

7. WIP-Tag der Versorgungsforschung

PKV-Innovationspotenziale: Chancen und Risiken

Kolloquium

Köln, den 18. September 2025

– Tagungsband –

Impressum

WIP - Wissenschaftliches Institut der PKV (WIP). Die Autoren sind allein verantwortlich für die Inhalte und Zusammenfassungen der wissenschaftlichen Beiträge.

Inhaltsverzeichnis

WIP-Tag der Versorgungsforschung	4
PKV-Innovationspotenziale: Chancen und Risiken	4
Organisation & Danksagung	8
Kolloquium	9
Programm	9
Parallelsession A: Ambulante Versorgung	10
Parallelsession B: Prävention	10
Zusammenfassungen – Abstracts	11
Evaluation	30
Veranstaltungsreihe	31
Call for Abstracts 2026 - OPEN	32

WIP-Tag der Versorgungsforschung

Der „WIP-Tag der Versorgungsforschung“ ist eine jährlich durchgeführte, nicht-öffentliche Veranstaltungsreihe, die sich aus Sicht der privaten Krankenversicherungen dem Themenfeld der Versorgung nähert. Es geht um Versorgungsangebote im weitesten Sinne, die Inanspruchnahmezahlen, Steuerungseffekte, gesundheitsökonomische Evaluationen sowie die Analyse von Anreizstrukturen. Die Versorgungsqualität durch alle Versorgungsangebote, von Prävention bis Rehabilitation in Kranken- und Pflegeversicherung, ist Gegenstand der Überlegungen. Bislang aber existieren nur wenige Studien und/oder dokumentierte methodische Erkenntnisse, die Bezug auf die genannten Aspekte nehmen und gleichzeitig die Privatversicherten in den Mittelpunkt stellen.

Die Veranstaltung richtet sich in erster Linie an Leistungsmanager, die über Dienstleistungen und „Services“ ihrer Kunden entscheiden. Eine weitere wichtige Gruppe bilden Experten aus der Wissenschaft, die aktuelle Entwicklungen aufgreifen und vor dem Hintergrund neuer Erkenntnisse diskutieren und weiterführende Überlegungen anstoßen.

Außerdem gehören Dienstleister zur Zielgruppe dieser Veranstaltung, da sie im Auftrag der privaten Krankenversicherungen wichtige Funktionen übernehmen. Sie bringen eine vertiefte Expertise auf den verschiedenen Feldern mit, die den privaten Krankenversicherungen auf ihrem Weg vom „Payer zum Player“ begleiten und die Branche insgesamt weiter voranbringen.

Eine weitere Zielgruppe sind Leistungserbringer wie niedergelassene Ärzte, telemedizinische Anbieter, DIGA- bzw. DIPA-Hersteller, Apotheken, Apothekenketten, Internetapotheken bzw. Versandhändler und pharmazeutische Hersteller, da die Herstellungs- und Verteilungsprozesse in der Versorgung von Privatversicherten mitgedacht werden müssen. Das betrifft selbstverständlich Heil- und Hilfsmittelhersteller in gleichem Maße.

Das Ziel der Veranstaltung ist der gemeinsame und interaktive Austausch zu aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnissen und Entwicklungen. Der *WIP-Tag der Versorgungsforschung* möchte ein neutrales Terrain für den Dialog und Austausch bieten, um wichtige Veränderungen für die Versorgung der Privatversicherten zu begleiten und zu diskutieren.

PKV-Innovationspotenziale: Chancen und Risiken

Das diesjährige Kolloquium in seiner mittlerweile 7. Auflage greift mit seinem Titel ein zentrales Spannungsfeld der modernen Gesundheitsversorgung auf. Es geht um die Balance zwischen technologischen Möglichkeiten digitaler Innovation und deren tatsächlichem Nutzen für Patienten. Dabei kristallisieren sich thematische Schwerpunkte heraus, die unterschiedliche Perspektiven auf Chancen und Herausforderungen der Digitalisierung im Gesundheitswesen eröffnen.

Die Perspektive der Privaten Krankenversicherungen bildet u.a. die ESPRI-Studie ab, die in einem Mixed-Methods-Design die Entwicklungen des Leistungsmanagements und der (virtuellen) Versorgungsstrukturen erfasste. Der Wandel hin zu erweiterten Dienstleistungs- und Unterstützungsangeboten wird deutlich und zielt – entgegen allen Erwartungen – auf die Kundenzufriedenheit und -akzeptanz ab. Erst nachgelagert geht es um die Steigerung der Wirksamkeit von Interventionen, die Identifikation der „richtigen“ Zielpopulationen oder gar Einsparungen, wie es oft unter-

stellt wird. Letztere werden eher in Form von Kooperationen und Verträgen abgesichert, indem Zugänge zu Leistungserbringern (z.B. Krankenhaus, Rehabilitationskliniken bzw. -leistungen) definiert werden, Fragen der Kostenübernahme geklärt und qualitätsbezogene Aspekte der Versorgung adressiert sind. Daneben treibt die PKVn die Frage an, wie digitale Interventionen gezielt, entlang der medizinischen Standards (z.B. Leitlinien) und personalisiert, zu einer qualitativ besseren Versorgung beitragen können. Derzeit ist die Inanspruchnahme dieser zusätzlichen Angebote zwar zufriedenstellend, aber noch in der Aufbau- und Implementierungsphase.

Wichtige Bausteine wie die Telematik-Infrastruktur (TI) oder die elektronische Patientenakte (ePA) sind aktuell noch kein flächendeckender Standard in der PKV, um beispielsweise Versorgungs- und Behandlungsdaten aus digitalen Gesundheitsanwendungen (DIGA) zu sammeln und aufzubereiten. DIGAs können ein Instrument sein, um insbesondere chronisch Erkrankten tagtäglich zu helfen und zu unterstützen. Allerdings gibt es in diesem Feld einiges zu beachten, wie der kritische Beitrag von Herrn Dr. Müller (TU München) klarstellt. Denn aktuell offenbaren DIGAs eine erhebliche Diskrepanz zwischen Anspruch und Versorgungsrealität. Die Evaluation zur Effektivität einer digitalen Intervention im Maßstab einer DIGA zur Versorgung einer chronischen Erkrankung wie Diabetes mellitus 2 belegt, dass rein digitale Interventionen ohne persönlichen und ärztlichen Kontakt die Selbstwirksamkeit und damit die gewünschten langfristigen Effekte nicht nachhaltig erhöhen können.

An diesem Punkt setzt der Beitrag von Prof. Dr. Kühlein (Universitätsklinikum Erlangen) an. Er betont, dass medizinische Versorgungsleitlinien die Grundlage des medizinischen Handelns bilden können und sollten. Leitlinien im Sinne der evidenzbasierten Medizin sollten den Startpunkt für gemeinsame Beratungen und medizinische Entscheidungen zusammen mit Patienten und seinen Erkrankungen darstellen. Problematisch daran sind jedoch die zusätzlichen Erkrankungen, die in den auf Einzelerkrankungen fokussierten Leitlinien für „durchschnittliche Patienten“ abstellen. Diesen „durchschnittlichen Patienten“ mit jeweils einer Erkrankung gibt es aber nicht im Versorgungsalltag. Personalisierte, v.a. medikamentöse Therapien aus dem onkologischen Bereich, können dabei bereits Teil einer Leitlinie sein – lösen aber die medizinisch-therapeutische Entscheidungssituation nicht auf. In der Folge kann es zu Über- und Fehlversorgungen kommen, wenn bei älter werdenden, multimorbiden Patienten jede Leitlinie mechanisch befolgt wird. Insbesondere Privatversicherte dürften in diesem Feld ein höheres Risiko tragen als gesetzlich Versicherte, da ökonomische Restriktionen und Rationierungen in der PKV eine eher untergeordnete Rolle spielen. Verschiedene Lösungsansätze werden diskutiert, wie man dieses „Gefangen-Dilemma“ für Patienten und medizinische Leistungserbringer angehen könnte.

