationären Medikationsprozess sinnvoll?
- 5 Fragen, wenn es um Ihre Medikamente geht
  Speak Up! Was Sie für Ihre eigene Sicherheit tun können

Alle Materialien und Handlungsempfehlungen: www.aps-ev.de/patientensicherheit

Neben der Verordnung bergen auch alle anderen Prozessschritte im Medikationsprozess Risiken – insbesondere die Applikation. Auch für die Verabreichung gibt es daher zunehmend digitale Lösungen wie Smart Pumps oder auch eine patientenindividuelle Verblisterung mit automatisierter Kontrolle (Unit Dose), die die AMTS verbessern.

Insgesamt ist das Ziel, in Krankenhäusern ein „Closed Loop Medication Management" (siehe Abbildung 1) zu erreichen, was bedeutet, dass die digitale Dokumentation einer Medikation ohne Medienbrüche für inhaltliche Kontrollen, Belieferungen und Applikationen genutzt werden kann. Mit den finanziellen Förderungen im Rahmen des Krankenhauszukunftsgesetzes (KHZG) konnten inzwischen laut Digitalradar zahlreiche Kliniken in Deutschland den hierfür notwendigen Digitalisierungsgrad maßgeblich erhöhen (Digitalradar). Eine weitere Optimierung durch eine fortschreitende Digitalisierung wird auch an Schnittstellen der Versorgung (ambulant – stationär – ambulant) durch die Einführung des digital gestützten Medikationsprozesses (dgMP) in der elektronischen Patientenakte (ePA) erwartet. Während bislang schon die über eRezept verordneten Arzneimittel in der ePA einsehbar sind, wird im Anschluss an die derzeit laufende Pilotierungsphase in den Modellregionen auch der elektronische Medikationsplan (eMP) flächendeckend zur Verfügung stehen, so dass insbesondere an den Schnittstellen ein elektronisches Werkzeug zur Übermittlung der aktuellen Medikationsinformationen implementiert sein wird.

Neben der Implementierung von solchen allgemeinen Maßnahmen, die in der Breite eine Vielzahl von potentiellen Medikationsfehlern adressieren, werden definierte Hochrisikosituationen, also Verordnungs- oder Verabreichungsfehler, die nachweislich mit einer hohen Wahrscheinlichkeit mit einem schwerwiegenden Patientenschaden assoziiert sind, auch mit gezielten Maßnahmen adressiert. So hat auch das Aktionsbündnis Patientensicherheit (APS) Handlungsempfehlungen entwickelt, z.B. für die sichere Anwendung von intranvenösem Vincristin oder die sichere Anwendung von hochkonzentrierten Kaliumchloridlösungen (HE Vincristin, HE Kaliumchlorid, siehe Infokasten zu Informationsmaterialien des Aktionsbündnis Patientensicherheit.



Abbildung 1: Schematische Darstellung des Closed Loop Medication Management. (c) ADKA e.V.; siehe auch https://www.adka.de/adka/adka-ziele/clmm

Beide Arzneistoffe können bei einer Fehlanwendung (z.B. intrathekale anstatt intravenöser Gabe von Vincristin (HE Vincristin) bzw. unverdünnte anstatt verdünnte Applikation von hochkonzentrierter Kaliumchloridlösung (HE Kaliumchlorid)) zu kritischen oder sogar fatalen Zwischenfällen mit tödlichem Ausgang führen. Für diese Situationen entwickeln die Krankenhäuser daher typischerweise spezifische Handlungsempfehlungen, die – aus einer Vielzahl an möglichen Maßnahmen – ein geeignetes Maßnahmenbündel auswählen, das genau diesen einen Medikationsfehler verhindern soll. Die Maßnahmen werden häufig so ausgewählt, dass diese an unterschiedlichen Stellen im Medikationsprozess greifen (z.B. Ausschluss der intrathekalen Verabreichung von Vincristin, indem die Vincristin-Lösung als Beutel statt in einer Spritze ausgeliefert wird).

Aktuell erarbeitet das APS eine Übersicht zu Hochrisikoarzneimitteln und auch international gibt es verschiedene Organisationen wie das Institute for Safe Medication Practices (ISMP) in den USA, das Empfehlungen zum Umgang mit Hochrisikoarzneimitteln, auch insbesondere im Krankenhaus gibt, (ISMP).

