

RPG

Band 32 | Heft 2 | 2026

2 | 2026

RECHT UND POLITIK IM GESUNDHEITSWESEN

- **Gesundheitspolitik im Fokus**
Rückkehr zur einnahmenorientierten
Ausgabenpolitik
- **GRPG Mission Statement 2026**
Zwischen Ressourcenknappheit
und Reformfähigkeit
- **Übersicht**
Datengestützte Prävention und Gesundheits-
versorgung: Möglichkeiten, Hemmnisse und
Weiterentwicklungspotentiale des aktuellen
§ 25b SGB V
- **Zur Diskussion gestellt**
Versorgung sichern – Resilienz stärken

Mehr Geld für weniger Versorgung?
- **Mitteilungen der Gesellschaft**
33. Mitgliederversammlung der GRPG

HERAUSGEBER

J. Zerth
S. Huster
G. Marckmann
E. Wille
J. Stoschek (Schriftleiter)

MITHERAUSGEBER

St. Allroggen
B. Brennecke
G. Demmler
D. Häckl
K. Kemmritz
A. Kießling
O. Kirst
M. Meyer
S. Postel
U. A. Richter
C. Schmidtke
G. Schulte
K. Schulz-Asche
T. Sorge
A. Tecklenburg
W. Wöllner

Autoren des Heftes

Arne Bartol
Katja Gehrke
Andreas Jäcker
Philipp Mauch
Andreas Meusch
Antje Rössel
Claudia Schmidtke
Jürgen Stoschek
Esther Theimer
Jan Peter Witte

83

Editorial

Mit Reform ist im Allgemeinen eine planvolle Umgestaltung bestehender Verhältnisse gemeint, was zu einer Verbesserung führen soll. Ob alle von der Bundesregierung angekündigten Reformen (Steuer, Rente, Gesundheit etc.) diesem Anspruch genügen werden, bleibt abzuwarten.

Unter der Überschrift „Zwischen Ressourcenknappheit und Reformfähigkeit“ hat Claudia Schmidtke einen sehr lesenswerten Beitrag zur Frage „Warum Reformen im Gesundheitswesen nicht greifen“ verfasst. Dem Gesundheitswesen – und damit seinen Akteuren – fehle die Bereitschaft die strukturellen Ursachen seiner Reformschwäche klar zu benennen, so die Autorin.

Um den Krankenkassen mehr Handlungsspielräume bei Prävention und Gesundheitsversorgung einzuräumen, hat der Gesetzgeber vor zwei Jahren einen neuen Paragraphen in das SGB V eingeführt, der bislang jedoch noch zu wenig genutzt wird, so die Autoren eines Übersichtartikels.

Weitere Beiträge in diesem Heft befassen sich mit der aktuell auflebenden Debatte um Resilienz im Gesundheitswesen sowie mit dem Zusammenhang zwischen Arzneimittelkosten und Patientenversorgung.

Wir wünschen eine erkenntnisreiche Lektüre.

Jürgen Stoschek
Geroldsreuth 61
95179 Geroldsgrün

Gesundheitspolitik im Fokus

Rückkehr zur einnahmenorientierten Ausgabenpolitik
Jürgen Stoschek 27

GRPG Mission Statement 2026

Zwischen Ressourcenknappheit und Reformfähigkeit
Claudia Schmidtke 29

Übersicht

Datengestützte Prävention und Gesundheitsversorgung: Möglichkeiten, Hemmnisse und Weiterentwicklungspotentiale des aktuellen § 25b SGB V
Katja Gehrke | Andreas Meusch 32

Zur Diskussion gestellt

Versorgung sichern – Resilienz stärken
Jan Peter Witte | Philipp Mauch 37

Mehr Geld für weniger Versorgung?
Arne Bartol | Andreas Jäcker | Antje Rössel | Esther Theimer 39

Aus der Rechtsprechung 45

Mitteilungen der Gesellschaft

33. Mitgliederversammlung der GRPG
Jürgen Stoschek 47

Wissenschaftspreis im Gesundheitswesen

Die *Gesellschaft für Recht und Politik im Gesundheitswesen e.V. GRPG* hat es sich zum Ziel gesetzt, den interdisziplinären Austausch und die wissenschaftliche Auseinandersetzung auf den verschiedenen Gebieten des Gesundheits- und Sozialrechtes wie auch im Bereich der Gesundheits- und Sozialpolitik zu fördern. Darüber hinaus möchte die GRPG zu einem verbesserten gegenseitigen Verständnis im Gesundheitswesen beitragen und dazu rechtliche, volkswirtschaftliche, ethische und medizinische Gesichtspunkte vertiefen.

Vor diesem Hintergrund schreibt die GRPG einen Jahrespreis in Höhe von 3000 Euro für herausragende wissenschaftliche Arbeiten, bevorzugt von Nachwuchswissenschaftlerinnen und -wissenschaftlern, aus. Die Arbeit muss sich mit Themen aus Gesundheitsversorgung, Gesundheitsrecht oder Gesundheitspolitik beschäftigen. Die Annahme des Preises verpflichtet zur Erstpublikation der Arbeit oder deren Zusammenfassung in der Zeitschrift „Recht und Politik im Gesundheitswesen“. Sie darf – mit Ausnahme von Dissertationen und Masterarbeiten – in gleicher oder ähnlicher Form nicht bereits andernorts publiziert sein.

Die GRPG nimmt Bewerbungs-Arbeiten für den 32. Wissenschaftspreis bis zum Eingangsschluss 31. Mai 2027 an. Zusendung der Arbeiten und der jeweiligen Gutachten (Erstgutachten und falls vorhanden auch Zweitgutachten) in zweifacher Ausfertigung an: Präsidium der Gesellschaft für Recht und Politik im Gesundheitswesen (GRPG), Widenmayerstraße 28, 80538 München.

Weitere Informationen wie die Satzung des Wissenschaftspreises und der Gesellschaft erhalten Sie unter www.grpg.de oder in der GRPG-Geschäftsstelle.

Recht und Politik im Gesundheitswesen

Organ der Gesellschaft für Recht und Politik im Gesundheitswesen (GRPG)

HERAUSGEBER

Prof. Dr. Jürgen Zerth
Katholische Universität Eichstätt-Ingolstadt
Professur für Management in Einrichtungen
des Sozial- und Gesundheitswesens
Kapuzinergasse 2
85072 Eichstätt

Prof. Dr. jur. Stefan Huster
Lehrstuhl für Öffentliches Recht,
Sozial- und Gesundheitsrecht
und Rechtsphilosophie
Ruhr-Universität Bochum
Universitätsstraße 150
44801 Bochum

Prof. Dr. med. Georg Marckmann
MPH Institut für Ethik, Geschichte und
Theorie der Medizin Universität München
Lessingstraße 2
80336 München

Prof. Dr. Eberhard Wille
Universität Mannheim
L7, 3-5
68131 Mannheim

Dipl.-Volkswirt Jürgen Stoschek
(Schriftleiter)
Geroldsreuth 61
95179 Geroldsgrün

MITHERAUSGEBER

St. Allroggen
B. Brennecke
G. Demmler
D. Häckl
K. Kemmritz
A. Kießling
O. Kirst
M. Meyer
S. Postel
U. A. Richter
C. Schmidtke
G. Schulte
K. Schulz-Asche
T. Sorge
A. Tecklenburg
W. Wöllner

Die Zeitschrift Recht und Politik im Gesundheitswesen (RPG) ist Publikationsorgan der Gesellschaft für Recht und Politik im Gesundheitswesen (GRPG).

Sie versteht sich als wissenschaftliches Forum, das der umfassenden und interdisziplinären Erörterung aller Fragen der Gesundheits- und Sozialpolitik sowie des Arzt-, Apotheken-, Arzneimittel-, Pharma und Gesundheitsrecht und des Rechts der assistierenden Berufe dient.

Veröffentlicht werden Beiträge aus medizinischer, juristischer, ökonomischer, sozialwissenschaftlicher und ethischer Perspektive. Jenseits von Verbands- und Parteiinteressen werden theoretische und empirische Ergebnisse zu praxisnahen Lösungskonzepten verknüpft.

Die Notwendigkeit der GRPG ergibt sich aus dem Interesse, in das das Gesundheitswesen in den vergangenen Jahren durch die steigenden Kosten gerückt ist. Die dadurch ausgelösten Diskussionen krankten neben einer teilweise verständlichen Interessengebundenheit vornehmlich an mangelnder medizinischer Ergebnisorientierung sowie einer zeitlich kurzfristigen und fachlich isolierten Perspektive.

Die Zeitschrift Recht und Politik im Gesundheitswesen (RPG) will dazu beitragen, diese Einseitigkeiten zu überwinden, um zu besseren Lösungen zu kommen.

Die Zeitschrift erscheint vierteljährlich.

Bestellungen (ISSN 0948-3209) nimmt jede Buchhandlung oder der Verlag entgegen.

Bezugspreis: 2025 (4 Hefte) Euro 170,- zuzüglich Versandkosten. Für Mitglieder ist der Bezugspreis mit dem Mitgliedsbeitrag abgegolten worden.

Der Bezugspreis ist im voraus zahlbar. Bestellungen nehmen jede Buchhandlung oder der Verlag entgegen. Die Lieferung läuft weiter, wenn sie nicht bis zum 30.9. eines Jahres abbestellt wird.

Bei Adressenänderungen muss neben dem Titel der Zeitschrift die neue und alte Adresse angegeben werden. Adressenänderungen sollten mindestens 6 Wochen vor Gültigkeit gemeldet werden.

Hinweis gemäß § 4 Abs. 3 der Postdienst-Datenschutzverordnung: Bei Anschriftenänderung des Bezieher kann die Deutsche Bundespost POSTDIENST dem Verlag die neue Anschrift auch dann mitteilen, wenn kein Nachsendeantrag gestellt ist. Hiergegen kann der Bezieher innerhalb von 14 Tagen nach Erscheinen dieses Heftes bei unserer Frankfurter Verlagsanschrift widersprechen.

VERLAG

PLANiMED
Gesellschaft für Strukturdaten
und Kommunikation mbH
Holmblick 10
24857 Fahrdrorf
Telefon 04621 39 29 951
Telefax 04621 39 29 949
E-Mail: info@planimed-online.de

Bankverbindung: Volksbank Ulm-Biberach
BLZ: 630 901 00 • Kto: 189 809 000 •
Gerichtsstand: Schleswig • Anzeigenpreisliste: Es gilt die Preisliste Nr. 11 • Layout und Produktion: creative vision, 44534 Lünen

Alle Rechte vorbehalten. Geschützte Warenzeichen werden nicht immer besonders kenntlich gemacht. Aus dem Fehlen eines solchen Hinweises kann nicht geschlossen werden, dass es sich um einen freien Warennamen handelt. Die Zeitschrift und alle in ihr enthaltenen Beiträge und Abbildungen sind urheberrechtlich geschützt. Mit Ausnahme der gesetzlich zugelassenen Fälle ist eine Verwertung ohne Einwilligung des Verlages strafbar. Weder Herausgeber noch Verlag haften für Inhalte, Informationen sowie die Richtigkeit der Aktenzeichen, die verlagsseitig mit aller Sorgfalt wiedergegeben wurden.

© 2025 PLANiMED
Gesellschaft für Strukturdaten
und Kommunikation mbH

Artikel aus dieser Zeitschrift werden referiert und geindext in der Online-Datenbank HECLINET (Health Care Literature Information Network) und dem **Informationsdienst Krankenhauswesen**.

Rückkehr zur einnahmenorientierten Ausgabenpolitik

Die zum Teil massive Kritik am Entwurf eines Gesetzes zur Stabilisierung der Beitragssätze in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz), das noch vor der Sommerpause beschlossen werden soll und das in den Medien und anderswo vielfach als „Gesundheitsreform“ bezeichnet wird, kann nicht überraschen: Wenn alle „ihren Beitrag“ leisten sollen, werden sich auch alle dazu äußern. SPD und CSU fordern Nachbesserungen, Änderungen im Laufe des parlamentarischen Verfahrens sind also wahrscheinlich.

Um eine drohende strukturelle Deckungslücke in der GKV zwischen Einnahmen und Ausgaben zu vermeiden, die nach Angaben des Bundesgesundheitsministeriums bis 2030 auf rund 40 Milliarden Euro ansteigen könnte, soll mit dem GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz (BStabG) die Rückkehr zu einer einnahmenorientierten Ausgabenpolitik erfolgen. Dazu sollen alle Beteiligten im Gesundheitswesen einen angemessenen und substanziellen Beitrag leisten, so das Ministerium. Rechnerische Obergrenze soll die jährliche Veränderungsrate der durchschnittlichen beitragspflichtigen Einnahmen je GKV-Mitglied sein. Da stabile Beitragssätze jedoch nicht allein durch Ausgabenbegrenzungen erreicht werden können, nimmt das geplante BStabG auch die Einnahmenseite der GKV in den Blick. Die Erwartung, dass der Bund die Gesundheitsausgaben für Bürgergeldempfänger in Höhe von rund 12 Milliarden Euro übernimmt, hat sich nicht erfüllt. Im Gegenteil: Um den Bundeshaushalt zu konsolidieren, soll der Bundeszuschuss für versicherungsfremde Leistungen in der GKV ab dem kommenden Jahr um zwei Milliarden Euro gekürzt werden. Für den GKV-Spitzenverband erklärte dessen Vorstandsvorsitzender Oliver Blatt, „über diese Absurdität müsste man Lachen, wenn es nicht zum Weinen wäre“. Statt die Beitragszahler zu ent-

lasten, müssten diese im kommenden Jahr rund 1,8 Milliarden Euro zusätzlich aufbringen, um den Bundeshaushalt zu unterstützen. Kritik an dem Vorhaben kommt auch aus den eigenen Reihen und ist fast einhellig. „Unter dem Strich entsteht so ein neues Finanzloch“, kritisierte der ehemalige bayerische Gesundheitsminister und CSU-Fraktionsvorsitzender im Landtag Klaus Holetschek in einem Zeitungsinterview. „Das sei „weder konsequent noch ehrlich“.

Zu weiteren umstrittenen Maßnahmen des BStabG gehören unter anderem Einschränkungen bei der vollständigen Refinanzierung von Tariflohnsteigerungen, Einschränkungen bei der beitragsfreien Familienversicherung, die Erhöhung der Beitragsbemessungsgrenze und der Versicherungspflichtgrenze im kommenden Jahr um jeweils 300 Euro monatlich sowie die Dynamisierung des Herstellerrabatts in der Pharmaindustrie, die sich an der Entwicklung der Arzneimittelausgaben und der Beitragseinnahmen orientieren soll.

Gesetz für weitere Digitalisierung im Gesundheitswesen in Vorbereitung

Um die technischen Voraussetzungen für die Digitalisierung des Gesundheitswesens zu schaffen, hat das Bundesge-

sundheitsministerium jetzt einen Referentenentwurf für ein Gesetz für Daten und digitale Innovation im Gesundheitswesen (GeDIG) vorgelegt. Das geplante Gesetz sieht unter anderem Regelungen zur Einführung von elektronischen Überweisungen sowie die Ermöglichung von digitalen Terminbuchungen über die elektronische Patientenakte (ePA) vor, die wichtige Bestandteile in einem künftigen digital gestützten Primärversorgungssystem sein sollen. Der Gesetzesentwurf enthält nach Angaben des Ministeriums zahlreiche Maßnahmen „für beinahe alle digitalisierungsrelevanten Themenbereiche des Gesundheitssystems“. So soll die ePA weiterentwickelt werden, so dass beispielsweise die Apotheker künftig einen eingeschränkten Zugriff auf die ePA erhalten, um den Medikationsplan zu aktualisieren und die Verordnungsdaten und Dispensierinformationen einzusehen und zu aktualisieren. Die Übertragung medizinischer und pflegerischer Daten mittels Fax wird künftig nicht mehr zulässig sein. Die Nutzung von Gesundheitsdaten für die Forschung soll verbessert werden.