Eine Lösung kann aus der medizinischen Versorgung selbst herauskommen, wenn digitale Versorgungsdaten frühzeitig zur Entwicklung einer Therapie herangezogen werden können. Frau Dr. Weirauch (Fraunhofer-IZI, Leipzig) verdeutlicht anhand der CERTAINTY-Studie, wie der Ansatz virtueller Zwillinge die Versorgung beim multiplen Myelom zukünftig verändern könnte. Im Zuge der herkömmlichen Therapieregime werden alle Informationen zur Diagnose über Vorbehandlungen, zelluläre Immuntherapie bis hin zur späten Patientenüberwachung einbezogen. Insbesondere Immunreaktionen bei wiederkehrenden Erkrankungen (Rezidive) erzeugen Daten und Erkenntnisse, die zur Weiterentwicklung eines Gentherapeutikums nutzbar sind. So ist es möglich, die Wirksamkeit eines Therapeutikums anhand eines datenbasierten virtuellen Zwillings eines Patienten zu simulieren - bevor die Applikation der echten Therapie am Patienten beginnt. Anpassungen des Therapeutikums an Geschlecht, Alter, ethnische Herkunft und andere Merkmale (z.B. zusätzliche Erkrankungen) kommen in Betracht. Es ist eine visionäre Annahme, mit der TI und einer funktionierenden ePA diesen Ansatz oder ähnliche Herangehensweisen nach und nach auch auf andere Indikationen zu übertragen. Eine Weiterentwicklung bestehender Konzepte wie „evidenzbasierte Medizin“ oder „personalisierte Medizin“ geht mit diesen technologischen Innovationen einher.

Die CERTAINTY-Studie bewegt sich aktuell in einer experimentellen Studienumgebung und ist nicht Teil des Versorgungsalltags. Aber dennoch stellt sich die Frage für Versicherer, wie man im Zuge der TI und der ePA die Vorteile der Digitalisierung für sich nutzen könnte. Das Konzept der ePA+ demonstriert, wie medizinische Routinedaten eines Versicherten die Versorgungsqualität verbessern könnten. Herr Becker (RISE, Wien) erläutert, dass neben der reinen Datensammlung und -aufbereitung für medizinische Leistungserbringer (ePA) auch Interaktionsmöglichkeiten mit dem Versicherten (ePA+) möglich sind. Als Anwendungsbeispiel kann ein „Vorsorgemanager“ dienen, der auf präventive Interventionen (Früherkennungen, Vorsorgechecks, u.a.) hinweist. Aber auch digitale therapeutische Interventionen (z.B. nach einem Schlaganfall) können die Patienten durch ihren Alltag begleiten. Als zentrale Voraussetzung gelten hohe Standards des Datenschutzes und der Datensicherheit.

Die Parallelsession „Ambulante Versorgung“ knüpft am Thema DIGAs an. Prof. Dr. Gothe verweist in seinem Beitrag darauf, dass die TI derzeit (noch) mit erheblichen technischen Problemen zu kämpfen hat: fehlende Schnittstellen, unzureichende Verlässlichkeit und mangelnde Ausrichtung an den Bedürfnissen der Behandelnden charakterisieren die aktuelle Ausgangslage. Die Akzeptanz insbesondere der Leistungserbringer wie der Ärzte sei aber zentral, um auch die Chancen dieser Anwendungen nutzen zu können. Herr Dr. Wöhr demonstriert anhand des Onkobutlers hingegen, wie praxisnahe und digitale Tools mit klarem Fokus auf konkrete Versorgungsbedarfe erfolgreich implementiert werden können – und das ganz ohne verbriefte DIGA-Lizenz des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM). Und selbst wenn eine DIGA dauerhaft in das BfArM-Verzeichnis aufgenommen ist, sei die Wirksamkeit deshalb noch nicht belegt. Wie Prof. Dr. Kolominsky-Rabas eindrücklich belegte, erreichen die dazu vorgelegten Studien nicht die allgemein anerkannten methodischen Standards des Cochrane Instituts (RoB2).

Die Parallelsession „Prävention“ demonstrierte systematische Ansätze aus dem Bereich der Lebensweltenprävention. Neben der analogen Welt holen insbesondere digitale Infrastrukturen wie „Gesundheit gestalten“ die Zielgruppen ab und erzeugen zudem die oft eingeforderte Transparenz. Neue Kooperationsstrukturen können sich ergeben und einheitliche Qualitätsstandards über viele Projekte hinweg sind möglich. Eine Evaluation im Zuge des Präventionsgesetzes ist möglich, so Herr Reemts (PKV-Verband). Das LIEBESLEBEN-Projekt zeigt exemplarisch, wie traditionelle Präventionsansätze durch innovative Digitalisierungsstrategien erweitert und systematisch in Schulstrukturen verankert werden können. Informationen für Lehrer als Multiplikatoren und Aufklärung für Schüler, die analoge und digitale Angebote kombinieren, sind der Schlüssel, um eine notwendige Distanz und ausreichende Empathie anbieten zu können, so die Referentinnen Richter und Wiesler vom Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit (BIOG).

Die „Projektbörse“ vereinte neun Forschungsbeiträge zu methodischen Grundlagen für evidenzbasierte Versorgungsforschung sowie innovative Ansätze zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung. Der Beitrag von Nele Bößneck (Universität Frankfurt) stellte ein geplantes Forschungsprojekt zur medikamentösen Typ-2-Diabetestherapie vor, das retrospektiv Einflussfaktoren auf Therapieentscheidungen zwischen SGLT2-Inhibitoren und anderen Antidiabetika identifizieren will.

Alexandra Drebka (Universität Frankfurt) analysierte Inanspruchnahmedaten privat Krankenkversicherter für Arzneimittel bei gynäkologischen Beschwerden im Zeitraum 2019-2022. Die Studie zeigte, dass synthetische Hormonpräparate mit 91,5 % deutlich dominierten, während pflanzliche Arzneimittel nur 8,5 % ausmachten. Altersabhängige Präferenzen wurden deutlich: Bei über 60-Jährigen überstieg der Anteil pflanzlicher Arzneimittel erstmals synthetische Präparate.

Prof. Dr. Michael Fellmann (Universität Rostock) präsentierte das interdisziplinäre SUPHRA-Projekt (Sustainable Productivity and Health Advisor), ein KI-gestütztes System zur nachhaltigen Förde-

rung von Produktivität und Gesundheit. Das System erfasst multimodale Daten aus vier Dimensionen (Arbeit, Verhalten, Einstellungen, körperliche Fitness) und bietet wissenschaftlich fundierte, individualisierte Empfehlungen zu Mikropausen, Arbeitslast, Entspannungsübungen, sozialer Interaktion und gesundheitsfördernder Ernährung.

Dr. Hans-Christian Krumholz (Universität Münster) analysierte systematisch die gesundheitsökonomischen Dimensionen des ischämischen Schlaganfalls anhand von über 34 Studien. Die Kostenanalyse zeigte erhebliche Bandbreiten der Gesamtkosten über die Lebenszeit und erreichen Ausgaben von bis zu 142.703 €. Eine neu entwickelte neuroprotektive Therapie, basierend auf Autotaxin-Hemmern, könnte bei erfolgreicher Implementierung Einsparungen bei direkten und indirekten Kosten ermöglichen und gleichzeitig die Lebensqualität verbessern.

Dr. Tatjana Begerow (Wissenschaftliches Institut der PKV) demonstrierte, dass unterschiedliche Datenauswahlverfahren für PKV-Daten zu grundlegend verschiedenen Schlussfolgerungen führen können. Die Analyse von 530,9 Millionen ambulanten Sitzungen zeigte, dass nur 65 % der in einem Jahr in Anspruch genommenen Leistungen auch im gleichen Jahr eingereicht werden. Dies unterstreicht die Notwendigkeit methodischer Standards, insbesondere die Verwendung des ressourcenorientierten Verfahrens für wissenschaftliche Zwecke.

Dr. Anke Schlieker identifizierte in einer Multi-Case-Interviewstudie mit sieben regionalen Gesundheitsnetzwerken in strukturschwachen Regionen sieben zentrale Erfolgsfaktoren: persönliches Engagement der Gründenden, spürbarer Mehrwert für alle Beteiligten, systematische Einbindung nicht-ärztlicher Ressourcen, professionelles Netzmanagement, digitale Infrastrukturen, standardisierte Patientenzugänge sowie direkte Patientenbeteiligung. Parallel wurden fünf wesentliche Hindernisse identifiziert, darunter fehlende Regelfinanzierung und bürokratische Hürden.