Die Rolle der Patient:innen

Die aktive Einbindung der Patient:innen ist auch für eine sichere Arzneimitteltherapie im Krankenhaus wichtig – mit Materialien wie der Informationsbroschüre zum Speak-Up oder sogenannten Patientensicherheitskarten sollen Patient:innen ermuntert werden, Fragen zu stellen (siehe Patienteninformationen zum Speak-Up im Infokasten bzw. auf der APS Homepage). Da ein Großteil der Patient:innen im Zuge des stationären Aufenthaltes Veränderungen in der Arzneimitteltherapie erfährt, ist es essentiell, die Patient:innen hinsichtlich ihrer weiteren Arzneimitteltherapie nach Entlassung zu informieren: Was kann wieder „zurück" auf die ambulante Medikation vor Krankenhausaufnahme umgestellt werden, welche neuen Arzneimittel sind hinzugekommen, bei welchen Arzneimitteln wurde die Dosis angepasst? Es konnte so gezeigt werden, dass ein spezielles, oftmals pharmazeutisches Entlassgespräch – als Teil einer multimodalen Intervention – arzneimittelbezogenes Problem (ABP) verringern und die Patientenkompetenzen hinsichtlich ihrer Arzneimitteltherapie fördern kann (Weber et al., 2025).

Fazit

So relevant wie die Arzneimitteltherapie im Krankenhaus ist, so essentiell ist auch die Gewährleistung der AMTS. In den vergangenen Jahren wurden in Deutschland mit der Digitalisierung und dem verstärkten Einsatz von Stationsapotheker:innen (klinischen Pharmazeut:innen) wesentliche, grundsätzliche Maßnahmen als Basis für eine nachhaltige Verbesserung der AMTS geschaffen. In der Zukunft wird die darüberhinausgehende Ausrichtung von Einzelmaßnahmen auf besondere Hochrisikosituationen im Prozess ebenso wichtig werden wie die Adressierung von spezifischen, individuellen risikobehafteten Arzneimittel-Verordnungen.

Grußwort

Liebe Kolleg:innen, liebe Leser:innen,

Medikationsfehler sind häufig weniger auf individuelles Fehlverhalten als auf komplexe Prozesse und potenzielle Risiken an interprofessionellen Schnittstellen zurückzuführen.
In ihrem Beitrag beleuchten Prof. Hanna Seidling und Dr. Gesine Picksak das Potenzial der Einbindung von Klinischen Pharmazeut:innen in den Stationsalltag und des Closed-Loop-Medication-Managements zur systematischen Reduktion von Medikationsrisiken.

Das Aktionsbündnis Patientensicherheit setzt sich dafür ein, erprobte Ansätze zur Verbesserung der Arzneimitteltherapiesicherheit nachhaltig in der Versorgung zu verankern und die interprofessionelle Zusammenarbeit zu fördern.
Lesen Sie, warum eine sichere Arzneimitteltherapie vor allem eine Frage systematischer Prozesse und gemeinsamer Verantwortung ist.

Ihr Prof. Dr. med. Stefan Schröder
Aktionsbündnis Patientensicherheit, Berlin, Deutschland

Korrespondierende Autor:innen: Prof. Dr. sc. hum. Hanna Seidling (Universität Heidelberg/Medizinische Fakultät, Universitätsklinikum Heidelberg; Innere Medizin IX – Abt. für Klinische Pharmakologie und Pharmakoepidemiologie, Sektion Klinische Pharmazie)
Dr. Gesine Picksak (Medizinische Hochschule Hannover, Zentralapotheke)
Beide: Aktionsbündnis Patientensicherheit, AG AMTS

Referenzliste
Die vollständige Referenzliste zum Beitrag ist über den QR-Code abrufbar. www.aps-ev.de/mvf/referenzen_amts_aps_mvf.pdf

V.i.S.d.P.: Prof. Dr. med. Stefan Schröder, MHBA

INNOVATIONSFONDS-WISSEN

Zehn Jahre Innovationsfonds, zum ersten Mal vollständig auswertbar.

Jeder Beschluss, jeder Ergebnisbericht, jede Zahl mit Fundstelle. Das unabhängige Wissensportal von „Monitor Versorgungsforschung“.