Wird die Primärversorgung ausgebremst?

Könnte das Beitragssatzstabilisierungsgesetz die beabsichtigte Einführung eines

Primärversorgungssysteme konterkarieren? Der Hausärztinnen- und Hausärzteverband hat in einer ersten Stellungnahme zum BStabG davor gewarnt, den Aufbau einer Primärversorgung im Rahmen einer hausarztzentrierten Versorgung durch finanzielle Begrenzungen zu torpedieren. Das Bundesgesundheitsministerium will noch in diesem Jahr einen Gesetzentwurf für ein Primärversorgungssystem vorlegen. „Das Primärversorgungssystem hat das Zeug, die größte Gesundheitsreform dieser Legislatur zu werden – wenn sie im Vorhinein nicht torpediert wird“, erklärten die beiden Vorsitzenden des Hausärztinnen- und Hausärzteverband, Professor Dr. Nicola Buhlinger-Göpfarth und Dr. Markus Blumenthal-Beier, bei der Frühjahrstagung ihrer Organisation in Magdeburg. Im Entwurf für das BStabG sei ein finanzieller Abschlager bei einem Wachstum der Anzahl der an der HZV teilnehmenden Versicherten geplant – heißt: Je mehr Patientinnen und Patienten sich für eine gesteuerte Versorgung entscheiden, desto weniger bekommen die steuernden Ärztinnen und Ärzte, so die Kritik des Verbandes. Damit werde die Entwicklung des einzigen aktuell funktionierenden Primärversorgungssystems gebremst.

Dritter Anlauf für eine Reform der Notfallversorgung

Um die Rettungsdienste und die Notaufnahmen der Krankenhäuser zu entlasten und unnötige Ausgaben im Gesundheitswesen durch vermeintliche Notfälle in Klinikambulanzen zu vermeiden, hat das Bundeskabinett Ende April einen Gesetzentwurf zur Reform der Notfallversorgung beschlossen. Das soll vor allem durch eine digitale Vernetzung der Leitstellen des Rettungsdienstes (112) und der neu eingerichteten Akutleitstellen der Kassenärztlichen Vereinigungen

(116117) erreicht werden. Integrierte Notfallzentren (INZ), die aus der Notaufnahme eines Krankenhauses, einer KV-Notdienstpraxis und einer zentralen Ersteinschätzungsstelle bestehen, sollen ambulante Erstversorgung von Notfällen sicherstellen. Dort soll entschieden werden, ob jemand ein echter Notfall fürs Krankenhaus ist oder ambulant in der angegliederten KV-Notdienstpraxis behandelt werden kann.

Mehrere Ärzteverbände weisen auf personelle Engpässe hin, die die Umsetzung der Notfallreform gefährden könnten und Krankenhausverbände sehen angesichts der geplanten Einsparungen im Gesundheitswesen wenig Spielräume für die Realisierung.

Mit der Notfallreform, die nach zwei Anläufen der Ampel-Koalition und der Grünen im Bundestag nun Anfang kommenden Jahres in Kraft treten soll, wird die medizinische Notfallrettung als Sachleistung der GKV verankert: Das medizinische Notfallmanagement, die medizinische Versorgung vor Ort und die fachlich-medizinische Betreuung während des Transportes werden als Teil der Krankenbehandlung anerkannt.

Die Digitalisierung der medizinischen Notfallrettung und die Vernetzung der Leitstellen soll über einen Zeitraum von fünf Jahren aus dem Sondervermögen Infrastruktur und Klimaneutralität des Bundes mit insgesamt 225 Millionen Euro gefördert werden.

Ausländische Berufsqualifikationen werden schneller anerkannt

Der Deutsche Bundestag hat Ende März das Gesetz zur Beschleunigung der Anerkennungsverfahren ausländischer Berufsqualifikationen in Heilberufen beschlossen. Das Gesetz zielt darauf ab,

die Anerkennungsverfahren von Ärztinnen und Ärzten, Zahnärztinnen und Zahnärzten, Apothekerinnen und Apothekern sowie Hebammen zu entbürokratisieren, zu vereinheitlichen und zu digitalisieren.

Die direkte Kenntnisprüfung solle zum Regelfall werden und den Zugang in den Arbeitsmarkt deutlich beschleunigen, erklärte Bundesgesundheitsministerin Nina Warken. Überflüssige Bürokratie solle durch einheitliche Standards und digitale Verfahren abgebaut werden.

Mit dem Gesetz wird die direkte Kenntnisprüfung zur Regel bei der Anerkennung ärztlicher, zahnärztlicher oder pharmazeutischer Berufsqualifikationen aus Drittstaaten. Um das Verfahren zu entbürokratisieren und Antragsteller sowie die zuständigen Stellen der Länder zu entlasten, würden dokumentenbasierte Gleichwertigkeitsprüfungen nur noch wahlweise angeboten, so das Bundesgesundheitsministerium.

Das Gesetz tritt am 1. November 2026 in Kraft.

Zusammengestellt von Jürgen Stoschek, Geroldsgrün

Claudia Schmidtke

Zwischen Ressourcenknappheit und Reformfähigkeit

Warum Reformen im Gesundheitswesen nicht greifen

Das deutsche Gesundheitswesen steht unter wachsendem Druck. Die finanziellen Spielräume werden enger, der Fachkräftemangel nimmt zu, die demografische Entwicklung verändert den Versorgungsbedarf, und medizinischer wie technologischer Fortschritt erhöhen zugleich die Erwartungen an Qualität, Zugänglichkeit und Koordination. Gleichwohl bleibt der Eindruck bestehen, dass die gesundheitspolitische Debatte trotz zahlreicher Reformen und Initiativen immer wieder an denselben Punkten ankommt.

Das System ist in Bewegung – aber es kommt nicht voran

Oft wird diese Lage als reines Umsetzungsproblem beschrieben: Man wisse, was zu tun sei, setze es aber nicht konsequent genug um. Diese Deutung greift aus unserer Sicht zu kurz. Das deutsche Gesundheitswesen hat nicht nur ein Umsetzungsproblem. Es hat auch ein Erkenntnisproblem – genauer: ein Defizit in der Bereitschaft, die eigentlichen strukturellen Ursachen seiner Reformschwäche klar zu benennen.

Denn die zentralen Herausforderungen des Systems sind seit Langem bekannt. Seit Jahren wird auf sektorale Brüche, Doppelstrukturen, Fehlanreize, Bürokratie, mangelnde Koordination und unzureichend genutzte Digitalisierung hingewiesen. Dennoch führen diese Erkenntnisse nur selten zu konsequenten strukturellen Veränderungen. Stattdessen

werden bestehende Strukturen vielfach fortgeschrieben, punktuell angepasst oder finanziell stabilisiert.

Darin zeigt sich das eigentliche Problem: Nicht einzelne Regelungen oder Finanzierungsmechanismen stehen im Weg, sondern die zugrunde liegende Systemlogik selbst. Diese Systemlogik ist historisch gewachsen und in vieler Hinsicht leistungsfähig gewesen. Unter den Bedingungen der Gegenwart erweist sie sich jedoch zunehmend als zu starr, zu kleinteilig und zu stark an institutionellen Grenzen orientiert, um komplexe Versorgungsaufgaben wirksam, effizient und patientenorientiert zu bewältigen.

Die Grenzen eines historisch gewachsenen Systems

Das deutsche Gesundheitswesen ist kein planvoll aus einem Guss geschaffenes System. Es ist das Ergebnis historischer Entwicklungen, institutioneller Kompromisse und schrittweiser Ergänzungen. Viele seiner Elemente haben sich unter früheren Bedingungen bewährt. Heute jedoch treten die Grenzen dieser gewachsenen Ordnung deutlicher hervor.

Versorgung wird nach wie vor in hohem Maß entlang institutioneller Zuständigkeiten, sektoraler Grenzen und professioneller Abgrenzungen organisiert. Ambulante und stationäre Versorgung folgen unterschiedlichen Logiken. Finanzierung und Planung sind auf verschiedene Ebenen und Akteure verteilt. Zuständigkeiten sind vielfach fragmentiert. Verantwort-

tung wird institutionell gegliedert, nicht prozessual gebündelt. Innovationen werden häufig additiv in bestehende Strukturen eingefügt, statt zum Anlass zu werden, diese Strukturen selbst zu überprüfen.

Dies führt dazu, dass Reformen zwar an vielen Stellen ansetzen, aber selten die Logik des Gesamtsystems verändern. Es wird korrigiert, ergänzt, nachjustiert und kompensiert – deutlich seltener jedoch vereinfacht, neu geordnet oder grundlegend anders gedacht. Damit entsteht ein Gesundheitswesen, das auf Veränderungsdruck häufig mit zusätzlicher Komplexität reagiert.

Gerade darin liegt ein wesentlicher Unterschied zu vielen anderen Reformdebatten: Es geht nicht allein darum, bekannte Defizite abzuarbeiten. Es geht darum zu erkennen, dass diese Defizite Ausdruck eines tiefer liegenden Problems sind. Solange die Systemlogik unverändert bleibt, reproduziert das System immer wieder neue Varianten derselben Probleme.

Warum viele Reformen ihre Wirkung nicht entfalten

Die gesundheitspolitische Reformtätigkeit der vergangenen Jahre war keineswegs gering. Es hat zahlreiche Gesetze, Programme, Förderinitiativen und Strukturdebatten gegeben. Dennoch bleibt der Eindruck begrenzter Wirkung. Auch dies ist kein Zufall, sondern eine Folge der Art und Weise, wie Reformen typischerweise angelegt werden.

Reformen zielen häufig auf Teilprobleme, nicht auf systemische Zusammenhänge. Sie reagieren auf Missstände, ohne deren strukturelle Ursachen durchgreifend zu verändern. Sie arbeiten mit zusätzlichen Regelungen, spezifischen Förderatbeständen, Ausnahmeregelungen oder neuen Berichtspflichten. Sie versuchen, mit administrativer, teilweise detailverliebter, Feinsteuerung dort Lösungen herbeizuführen, wo eigentlich institutionelle und prozessuale Neuordnungen erforderlich wären.

Auf diese Weise entsteht eine paradoxe Situation: Je mehr Reformdruck auf das System wirkt, desto komplexer wird häufig seine Steuerung. Nicht selten werden auf neue Probleme Antworten gegeben, die innerhalb der bestehenden Logik plausibel erscheinen, zugleich aber neue Schnittstellen, neue Bürokratie oder neue Unübersichtlichkeit erzeugen. Reform wird dadurch zu einem kumulativen Prozess, in dem zusätzliche Ebenen von Regulierung aufgebaut werden, ohne dass alte Strukturen wirklich abgelöst werden. Die Folge ist nicht nur ein Umsetzungsdefizit. Die Folge ist auch ein Legitimationsproblem: Wenn Reformen ihre Wirkung nicht sichtbar entfalten, wächst das Misstrauen gegenüber der Reformfähigkeit des Systems insgesamt. Dies gefährdet die Bereitschaft zu notwendiger Veränderung.

Die Rolle der Politik: zwischen Rahmensetzung und Übersteuerung

Politik trägt Verantwortung für die gesetzlichen, institutionellen und finanziellen Rahmenbedingungen des Gesundheitswesens. Diese Verantwortung ist zentral und unverzichtbar. Zugleich zeigt sich, dass politische Steuerung dort an ihre Grenzen stößt, wo sie versucht, komplexe Versorgungsrealitäten dauerhaft

durch detaillierte Regelungen, kleinteilige Vorgaben und kurzfristige Programme zu ordnen.

Die Komplexität des Gesundheitswesens lässt sich nicht dauerhaft durch administrative Feinsteuerung beherrschen. Prozesse, Kooperationen und Organisationsformen lassen sich nicht in jeder Einzelheit gesetzlich vorstrukturieren. Politische Steuerung ist notwendig, aber sie muss sich auf das konzentrieren, was sie tatsächlich leisten kann: Zielbilder entwickeln, Fehlanreize abbauen, Handlungsspielräume eröffnen und strukturelle Veränderungen ermöglichen. Dort, wo Politik versucht, Veränderung schrittweise, engmaschig und in kurzen Zyklen zu administrieren, bleiben Reformen oft unter ihren Möglichkeiten. Gerade in einem System mit langen Anpassungszeiten, vielen Akteuren und tief verwurzelten Routinen reicht es nicht aus, immer neue Einzelmaßnahmen zu definieren. Ein Vierjahresrhythmus politischer Aufmerksamkeit ist kein geeigneter Taktgeber für tiefgreifende organisatorische Veränderungen.

Deshalb ist eine neue Bescheidenheit in der Detailsteuerung ebenso erforderlich wie eine größere Entschlossenheit in der Setzung struktureller Rahmenbedingungen. Politik sollte weniger einzelne Prozesse steuern wollen, dafür aber klarer definieren, unter welchen Bedingungen neue Formen von Versorgung, Koordination und Organisation tatsächlich entstehen können.

Digitalisierung: nur dann wirksam, wenn sie Strukturen verändert

Die Digitalisierung wird seit Jahren als Schlüsselfaktor für die Modernisierung des Gesundheitswesens beschrieben. Das ist richtig. Falsch wäre jedoch die Annahme, digitale Technologien könnten

ihre Wirkung unabhängig von den umgebenden Strukturen entfalten.

Digitalisierung ist kein neutraler Zusatz und kein technisches Add-on. Ihr Potenzial liegt nicht allein in effektiverer und effizienterer Datenverarbeitung oder besserer Kommunikation. Ihr eigentliches Potenzial liegt darin, Prozesse neu zu ordnen, Informationsflüsse zu bündeln, Schnittstellen zu reduzieren und Kooperation anders zu organisieren. Sie kann Transparenz schaffen, Entscheidungen unterstützen, Koordination verbessern und Ressourcen gezielter einsetzen. All dies setzt aber voraus, dass bestehende Prozesse tatsächlich verändert werden dürfen.

Genau daran fehlt es oft. Digitale Anwendungen werden in bestehende Routinen eingebettet, ohne diese Routinen grundsätzlich in Frage zu stellen. Dadurch steigt mitunter der Dokumentationsaufwand, ohne dass die Versorgung besser koordiniert wird. Neue technische Lösungen treffen auf alte Verantwortungsstrukturen. Daten werden digital verfügbar, ohne dass ihre Nutzung systematisch in bessere Prozessgestaltung übersetzt wird. Die Digitalisierung bleibt dann hinter ihren Möglichkeiten zurück, weil sie die zugrunde liegende Systemlogik nicht durchbrechen darf. Digitalisierung beschleunigt Prozesse, sie ersetzt jedoch keine falsche Systemlogik.

Deshalb muss jede ernsthafte Digitalisierungsstrategie mit einer Strukturstrategie verbunden werden. Digitalisierung braucht institutionelle Offenheit, organisatorische Anpassungsfähigkeit und finanzielle Rahmenbedingungen, die neue Arbeitsweisen nicht nur zulassen, sondern begünstigen.

Den Blick auf das Gesamtsystem richten

Wenn wir über Reformen im Gesundheitswesen sprechen, muss es möglich sein, bestehende Strukturen und Zuständigkeiten immer wieder kritisch zu reflektieren und weiterzuentwickeln. Die Herausforderungen des Gesundheitswesens verändern sich dynamisch – demografisch, medizinisch, technologisch und gesellschaftlich. Deshalb braucht auch das System die Fähigkeit zur Anpassung. Dabei geht es nicht darum, bewährte Institutionen grundsätzlich infrage zu stellen. Vielmehr stellt sich die Frage, wie Zusammenarbeit, Koordination und Versorgung unter veränderten Rahmenbedingungen weiter verbessert werden können. Gerade an den Schnittstellen zwischen ambulanter und stationärer Versorgung zeigt sich, wie wichtig gemeinsame Verantwortung, abgestimmte Prozesse und verlässliche Rahmenbedingungen sind.