PD Dr. Caroline Schmidt-Lucke präsentierte wesentliche Merkmale dezentraler digitaler klinischer Studien, die im Vergleich zu konventionellen Designs erhebliche Verbesserungen in der Rekrutierungsrate, Teilnehmerdiversität, Retentionsrate und Ressourcenoptimierung erzielen. Dies führt zu einer Reduktion der Gesamtkosten und beschleunigt die Studiendurchführung, sodass die Zeit bis zum Markteintritt des Medizinprodukts halbiert werden kann. Die Daten demonstrieren außerdem, dass digitale Studien unter Einhaltung regulatorischer Standards (DSGVO, BMV-Ä, ISO14155, eIDAS) rechtlich und praktisch umsetzbar sind.

Nele Schneider (Wissenschaftliches Institut der PKV) erfasste systematisch in einer Onlinebefragung (Rücklaufquote 51,3 %) die Maßnahmen privater Krankenversicherungen zur Implementierung der Telematikinfrastruktur (TI). Auf strategischer Ebene befassen sich bereits 40 % der Befragten mit der Förderung digitaler Gesundheitskompetenzen, 45 % implementieren TI-kompatible Anwendungen. Kommunikativ informieren 60-65 % über anstehende Änderungen, während 45 % Monitoringsysteme für digitale Interventionen etablieren.

Dr. Christoph Stallmann präsentierte auf Basis von NAKO-Daten (n=48.057) wichtige Faktoren der Nicht-Teilnahme am Mammographie-Screening-Programm (MSP). 85,5 % der Frauen nahmen mindestens einmal am MSP teil. Die multivariable Regressionsanalyse identifizierte u.a. den privaten Krankenversicherungsschutz als stärksten Prädiktor für Nicht-Teilnahme: 18,7 % der privatversicherten Frauen versus 13,8 % der gesetzlich versicherten Frauen nahmen nicht am Screening teil. Als Ursachen kommen strukturelle Barrieren oder alternative Versorgungspfade in Frage. Zielgruppenspezifische Handlungsmaßnahmen sowie weitere Forschung sind auf diesem Themenfeld unbedingt notwendig.

Organisation & Danksagung

Mit einer Anzahl von ca. 100 interessierten Personen (2025) wird schnell deutlich, dass der WIP-Tag der Versorgungsforschung eine hohe Akzeptanz genießt und die Zielgruppen das Informationsangebot annehmen. Ohne Unterstützung und Hilfe ist die Organisation nicht zu bewältigen. Zum Gelingen der Veranstaltung haben im erheblichen Umfang beigetragen

- Claudia Weissenberger (WIP)
- Julia Schaarschmidt (WIP)
- Friederike Rödiger (PKV-Verband)
- Anke Schlieker (PKV-Verband).

Unser Dank gilt außerdem allen Referentinnen und Referenten, die mit ihren wissenschaftlichen Beiträgen maßgeblich zum Inhalt dieser Veranstaltung beitrugen. Der Dank gilt zudem allen Interessierten, die mit ihren Fragen und Sachbeiträgen einen Impuls für die Diskussionen gaben. Vielen herzlichen Dank!

Dr. Christian O. Jacke
WIP-Projektleiter

Dr. Frank Wild
WIP-Institutsleiter

Programm

PL: Plenum

PSA: Parallelsession A

PSB: Parallelsession B

PSC: Projektbörse & Postersession

Moderation: Christian O. Jacke

09:30–10:00	Registrierung		
10:00–10:10	PL	F. Reuther, F Wild PKV-Verbandsdirektor, WIP ¹	Begrüßung zum WIP-Tag der Versorgungsforschung 2025
10:10–10:30	PL	ESPRI-Studienteam WIP ¹ , zeb ²	ESPRI-Studie: Einblick in Ergebnisse
10:30–11:00	PL	S. Müller TU München ³	Eine Gesundheits-App allein reicht nicht
11:00–11:30	PL	T. Kühlein FAU Erlangen ⁴	Leitlinie vs. personalisierte Medizin
11:30–12:00	PSC	Diverse ReferentInnen Projektbörse	Kurzvorstellung der Projekte
12:00–13:00	Pause		
13:00–14:30	PSA	Parallelsession A	Ambulante Versorgung
13:00–14:30	PSB	Parallelsession B	Prävention
14:30–15:00	Pause		
15:00–15:30	PL	U. Weirauch Fraunhofer ⁵	Virtual Twins – wie digitale Innovationen die Versorgung antreiben
15:30–16:00	PL	D. Becker RISE ⁶	Die eAplus – eine zentrale Komponente für digitale Innovationen
16:00	Danksagung & Verabschiedung		

(1) Wissenschaftliches Institut der Privaten Krankenversicherungen (WIP), Köln

(2) zeb Unternehmensberatung, Münster

(3) Technische Universität München, Präventive Sportmedizin und Sportkardiologie, München

(4) Friedrich Alexander Universität Erlangen-Nürnberg, Lehrstuhl für Allgemeinmedizin, Erlangen

(5) Fraunhofer-Institut für Zelltherapie und Immunologie, Leipzig

(6) Research Industrial Systems Engineering, Wien

Parallelsession A: Ambulante Versorgung

Moderation: Julia Schaarschmidt, Frank Wild

13:00	Begrüßung		
13:00–13:30	PSA	H. Gothe UMIT ¹	Gut - besser - digital? Wie niedergelassene Ärztinnen und Ärzte die Telematikinfrastruktur (TI) und DIGAs erleben, und was sich ändern muss
13:30–14:00	PSA	M. Wöhr Zentrum Ambulante Onkologie ²	Der OnkoButler als digitaler Begleiter für die Krebstherapie - ein zukunftsweisender Use Case
14:00–14:30	PSA	P. Kolominsky-Rabas FAU Erlangen-Nürnberg ³	Evaluationskriterien für digitale Anwendungen
14:30	Ende der Session		

(1) UMIT Tirol – Private Universität für Gesundheitswissenschaften und -technologie GmbH, Department für Public Health, Versorgungsforschung und Health Technology Assessment, Hall in Tirol, Österreich

(2) Zentrum ambulante Onkologie, Schorndorf

(3) Friedrich-Alexander Universität Erlangen-Nürnberg, Interdisziplinäres Zentrum für Health Technology Assessment (HTA) und Public Health, Erlangen

Parallelsession B: Prävention

Moderation: Friederike Rödiger, Anke Schlieker

11:00	Begrüßung		
13:00–13:30	PSB	M. Reemts ¹ PKV	„Gesundheit gestalten“ als die digitale Infrastruktur für Prävention in Lebenswelten
13:30–14:00	PSB	S. Richter, L. Wiesler ² BIÖG	„LIEBESLEBEN - Das Mitmach-Projekt“-Prävention in der Lebenswelt Schule wirkungsvoll gestalten
14:00–14:30	PSB	M. Reemts, S. Richter, L. Wiesler PKV, BIÖG	„Prävention goes digital: wie bereit sind wir wirklich?“
14:30	Ende der Session		

(1) Verband der Privaten Krankenversicherungen, Berlin

(2) Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit, Berlin

(3) Friedrich-Alexander Universität Erlangen-Nürnberg, Interdisziplinäres Zentrum für Health Technology Assessment (HTA) und Public Health, Erlangen

Zusammenfassungen – Abstracts

Explorative Studie zu Privaten Krankenversicherungen und ihrem Leistungs- und Gesundheitsmanagement (ESPRI-Studie): Einblick in Ergebnisse

Dr. Christian O. Jacke¹, Hendrik Knutzen², Julia Schaarschmidt¹, Kilian Gundlach², Mirko Theine²

PL

¹Wissenschaftliches Institut der Privaten Krankenversicherungen (WIP), Köln

²zeb Unternehmensberatung, Münster

christian.jacke@wip-pkv.de, Mirko.Theine@zeb.de

Hintergrund: Zu gesundheitsbezogenen (digitalen) Dienstleistungen für Versicherte, Kooperationen mit anderen Leistungserbringern und Verfahren der Leistungskontrolle gibt es keine branchenübergreifende Dokumentation. Die ESPRI-Studie zielt darauf ab, diese Informationslücken zu schließen [1]. Im Mittelpunkt standen ausgewählte Ergebnisse des zweiten Studienabschnitts.