861
Förderprojekte

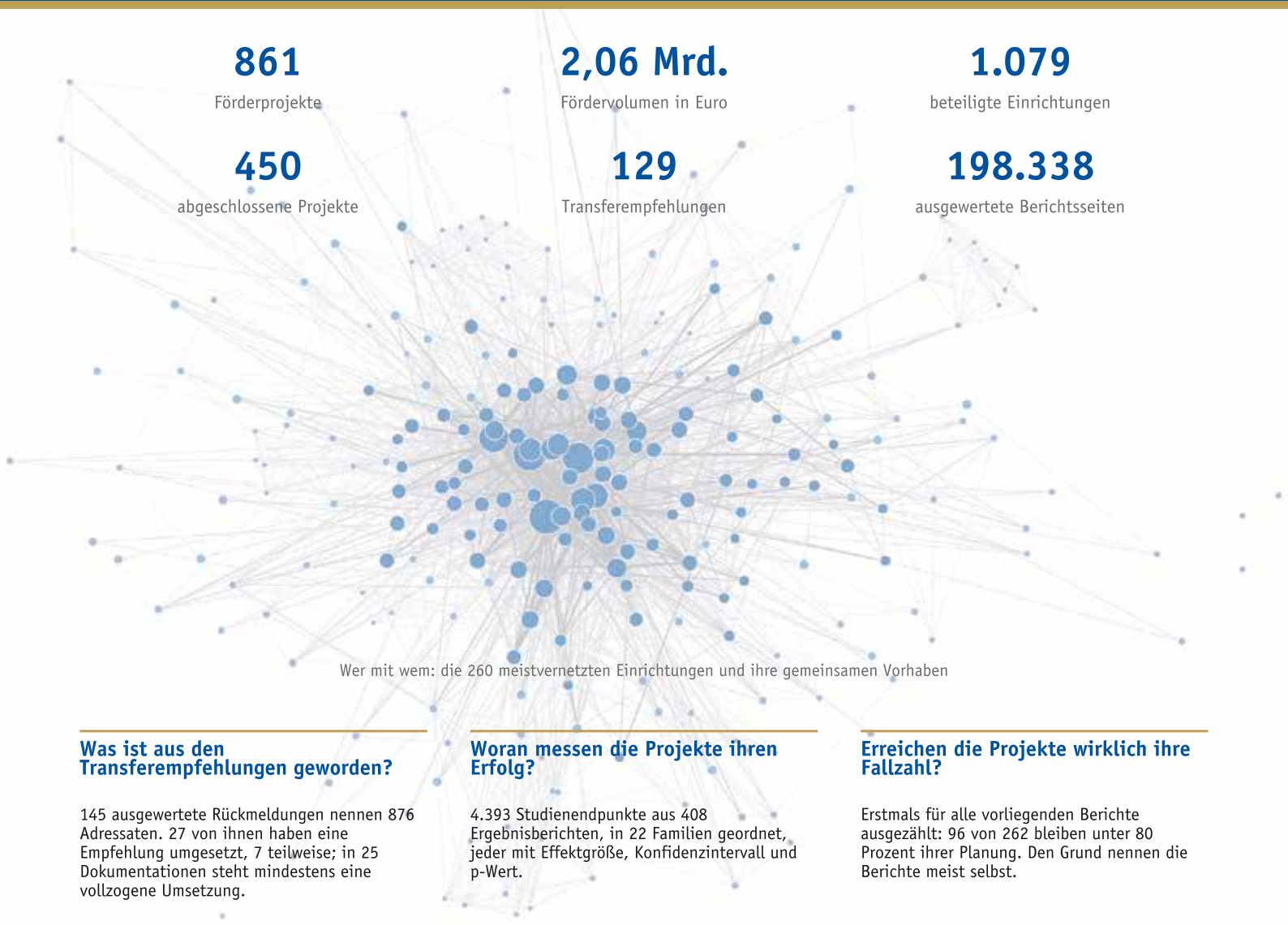
2,06 Mrd.
Fördervolumen in Euro

1.079
beteiligte Einrichtungen

450
abgeschlossene Projekte

129
Transferempfehlungen

198.338
ausgewertete Berichtsseiten



Wer mit wem: die 260 meistvernetzten Einrichtungen und ihre gemeinsamen Vorhaben

Was ist aus den Transferempfehlungen geworden?

145 ausgewertete Rückmeldungen nennen 876 Adressaten. 27 von ihnen haben eine Empfehlung umgesetzt, 7 teilweise; in 25 Dokumentationen steht mindestens eine vollzogene Umsetzung.

Woran messen die Projekte ihren Erfolg?

4.393 Studienendpunkte aus 408 Ergebnisberichten, in 22 Familien geordnet, jeder mit Effektgröße, Konfidenzintervall und p-Wert.

Erreichen die Projekte wirklich ihre Fallzahl?

Erstmals für alle vorliegenden Berichte ausgezählt: 96 von 262 bleiben unter 80 Prozent ihrer Planung. Den Grund nennen die Berichte meist selbst.

Ausgewertet sind 1.194 Dokumente mit 198.338 Seiten: jeder Beschluss, jeder Ergebnisbericht, jede Dokumentation der Rückmeldungen. Jede Angabe mit Seitenzahl belegt.

1 · Ideencheck, kostenfrei

Ist Ihre Idee neu? Projektbeschreibung eintippen oder als Word-Datei hineinziehen; Sie sehen die ähnlichsten Vorhaben und wie sie ausgingen. innofonds.m-vf.de/ideencheck

2 · Evidenzsynthese, ab 490 Euro

Und wie muss sie angelegt sein, damit sie trägt? 14 Themenfelder: wann Wirksamkeit gelang und woran sie sonst scheiterte. Kohorte und Tabelle frei. innofonds.m-vf.de/evidenz

3 · Antragscheck, auf Anfrage

Und hält Ihr Entwurf stand? Wir prüfen ihn gegen den ganzen Bestand: Abgrenzung, Fallzahl, Endpunkte, Konsortium, Risiken, Transfer. redaktion@m-vf.de

innofonds.m-vf.de

Kostenfrei, ohne Anmeldung, täglich nachgeführt. Jede Zahl verlinkt in das Originaldokument des GBA.

monitor VERSORGUNGS FORSCHUNG