Auch Digitalisierung kann ihre Wirkung nur dann entfalten, wenn neue Formen der Kooperation ermöglicht werden und unterschiedliche Akteure konstruktiv zusammenwirken. Dies betrifft Leistungserbringer ebenso wie Krankenkassen, Selbstverwaltung, Länder und Bund.

Zugleich braucht ein lernfähiges Gesundheitswesen den Mut, neue Versorgungsmodelle zu erproben, regionale Unterschiede zu berücksichtigen und erfolgreiche Ansätze weiterzuentwickeln. Innovation entsteht dort, wo Gestaltungsspielräume, Vertrauen und gemeinsame Zielorientierung zusammenkommen.

Letztlich geht es darum, Versorgung stärker aus Sicht der Patienten zu denken: vernetzter, koordinierter und stärker entlang tatsächlicher Behandlungsverläufe organisiert. Dafür braucht es nicht weniger Zusammenarbeit im System, sondern mehr.

Patientenpfade statt Institutionendenken

Ein zukunftsfähiges Gesundheitswesen muss sich stärker an der Realität von Versorgung orientieren.

Genau hier zeigt sich die Diskrepanz zwischen Versorgungsrealität und Systemstruktur besonders deutlich.

Aus Sicht der Patienten verlaufen Erkrankungen und Behandlungen nicht entlang institutioneller Grenzen. Sie folgen medizinischen, funktionalen und lebensweltlichen Notwendigkeiten. Ein System, das Versorgung primär über Zuständigkeitsgrenzen organisiert, gerät deshalb zunehmend in Widerspruch zur tatsächlichen Logik von Behandlungsprozessen.

Erforderlich ist eine stärkere Orientierung an durchgängigen Patienten- und Versorgungspfaden. Damit ist nicht gemeint, Versorgung schematisch zu standardisieren oder professionelle Autonomie zu beschneiden. Gemeint ist vielmehr, die Struktur des Systems stärker an der Kontinuität von Versorgung auszurichten. Übergänge zwischen diagnostischen, therapeutischen, rehabilitativen und pflegerischen Phasen müssen besser gestaltet werden. Informationsflüsse dürfen nicht an institutionellen Grenzen abbrechen. Prozesse sollten nicht von der Frage bestimmt sein, in welchem Sektor sich ein Patient gerade bewegt, sondern davon, was medizinisch und organisatorisch sinnvoll ist.

Dies setzt neue Formen der Kooperation voraus. Es setzt aber auch voraus, dass Planung, Finanzierung und Steuerung stärker prozessual gedacht werden. Solange jede Institution in erster Linie ihren eigenen Ausschnitt optimiert, wird die Gesamtkohärenz der Versorgung schwach bleiben. Die systematische Betrachtung von Patientenpfaden ist deshalb kein Detailthema, sondern ein

Schlüssel zur Überwindung sektoraler Verengung.

Die Zukunft des deutschen Gesundheitswesens entscheidet sich nicht zuerst an einzelnen Reforminstrumenten, sondern daran, ob es gelingt, seine überkommene Systemlogik so weiterzuentwickeln, dass Veränderung überhaupt wieder wirksam werden kann.

Solange das nicht gelingt, wird das System in Bewegung bleiben – aber nicht vorankommen.

Autorin:

Prof. Dr. Claudia Schmidtke
Mitglied im Präsidium
der GRPG
Widenmayerstr. 28
80538 München

Datengestützte Prävention und Gesundheitsversorgung: Möglichkeiten, Hemmnisse und Weiterentwicklungspotentiale des aktuellen § 25b SGB V

1. Ausgangslage

In der Gesundheitspolitik lässt sich seit einigen Jahren ein Trend beobachten, der in Fachkreisen als „exekutiver Dirigismus“ diskutiert wird (Lehr, Niehaus 2025). Gemeint ist damit, dass der Gesetzgeber immer mehr Sachverhalte selbst regelt und damit der Selbstverwaltung von Leistungserbringern und Krankenkassen sowie dem Wettbewerb der einzelnen Krankenkassen als dezentraler Suchstruktur nach der besseren Lösung Kompetenzen entzieht. Umso bemerkenswerter ist es, dass es ein Beispiel gibt, das in dieses Schema nicht passt und den einzelnen Krankenkassen zusätzliche Handlungsspielräume gibt: Mit dem Gesundheitsdatennutzungsgesetz (GDNG) wurde im März 2024 der § 25b SGB V eingeführt. Damit erhalten Kranken- und Pflegekassen die Möglichkeit, vorhandene Gesundheitsdaten für klar definierte Zwecke auszuwerten und Versicherte auf Grundlage der Ergebnisse zu informieren. In diesem Beitrag geht es darum, wie dieses Instrument in den ersten zwei Jahren nach Inkrafttreten genutzt wird. Stellen wir uns vor, Versicherte würden seitens der Krankenkasse über bestehende Risiken einer Erkrankung bereits im Vorfeld informiert, wenn beispielsweise längere Zeit Beschwerden aufgetreten sind und datenschutzkonform

eine verständliche Information zum konkreten Risiko erhalten, das sich aus GKV-Abrechnungsdaten, d.h. Routinedaten ableiten lässt. Nicht als Diagnose, nicht als Leistungsentscheidung, sondern als Hinweis mit Einordnung und dem Angebot, nächste Schritte mit dem Arzt zu besprechen oder Beratungsangebote seitens der Kassen zu nutzen. Dieses Vorgehen ist derzeit aufgrund des Datenverzug von Abrechnungsdaten nicht bei Akutereignissen denkbar, aber bei langjährig chronisch verlaufenden Erkrankungen, die Spuren in den GKV-Abrechnungsdaten über die Jahre hinterlassen und Rückschlüsse zulassen. Diese Angebote können mehr als nur Informationen über ausstehende bzw. nicht zu verpassende Impfungen sein. Gute und neuartige Ansätze dieser Art erfordern neben der Auswahl geeigneter Anwendungsfälle eine Weiterentwicklung der vorhandenen Möglichkeiten im Fünften Sozialgesetzbuch (SGB V), um mit den vorhandenen Versichertendaten einer Krankenkasse echten Mehrnutzen für alle Beteiligten zu erzeugen.

Das eröffnet neue Optionen für eine gezielte Ansprache, allerdings derzeit in einem engen Rahmen mit strikter Zweckbindung, Datenschutz und Widerspruchsmöglichkeiten. Der Beitrag ordnet die erkennbaren Vorhaben im Kontext des § 25b SGB V ein und leitet Ansatzpunkte

ab, wie Potenziale wirksam und verantwortungsvoll genutzt werden können.

2. Hintergrund

Der § 25b SGB V erlaubt Auswertungen zur Erkennung für bestimmte Zwecke: seltene Erkrankungen, Krebserkrankungen, schwerwiegende Arzneimittelrisiken, noch nicht festgestellte Pflegebedürftigkeit, schwerwiegende Gesundheitsgefahren im überwiegenden Interesse der Versicherten und Indikationen für Schutzimpfungen. Die Krankenkassen sind verpflichtet, Versicherte über die Möglichkeit der Datenverwendung und über ihr Widerspruchsrecht zu informieren. Das Rundschreiben des Bundesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit (BfDI) betont, dass Informationspflichten und Transparenz entscheidend sind, um Vertrauen zu schaffen. In diesem Zusammenhang weist das Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS) in seinen Informationen auf Anzeigepflichten und mögliche Haftungsrisiken für Vorstände hin.

3. Status quo und Hemmnisse

Mit den bislang bekannten Initiativen der gesetzlichen Krankenversicherung besteht noch Potenzial für weitere Akti-

vitäten; insbesondere kleinere Krankenkassen tun sich schwer, das Instrument zu nutzen bzw. warten ab, um von den Besten zu lernen oder aufgrund der Größe über kassennahe Dienstleister wie SpectrumK oder GWQ Angebote in Anspruch zu nehmen.

Umgekehrt beginnen einige Krankenkassen, den § 25b SGB V als neue Optionen aktiv zu nutzen bzw. zu erproben. Im Fokus stehen u.a. Impfinitiativen z.B. zur Schließung von Impfücken, Informationen zu bisher unerkannter Pflegebedürftigkeit, vereinzelte Informationen zu speziellen Krebsfrüherkennungsmöglichkeiten (Darm, Haut, Brust) oder chronische Schmerzen bzw. noch selten auch zu Arzneimittelrisiken oder -umstellungen.

Nach der Einführung der Neuregelung standen insbesondere technische und organisatorische Unsicherheiten sowie die Definition der erforderlichen neuen internen Prozesse im Vordergrund. Auch hinsichtlich des Datenschutzes, der Akzeptanz seitens der Versicherten, der Datenqualität und -aufbereitung, Möglichkeiten der Erfolgskontrolle sowie entstehende Kosten gab und gibt es immer noch Unsicherheiten.

So wird diskutiert, wie Versicherte eine Initiative ihrer Krankenkasse bewerten, die Hinweise zu seinem oder ihrem individuellen Gesundheitszustand gibt, verbunden mit Informationen zu möglichen Versorgungsangeboten. Aktivisten sehen bereits „einschüchternde Wirkung“ bei Schreiben, die den Gesetzestext zitieren (Patientenrechte 2025). Daher ist eine gewissenhafte und sensible Umsetzung unumgänglich. Chronisch Erkrankte begrüßen in der Regel vertrauenswürdige Informationen aufgrund der oftmals langjährigen Leidenswege bis zu einer klaren Diagnose. Der Innovationsfonds fördert derzeit in einem Projekt der TK zusammen mit der Universität in Essen im Zeit-

raum 2026 bis 2028 die Erhebung der Herausforderungen, Anforderungen und Präferenzen der Beteiligten im Zusammenhang mit § 25b SGB V.

Noch keine Evidenz gibt es dazu, inwieweit auch Krankenkassen einen Nutzen aus der der Regelung des § 25b SGB V haben, z.B. Kosteneinsparungen durch möglichst frühe Erkennung von Gesundheitsrisiken, zielgerichtetere Versorgungsangebote und Gesundheitsinformationen.

Ein Umsetzungsproblem besteht teilweise im zeitlichen Verzug der ambulanten Daten. Solange die Abrechnungsdaten nicht tagesaktuell oder sehr zeitnah zur Verfügung stehen, sind die Fenster für einige Interventionen vielleicht geschlossen, wenn die Daten vorliegen. Da es sich bei den bekannten use cases vielmals um chronische und damit länger persistierende Erkrankungen handelt, die bereits Spuren, aber noch keine Diagnose in den Daten hinterlassen haben, sind sorgfältige Analysen notwendig und auch möglich.

Einige Kassen haben bereits Wege etabliert, die auch die datenschutzrechtlichen Anforderungen nach DSGVO und die verbundenen Anzeigenpflichten bei der Auftragsdatenverarbeitung berücksichtigen und im Internet auch Opt-outs der Versicherten ermöglichen.

4. Potenziale und Nutzen

Wird der § 25b SGB V weiter konsequent umgesetzt bzw. weiterentwickelt, ergeben sich mehrere Vorteile: Erstens kann eine frühere Erkennung chronischer und/oder schwerer bzw. seltener Erkrankungen die Lebensqualität der Versicherten verbessern und Behandlungskosten langfristig senken. Zweitens lassen sich Versorgungslücken schließen, etwa beim Impfstatus, Arzneimittelrisiken oder der Pflegebedürftigkeit. Drittens bietet § 25b SGB V eine datenbasierte Grundlage,

auch um Versichertenberatung und Präventionsprogramme zielgerichteter als bisher zu gestalten. Das wiederum kann Gesundheitssystem und Leistungserbringende entlasten bzw. durch niederschwellige Informationsangebote und/oder Terminangebote die Steuerung im System verbessert werden und die Wege zu einer Diagnose verkürzen.

Um das Potenzial noch besser zu realisieren, sind weitere Maßnahmen sinnvoll:

1. Ressourcen und digitale Infrastruktur: Ausbau der IT-Kapazitäten in den Krankenkassen (z. B. für Datenverarbeitung oder Schnittstellen). Schulungen für Personal, um datenanalytische Methoden und Datenschutzerfordernisse angemessen zu beherrschen.
2. Evaluation und Qualitätssicherung: Monitoring der Ergebnisse und Austausch zu den Erfahrungen stärken, z. B. wie viele Versicherte tatsächlich erreicht werden, wie viele Empfehlungen angenommen werden, was an Versorgungswirkung eintritt. Veröffentlichung der Ergebnisse, soweit datenschutzrechtlich möglich, um Lernprozesse zu ermöglichen.
3. Unterstützung von Initiativen zur Erkennung von seltenen Erkrankungen: Forschung zu Umsetzungsmöglichkeiten stärken.
4. Erweiterung der bislang definierten Zwecke und Anwendungsszenarien.
5. Entbürokratisierung: Reduktion von Anzeige- und Berichtspflichten auf ein praxistauglicheres Niveau, angemessenere Haftungsregelungen sowie mehr Flexibilität bei der Ausgestaltung der Prozesse.

5. Fazit

Bislang ist die öffentlich sichtbare Umsetzung der neuen Regelung in Form konkret beschriebener Projekte oder Handlungs-

felder noch überschaubar bzw. bewegt sich eher in Form von Pilotprojekten. Die Zwischenbilanz fällt noch ernüchternder aus, wenn man den Vergleich zwischen globalen Trends und der Situation bei der Nutzung von Gesundheitsdaten in Deutschland anstellt. Er zeigt, dass Deutschland im internationalen Vergleich mehr Geschwindigkeit aufnehmen muss. Die gefühlten Lichtjahre zwischen den Ideen und realen Entwicklungspfaden machen es umso dringlicher, die vorhandenen Ansätze in Deutschland wie beim § 25b SGB V proaktiv zu nutzen und diese Ansätze im Einklang mit den europäischen Rechtsvorschriften weiterzuentwickeln

Der jüngst vorgelegte Referentenentwurf des Bundesgesundheitsministeriums für ein „Gesetz für Daten und digitale Innovation im Gesundheitswesen“ greift einige bisherige Kritikpunkte auf, denn u.a. soll es eine Vereinfachung dahingehend geben, dass Krankenkassen ihren Verwaltungsrat nicht mehr vorab informieren müssen und das „Schriftformerfordernis für Hinweise nach § 25b SGB V gelockert“ werden soll. (S. 91).

Darüber hinaus finden sich weitere Änderungen, wie:

- Explizite Nennung der Erkennung von drohender Pflegebedürftigkeit
- Erkennung von schwerwiegenden Erkrankungen des Herz-Kreislauf-Systems oder eines hierfür erhöhten Risikos
- Nutzung der ePA-Daten und
- Informationen durch die Kassen über individuell geeignete Versorgungsinnovationen und sonstige geeignete Versorgungsleistungen.

Die neu vorgeschlagenen Maßnahmen sind in einer ersten Bewertung sinnvoll, haben wahrscheinlich nicht das Potenzial, als Gamechanger zu wirken.

Der § 25b SGB V erweitert damit die Möglichkeiten auch um Prävention und

Versorgung in Deutschland evidenzbasierter und effizienter zu gestalten. Die ersten Initiativen zeigen: Es ist möglich, neue Wege zu beschreiten, siehe dazu vertiefend in der Tabelle die öffentlich recherchierten Ansatzpunkte, wobei kein Anspruch auf Vollständigkeit erhoben wird. Es soll lediglich illustriert werden, wo stehen wir derzeit konkret.