Methode: Aus den Ergebnissen der qualitativen Studienphase [2] leitete sich ein Online-Fragebogen ab, den die n=17 Studienteilnehmer bzw. Versicherungen zwischen Januar und Mai 2024 ausfüllten. Jede Versicherung sprach mit einer Stimme, d.h. die Antworten mussten in jeder Versicherung konsentiert werden. Die Antwortformate hielten meist 5-fache Likert-Skalen oder 10er-Rating-Skalen bereit, die lediglich an den Extrempolen die Labels „gering“ oder „sehr hoch“ enthielten. Die statistische Auswertung erfolgte mittels deskriptiver Statistiken. Eine informierte Einwilligung und die Zustimmung zur Datenverarbeitung lagen bei allen Befragten vor.

Ergebnisse: Es nahmen alle Projektteilnehmer teil (n=17), die über insgesamt n=19 Versicherungen berichteten. Es gab keine fehlenden Werte. Die Einrichtung von (digitalen) Unterstützungsleistungen zielt primär auf die Kundenzufriedenheit und -akzeptanz ab, nachgelagert auf die Verbesserung medizinischer Ergebnisse oder Einsparungen. Entlang der generischen „patient journey“ ordneten die Befragten zudem alle Dienstleistungen, die einen Zugang zum Gesundheitssystem herstellen konnten, als die mit den höchsten Inanspruchnahmen ein. Unterstützungsleistungen zur Diagnostik, Akutversorgung, chronischen Krankheitsmanagement bzw. Langzeitversorgung oder Versorgungsbegleitung wurden ebenfalls häufig angenommen, aber nicht von allen Projektteilnehmern angeboten. Letztere bilden den aktuellen Schwerpunkt und die Prioritäten der Versicherungsunternehmen ab. Im Kern geht es um onkologische und kardiovaskuläre Erkrankungen, in die zukünftig mehr Patienten durch gezielte Ansprache eingesteuert werden sollen. Ein Übergang in angebundene Ärztenetze und Kliniken ist fließend, da es bei vielen privaten Krankenversicherungen Kooperationen gibt.

Schlussfolgerung: Die privaten Krankenversicherungen befinden sich im Wandel und bauen ihre Dienstleistungen und Unterstützungsleistungen dort aus, wo die Patienten im bisherigen Versorgungssystem einen Mehrbedarf haben. Nicht alle Projektteilnehmer können auf allen Ebenen und Indikationen zusätzliche Hilfestellungen leisten. In den zentralen Funktionen, die einen Zugang zum Versorgungssystem anbieten und eine Versorgung von akuten oder chronischen sowie schweren Erkrankungen erleichtern, unterscheiden sich die befragten Versicherungen kaum. Kooperationen unter den Versicherungen können schnell und pragmatisch die Dienstleistungsspektren aller Versicherungen komplettieren. Die Inanspruchnahme zusätzlicher Leistungen soll durch gezielte Ansprache von Personen unter Risiko steigen.

Literatur

[1] Jacke et al. (2022). [Die ESPRI-Studie](#)

[2] Jacke et al. (2022). [ESPRI: ein Mixed-Methods-Studiendesign](#)

[3] Jacke et al. (2024). [ESPRI-Studie: Explorative Analyse](#)

Medizinische Versorgung: Eine App alleine reicht nicht

Dr. Stephan Müller

PL

Präventive Sportmedizin und Sportkardiologie, TUM Klinikum Rechts der Isar, Technische Universität München
Stephan.Mueller@mri.tum.de

Zusammenfassung

Einleitung: Die medizinische Versorgung steht vor großen Herausforderungen. Die zunehmend ältere Bevölkerung mit gehäuften chronischen Erkrankungen nimmt zu, die Versorgungsdichte mit Ärzten nimmt gerade in ländlichen Regionen stetig ab, und die finanziellen Möglichkeiten mit Steigerung der Krankenkassenbeiträge sind ausgeschöpft. Als Lösung wird eine „digitale Medizin“ propagiert, die in den letzten Jahren zunehmend von der Gesundheitspolitik ebenso wie von Krankenkassen und Ärzteverbänden unterstützt und favorisiert wird. So werden im großen Stil digitale Lösungen gerade für chronische Erkrankungen von privaten Unternehmen angeboten und von den gesetzlichen wie privaten Krankenkassen finanziert. Diese Applikationen beinhalten gerade auch Lebensstilumstellungen wie Intensivierung der körperlichen Aktivität oder Ernährungsumstellung und Förderung der psychischen Gesundheit. Große Studien zur Integration von digitalen Lösungen für ältere Patienten mit chronischen Erkrankungen sind rar.

Methoden: Die LeikD Studie (Lebensstil-Intervention bei KHK und Diabetes [1]) schloss 502 Patienten ein, die eine Diagnose mit koronarer Herzerkrankung und Typ-2-Diabetes mellitus hatten. Eine 1:1 Randomisierung auf die Gruppen „Lebensstilintervention (individueller Trainingsplan, Ernährungsempfehlungen und Schulung der Gesundheitskompetenz)“ versus „Usual Care“ folgte. Die heimbasierte telemedizinisch-unterstützte Lebensstilintervention (inkl. Smartphone-App) war auf 12 Monate ausgelegt, die ersten 6 Monate mit zusätzlichem persönlichen Kontakt zwischen Betreuer und Patient, in den folgenden 6 Monaten ohne diese Betreuung und nur alleine über die App. Patienten wurden über die Techniker Krankenkasse kontaktiert und bei Interesse über ein wohnortnahes Studienzentrum in die Studie eingeschlossen. Die heimbasierte Intervention wurde zentral über das TUM Klinikum in München koordiniert und betreut.

Ergebnisse: Die Ergebnisse zeigen, dass in großen Studien die Applikation von Lebensstilintervention über eine App zum einen nur mit einem hohen personellen und zeitlichen Aufwand umzusetzen ist, ältere Patienten durchaus große Schwierigkeiten haben, die digitalen Informationen umzusetzen, und der klinische Erfolg überschaubar ist. So kam es nach 6 Monaten zwar zur Verbesserung des HbA1c als Langzeitblutzuckerwert bei diesen Patienten, aber der Effekt war nach 12 Monaten nicht mehr aufrechtzuerhalten. Besonders deutlich wurde, wie stark der Erfolg von der aktiven Teilnahme abhing: Nur 41 % der Teilnehmenden setzten den Großteil der Trainingsvorgaben innerhalb der ersten 6 Monate um, während 72 % regelmäßig die Ernährungsprotokolle ausfüllten. Besonders auffällig war, dass viele gar nicht erst richtig ins Training starteten – es lag also weniger am „Durchhalten“ als am „Loslegen“. Bei denjenigen, die sowohl beim Training als auch bei der Ernährung ausreichend mitmachten, waren die Ergebnisse deutlich besser: Der HbA1c sank um etwa 0,3 %, zudem verbesserten sich auch Körpergewicht, Blutfettwerte und Lebensqualität deutlicher.

Schlussfolgerung: Die Studie zeigt, dass ein rein heimbasiertes, telemedizinisch begleitetes Programm nicht für alle Betroffenen geeignet ist. Für viele scheinen die Einstiegshürden zu hoch zu sein, selbst mit intensiver individueller Unterstützung. Ein möglicher Weg könnte darin bestehen, zunächst in einem betreuten Umfeld Ängste abzubauen, Sicherheit zu gewinnen und den Umgang mit der Technik zu üben. Anschließend könnte die Betreuung schrittweise ins häusliche Umfeld übergehen. Darüber hinaus scheint es notwendig, auch über längere Zeiträume hinweg regelmäßiges Feedback zu geben, um Motivation und Erfolge dauerhaft zu sichern.

Literatur

- [1] Mueller et al. (2025). [Telemedicine-supported lifestyle intervention](#)
- [2] Halle (2025). [Der Hype um Medizin-Apps muss relativiert werden](#)

Leitlinien, personalisierte Medizin und andere Wege, das Gesundheitssystem (und die PKV) zu ruinieren - eine Polemik

Prof. Dr. Thomas Kühlein

PL

Allgemeinmedizinisches Institut, Friedrich-Alexander-Universität Erlangen
thomas.kuehlein@uk-erlangen.de

Zusammenfassung

Randomisiert kontrollierte Studien stellen eine nüchterne Gegenprüfung wissenschaftlicher Labortheorien dar. Evidenzbasierte Medizin (EbM) sollte sich idealerweise auf diese Studien stützen und gemeinsam mit Patientinnen und Patienten individuelle Entscheidungen treffen – dies ist der anerkannte Standard guter Medizin und das Maß für Über-, Unter- oder Fehlversorgung. EbM integriert externe Evidenz mit klinischer Expertise und Patientenpräferenzen. Leider wird EbM weithin nicht so verstanden und gelebt. Leitlinien als EbM-Instrument stoßen an systematische Grenzen: Sie fokussieren Einzelerkrankungen statt Multimorbidität, geben Empfehlungen für nicht existierende Durchschnittspatienten und bieten kaum Unterstützung beim notwendigen Abweichen von Standardempfehlungen. Die „personalisierte Medizin“ konzentriert sich primär auf genetische Profile in der Onkologie und unterscheidet sich von patientenzentrierter Medizin, die bereits integraler EbM-Bestandteil ist. Überversorgung schädigt Patienten direkt, bedingt Unterversorgung und verschwendet Ressourcen. Beispiele aus Prävention und Knochendichtemessung illustrieren das Problem. Die Ursachen bilden eine toxische Mischung aus Unverständnis des EbM-Konzepts, Ängsten, überzogenen Hoffnungen und finanziellen Interessenkonflikten auf allen Ebenen – in Forschung, Leitlinienerstellung und Fortbildung. Das Osteoporose-Beispiel zeigt exemplarisch, wie industriefinanzierte Definitionen und Forschungsagenden zu problematischen Empfehlungen führen können. Das „Gesetz des abnehmenden Grenznutzens“ verdeutlicht, dass zusätzliche Interventionen in hochentwickelten Gesundheitssystemen oft nur marginalen Nutzen bei überproportional steigenden Kosten erbringen. Die Gesundheitsökonomie zeigt, dass nutzlose Medizin und Kosten invers zur Zufriedenheit verlaufen. Lösungsansätze umfassen systematische EbM-Ausbildung aller Medizinstudierenden, öffentliche Forschungsfinanzierung, strikte Reduktion finanzieller Interessenkonflikte sowie systematische und evidenzbasierte Aufklärung der Bevölkerung statt Werbung für mehr Medizin. Die Vision eines optimierten Gesundheitswesens erfordert einen kulturellen Wandel weg vom Wachstumsdogma hin zu rationaler, patientenzentrierter Versorgung.

Literatur

- [1] Sackett et al. (1996). [Evidence based medicine: what it is and what it isn't](#)
- [2] Heath (2013). [Overdiagnosis: when good intentions meet vested interests](#)
- [3] Braithwaite et al. (2020). [The three numbers you need to know about healthcare: the 60-30-10 Challenge](#)

Gut – besser – digital? – Wie niedergelassene Ärztinnen und Ärzte die Telemedizininfrastruktur (TI) und DiGAs erleben und was sich ändern muss

Prof. Dr. Holger Gothe

PSA

Department für Public Health, Versorgungsforschung und HTA, UMIT, Österreich
Gesundheitswissenschaften / Public Health, TU Dresden
Medizinisches Informationsmanagement, Fakultät III, Abt. Information und Kommunikation, Hochschule Hannover
Holger.Gothe@umit-tirol.at

Zusammenfassung

Die Digitalisierung im Gesundheitswesen gilt seit 30 Jahren als verheißungsvolles Zukunftsthema. Sie weckt die Erwartung, Versorgung effizienter, patientenzentrierter und qualitätvoller zu gestalten. Allerdings berichten niedergelassene Ärztinnen und Ärzte von erheblichen Hürden bei der praktischen Nutzung digitaler Anwendungen wie der Telemedizininfrastruktur (TI) oder digitaler Gesundheitsanwendungen (DiGA). Zwischen politischem Anspruch und realer Versorgung klafft eine Lücke, die nicht nur Akzeptanz und Motivation gefährdet, sondern auch die Potenziale digitaler Innovationen ungenutzt lässt. Der Vortrag greift Stimmen und Erfahrungen aus der ambulanten Versorgung auf und zeigt, wo Digitalisierung in der Praxis scheitert – und wo sie tatsächlich Entlastung und Mehrwert bringen kann. Im Mittelpunkt stehen praxisbezogene Aspekte wie bessere Schnittstellen, höhere Verlässlichkeit, transparente Nutzenkommunikation sowie eine konsequente Ausrichtung auf die Bedürfnisse von Behandelnden sowie Patientinnen und Patienten. Nur wenn digitale Werkzeuge den Versorgungsprozess erkennbar unterstützen, kann aus „gut gemeint“ tatsächlich „gut gemacht“ werden.

Literatur

- [1] an der Heiden et al. (2024). [Wissenschaftliche Evaluation des Produktivbetriebs ...](#)
- [2] Moran et al. (2025) [Reimbursement of Digital Therapeutics: Deep Dive](#)
- [3] Gensorowsky et al. (2022). [Market access and value-based pricing of digital health applications in Germany](#)
- [4] Schmidt et al. (2024). [The three-year evolution of Germany's digital therapeutics reimbursement program ...](#)

Der Onkobutler als digitaler Begleiter für die Krebstherapie: Ein zukunftsweisender Use Case

Dr. Michael Wöhr

PSA

Zentrum ambulante Onkologie, Schorndorf
woehr@onkologie-rem-s-murr.de

Zusammenfassung

Die ambulante onkologische Versorgung steht vor erheblichen Herausforderungen durch Arbeitsverdichtung, Fachkräftemangel und zunehmende Therapiekomplexität. Im Versorgungsalltag werden Gesundheitsdaten zwischen den Praxiskontakten bei den überwiegend ambulant durchzuführenden onkologischen Therapien zumeist nicht systematisch erhoben, was eine optimale Therapiesteuerung und frühzeitige Intervention bei unerwünschten Ereignissen erschwert. Der Onkobutler wurde als praxisnahe digitale Lösung entwickelt, um kontinuierlich patientenberichtete Outcome-Daten (electronic patient-reported outcomes, ePRO) zu erfassen. Die App ermöglicht Patienten die tägliche Dokumentation von über 30 therapie relevanten Parametern, darunter Vitalwerte (Gewicht, Temperatur, Puls, Blutdruck), Allgemeinbefinden, Belastbarkeit sowie spezifische Nebenwirkungen wie Mukositis, gastrointestinale Beschwerden, Fatigue und psychische Parameter. Die erhobenen Daten werden übersichtlich visualisiert und ermöglichen dem Behandlungsteam einen „ärztlichen Blick light“ zwischen den Therapiezyklen. Die Entwicklung erfolgte nach dem Bottom-up-Prinzip direkt aus der Praxis heraus mit agiler Methodik entlang realer Versorgungsbedarfe. Die App zeichnet sich durch intuitive WhatsApp-ähnliche Bedienung, Medikamentenerinnerungsfunktion, Mehrsprachigkeit und vollständige DSGVO-Konformität aus. Als kostenfreie Alternative zu kommerziellen Angeboten mit teils fragwürdigem Schutz der sensiblen Gesundheitsdaten ist sie sofort einsatzbereit. Die Potenziale von ePRO-Analysen umfassen frühere Erkennung und Vermeidung unerwünschter Ereignisse, verbesserte Therapiesteuerung entlang patientenrelevanter Outcomes sowie optimierte Ressourcenallokation. Die Ergebnisse der wissenschaftlichen Evaluation zu den Effekten für die Therapie- und Ressourcensteuerung stehen noch aus. Geplant ist zudem die Integration von Smartwatch-Daten sowie die Einbettung vertrauenswürdiger KI-Strategien und -Anwendungen. Der Onkobutler demonstriert, wie praxisentwickelte digitale Tools die Versorgungsqualität bei gleichzeitiger Entlastung des medizinischen Personals verbessern können. Im Gegensatz zu regulationsgetriebenen Top-down-Ansätzen ermöglicht die agile Entwicklung entlang realer Bedarfe effiziente, praxistaugliche und skalierbare Lösungen für die ambulante Onkologie. Der Onkobutler wird unterstützt von AMGEN GmbH, München, unter Verzicht auf Produktplatzierungen.