Die Erkennung von Gesundheitsrisiken ist für einige Erkrankungsbilder technisch auf Basis von GKV-Abrechnungsdaten möglich, denn viele Datenspuren existieren zum Beispiel bei chronischen Erkrankungen über Jahre in den Daten, führten jedoch noch nicht zur klaren Diagnosestellung. Hier einige typische Beispiele für Datenspuren, die vorliegen und durch Analysen sinnvoll für Diagnostik oder Therapie genutzt werden können:

- Beschreibung von Symptomen, die Behandlungsbedarf erzeugen, ohne dass entsprechende Behandlungen durchgeführt wurden,
- Symptome, die einer anderen Erkrankung zugeschrieben wurden oder
- Behandlungen, die aufgrund unklarer Diagnose nicht eingeleitet wurden.

Technisch kann man mit Hilfe von Erkenntnissen aus der Literatur und Studienevidenz einen Algorithmus für viele verschiedene und auch seltenere Erkrankungen entwickeln, der eine frühere Erkennung der Gesundheitsrisiken ermöglicht. Interdisziplinäre Teams stellen hierbei einen wichtigen Erfolgsfaktor dar, denn wenn Mediziner, Statistiker und Datenexperten gemeinsam an der Erkennung einer Erkrankung arbeiten – dies konnte bereits gezeigt werden –, sind die definierten Zwecke des § 25b SGBV umsetzbar, wenngleich noch einige methodische Hürden und auch das Potenzial von KI hierbei weiter untersucht werden müssen.

Dabei ist die Entwicklung einer Logik zur Erkennung nur ein Baustein, wenn

man eine Initiative einer Krankenkasse betrachtet, denn vielmehr muss diese Aktivität eingebettet sein in ein Gesamtkonzept, welches von der Erkennung, dem Aufgriff bis zum Anschreiben der Versicherten verschiedene Komponenten umfasst und gut geplant sein muss. Dabei wird deutlich, dass die Umsetzung einen komplexen Prozess darstellt. Der § 25b SGB V wurde geschaffen, um den Krankenkassen eine eigene Option zu geben, ihren Versicherten aktiv Impulse in Versorgungsfragen zu geben. Ärztinnen und Ärzte werden in diesem Konzept erst im zweiten Schritt auf Initiative der Versicherten eingebunden, wenn diese es wünschen. Bei der praktischen Umsetzung ist dies möglicherweise ein relevantes Problem, wie eine Umfrage der Stiftung Gesundheit (2026) zeigt. Anfang Dezember 2025 gaben fast zwei Drittel der Ärzte an, den § 25b SGB V bisher nicht zu kennen (63,1 Prozent). Lediglich 7,9 Prozent sind damit vertraut. 28,9 Prozent kennen die Regelung nur im Grundsatz und nicht im Detail. Mit Blick auf die wenigen Praxisbeispiele und die geringe Bekanntheit bei den Ärzten stellt sich die Frage, ob eine Kommunikation von Versorgungssteuerung auf der Grundlage von Datenanalysen der Krankenkassen über die Ärzteschaft nicht der erfolgversprechendere Weg ist. Mit dem § 140a SGB V steht dafür grundsätzlich ein Instrument zur Verfügung. Ob dieses bereits in diesem Sinne genutzt wird oder entsprechend modifiziert werden müsste, ist für die Versorgungspraxis relevant, lässt sich aber nicht im Rahmen dieses Beitrags beantworten.

Ungeachtet dessen wird ebenfalls deutlich, dass man sich aus Sicht einer Krankenkasse oftmals schwertut, Versicherte im Kontext einer konkreten Erkrankung anzusprechen und nach niederschwelligeren Lösungen für ein positives Kundenerlebnis sucht, daher könnte der Fokus

Tabelle: Übersicht Krankenkassen und aktuelle Anwendungsfälle

Krankenkasse	Anwendungsbereich	Quelle
AOK Bayern	Hinweise für Menschen mit erhöhtem Pflege-Risiko geplant	https://www.aok.de/pp/bayern/pm/aok-bayern-investiert-in-den-ausbau-der-digitalen-pflege/
BARMER	Ansprache zur Erinnerung an die HPV-Impfung bei Kindern und Jugendlichen, Hinweise zur Vermeidung von chronischem Rückenschmerz, Impferinnerungen bei Risikopatienten mit COPD	https://www.barmer.de/resource/blob/1328206/729de5223a-714865f12e017dfadbf417/report-datenbasierte-hinweise-zu-gesundheitsrisiken-barrierefreies-pdf-data.pdf
IKK classic	Hautkrebsvorsorge bei Handwerkerinnen und Handwerkern, Fokus auf Personen mit regelmäßiger Tätigkeit im Freien sowie zusätzlichen Risikofaktoren für Hautkrebs	https://www.ikk-classic.de/pk/sp/digitale-gesundheit/datengestuetzte-gesundheitsinformationen
KKH	Impfung Pneumokokken bei Vorliegen altersbedingter oder medizinischer Indikationen, Info an Risikogruppen zur Früherkennung von Brustkrebs	https://www.kkh.de/datenschutz/gesundheitsrisiken-erkennen
mkk (Meine Krankenkasse)	Proaktiver Hinweis bei erhöhter Pflegebedürftigkeitswahrscheinlichkeit; Beratungsmöglichkeit	https://www.meine-krankenkasse.de/verbesserte-nutzung-von-gesundheitsdaten
novitas	Bei wesentlichen Anzeichen eines erhöhten Osteoporose-Risikos, Empfehlung Arztbesuch an Versicherte mit Risikofaktoren und ggf. Übernahme einer Knochendichtemessung	https://www.novitas-bkk.de/ueber-uns/presse/pressemitteilungen/detailansicht-pressemitteilungen/?tx_news_pi1%5Baction%5D=detail&tx_news_pi1%5Bcontroller%5D=News&tx_news_pi1%5Bnews%5D=465&cHash=9d1e3db26a5c06825a4202c346596ef4
SBK (Siemens-Betriebskrankenkasse)	Information zu Impflücken, Rückruf und Umstellung von Arzneimitteln	https://www.sbk.org/beratung-leistungen/e-health/digitale-services/versorgung-individueller-gestalten/
TK	Informationen zu individuellem Darmkrebsrisiko	https://www.tk.de/techniker/unternehmensseiten/unternehmen/gesundheitsdatennutzungsgesetz-2181286
Vividabkk	Impferinnerung	https://www.vividabkk.de/de/leistungen/datenschutz-leistungen
ZF BKK	use cases allgemein benannt, Empfehlung zur Krebsfrüherkennung, Warnhinweise bei problematischen Medikamentenkombinationen, drohende Pflegebedürftigkeit, Erkennung Schlaganfallrisiken, Impferinnerung	https://www.zfbkk.de/service/nutzung-ihrer-gesundheitsdaten

Quelle: Eigene Internetrecherche 16.03.2026.

auf den Präventionsgedanken der Regelung für mehr Akzeptanz sorgen:

1. Fokussierte Use Cases schrittweise ausbauen

Krankenkassen gewinnen bislang Praxiserfahrung, indem sie spezifische, eng umrissene Anwendungsfälle (wie Impferinnerungen, Früherkennung von chronischen Erkrankungen oder Pflegebedarfe) in kleinen Schritten einführen und auswerten. Ein agiler Ausbau weiterer Anwendungsfälle, abgestimmt mit Versichertenfeedback, und medizinischem Nutzen, steigert Akzeptanz und Wirksamkeit.

2. Verständliche Information und Opt-out-Mechanismus weiter stärken

Versicherte müssen frühzeitig, klar und einfach verständlich über geplante Auswertungen informiert und auf den Widerspruch hingewiesen werden (Opt-out). Transparent und gleichsam einfach gestaltete Informationsmaterialien und digitale Zustimmung- bzw. Ablehnungsmöglichkeiten vereinfachen den Prozess für alle Seiten.

3. Flexible technische und regulatorische Anpassungen ermöglichen

Die Nutzung von KI sollte gesetzlich eindeutig geregelt werden. Es gilt, die Entwicklung von Trainingsmodellen und KI-Anwendungen explizit mit einzu beziehen, dabei aber eine individuelle Bewertung vor jedem Einsatz zu verlangen (z.B. verpflichtende Anzeigeverfahren, wie sie heute schon vorgesehen sind). Perspektivisch sollten mit einer Opt-In auch ermöglicht werden, dass Versicherte Real-World-Data z.B. durch Wearables für Analysen zur Verfügung stellen können. Darüber hinaus könnte die Nutzung

von ePA-Daten die Datenverzögerungen abbauen helfen.

Was lehrt uns das Beispiel § 25b SGB V für die Governance des Gesundheitssystems? Um als Beispiel für wettbewerbliche Steuerungselement zu dienen, ist es nicht wirklich geeignet, es fehlt der Impact. Selbst wenn bürokratische Hürden abgebaut würden, es spricht wenig dafür, dass die Krankenkassen ihre Rolle als Player im System dadurch relevant stärken können.

Literatur / Quellen

- Böttinger, E., zu Puttlitz, J. (2019): Die Zukunft der Medizin. Disruptive Innovationen revolutionieren Medizin und Gesundheit, Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft Berlin
- Bundesgesetzblatt (2024): Gesetz zur verbesserten Nutzung von Gesundheitsdaten (GDNG), BGBl I 2024 Nr. 102, <https://www.recht.bund.de/bgbl/1/2024/102/VO.html>, abgerufen: 15.10.2025
- Bundesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit (BfDI) (2024): Rundschreiben mit Hinweisen zur datengestützten Erkennung individueller Gesundheitsrisiken durch die Kranken- und Pflegekassen nach § 25b SGB V, https://www.bfdi.bund.de/SharedDocs/Downloads/DE/DokumenteBfDI/Rundschreiben/Allgemein/2024/Rundschreiben-Krankenkassen-Pflegekassen.pdf?__blob=publication-File&v=1, abgerufen: 15.10.2025
- Bundesamt soziale Sicherung (2024): Rundschreiben zu Datenschutz und Anzeigungsverfahren nach § 25b SGB V, https://www.bundesamtsozialesicherung.de/fileadmin/redaktion/Datenschutz_Datensicherheit/Anzeigen_und_Meldeverfahren/20240402Rundschreiben___25bSGBV.pdf, abgerufen: 15.10.2025
- Bundesgesundheitsministerium (BMG 2026): Referentenentwurf eines Gesetzes für Daten und digitale Innovation im Gesundheitswesen (Stand: 2. April 2026)
- Bundesverband Manged Care (2026): Mit KI den Nutzen von Gesundheitsdaten erschließen, MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft Berlin, https://www.bmcev.de/wp-content/uploads/BMC_Mit-KI-den-Nutzen-von-Gesundheitsdaten-erschliessen.pdf, abgerufen: 11.02.2026.
- Grätzel von Grätz, P. (2025): Was machen die Kassen mit dem § 25b SGB V, in: eHealth-Com vom 08.04.2025; <https://e-health-com.de/details-news/was-machen-die-kassen-mit-dem-paragraph-25b/>
- Lehr, Andreas; Ines Niehaus (2025): Kompendium der Governance des deutschen Gesundheitswesens; <https://observer-gesundheit.de/kompendium-der-governance-des-deutschen-gesundheitswesens/>; abgerufen: 31.03.2026

- Patientenrechte+Datenschutz e.V. (2025): Techniker Krankenkasse (TK) versendet einschüchternde Schreiben an Versicherte, <https://patientenrechte-datenschutz.de/techniker-krankenkasse-tk-versendet-einschuechternde-schreiben-an-versicherte/>, abgerufen: 08.10.2025
- Positionspapier des wissenschaftlichen Beirats der AOK Nordost (2024): Gesundheitsprävention durch Datenanalyse, <https://www.aok.de/pp/nordost/wissenschaftlicher-beirat-der-aok-nordost/gesundheitspraevention-datenanalyse/>, abgerufen: 15.10.2025
- Stegmaier, P. (2025): „Wie genau muss eine Krankenkasse nun informieren?“, in „Monitor Versorgungsforschung“, 03/25, S. 20–21, <http://doi.org/10.24945/MVF.03.25.1866-0533.2714>, abgerufen: 15.10.2025
- Stiftung Gesundheit (2026): Fokusthema im 4. Quartal 2025: Datengestützte Prävention & Status Quo ePA-Nutzung, <https://www.stiftung-gesundheit.de/analysen-studien/im-fokus/>, abgerufen 11.02.2026
- Straits research (2024): Markt für prädiktive Analysen im Gesundheitswesen Größe und Ausblick, 2023-2031; <https://straitresearch.com/de/report/healthcare-predictive-analytics-market/>; abgerufen: 08.10.2025

Autoren:

Dr. Katja Gehrke
Geschäftsführende
Wissenschaftlerin

Institut für deskriptive Gesundheitsdatenanalyse OHG (DGDA)
Hamburg

Prof. Dr. Andreas Meusch
Senior Advisor bei von Beust & Kollegen

Jan Peter Witte | Philipp Mauch

Versorgung sichern – Resilienz stärken

Strategische Arzneimittelreserven als Chance für Krankenkassen und Gesundheitssystem

1. Resilienz als neue Grundbedingung des Gesundheitssystems

Die sicherheitspolitische Lage in Europa hat sich in den vergangenen Jahren grundlegend verändert. Gesundheitssysteme sind nicht länger ausschließlich als soziale Sicherungssysteme zu verstehen, sondern als Teil der kritischen Infrastruktur moderner Staaten und damit als Bestandteil nationaler Sicherheitsarchitekturen. Sowohl militärische als auch zivile Bedrohungen nehmen zu. So werden Pandemien heute nicht mehr als singuläre Ausnahmeereignisse betrachtet, sondern als systemische Risiken einer global vernetzten Welt. Gleichzeitig nehmen geopolitische Spannungen zu, welche die Verwundbarkeit globaler Lieferketten beispielsweise bei Arzneimitteln sichtbar werden lassen. Versorgungsengpässe bei essenziellen Medikamenten haben dabei gezeigt, dass bereits kurzfristige Störungen unmittelbare Auswirkungen auf die Patientenversorgung und die Stabilität des gesamten Systems haben können. Dies verdeutlicht, dass die Funktionsfähigkeit von Gesundheitssystemen in Krisen nicht nur medizinische, sondern auch gesellschaftliche und ökonomische Stabilität sichert.

Die Erfahrungen aus der Coronapandemie haben dabei gezeigt, wie entscheidend die ersten Wochen einer Krise sind, um die Stabilität der Versorgungssysteme, das Ausmaß wirtschaftlicher Schäden sowie die gesellschaftliche Akzeptanz staatlicher Maßnahmen sicherstellen zu können. Um einer Krise dieser Art in einer volatilen Weltordnung vorzubeugen, muss Deutschland daraus die rich-

tigen Rückschlüsse ziehen und in sein Gesundheitssystem als kritischer Faktor zum Aufbau von Resilienz investieren. Gerade die schnelle Sicherstellung von Arzneimittelverfügbarkeit, etwa durch Bevorratung und robuste Lieferketten, erfordert jedoch gezielte Investitionen im Vorfeld einer Krise.

2. Resilienz ist mehr als Krisenmanagement

Vor diesem Hintergrund wird deutlich, dass Resilienz nicht als temporäre Krisenreaktion verstanden werden darf. Vielmehr handelt es sich um eine dauerhafte staatliche und gesellschaftliche Aufgabe. Die Stärkung der Widerstandsfähigkeit des Gesundheitswesens ist damit nicht nur eine Frage der Gesundheitspolitik im engeren Sinne, sondern muss Teil einer umfassenden Strategie zur Sicherung staatlicher Handlungsfähigkeit und gesellschaftlicher Stabilität sein. Krisenvorsorge muss somit als staatliche Kernaufgabe verstanden werden und darf nicht in die Verantwortung der Gesetzlichen Krankenversicherung verlagert werden. Gleichzeitig erfordert eine nachhaltige und wirksame Resilienz die konsequente Umsetzung konkreter Vorsorgestrukturen.