Literatur

[1] [Der Onkobutler](#)

Evaluationskriterien für Digitale Gesundheitsanwendungen (DiGA)

Prof. Dr. Kolominsky-Rabas, MBA

PSA

Interdisziplinäres Zentrum für Health Technology Assessment (HTA) und Public Health, Nationales Spitzencluster „Exzellenzzentrum für Medizintechnik – Medical Valley EMN“, Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg
peter.kolominsky-rabas@fau.de

Zusammenfassung

Seit Beginn der Versorgung durch digitale Gesundheitsanwendungen (DiGA) stehen zwei Themen im Zentrum der Diskussion zwischen den beteiligten Akteuren: die wissenschaftlich nachgewiesene Wirksamkeit sowie die Kosten und Preisgestaltung. Während alle dauerhaft zugelassenen DiGA höchste Evidenzstandards bei der Wahl des Studiendesigns für den Wirksamkeitsnachweis erfüllen, gibt es Kritik an der methodischen Qualität der Zulassungsstudien. Kritisch gesehen wird die Vergütung vorläufig zugelassener DiGA ohne vorliegende Evidenz sowie die im ersten Erstattungsjahr freie Preisgestaltung durch die Hersteller. Im Rahmen der Zulassung sollte sichergestellt werden, dass die Zulassungsstudien verzerrungsfrei durchgeführt werden und international gültigen Standards der evidenzbasierten Medizin entsprechen. Zudem besteht eine Forschungslücke hinsichtlich von Kosten-Wirksamkeits-Studien, die es zu schließen gilt, um eine bessere Einschätzung der ökonomischen Rahmenbedingungen zu ermöglichen.

Literatur

- [1] Kolominsky-Rabas PL et al. (2022). [Wie belastbar sind Studien der aktuell dauerhaft aufgenommenen ...](#)
- [2] Higgins JPT et al. (2019). [Revised Cochrane risk-of-bias tool for randomized trials \(RoB 2\)](#)
- [3] kvApprader. [Informationen zu Gesundheits-Apps](#)
- [4] Dietzel N et al. (2025). [Wissenschaftliche Evidenz und Kosten von DiGA](#)

Digitale Infrastruktur für Lebensweltenprävention: „Gesundheit gestalten“

M. Reemts

PSB

Verband der Privaten Krankenversicherungen (PKV), Geschäftsbereich Politik, Referat Prävention
martin.reemts@pkv.de

Zusammenfassung

Die Evaluation des Präventionsgesetzes nach zehn Jahren offenbart erhebliche Defizite in der Lebensweltenprävention: mangelnde Transparenz über existierende Präventionsangebote, ineffiziente Parallelprojekte mit geringer Reichweite, fehlende langfristige Finanzierungsperspektiven sowie unzureichende Kooperationsstrukturen, die zu ressourcenintensiven Insellösungen führen [1]. Einheitliche Qualitätsstandards fehlen selbst in grundlegenden Bereichen wie Datenschutz und Barrierefreiheit. Ein flächendeckendes Angebot digitaler Schulungs- und Beratungsformate ist nicht vorhanden.

Die digitale Infrastruktur „Gesundheit gestalten“ (www.gesundheit-gestalten.de) ist ein Werkzeug, das der Verband der Privaten Krankenversicherungen (PKV) entwickelt und das zum Erreichen der Präventionsziele beiträgt. Die Infrastruktur adressiert vier zentrale Handlungsfelder: Transparenz, Kooperation, Qualitätssicherung sowie flächendeckende Schulung und Beratung. Die technische Architektur folgt dem Konzept eines „Hochhauses der Prävention“, bei dem individuelle Learning-Management-System-Instanzen für verschiedene Präventionsprogramme als separate Stockwerke fungieren, während eine zentral organisierte Grundstruktur die gemeinsame Basis bildet. Die aktuelle Implementierung umfasst Informationsbereitstellung, digitale Weiterbildungsformate (E-Learnings und Webinare), DSGVO-konforme Beratungsangebote sowie Funktionen zur digitalen Vernetzung mit anderen Entwicklern und Einrichtungen. Das Programmportfolio gliedert sich in drei Lebensphasen: „Gesund Aufwachsen“ (Gewaltprävention in Kitas, Suchtprävention, Förderung sexueller Gesundheit in Schulen), „Gesund Leben“ (Förderung sexueller Gesundheit in medizinischen Einrichtungen) und „Gesund Altern“ (Bewegungs-, Kognitions- und psychische Gesundheitsförderung in Pflegeeinrichtungen und Kommunen). Übergreifende Themenfelder umfassen digitale Gesundheitsförderung, Klimagesundheit und Gesundheitskompetenz. Die PKV fungiert derzeit als Betreiber der Infrastruktur, d.h. sie beauftragt externe Dienstleister für die Wartung, den Support und die Weiterentwicklung der Infrastruktur. Ein digitales Kompetenzzentrum bietet zentrale Unterstützungsleistungen an. Ab 2026 bestehen Gestaltungsspielräume bei Kostenmanagement und technischer Weiterentwicklung. Eine potenzielle Novellierung des Präventionsgesetzes könnte die Verwendung von Finanzmitteln an die Nutzung dieser Infrastruktur koppeln und damit die Leit motive Transparenz, Qualität, Kooperation und Digitalisierung in der Lebensweltenprävention nachhaltig stärken.

Literatur

[1] Bundesministerium für Gesundheit. [Prävention \(Präventionsgesetz – PräVG\)](#). BGBl. I 2015; S. 1368.

[2] Verband der Privaten Krankenversicherung e. V. (2023). [Informationsbroschüre](#)

LIEBESLEBEN - Das Mitmach-Projekt: Förderung sexueller Gesundheit in Schulen

Simone Richter, Lena Wiesler

PSB

Referat T3 – Sexuelle Gesundheit, Prävention von HIV und anderen STI, Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit
Simone.Richter@bioeg.de, Lena.Wiesler@bioeg.de

Zusammenfassung

„LIEBESLEBEN – Das Mitmach-Projekt“ (LLMP) ist ein niedrigschwelliges und kostenfreies Angebot des Bundesinstituts für Öffentliche Gesundheit (BIÖG, ehemals BZgA) zur Förderung der sexuellen Gesundheit an allen weiterführenden Schulen, inklusive Förderschulen. Es richtet sich an Schüler*innen sowie Lehr- und Fachkräfte und wird in Kooperation mit dem PKV-Verband umgesetzt. Das im Jahr 2020 bundesweit gestartete Schulprojekt hat das Ziel, die sexuelle Gesundheit von Jugendlichen zu fördern und langfristig zur Prävention von HIV und anderen sexuell übertragbaren Infektionen (STI) beizutragen.

Die Themenmodule: Im Mittelpunkt stehen Methoden und Materialien zu sechs Themenmodulen, die relevante Aspekte der sexuellen Gesundheit abdecken: „HIV und andere STI“, „Schutz und Safer Sex“, „Freundschaft und Beziehung“, „Körper und Gefühle“, „Vielfalt und Respekt“ sowie „Sexualität und Medien“. Sie werden Lehr- und Fachkräften an Schulen zur langfristigen und niedrigschwelligen Arbeit zur Verfügung gestellt.

Angebot und nachhaltiger Ansatz: Auf Grundlage des Multiplikator*innen-Ansatzes erhalten teilnehmende Schulen einen Materialkoffer mit Methoden zu allen sechs Themenmodulen sowie eine Fortbildung für Lehr- und Fachkräfte. Darüber hinaus werden Vernetzungsmöglichkeiten mit außerschulischen Fachkräften wie Fach- und Beratungsstellen geschaffen. Die Inhalte, Methoden und Materialien der Themenmodule lassen sich alters- und zielgruppenspezifisch anpassen und sind somit vielseitig einsetzbar. Um eine möglichst große Zahl von Schulen bundesweit zu erreichen und eine nachhaltige Verankerung der Themen in den Schulen sicherzustellen, verfolgt LLMP zwei miteinander verzahnte Strategien:

- **Parcours-Veranstaltung:** Schulen haben die Möglichkeit, einen von geschulten Fachkräften moderierten, interaktiven Parcours vor Ort durchzuführen. An mehreren aufeinanderfolgenden Tagen können verschiedene Schulklassen teilnehmen. Diese durchlaufen die sechs Stationen in Kleingruppen. Auch die Lehrkräfte sowie schulische und außerschulische Fachkräfte werden ebenfalls vom BIÖG-Team fortgebildet.
- **Länderverstetigung:** in jedem Bundesland wird gemeinsam eine landesspezifische Fortbildungsstruktur etabliert. Lehr- und Fachkräfte werden von qualifizierten Trainer*innen im Land zu den Methoden im Materialkoffer fortgebildet und mit außerschulischen Fachkräften vernetzt (Train-the-Trainer-Prinzip). Dieses Vorgehen fördert die strukturelle Verankerung und passt das Projekt an regionale Gegebenheiten an.

Die Umsetzung der Strategien wird durch verschiedene Digitalisierungsmaßnahmen ergänzend unterstützt, beispielsweise durch den Aufbau einer Lernplattform oder die Bereitstellung von Online-Materialien zum Ausdrucken.

Qualitätssicherung und Evaluation: LLMP wurde partizipativ entwickelt und im Rahmen der Pilotphase (Erprobung an vier Schulen unterschiedlicher Schulformen) durch ein unabhängiges Institut prozessevaluiert: Das Projekt wird den unterschiedlichen Zielgruppen gerecht und besitzt ein hohes Wirkpotenzial – sowohl für die Jugendlichen als auch für die Lehr- und Fachkräfte sowie für strukturelle Veränderungen in der Schule. LLMP wird zudem fortlaufend weiterentwickelt. In diesen Prozess fließen die Ergebnisse interner Qualitätssicherungsmaßnahmen kontinuierlich ein. Darüber hinaus erfolgt auch weiterhin eine umfassende prozess- und ergebnisorientierte Evaluation.

Literatur

- [1] Kirby D et al. (2007). [Sex and HIV education programs: their impact on sexual behaviors ...](#)
- [2] World Health Organization (2015). [Sexual health, human rights and the law](#)

Virtual Twins – wie digitale Innovationen die Versorgung antreiben

Dr. Ulrike Weirauch¹, Prof. Dr. Maximilian Merz^{2,3}, Dr. Kristin Reiche¹ (im Namen des CERTAINTY-Konsortiums)

PL

¹Abteilung für Medizinische Bioinformatik, Fraunhofer-Institut für Zelltherapie und Immunologie IZI, Leipzig

²Klinik für Hämatologie, Zelltherapie, Hämostaseologie und Infektiologie, Universitätsklinikum Leipzig

³Memorial Sloan Kettering Cancer Center, NY, USA

ulrike.weirauch@izi.fraunhofer.de, maximilian.merz@medizin.uni-leipzig.de, kristin.reiche@izi.fraunhofer.de

Zusammenfassung

Digitale und virtuelle Zwillinge sind patientenindividuelle digitale Modelle einzelner Organe bzw. mehrerer Organe und deren Zusammenspiel. Diese digitalen Abbilder werden kontinuierlich mit Daten des Patienten aktualisiert und erlauben die Ableitung patientenindividueller Vorhersagen. Zelluläre Immuntherapien, wie chimäre Antigenrezeptor (CAR)-T-Zellen, sind innovative Behandlungsoptionen für Patienten mit bestimmten Formen hämatologischer Krebserkrankungen und führen zu einzigartigen Ansprechraten bei meist handhabbaren Nebenwirkungen. Neben Patienten, die eine teils langfristige Remission erfahren, sprechen andere jedoch nicht auf die Therapie an. Virtuelle Zwillinge eignen sich im Besonderen für Vorhersagen darüber, ob ein Patient wahrscheinlich von einer CAR-T-Zelltherapie profitiert, da sie in der Lage sind, das komplexe Zusammenspiel zwischen CAR-T-Zellen und Patient über die Zeit zu modellieren und Vorhersagen abzuleiten. Im EU-geförderten Projekt *CERTAINTY – A cellular immunotherapy virtual twin for personalised cancer treatment* [1,2] entwickeln wir einen ersten Prototypen für einen virtuellen Zwilling für Patienten mit Multiplen Myelom, die eine CAR-T-Zelltherapie erhalten können. Zukünftig soll der virtuelle Patientenzwilling kontinuierlich patientenindividuelle Daten mehrerer biologischer Ebenen (molekular, zellulär, Gewebe, Organ, Körper) aus verschiedenen Quellen (z.B. elektronische Patientenakte, Laborwerte, digitale Gesundheitsanwendungen) integrieren. Dies stellt hohe technische, klinische, biologische, rechtliche und ethische Anforderungen an die KI-Anwendung, die im Entwicklungsprozess mitgedacht werden müssen (*compliance by design* [3]) und einer engen Zusammenarbeit verschiedener Disziplinen in einem ko-kreativen Prozess bedürfen. So kann ein erster Prototyp entstehen, der nach Ende des Projekts als vertrauenswürdige und verlässliche Produkt für die klinische Anwendung weiterentwickelt werden kann. In den ersten 18 Monaten des Projekts konnten wir die Grundlagen für Sicherheit, Schutz und Harmonisierung von Patientendaten legen [4]. Darüber hinaus wurde eine Plattform für föderiertes Lernen etabliert, die ein Training der Modelle am Ort der Daten ermöglicht. Erste Impulse relevanter Stakeholder wurden in die Infrastruktur des virtuellen Zwillings übernommen. Zusätzlich haben wir multi-modale molekulare Daten erhoben, die einen tiefen Einblick in Status und Zusammenspiel der CAR-T-Zellen im Patienten und dem Immunsystem im peripheren Blut erlauben [5, 6]. Mit der Entwicklung eines virtuellen Zwillings für Patienten, die eine CAR-T-Zelltherapie erhalten können, generieren wir in *CERTAINTY* eine KI-basierte Anwendung, die Ärzte und Patienten in der Entscheidung zukünftig unterstützen kann, wann und von welchem CAR-T-Zellprodukt ein Patient am meisten profitiert. Gleichzeitig ermöglichen die gesammelten Daten einen einzigartigen Einblick in die Wirkungsweise von CAR-T-Zelltherapien, was die Entwicklung und Optimierung von Zelltherapien und ihrem aufwendigen Herstellungsprozess unterstützt.

Literatur

[1] *CERTAINTY – A Cellular Immunotherapy Virtual Twin for Personalised Cancer Treatment*

[2] *CERTAINTY – Ein virtueller Zwilling für die maßgeschneiderte Krebsbehandlung*

[3] Weirauch et al. (2025). *Design specifications for biomedical virtual twins in engineered adoptive cellular immunotherapies*

[4] Reiche et al. (2025). *Virtual twins for personalised CAR T-cell therapy in myeloma*

[5] Braun et al. (2025). *Multiomic profiling of T cell lymphoma after therapy with anti-BCMA CAR T cells ...*

[6] Rade et al. (2025). *A longitudinal single-cell atlas to predict outcome and toxicity ...*

Eine zentrale Komponente für digitale Innovationen: die ePA+

Daniel Becker

PL

Research Industrial Systems Engineering (RISE), Wien
daniel.becker@rise-world.com