Besonders sichtbar wird dies bei der Versorgung mit Arzneimitteln und medizinischen Gütern. Die vergangenen Jahre haben gezeigt, wie schnell globale Lieferketten ins Stocken geraten und wie unmittelbar sich dies auf die Patientenversorgung auswirkt. In Krisen steigt die Nachfrage, während gleichzeitig die Verfügbarkeit sinkt. Ohne strukturelle Vorsorge entsteht hier ein zentrales Systemrisiko. Strategische Bevorratung

schaft in diesem Kontext den notwendigen Puffer, um kurzfristige Engpässe zu überbrücken und Zeit für Reaktionen zu gewinnen. Die systemische Sicherung der Arzneimittelversorgung ist daher kein bloßes logistisches Detail, sondern ein strategisches Element staatlicher Krisenvorsorge, um Versorgungslücken zu verhindern.

3. Arzneimittelversorgung als Achillesferse der Resilienz

Allerdings stellt die Verfügbarkeit von Arzneimitteln eine zentrale Herausforderung der Gesundheitsresilienz dar. Medikamente müssen bereits vor einer Krise produziert, gelagert und abrufbar sein, denn insbesondere in den ersten 100 Tagen einer Krise entscheidet die Verfügbarkeit kritischer Arzneimittel über die Belastbarkeit des Systems und die Stabilität der medizinischen Versorgung. Zunehmende multiresistente Erreger und wachsende Anforderungen an die Versorgungssicherheit verschärfen diese Herausforderung zusätzlich. Insbesondere Reserveantibiotika und andere kritische Medikamente müssen deswegen, als Teil einer sicherheitsrelevanten Infrastruktur behandelt werden, vergleichbar mit Notfallkapazitäten in Krankenhäusern oder Schutzmaterialien in der Pandemieplanung. Die systematische Bevorratung und strategische Allokation solcher Arzneimittel übersetzten das abstrakte Konzept einer resilienten Arzneimittelversorgung in konkrete, operationalisierbare Maßnahmen und stellen damit die zentrale Säule eines resilienten Gesundheitssystems dar. Ohne solche Vorhaltestrukturen

kann im Ernstfall ein wesentlicher Teil der medizinischen Versorgung kollabieren. Gleichzeitig erfordert eine nachhaltige Bevorratung innovative Konzepte wie rotierende Lagerhaltung, die Rückführung von kurz vor Ablauf stehenden Wirkstoffen in die Regelversorgung und Wirkstoffrecycling, um Ressourcen effizient zu nutzen.

4. Drei Handlungsfelder für eine belastbare Bevorratungsstrategie

Um die Resilienz des Gesundheitssystems dauerhaft zu sichern, sind gezielte Maßnahmen in drei zentralen Handlungsfeldern erforderlich:

A. Infrastruktur modernisieren: Steuerung effizienter gestalten

Krankenhäuser und Apotheken sind bereits zur Bevorratung verpflichtet, doch höhere Lagerbestände von Antibiotika und Medikamenten erfordern einen zusätzlichen Kapitaleinsatz, größere Lagerflächen und zusätzliche Personalaufwendungen. Effektive Krisenvorsorge erfordert daher zentrale Lagerkonzepte, digitale Steuerungssysteme und regionale Clusterlösungen, die Schnittstellen zwischen Industrie, Kliniken und Staat schaffen. Transparente Zugriffsmöglichkeiten im Krisenfall sowie regelmäßig getestete Alarm- und Einsatzpläne sind ebenso unerlässlich. Smarte Bevorratungsmodelle, darunter strategische nationale Reserven, rotierende Lagerhaltung, digitale Steuerung und europäische Koordination, ermöglichen, dass Medikamente dort verfügbar sind, wo sie im Ernstfall dringend benötigt werden, ohne dauerhaft ineffiziente Kapitalbindung zu erzeugen.

B. Verantwortung klar regeln: Zuständigkeiten verbindlich machen

Ein wesentliches Hindernis ist die fehlende Klarheit über Verantwortlichkeiten. Pandemie- und Krisenprävention ist primär eine staatliche Kernaufgabe, die Finanzierung der Krisenvorsorge sollte zudem nicht allein der GKV aufgebürdet werden, sondern liegt in der Verantwortung des Bundes. Ohne eine klare finanzielle Verantwortung des Bundes für strategische Reserven und Versorgungssicherheit bleibt Resilienz lückenhaft. Erst eine verlässliche Finanzierung schafft die Grundlage für wirksames Handeln im gesamten System.

C. Finanzierung neu denken: Investition statt Kosten

Krisenvorsorge muss als strategische Investition verstanden werden. Eine wirksame Arzneimittelbevorratung sichert nicht nur die medizinische Versorgung, sondern schützt Wirtschaft und Gesellschaft, stabilisiert staatliche Strukturen und erfüllt sicherheitspolitische Aufgaben. Strategische Arzneimittelreserven fungieren dabei wie eine ‚Versicherungspolice‘ für die Gesellschaft: sie sind kein Kostenblock, sondern ein wirtschaftlich und gesellschaftlich wertvoller Beitrag zur Krisenresilienz.

5. Fazit: Resilienz gemeinsam gestalten

Die Debatte um Resilienz im Gesundheitswesen muss nun in konkrete Maßnahmen überführt werden. Entscheidend ist die Bündelung von Zuständigkeiten und die Definition klarer politischer Ansprechpartner auf Bundes- und Landesebene, um Verantwortlichkeiten transparent zu machen und Verzögerungen zu vermeiden. Eine dauerhafte Finanzierung der Krisenvorsorge ist ebenso unerlässlich,

um die Errichtung und den Betrieb strategischer Arzneimittelreserven sowie notwendiger Vorhaltestrukturen abzusichern. Gleichzeitig erfordert die Digitalisierung der Bevorratung und Steuerung pragmatische Lösungen im Bereich Datenschutz, die krisenfest, aber praktikabel sind.

Resilienz darf nicht länger als temporäre Reaktion auf Ausnahmezustände verstanden werden, sondern muss, als dauerhafte Strukturaufgabe in Deutschland und seinem Gesundheitswesen etabliert werden. Das geplante Gesundheitssicherstellungsgesetz, welches die zivile und militärische Handlungsebene miteinander verknüpfen soll, bietet hierfür eine Chance, rechtliche, organisatorische und finanzielle Grundlagen zu schaffen. Es kann zentrale Aspekte wie Zuständigkeitsverteilung, Budgetierung für Vorhaltekosten, digitale Steuerungssysteme und den Aufbau strategischer Reservekapazitäten verbindlich regeln. Durch die Verankerung im Gesetz muss Resilienz institutionell abgesichert und die Gesundheitsversorgung zukunftsfähig gestaltet werden – sowohl im normalen Betrieb als auch in Krisensituationen.

Autoren:

Jan Peter Witte
Director Science and
Governmental Affairs
DACH Shionogi GmbH
Dr. Philipp Mauch
CEO Werter GmbH

Arne Bartol | Andreas Jäcker | Antje Rössel | Esther Theimer

Mehr Geld für weniger Versorgung?

Anmerkungen zum Zusammenhang zwischen Arzneimittelkosten, Verbrauch und Patientenversorgung

Die Ausgaben in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) wachsen derzeit schneller als die Einnahmen. Dies erhöht den finanziellen Druck auf die GKV. Vor diesem Hintergrund stehen auch die Ausgaben für Patentarzneimittel seit Jahren in der Diskussion. Ein Argument von Vertretern verschiedener gesetzlicher Krankenkassen behauptet, dass die Ausgaben für patentgeschützte Arzneimittel immer weiter zunehmen, während der Beitrag dieser Arzneimittel zur Patientenversorgung kontinuierlich abnimmt. In diesem Zusammenhang stellt das Wissenschaftliche Institut der AOK (WiO) die Patentarzneimittel mit einem Anteil von 53 % der Gesamtarzneimittelkosten im Jahr 2023 als „Kostentreiber“ dar, die parallel aber einen „immer geringeren Versorgungsanteil“ von 6,7 % der verordneten Tagesdosen abdecken [1, 2]. Diese Argumentation basiert auf Analysen von DDD, sowie auf Informationen über die Preise von Arzneimittelpackungen und der Verordnungshäufigkeit durch Ärzte [1].

Ziel dieses Artikels ist es, die Eignung dieser Maßzahlen systematisch daraufhin zu überprüfen, ob sie diese These tatsächlich begründen können. Der Fokus liegt daher auf dem Zusammenhang zwischen Maßzahlen zum Arzneimittelverbrauch und der Quantität und Qualität der Patientenversorgung. Diese Analyse soll eine fundierte Grundlage für eine sachliche Diskussion über Herausforderungen und Perspektiven in der Arzneimittelversorgung schaffen und auf einer evidenzbasierten Basis politische Entscheidungen unterstützen.

1. Arzneimittel-Verordnungen

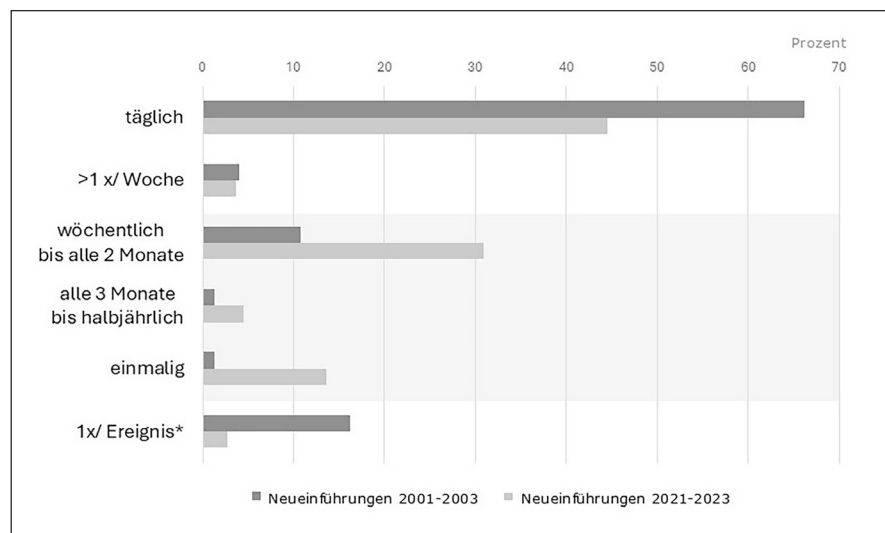
Die Zahl der ärztlichen Verordnungen innerhalb der GKV ist von 570 Mio. Verordnungen im Jahr 2004 um 29 % auf 737 Mio. Verordnungen im Jahr 2023 angestiegen. Die Zahl der DDD ist dagegen im gleichen Zeitraum von 25,8 Mrd. DDD um knapp 88 % auf 48,4 Mrd. DDD gestiegen [3]. Schon dies ist ein Indiz dafür, dass die Anzahl der Verordnungen kein geeignetes Maß für die Quantität und noch viel weniger für die Qualität der Arzneimittelversorgung zu sein scheint. Werden der Arzneimittelverbrauch und der Grad der Versorgung anhand der Anzahl ärztlicher Verordnungen gemessen, bestehen Limitationen, die bei der Interpretation von Verordnungsdaten berücksichtigt werden müssen:

a. Eine Verordnung ist nicht einheitlich definiert. Viele Arzneimittel sind für mehrere Indikationen zugelassen, wobei die Diagnose und Dosierung auf der Verordnung nicht vermerkt sind. Verordnungen können sich auch hinsichtlich der Packungsgröße, Wirkstärke und Dosierung unterscheiden. Dies kann je nach klinischer Situation, ärztlicher Praxis und Patientencharakteristik (z. B. Alter, Geschlecht, Begleiterkrankungen) stark variieren. Auch können Kombinationsarzneimittel andere Wirkstoffmengen enthalten als Verordnungen von Monopräparaten (z.B. bei der Behandlung von HIV [4]), ohne dass sich dies in den Daten niederschlägt. Allein

die Anzahl der Verordnungen sagt daher über die Quantität und Qualität der Versorgung wenig aus [5–6]. Diese kann sich im Zeitablauf zudem verändern. So hat der vfa in einer Untersuchung festgestellt, dass sich die Behandlungsintervalle merklich erhöht haben [4]: Im Zeitraum 2001–2003 mussten mehr als zwei Drittel der Arzneimittel täglich eingenommen werden, während dies bei den zwischen 2021–2023 eingeführten Arzneimitteln nur noch bei 44,5 % der Fall war (siehe Abbildung 1). Dies zeigt: eine einzelne Verordnung leistet heute im Durchschnitt mehr Patientenversorgung als früher. Dieser Effekt wird durch den Trend zur Präzisionsmedizin weiter verstärkt, also einer Arzneimittelbehandlung, die insbesondere genetische und biomolekulare Faktoren berücksichtigt.

b. Um die Versorgungsrelevanz einer Verordnung beurteilen zu können, sind genaue Kenntnisse über die Indikationen notwendig. Antibiotika generieren i.d.R. wenig Verordnungen. Ihre Bedeutung für die Qualität der Gesundheitsversorgung der Bevölkerung ist aber enorm [7]. Eine CAR-T-Zelltherapie induziert als Einmalgabe nur eine einzige Verordnung, mit oft mehrjähriger Wirkung. Die Präzisionsmedizin führt dazu, dass Therapien zielgerichteter eingesetzt werden. Dadurch kommt es zu weniger Verordnungen, während die therapeutische Wirksamkeit in der behandelten Kohorte tendenziell steigt.

Abbildung 1: Veränderung der Behandlungsintervalle bei Neuzulassungen im zeitlichen Vergleich.



Quelle: vfa nach Fachinformationen (Arzneimittelregister der Europäischen Kommission, MRI Product Index der Heads of Medicines Agencies). *je Anfall, Schwangerschaft, Knochenbruch, Herzinfarkt. [4]

Zusammenfassend lässt sich bisher ableiten, dass ärztliche Verordnungen kein geeigneter Indikator für Quantität und Qualität der Patientenversorgung sind, da sie keine Informationen über zugrunde liegende Krankheitsbilder, Therapieschemata und individuelle Patientencharakteristika bieten.

2. Packungspreise

Auch Packungspreise sind kein geeignetes Maß für die Quantität und Qualität der Patientenversorgung. Eine Arzneimittelpackung liegt in unterschiedlichen Größen vor und kann verschiedene Mengen eines Wirkstoffes enthalten. Packungspreise werden trotz ihrer limitierten analytischen Aussagekraft häufig genutzt, um Kostensteigerungen im Arzneimittelbereich zu thematisieren. In dem neuesten Gutachten des Sachverständigenrat Gesundheit (SVR-G) wird auch auf Packungspreise fokussiert: „Betrachtet man den durchschnittlichen Packungspreis ungeachtet der Verordnungshäufigkeit stellt sich vor allem die Preisentwicklung bei patentgeschützten

neu eingeführten Arzneimitteln besorgniserregend dar“ [8]. Mit Preisen pro Packung lassen sich, wie vom SVR-G postuliert, jedoch keine validen Aussagen über die Kosteneffektivität von Therapien oder Kostenentwicklungen ableiten:

a. Höherer Packungspreis ≠ höhere Arzneimittelausgaben: Sofern medizinisch indiziert, ist die Verordnung der größeren Packung aufgrund von Mengendegression i.d.R. wirtschaftlicher. Zudem sind die Vertriebsmargen der Apotheker und Großhändler bei größeren Packungen komparativ geringer. Die z.B. vom WIdO und vom SVR-G genutzten ungewichteten Packungspreise würden dagegen steigende Kosten suggerieren, wenn kleinere durch größere Packungen ersetzt werden.

b. Hohe Preise ≠ hoher Budget Impact: Der Zusammenhang zwischen den Therapiekosten und der Verordnungshäufigkeit ist empirisch wiederholt belegt [9, 10]. Dennoch bedeuten hohe Packungspreise nicht zwangsläufig einen großen Budget Impact: So hat eine Studie für den Bereich der

Orphan Drugs gezeigt, dass die Steigerung bei den Jahrestherapiekosten und damit auch bei den Packungspreisen durch die Abnahme der behandelbaren Zielpopulationen überkompensiert wurden [11].

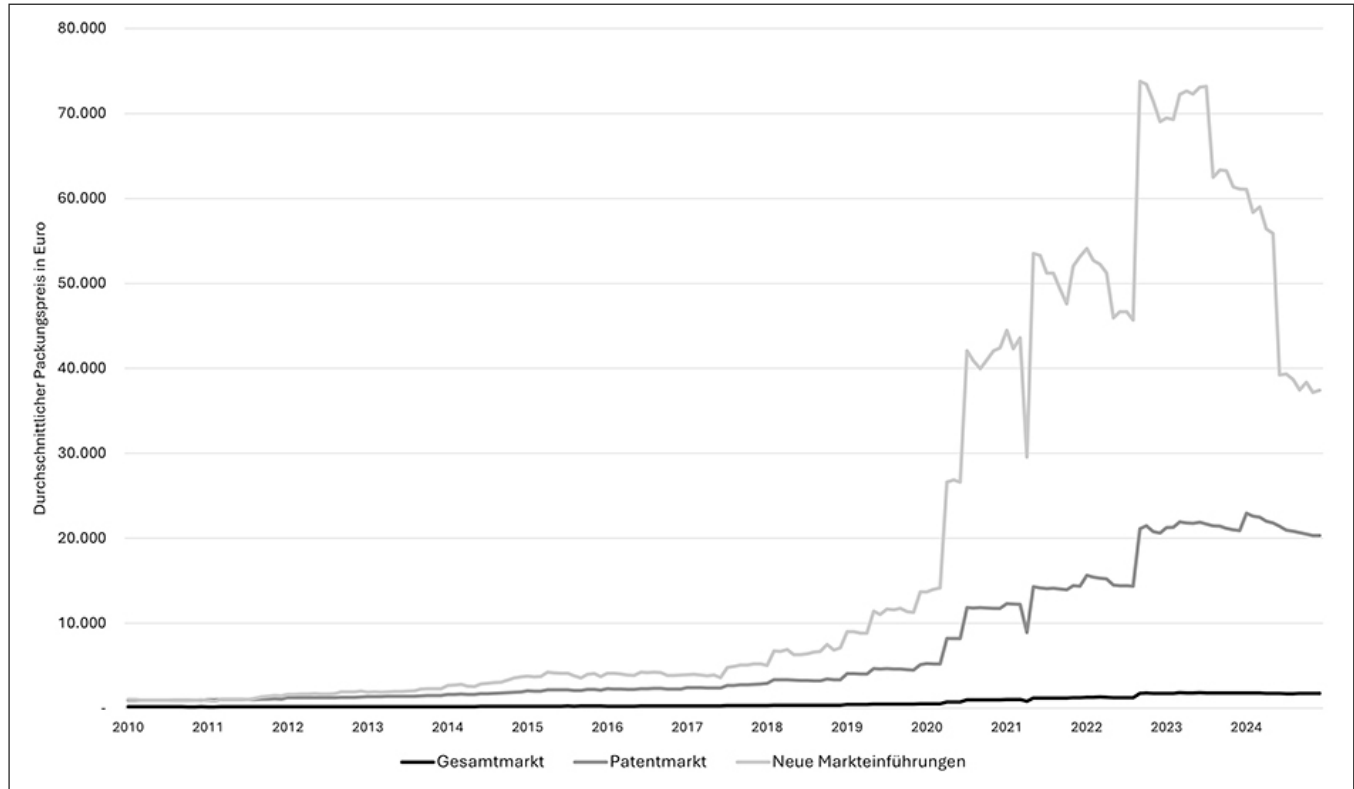
c. Verzerrung durch Ausreißer: Ein nicht mit den Verordnungszahlen gewichteter Durchschnitt der Packungspreise ist anfällig für Ausreißer. Dies verdeutlicht die im aktuellen Gutachten des SVR-G abgebildete Grafik (siehe Abbildung 2). Dem ungewichteten Packungspreis liegen dort die Markteinführungen der letzten 36 Monate zugrunde. Ungewichtet kann eine hochpreisige, selten eingesetzte Einmaltherapie den Durchschnittswert ohne wirklichen Aussagegehalt stark schwanken lassen. 2023 lag der Wert in der Spitze bei über 73.000 Euro, 2025 hatte er sich fast halbiert und lag unter 36.000 Euro. Auswirkungen dieser Schwankungen auf die Arzneimittelausgaben der GKV waren nicht zu erkennen. Wie bereits geschildert, verlängern sich die Behandlungsintervalle. Gleichzeitig werden die Patientenpopulationen immer kleiner.

Packungspreise sind allein nicht geeignet, die aktuelle und zukünftige Kostenentwicklung darzustellen. Es wäre für die Versachlichung der Diskussion wichtig, wenn auf solche Analysen – zumindest in diesem Kontext – verzichtet würde.

3. Defined Daily Doses (DDD)

Seit 2004 ist der Mengenverbrauch von Generika und Biosimilar von 14,1 Mrd. DDD auf 42,8 Mrd. DDD im Jahr 2023 gestiegen. Dieser Wert liegt damit nahezu 14-mal höher als der Mengenverbrauch patentgeschützter Arzneimittel, der im gleichen Zeitraum von 4,5 Mrd. DDD

Abbildung 2: Durchschnittliche Packungspreise für den Gesamtmarkt, den Patentmarkt und patentgeschützte Markteinführungen im Zeitverlauf. Es liegen die Markteinführungen der jeweils letzten 36 Monate zugrunde.



Quelle: SVR-Gutachten „Preise innovativer Arzneimittel in einem lernenden Gesundheitssystem“ [8].

auf 3,2 Mrd. DDD im Jahr 2023 zurückgegangen ist [3]. Im Jahr 2023 zeigt sich zum Vorjahr ein Unterschied in den mittleren DDD-Nettokosten von 8,75 Euro für patentgeschützte Arzneimittel im Vergleich zu 0,36 Euro bei Generika [3]. Auch hier stellt sich die Frage, ob die Quantität und Qualität der Patientenversorgung gemessen anhand der DDD immer teurer wird.

Der Begriff DDD beschreibt als rechnerische Größe die angenommene durchschnittliche Tagesdosis für Erwachsene in der Hauptindikation eines bestimmten Wirkstoffs basierend auf den Angaben der Fachinformation. Die ATC/DDD-Systematik beruht auf den internationalen Vorgaben und Standards der WHO [12]. In Deutschland wird die amtliche Fassung der Anatomisch-Therapeutisch-Chemischen (ATC) Klassifikation

mit definierten Tagesdosen vom BfArM herausgegeben [13].

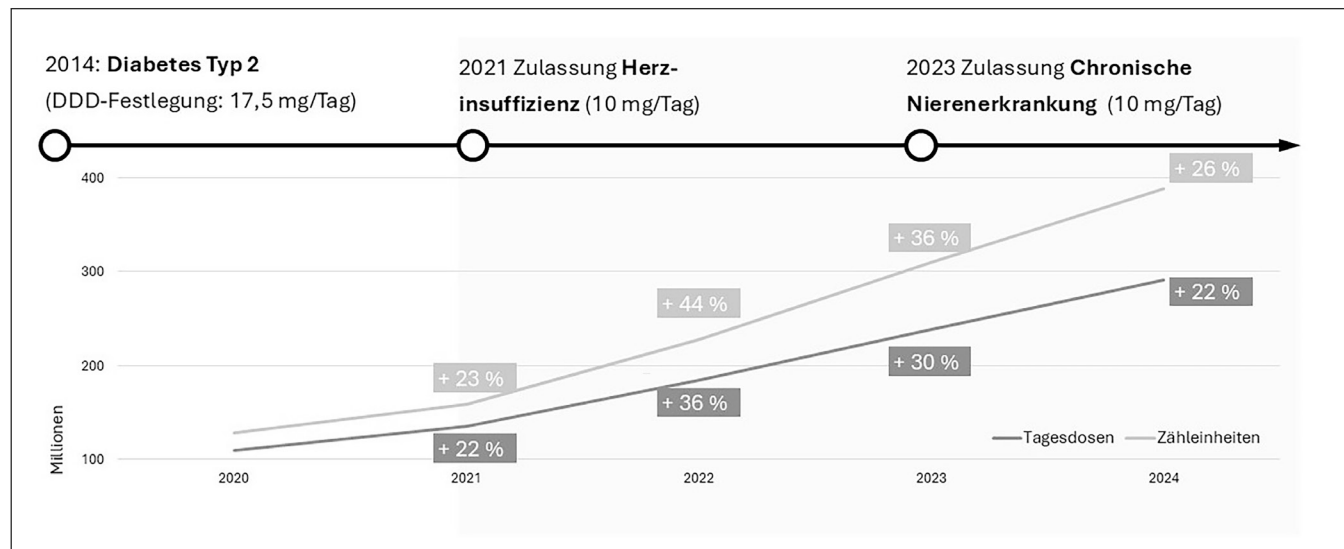
Es gibt Studien, die feststellen, dass die Anzahl der verordneten DDD keine validen Rückschlüsse auf die Anzahl der behandelten Patienten sowie auf die Angemessenheit der Versorgung einzelner Patienten ermöglicht [14]. Trotzdem werden in der gesundheitspolitischen Diskussion häufig die Arzneimittelausgaben ins Verhältnis zu den verordneten Tagesdosen gesetzt [2, 3]. Im Folgenden sollen daher Limitationen der DDD zur Bestimmung des Versorgungsanteils dargestellt werden:

a. DDD-Festlegung anhand der Hauptindikation führt zu Fehleinschätzungen

Die Versorgung lässt sich anhand der definierten Tagesdosen (DDD) nicht verlässlich abbilden, da deren

Festlegung auf der Hauptindikation beruht und somit die tatsächliche Versorgungsrealität nicht angemessen widerspiegelt. Am Beispiel von Empagliflozin lässt sich dies verdeutlichen: Für die initial zugelassene Indikation Diabetes Typ 2 wurde die DDD 2016 auf 17,5 mg festgelegt [15]. In den später zugelassenen Indikationen für Herzinsuffizienz (2021) und chronische Nierenerkrankung (2023) wird mit 10 mg täglich behandelt. Seither spiegelt der Anstieg an DDD nicht mehr die tatsächliche Versorgung wider, was sich in einem langsameren Wachstum der DDD im Vergleich zu dem der Zählheiten zeigt [15]. Zulassungserweiterungen auf zusätzliche Anwendungsgebiete mit geringeren Dosierungen können somit zu einer

Abbildung 3: DDD-Festlegung anhand der Hauptindikation. Am Beispiel Empagliflozin führt die Festlegung der DDD anhand der Hauptindikation zu einer Unterschätzung der tatsächlichen Versorgungsrealität. Zähleinheiten = Anzahl abgegebener Filmtabletten.



Quelle: vfa nach European Medicines Agency und IQVIA [15]

Unterschätzung (siehe Abbildung 3) der tatsächlichen Versorgung führen. Eine Fehleinschätzung (Über- und Unterschätzung) der Versorgung zeigt sich bei allen Therapien mit verschiedenen Indikationen, in denen unterschiedlich dosiert wird.

b. Niedrigere Dosierungen für Kinder führen zur Fehleinschätzung der Versorgung im Vergleich zu DDD

Die DDD-Festlegung auf Erwachsene führt zu einer systematischen Fehleinschätzung der Arzneimittelversorgung in pädiatrischen Populationen, was im Folgenden anhand eines Beispiels dargestellt wird: Budesonid ist ein Glucocorticosteroid, das unter anderem zur Behandlung von persistierendem Asthma bronchiale eingesetzt wird. Säuglinge, Kleinkinder und Kinder werden zweimal täglich mit Initial- und Erhaltungsdosis in einer Spanne von 0,25 mg–1,0 mg behandelt [16]. Laut der amtlichen ATC/DDD Vorgabe entspricht 1 DDD Budesonid 1,5 mg Inhalationslösung [17]. Eine DDD würde hier theore-

tisch die Behandlung von drei pädiatrischen Patienten ermöglichen. (siehe Abbildung 4)

c. ATMP, die über Jahre wirken, haben keine oder nur 1 DDD

Bei ATMP (Advanced Therapy Medicinal Products) wie Gen- und Zelltherapien handelt es sich im Unterschied zu möglichen Vergleichstherapien häufig um Einmalgaben mit oft mehrjähriger Wirkung. Die in der amtlichen Fassung des ATC-Index mit DDD-Angaben für Deutschland enthaltenen 12 Gentherapien sind dort mit 1 DDD aufgeführt [17]. ATMP ersetzen jedoch häufig eine Vielzahl an DDD, die ansonsten angefallen wären. Geht man im Bereich Onkologie von einer Therapie aus, die bis zum Progress täglich genommen wird, erzeugt diese 365 DDD pro Jahr. Eine über mehrere Jahre wirkende CAR-T-Zelltherapie wird im deutschen ATC-Index mit einer einzigen Dosiseinheit pro Anwendung geführt und nur im Jahr der Anwendung erfasst. Die

geringe Anzahl an DDD bei ATMP lässt also keinen Schluss auf den Grad der Versorgung zu.

d. Die DDD-Festlegung berücksichtigt keine individuellen Dosierungen nach Körpergewicht und Lebensstil:

Die DDD von Insulin liegt bei 40 Einheiten, aber die Dosierung von Insulin wird individuell festgelegt. Allein aufgrund des Körpergewichts kann der tägliche Insulinbedarf daher für Kinder bei 3 und für Erwachsene bei 100 Einheiten liegen [18]. Erhöhte körperliche Aktivität, Änderungen der Ernährungsgewohnheiten oder Begleiterkrankungen können die erforderliche Insulindosis weiter verändern. Auch bei individueller Dosierung von Wirkstoffen führt die DDD zu Fehleinschätzungen der Versorgung.

e. ATC- und DDD-Verzeichnis der WHO wird nur einmal jährlich aktualisiert:

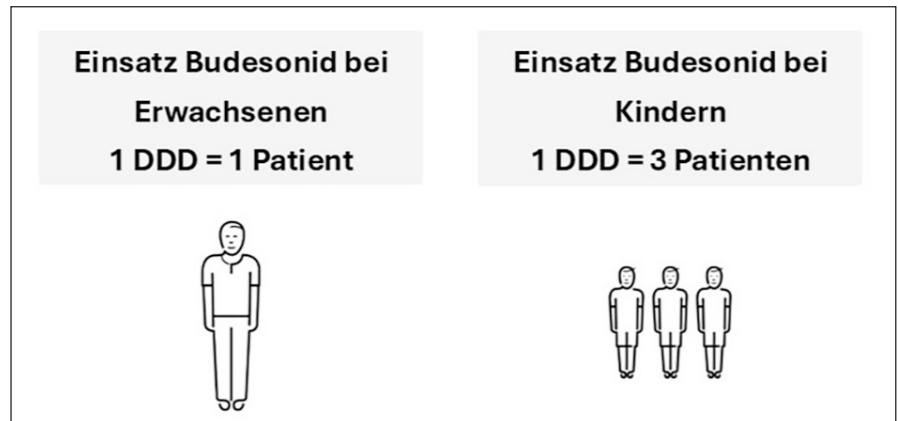
Neue Wirkstoffe erhalten erst dann eine DDD, wenn sie einem Thera-

piegegebiet zugeordnet sind. Bis das passiert, tauchen sie zwar in der Ausgabenstatistik auf, sind aber in der Mengenauswertung unsichtbar. Ende 2024 war das bei jedem 8. patentgeschützten Arzneimittel der Fall [19]. Die Analyse zeigt, dass DDD nicht in der Lage sind, die Qualität der Versorgung zu messen. Bezüglich der Quantität der Versorgung schneiden DDD als Maßzahl besser ab als die Verordnungsmenge. Aber auch hier gibt es Limitationen. Tendenziell unterschätzen sie die Quantität der Versorgung. Umso beeindruckender ist eine aktuelle Analyse, die zeigt, dass trotz eines stetigen Zuflusses von patentgeschützten Arzneimitteln und damit einer Verbesserung der Qualität der Versorgung, die Ausgaben für Innovationen im Zeitraum von 2000 bis 2023 nicht stärker gestiegen sind, als dies vor dem Hintergrund der Inflationsentwicklung und dem Wachstum der Verordnungsmenge gemessen in DDD zu erwarten gewesen wäre [20]. Spiegelbildlich sind im selben Zeitraum die Kosten pro DDD real sogar leicht gesunken.

Alternative Konzepte zur Messung der Versorgung

Wie die bisherige Analyse gezeigt hat, sind inputorientierte Maßzahlen ungeeignet, um die Quantität, Qualität oder Kosteneffektivität der Arzneimittelversorgung zu bewerten. Sinnvoller ist es, die therapeutischen Ergebnisse im Zeitablauf sowie den Beitrag von Veränderungen in der Arzneimittelversorgung zu messen. Es existiert eine umfangreiche wissenschaftliche Literatur, die sich mit dieser methodisch anspruchsvollen Fragestellung auseinandersetzt. Diese zeigen einen konsistent positiven Zusammenhang zwischen

Abbildung 4: Die DDD-Festlegung auf Erwachsene führt zu einer systematischen Fehleinschätzung des Arzneimittelverbrauchs in pädiatrischen Populationen. Bei der Behandlung von persistierendem Asthma bronchiale mit 1 DDD Budesonid als Suspension für einen Vernebler ist die Behandlung von einem Erwachsenen oder bis zu maximal drei pädiatrischen Patienten möglich.



Quelle: vfa nach ATC- und DDD-Verzeichnis der WHO [12] und Fachinformation Budesonid

Arzneimittelinnovationen und Verbesserungen der therapeutischen Ergebnisse [21–26], wie auch bei der Senkung der gesellschaftlichen Krankheitskosten [27–29]. Ferner verdeutlichen sie, dass es für die Beurteilung der Kosteneffektivität entscheidend ist, alle Nutzelemente in einer dynamischen Betrachtung zu erfassen und zu bewerten [30–32].

Diskussion

Die Analyse zeigt, dass weder DDD, Verordnungen noch die Anzahl der Packungen geeignete Indikatoren sind, um Quantität und Qualität der Arzneimittelversorgung adäquat zu messen. Auch für politische Analysen der Kostenentwicklung sind diese Maßzahlen ungeeignet.

Die Quantität der Versorgung innovativer Arzneimittel ist höher, als die betrachteten Kennzahlen vermuten lassen. Zwar sinkt der relative Anteil innovativer Arzneimittel an der Gesamtversorgung, doch liegt dies vor allem an der wachsenden Zahl generischer Alternativen früherer Innovationen. Mathematisch bleibt der Zähler (Versorgung mit

innovativen Arzneimitteln) konstant, während der Nenner (Versorgung mit patentfreien Arzneimitteln) kontinuierlich steigt. Dies belegt die Entwicklung der generikafähigen Wirkstoffe im Arzneiverordnungs-Report: von 281 im Jahr 1988 auf 496 im Jahr 2018 [33].

Weitere Auswertungen zur Ausgabenentwicklung zeigen, dass der Kostenanstieg primär durch höheren Verbrauch, d.h. letztlich durch eine bessere Versorgung, und nicht durch steigende Preise verursacht wird [34, 35]. Dies spiegelt sich insbesondere in der demographischen Entwicklung sowie in Therapiegebieten mit bislang ungedecktem medizinischem Bedarf wider.

Die zugespitzte These „Mehr Geld für weniger Versorgung?“ erweist sich somit als nicht zutreffend. Die Quantität und Qualität der Versorgung lässt sich nicht über DDD, Verordnungen oder Packungspreise messen, sondern nur über ihre therapeutischen und gesellschaftlichen Ergebnisse (Outcomes). Hierbei zeigt sich: Arzneimittelinnovationen sind ein zentraler Faktor für die Erfolge der modernen Medizin. Jedes Arzneimittel, das eine therapeutische Lücke schließt,

verbessert die Versorgung. Sie optimieren Behandlungsstrategien, reduzieren Eingriffe und eröffnen neue Therapieoptionen. Neben Kostenaspekten müssen auch qualitative Fortschritte wie bessere Verträglichkeit und Zugang zu zielgerichteten Therapien berücksichtigt werden. Arzneimittel schaffen Wert – durch Lebensverlängerung, höhere Lebensqualität und ökonomische Vorteile für die Gesellschaft [36].

Die Autorinnen und Autoren vertreten hier ihre persönlichen Ansichten. Diese müssen nicht mit denen ihrer Arbeitgeber übereinstimmen.

Literaturverzeichnis

1. Wissenschaftliches Institut der AOK. „Der GKV-Arzneimittelmarkt: Klassifikation, Methodik und Ergebnisse“ (November 2024). Zugriff am 14.03.2025 <https://tinyurl.com/3d3b4yzt>
2. Pressemitteilung Wissenschaftliches Instituts der AOK. „Erneut Rekordwert bei den GKV-Arzneimittelkosten: Anstieg um 74 Prozent in den letzten zehn Jahren“ (November 2024). Zugriff am 14.03.2025: <https://tinyurl.com/3uyzmv5t>
3. Wolf-Dieter Ludwig, Bernd Mühlbauer, Roland Seifert (Hrsg., 2025), Arzneiverordnungs-Report 2024, Springer, Berlin.
4. vfa, Entwicklung der Behandlungsfrequenzen in den letzten 20 Jahren, September 2024, <https://www.vfa.de/de/gesundheits-versorgung/patienten-versorgung/behandlungsfrequenzen>
5. Andersen M. Is it possible to measure prescribing quality using only prescription data? Basic Clin Pharmacol Toxicol 2006.
6. Schubert, I. (2022). Arzneimittel-epidemiologie und Arzneimittelverbrauchs-forschung auf der Basis von Krankenkassendaten: zentrale Untersuchungs-fragen und methodische Hinweise. Prävention und Gesundheitsförderung, 1-10.
7. Kingston, W. (2000). Antibiotics, invention and innovation. Research Policy, 29(6), 679-710.
8. Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen und in der Pflege, Preise innovativer Arzneimittel in einem lernenden Gesundheitssystem, Gutachten 2025. <https://tinyurl.com/mtwy7hwn>
9. Hammerschmidt T. (2017), Einflussfaktoren auf die Arzneimittelpreisbildung auf Unternehmens-ebene, in: RPG – Recht und Politik im Gesundheitswesen, Band 23, Heft 3, 2017, S. 97-111.
10. Julian Witte, Ein gesundheitsökonomischer Blick auf die Kostenstruktur im Arzneimittelmarkt einschließlich Orphan Drugs, IQWiG-Herbst-Symposium, 2023.
11. Maag, I., Höer, A., Müller, G.: „Preisregulierung durch Nutzenbewertung bei seltenen Erkrankungen“, in: „Monitor Versorgungsforschung“ (03/24), S. 81–83. <http://doi.org/10.24945/MVF.03.24.1866-0533.2602>
12. World Health Organisation (WHO). Collaborating Centre for Drug Statistics Methodology. Guidelines for ATC classification and DDD assignment. Oslo: WHO, 2008.
13. Fricke U, Günther J, Zawinell A. Anatomisch-therapeutisch-chemische Klassifikation mit Tagesdosen für den deutschen Arzneimittelmarkt. Methodik der ATC-Klassifikation und DDD-Festlegung. Bonn: WIdO, 2008.
14. Grimmshmann, T., Himmel, W. (2010). Inwiefern bilden definierte Tagesdosen (DDD) die tatsächlich verordneten Tagesdosen ab? Eine Analyse ambulanter Verordnungsdaten. Das Gesundheitswesen, 72(07), 412-418.
15. vfa, Zulassungsdaten EMA Empaglifozin, <https://www.ema.europa.eu/en/medicines/human/EPAR/jardiance, ZE und DDD-Verbrauch nach IQVIA>.
16. InfectoPharm. (2017). BUDENOBRONCH® (Budesonid) Fachinformation. <https://tinyurl.com/yc2n8djw>
17. Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte. Anatomisch-therapeutisch-chemische Klassifikation mit Tagesdosen, Version 2024. <https://tinyurl.com/2h86wcyb>
18. Fachinformation für Protaphane/Humaninsulin https://www.ema.europa.eu/de/documents/product-information/protaphane-epar-product-information_de.pdf
19. vfa nach IQVIA FlexView, Datenstand: Januar 2025
20. Hammerschmidt, Thomas. (2025). Analyse der Entwicklung der Arzneimittelausgaben in der GKV. 10.13140/RG.2.2.22483.03365.
21. Buxbaum J-D, Cherner ME, Fendrik AM et al (2020), Contributions of public health, pharmaceuticals, and other medical care to US life expectancy changes, 1990–2015. Health Aff 39(9):1546–1556.
22. Chandra A., MacEwan J.P., Campinha-Bacote A., et al. (2015) Returns to Society from Investment in Cancer research and Development. Forum for Health Economics and Policy. DOI 10.1515 / fhpe-2014-0022
23. Stevens W. et al. (2015), Cancer Mortality Reductions Were Greatest Among Countries Where Cancer Care Spending Rose The Most, 1995-2007, in: Health Affairs 34, No. 4 (2015): 562-570.
24. Steutel, H. (2021), Hochpreisige Arzneimittel: Mehr Perspektive als Herausforderung – Anmerkungen zu Preisen, Gewinnen und Fortschritten in der Arzneimitteltherapie, in: H. Schröder et al. (Hrsg.), Arzneimittel-Kompass 2021, https://doi.org/10.1007/978-3-662-63929-0_14, S. 209-223.
25. Beck, J-B, Kuschel A-S, Brennecke, B. (2025), Von der Kosten- zur Nutzenperspektive, in: RPG, Band 31, Heft 2, 2025, S. 44-54
26. Walter, E. (2025), Gesellschaftlicher Wert pharmazeutischer Innovationen für Österreich, IPF Institut für Pharmaökonomische Forschung GmbH Wien, im Auftrag, <https://tinyurl.com/4jzcpp23>, Zugriff am 10.09.2025.
27. Goldfarb, N., et al. (2004). Impact of appropriate pharmaceutical therapy for chronic conditions on direct medical costs and workplace productivity: a review of the literature. Disease management, 7(1), 61-75.
28. Batko, B., Rolska-Wójcik, P., & Władysław, M. (2019). Indirect costs of rheumatoid arthritis depending on type of treatment – a systematic literature review. International journal of environmental research and public health, 16(16), 2966.
29. Franklin, M., et al. (2024). Direct and indirect costs of breast cancer and associated implications: a systematic review. Advances in therapy, 41(7), 2700-2722.
30. Lakdawalla D., MacEwan J.P., Dubios R., et al. (2017) What Do Pharmaceuticals Really Cost in the Long Run? American Journal of Managed Care. 23(8):488-493.
31. Lichtenberg F.R. (2020) How cost-effective are new cancer drugs in the U.S.? Expert Review of Pharmacoeconomics & Outcomes Research, 20:1:39-55. DOI: 10.1080/14737167.2020.1709965
32. Shafrin, J., Kim, J., Cohen, J. T., Garrison, L. P., et al. (2024). Valuing the societal impact of medicines and other health technologies: a user guide to current best practices. In Forum for Health Economics and Policy (Vol. 27, No. 1, pp. 29-116). De Gruyter.
33. Fricke, U., Hein, L., & Schwabe, U. (2019). Neue Arzneimittel 2018. In Arzneiverordnungs-Report 2019 (pp. 61-175). Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg.
34. Albrecht, M., (2022). Arzneimittelausgaben im gesamtwirtschaftlichen Kontext. <https://tinyurl.com/4dx5yr9d>
35. Häussler, B., Höer, A. Arzneimittel-Atlas 2024. ISBN: 978-3-95466-934-9
36. PROGNOS-Studie (2025). InnovationsRadar – Arzneimittel als Zukunftsinvestition. <https://www.vfa.de/de/gesundheits-versorgung/arzneimittel-markt/innovationsradar>

Autoren:
Arne Bartol
Janssen-Cilag GmbH,
ein Unternehmen von Johnson
& Johnson, Neuss, Deutschland
Andreas Jäcker
Bristol Myers Squibb
GmbH & Co. KGaA
Antje Rössel
Esther Theimer
Verband forschender
Arzneimittelhersteller e.V.

Aus der Rechtsprechung

LSG Berlin-Brandenburg: Rufbereitschaft – kein Unfall- versicherungsschutz bei Trep- pensturz im eigenen Heim

Wer sich in seiner eigenen Wohnung in Rufbereitschaft befindet, dann zu einem Noteinsatz gerufen wird und auf dem Weg zur Haustür stürzt, steht nicht unter dem Schutz der gesetzlichen Unfallversicherung. Das Ereignis stellt daher keinen Arbeitsunfall dar. Dies hat das LSG Berlin-Brandenburg entschieden.

Der zum Unfallzeitpunkt 72 Jahre alte Kläger war, obwohl schon in Rente, beruflich noch als Fahrer eines Abschleppdienstes beschäftigt. In einer Dezembernacht des Jahres 2022 übernahm er von zu Hause aus die Rufbereitschaft für etwaige Noteinsätze. Gegen 2 Uhr nachts wurde er zu einem Einsatz gerufen, packte seine Sachen zusammen und verließ rund eine halbe Stunde später seine Wohnung. Auf der Treppe innerhalb des von ihm bewohnten Mehrfamilienhauses stolperte er über einen dort liegenden Backstein und stürzte mehrere Treppenstufen hinab. Dabei zog er sich unter anderem eine Gehirnerschütterung zu und musste rund eine Woche lang stationär im Krankenhaus behandelt werden. Die Berufsgenossenschaft lehnte es ab, das Ereignis als Arbeitsunfall anzuerkennen. Die hiergegen gerichtete Klage vor dem SG Berlin blieb ohne Erfolg.

Der 3. Senat des LSG hat mit seinem Urteil die ablehnende Entscheidung bestätigt. Das Heruntergehen der Treppe im Mehrfamilienhaus von der Wohnungstür zur Außentür habe nicht in einem sachlichen Zusammenhang mit der versicherten, beruflichen Tätigkeit des Klägers gestanden. Letztere beginne erst dann, wenn die Außentür des Wohngebäudes durchschritten werde. Erst dann werde der nicht versicherte, häusliche

Lebensbereich verlassen und der versicherte Arbeitsweg begonnen. Im Interesse der Rechtssicherheit sei diese, an objektive Merkmale anknüpfende und leicht feststellbare Grenze bewusst starr zu ziehen. Anderes könne nur dann gelten, wenn sich die Arbeitsstätte selbst im häuslichen Bereich befinde und sich der Unfall auf einem beruflich veranlassten Weg innerhalb des Hauses ereigne, also vor allem bei einer Tätigkeit im Homeoffice. Diese setze aber voraus, dass Beschäftigte aufgrund einer Vereinbarung mit ihrem Arbeitgeber von zu Hause aus beruflich tätig werden. Eine (nächtliche) Rufbereitschaft zu Hause begründe indes keine Tätigkeit im Sinne eines Homeoffice. Vielmehr könne der nur rufbereite Arbeitnehmer seine Tätigkeiten grundsätzlich frei gestalten und auch privaten Dingen nachgehen, etwa ruhen oder schlafen. Der Versicherungsschutz könne daher grundsätzlich nicht schon bei einem Unfall innerhalb des Wohngebäudes greifen, sondern erst dann, wenn das Wohnhaus durch die Außentür verlassen werde, um den Arbeitsweg zu beschreiten.

Urteil des LSG Berlin-Brandenburg vom 06.11.2025, Az.: L 3 U 42/24

LSG Berlin-Brandenburg: Chronisches Erschöpfungssyndrom als Folge einer Virusinfektion

Wer aufgrund seiner beruflichen Tätigkeit an einem Virus erkrankt – hier einer Infektion mit Ringelröteln – und infolge dieser Erkrankung ein Chronisches Fatigue-Syndrom (CFS) ausbildet, ist hierfür durch die für ihn zuständige gesetzliche Unfallversicherung (Berufsgenossenschaft) zu entschädigen. Dies hat das LSG Berlin-Brandenburg entschieden.

Die im Jahr 1969 geborene Klägerin war als Erzieherin in einer Grundschule im öst-

lichen Berliner Umland tätig. Dort erkrankten im Januar 2012 sechs Kinder an Ringelröteln. Kurz darauf musste sich die Erzieherin unter anderem wegen Schwellungen und Schmerzen an ihren Gelenken in stationäre ärztliche Behandlung begeben. Labordiagnostisch konnte ein Parvovirus B19 gesichert werden, der als Auslöser der sogenannten Ringelröteln gilt. Im Jahr 2014 erkannte die Berufsgenossenschaft die von der Erzieherin durchgemachte Infektion im Grundsatz als Berufskrankheit Nr. 3101 an. Zugleich lehnte sie es allerdings ab, eine starke körperliche und geistige Erschöpfung, unter der die Klägerin nach der Infektion litt, auf die Ringelröteln zurückzuführen und zu entschädigen.

Die Erzieherin klagte erfolgreich vor dem SG Frankfurt (Oder). Dieses stellte nicht nur das CFS als Folge der Berufskrankheit fest, sondern verurteilte die Berufsgenossenschaft unter anderem auch zur Zahlung einer Rente wegen einer Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) von zeitlich gestaffelt 60 bzw. 80 Prozent. Hiergegen legte wiederum die Berufsgenossenschaft Berufung vor dem LSG ein.

Der 3. Senat des LSG hat mit seinem Urteil die Feststellung des CFS als Folge der Virusinfektion bestätigt, die Höhe der der Klägerin zu zahlenden Rente aber auf 40 Prozent herabgesetzt. Mehrere im Verlauf des Verfahrens eingeholte ärztliche Sachverständigengutachten hätten den nicht bloß zeitlichen Zusammenhang zwischen der Infektion mit Ringelröteln und der Entwicklung eines CFS bei der Klägerin überzeugend dargelegt. Im Hinblick auf die Bemessung der Höhe der MdE bestünden beim CFS indes keine qualifizierten unfallmedizinischen Erfahrungssätze. Berücksichtigung finden könne hier die „Begutachtungsempfehlung Post COVID“ der Deutschen Gesetz-

lichen Unfallversicherung, nach der eine stärker ausgeprägte Fatigue-Symptomatik generell mit einer MdE von 30 Prozent zu bewerten sei. Treten weitere Symptome hinzu, könne dieser Wert erhöht werden. In Anbetracht der bei der Klägerin virusbedingt bestehenden chronischen Muskel- und Gelenkschmerzen sei es hier gerechtfertigt, der Rente eine MdE von insgesamt 40 Prozent zugrunde zu legen.

Das Urteil ist noch nicht rechtskräftig. Der Senat hat die Revision nicht zugelassen. Die Klägerin und die Beklagte können beim Bundessozialgericht die Zulassung der Revision beantragen.

Urteil des LSG Berlin-Brandenburg vom 27.11.2025, Az.: L 3 U 206/19

LSG Niedersachsen-Bremen: Kann man Hygiene delegieren?

Wenn ein Krankenhaus bestimmte Behandlungen abrechnen will, benötigt es hierfür eine Bescheinigung des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MD) über die Erfüllung sogenannter Strukturmerkmale. Zu den Prüfungsmaßstäben im gerichtlichen Verfahren hat das LSG Niedersachsen-Bremen in einem aktuellen Beschluss Stellung bezogen.

Ausgangspunkt war ein Eilverfahren eines kleinen Fachkrankenhauses mit rund 50 Betten, das in geringem Umfang auch Komplexbehandlungen bei Infektionen erbringt. Der MD hatte hierzu bereits im Jahr 2023 mitgeteilt, dass die Strukturmerkmale dieser Behandlung nicht erfüllt seien, weil die Hygienefachkraft ein externer Dienstleister sei – erforderlich sei jedoch eigenes Personal. Hiergegen wandte sich das Krankenhaus im Jahr 2025 mit einem Eilantrag. Es argumentierte, die Hygiene sei professionell und vorbildlich organisiert. Dies sei auch unter Einbindung von Kooperationspartnern möglich. Drohende Umsatzeinbußen bei Komplexbehandlungen seien wirtschaftlich nicht zu verkraften.

Das LSG hat klargestellt, dass Vergütungsfragen dem Eilverfahren wesensfremd sind und grundsätzlich im Hauptsacheverfahren zu klären sind. Eine Entscheidung „auf der Überholspur“ komme nur bei wirtschaftlicher Existenzgefährdung oder akutem Liquiditätsentzug in Betracht. Dies sei jedoch nicht der Fall, wenn die Behandlungserlöse selbst bei einer prognostischen Verdoppelung lediglich rund 2 % des Gesamtbudgets ausmachen würden. Es erscheine dem Gericht auch nicht schlüssig, nach der Mitteilung des MD über einen längeren Zeitraum zuzuwarten, um sich sodann auf Eilbedürftigkeit zu berufen – zumal das Krankenhaus selbst hätte tätig werden können, indem es das Strukturmerkmal zunächst erfüllt. Nur ergänzend hat das Gericht in der Sache auf die Rechtsprechung des BSG verwiesen, wonach das allgemeine Qualitätsgebot Anforderungen an die Struktur- und Prozessqualität der Behandlungen stellt und ökonomische Gründe nicht dazu führen sollten, Leistungen mit unzureichender technischer und personeller Ausstattung zu Lasten der Qualität zu erbringen.

Beschluss des LSG Niedersachsen-Bremen vom 02.12.2025, Az.: L 16 KR 401/25 B ER

Zur Organtransplantation in die Niederlande?

Das Landessozialgericht Niedersachsen-Bremen (LSG) hat entschieden, dass die Gesetzliche Krankenversicherung (GKV) nicht verpflichtet ist, die Kosten einer Nierentransplantation in den Niederlanden zu übernehmen, auch wenn dort kürzere Wartezeiten auf ein Spenderorgan bestehen.

Geklagt hatte ein 66-jähriger Mann aus dem Emsland, der an einer fortgeschrittenen Niereninsuffizienz litt und seit 2020 dialysepflichtig war. Bereits im Dezember 2018 hatte er bei seiner Krankenkasse die

Zustimmung zu einer Nierentransplantation im niederländischen Groningen beantragt. Zur Begründung hatte er unter anderem auf die räumliche Nähe sowie deutlich kürzere Wartezeiten verwiesen.

Die Krankenkasse lehnte den Antrag ab und führte aus, dass eine Kostenübernahme für Auslandsbehandlungen ohne zwingende medizinische Notwendigkeit das finanzielle Gleichgewicht der GKV und die Gewähr einer allgemein zugänglichen Versorgung gefährde. Es seien gleichwertige Behandlungsmöglichkeiten in deutschen Transplantationszentren in Bremen, Hannover oder Münster vorhanden. Ungeachtet der ablehnenden Entscheidung ließ der Kläger die Transplantation im Januar 2022 in den Niederlanden durchführen und verlangte anschließend die Erstattung der entstandenen Kosten in Höhe von 42.000 Euro.

Das LSG hat – entgegen der Auffassung der ersten Instanz – eine Leistungspflicht der GKV verneint und ist der Rechtsprechung des EuGH gefolgt. Eine Zustimmung zu einer Auslandsbehandlung könne nur dann beansprucht werden, wenn im Inland keine gleichwertige Versorgung zur Verfügung stehe. Ein solches Versorgungsdefizit liege jedoch nicht allein wegen längerer Wartezeiten von zwei bis vier Jahren vor. Eine Transplantation sei auch in Deutschland möglich; die Wartezeit könne durch eine Dialyse überbrückt werden. Eine besondere medizinische Dringlichkeit habe nicht bestanden. Zudem hob das Gericht hervor, dass die Chancengleichheit bei der Organzuweisung gebiete, dass die Aussicht auf ein Spenderorgan nicht vom Wohnort oder anderen persönlichen Umständen abhängen dürfe. Hiergegen verstoße der Kläger, indem er den Anspruch entgegen der Richtlinie zur Organtransplantation mit der Nähe zu den Niederlanden begründe.

Urteil des LSG Niedersachsen-Bremen vom 20.01.2026, Az.: L 16 KR 452/23

33. Mitgliederversammlung der GRPG

Die GRPG – Gesellschaft für Recht und Politik im Gesundheitswesen werde sich in den kommenden Monaten verstärkt in die Diskussionen um die von der Bundesregierung geplanten Reformen im Gesundheitswesen einbringen, kündigte deren Präsident Prof. Jürgen Zerth bei der Mitgliederversammlung Anfang Mai in Berlin an. Die bisher vorgelegten Konzepte seien nicht überzeugend, so Zerth. Als Grundlage für weitergehende Diskussionen hat Prof. Claudia Schmidtke, Mitglied im Präsidium der GRPG, ein Statement verfasst (siehe Seite 29).

Zum Auftakt der Versammlung diskutierten die Mitglieder vor Ort und im Video-Stream das kürzlich vorgelegte Primärversorgungskonzept des GKV-Spitzenverbandes mit Dr. Torsten Fürstenberg, Abteilungsleiter Ambulante Versorgung des GKV-Spitzenverbandes, mit Prof. Dr. Bertram Häussler, IGES Institut, bis 3/2026 Vorsitzender der Geschäftsführung und Dr. Regina Vettors, Leiterin Gesundheitswesen bei EY-Parthenon, Deutschland. Ein Primärversorgungssystem sollte nach Darstellung von Fürstenberg auf drei Bausteine aufbauen: 1. Ein digitales Navigationstool, das die Behandlungsnotwendigkeit einschätzt und die Versicherten zielgerichtet in und durch das Gesundheitssystem leitet. 2. Die elektronische Überweisung, die den Informationsfluss über den aktuellen Behandlungsstand zwischen Leistungserbringenden verbessert und Fehlerquellen minimiert. 3. Die elektronische Terminvermittlung, die abhängig von der medizinischen Dringlichkeit eine schnellere Terminvergabe verbessert und Wartezeiten reduziert.

In seinem Tätigkeitsbericht erklärte Zerth, die GRPG müsse wieder wahrnehmbarer werden. Ein erster Schritt in diese Richtung sei die Präsenz auf der Plattform LinkedIn, wo für gesundheitspolitische Fragen ein fachlicher Austausch möglich sei. Dort können sich die Mitglieder künftig auch über die Arbeit des Präsidiums und über Kommentare zur aktuellen Lage informieren.



Der 30. Wissenschaftspreis der GRPG ging an Dr. Annika Bühle (3. v. l.) und an Dr. Anna Zein Büscher (2. v. l.), überreicht von Professor Jürgen Zerth (rechts) und Oliver Kirst (links), Geschäftsführer der Firma Servier Deutschland GmbH, die den Wissenschaftspreis gesponsert hat.

Zum Ende des vergangenen Jahres hatte die GRPG insgesamt 162 Mitglieder, davon 149 individuelle und 13 institutionelle Mitglieder. Einstimmig wählte die Mitgliederversammlung Nikolaus Huss zum neuen Generalsekretär.

Der 30. Wissenschaftspreis der GRPG wurde in diesem Jahr an Dr. Annika Bühle für ihre Dissertation „Stabilisierung des dualen Krankenversicherungssystems. Potenziale der Förderung gesundheitsbewussten Verhaltens und der Integration digitaler Versorgungsprozesse“, erstellt an Universität Mannheim, und an Dr. Anna Zein Büscher für ihre Dissertation „Preisfindung im Rahmen des AMNOG-Verfahrens – Schnitt-

stellenprobleme bei der Regulierung von Preisen von Arzneimittelinnovationen im Mehrebenensystem“, erstellt an der Ruhr Universität Bochum, vergeben.

Der Wissenschaftspreis, der bevorzugt an Nachwuchswissenschaftler vergeben wird, ist mit 3000 Euro dotiert und wurde in diesem Jahr wiederum von der Firma Servier Deutschland GmbH, vertreten durch ihren Geschäftsführer Oliver Kirst, übernommen.

Autor:
Jürgen Stoschek
Geroldsreuth 61
95179 Geroldsgrün

Antrag auf Mitgliedschaft

Hiermit stelle/n ich/wir Antrag auf Mitgliedschaft als

- ☐ **Firma, Körperschaft oder Verband**, Mitgliedsbeitrag € 1.300 p.a.
☐ **Patientenverband e.V.**, Mitgliedsbeitrag € 250 p.a.
☐ **Individualmitgliedschaft**, Mitgliedsbeitrag € 180 p.a. oder Mitgliedsbeitrag ohne SEPA-Lastschriftmandat € 190 p.a.
☐ **Studenten** (mit Nachweis), Mitgliedsbeitrag € 75 p.a.

Die Beiträge beinhalten den Bezug der Zeitschrift RPG

Vorname, Name oder Firma	
Firma/Verband/Behörde oder sonstiger Bezug zum Gesundheitswesen	
Position	
Privatanschrift	
Geschäftsanschrift	
Privat: eMail/Telefon/Fax	
Geschäft: eMail/Telefon/Fax	
Wie sind Sie auf die GRPG aufmerksam geworden?	
Ich/Wir erteile/n mein/unser Einverständnis zur Erfassung und Nutzung der Kontaktdaten entsprechend der Datenschutzerklärung der GRPG http://www.grpg.de/index.php?id=impressum . Sie können der Datennutzung jederzeit über info@grpg.de widersprechen.	
Datum	Unterschrift

SEPA-Lastschriftmandat für SEPA-Basis-Lastschriftverfahren

Gläubiger-Identifikationsnummer:
Mandatsreferenz: GRPG

DE34ZZZ00000578253

Ich ermächtige die Gesellschaft für Recht und Politik im Gesundheitswesen e.V. GRPG, Widenmayerstraße 28, 80538 München, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen.
Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der GRPG auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum die Erstattung des belasteten Betrages verlangen.
Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Kontoinhaber (Vorname, Name)	
Straße, Hausnummer	
PLZ, Ort	
Kreditinstitut	BIC
IBAN DE _ _	
Ort, Datum	Unterschrift

apoBank, IBAN DE71 3006 0601 0008 2356 35, BIC DAAE DE DD XXX

Die GRPG ist laut Freistellungsbescheid des Finanzamtes München-Abt. Körperschaften, Steuer-Nr. 143/216/20567 vom 07.04.2025 nach § 5 Abs. 1 Nr. 9 KStG von der Körperschaftsteuer und nach § 3 Nr. 6 GewStG von der Gewerbesteuer befreit, weil sie ausschließlich und unmittelbar steuerbegünstigten gemeinnützigen Zwecken im Sinne der §§ 51 ff. AO dient (Förderung von Wissenschaft und Forschung).
Vereinsregister München VR 15037.