Zusammenfassung

Das ePA+ Ökosystem erweitert die elektronische Patientenakte systematisch durch zusätzliche digitale Gesundheitsanwendungen, die weit über die ePA-Basisfunktionen hinausgehen. Der Beitrag analysiert Konzeption und Wirkeffekte ausgewählter ePA+ Anwendungen mit Fokus auf präventive Gesundheitsförderung. Das ePA+ Konzept erweitert das Funktionsspektrum der aktuellen ePA-Implementierung in Deutschland durch Zusatzfunktionen, die das Potenzial digitaler Gesundheitsanwendungen in der Telematikinfrastruktur ausschöpfen. RISE verfolgt einen Entwicklungsansatz, der anwendungsorientierte Forschung und praktische Umsetzung kombiniert. Die Entwicklung erfolgt nutzerzentriert durch systematische Bedarfserhebungen, UX-Evaluierungen und Feldtests [1]. Das ePA+ Ökosystem gliedert sich in medizinische Domänen (Prävention, chronische Erkrankungen, etc.) und Verwaltungsdomänen (Versicherungsinteraktion). Der Vorsorgemanager als Beispielanwendung bietet versichertenindividuelles Vorsorgemanagement orientiert an KBV- und G-BA-Vorsorgeplänen, offen für spezifische Vorsorgepläne der Versicherer. Kernfunktionen umfassen personalisierte Untersuchungspläne, Erinnerungsservices und Terminverwaltung. Intendierte Wirkeffekte sind Motivationssteigerung für regelmäßige Vorsorge, Verbesserung gesundheitsfördernder Verhaltensweisen und Früherkennungsförderung. Diese ePA+ Anwendungen basieren auf vier zentralen Ansätzen: Bewusstseinsbildung für gesundheitsbewusstes Verhalten, Gamification zur Motivationssteigerung, orchestrierte Anwendungsbausteine für Gesundheitsmanagement und Self-Care-Förderung. Diese zielen auf graduelle Gesundheitsverbesserung und positive gesundheitsökonomische Effekte ab [2]. Das ePA+ Ökosystem demonstriert das Potenzial digitaler Gesundheitsanwendungen als funktional verzahnte Erweiterung der TI. Die Win-Win-Situation durch präventive Gesundheitsförderung macht es zu einem vielversprechenden Ansatz für die deutsche Gesundheitsversorgung.

Literatur

- [1] Nielsen, Norman (2016). [The definition of user experience \(UX\)](#)
- [2] Bandura (2004). [Health promotion by social cognitive means](#)

SGLT2-Inhibitoren versus andere Antidiabetika: Identifikation von Einflussfaktoren der medikamentösen Therapie von Diabetes mellitus Typ 2

Nele Bößneck, Julie Könnecke, Alexandra Drebka, Annika Scholl, Prof. Dr. Beatrice E. Bachmeier

PSC

¹Institut für Pharmazeutische Biologie, Universität Frankfurt
boessneck@pharmchem.uni-frankfurt.de

Zusammenfassung

Diabetes mellitus Typ 2 ist eine heterogene, chronische Erkrankung mit multiplen Komorbiditäten und einer Prävalenz von über 10 % in der deutschen erwachsenen Bevölkerung. Gemäß der Nationalen Versorgungsleitlinie 3.0 (2023) sollen neben Lebensstiländerungen vor allem die medikamentösen Therapieoptionen Metformin, SGLT2-Inhibitoren und GLP-1-Agonisten den Blutzuckerspiegel senken. Im weiteren Therapieverlauf kann bei unzureichendem Therapieerfolg oder Kontraindikation auf alternative Medikamentengruppen zurückgegriffen werden. Dazu zählen DPP4-Inhibitoren, Sulfonylharnstoffe, Pioglitazon und Insuline. Die medikamentöse Therapie des Typ-2-Diabetes stellt aus medizinischer, gesundheitsökonomischer und gesellschaftlicher Sicht eine bedeutende Herausforderung dar, vor allem auch im Hinblick auf die Notwendigkeit der individuellen Anpassung an die betroffenen Patient*innen.

Im dargestellten Wissenschaftsprojekt sollen retrospektiv aus Gesundheits- und Abrechnungsdaten Faktoren identifiziert werden, die es in Zukunft ermöglichen bzw. erleichtern, systematisch effiziente Therapieentscheidungen zu treffen. Dabei steht die Evaluation der Überlegenheit von SGLT2-Inhibitoren gegenüber anderen Antidiabetika im Fokus. Für die Identifikation relevanter Einflussfaktoren und determinierender Kovariate sollen verschiedene Datenquellen bivariat und multivariat analysiert werden. Es ist geplant, Daten aus dem WIP und dem WIdO zur Ermittlung von Verschreibungszahlen/-mustern und wirtschaftlichen Aspekten zu nutzen. Anhand von zusätzlichen Daten aus der NAKO-Gesundheitsstudie kann der Einfluss von weiteren Kovariaten wie z.B. Lebensstilfaktoren, Alkoholkonsum, Ernährung oder alltägliche Belastung untersucht werden. Dabei sollen hier dann potenzielle Zusammenhänge mit systemischen, sozioökonomischen sowie patientenbezogenen Einflussfaktoren wie Alter oder Versicherungsstatus mit einbezogen werden. Von besonderem Interesse sind bei den geplanten Untersuchungen auch verschiedene Faktoren der Medikamentennutzung, wie z.B. der mögliche Einfluss von Begleitmedikation, Therapietreue (Adhärenz) und Komorbiditäten. Das übergeordnete Ziel ist die Bestimmung relevanter Einflussfaktoren auf den aktuellen Status Quo der medikamentösen Therapieentscheidungen bei Typ2-Diabetes und eine Evaluierung, inwiefern Verbesserungen möglich sind. Die aus dem Forschungsprojekt gewonnenen Erkenntnisse sollen dazu führen, dass in Zukunft die Diabetesbehandlungen leichter individualisiert und kosteneffizienter werden können. Therapieentscheidungsprozesse könnten harmonisiert und erleichtert werden, was wesentlich zur Verbesserung der Versorgungsstruktur beitragen kann.

Literatur

- [1] [Nationale Versorgungsleitlinie \(NVL\) Typ-2-Diabetes, 3. Auflage.](#)
- [2] Kosiborod et al. (2017). [Cardiovascular Events Associated With SGLT-2 Inhibitors ...](#)
- [3] Patorno et al. (2019). [Empagliflozin and the Risk of Heart Failure Hospitalization in Routine Clinical Care](#)

Arzneimittelanwendung bei gynäkologischen Beschwerden: Inanspruchnahmedaten der privaten Krankenvollversicherten (2019 – 2022)

Alexandra Drebka¹, Annika Scholl¹, Dr. Christian O. Jacke², Prof. Dr. Beatrice E. Bachmeier¹

PSC

¹Institut für Pharmazeutische Biologie, Universität Frankfurt

²Wissenschaftliches Institut der Privaten Krankenversicherungen (WIP), Köln

drebka@em.uni-frankfurt.de

Einleitung

Trotz verfügbarer medikamentöser Therapieoptionen sind menstruationsbedingte und klimakterische Beschwerden in Deutschland weiterhin hochprävalent. Dies wirft die Frage auf, ob die bestehenden pharmakologischen Standardtherapien (Hormonelle Kontrazeptiva und Hormonersatztherapie) nicht im erwarteten Maße zur Symptomlinderung beitragen oder nur eingeschränkt zur Anwendung kommen. Über die ärztliche Verordnung alternativer Ansätze, insbesondere pflanzlicher Arzneimittel, liegen bislang keine systematischen Daten vor. Analysen zur Inanspruchnahme sowohl synthetischer als auch pflanzlicher Arzneimittel bieten einen zentralen Zugang zur Versorgungsrealität.

Methoden

Aus dem WIP-Arzneimittelprojekt der privaten Krankenversicherungen (PKV) wurden die zur Verrechnung eingereichten Arzneimittelverordnungen zur Behandlung menstrueller und klimakterischer Beschwerden ausgewertet. Eingeschlossen wurden alle verordneten Arzneimittelpackungen, die zwischen 2019 und 2022 in Anspruch genommen wurden. Die Daten wurden nach dem ressourcenorientierten Verfahren zusammengestellt [1]. Ausgeschlossen wurden männliche Versicherte und Frauen unter 12 Jahren sowie Arzneimittelpackungen, die nicht den ATC-Codes G03A, G03C, G03F oder G02CP zugeordnet werden konnten. Insgesamt gingen 2,8 Mio. Arzneimittelpackungen zur Behandlung gynäkologischer Beschwerden in die deskriptiven Analysen ein.

Ergebnisse

Von 2019 bis 2022 wurden überwiegend synthetische Hormonpräparate (G03; 91,5 %) in Anspruch genommen und pflanzliche Gynäkologika (G02; 8,5 %) machten weniger als ein Zehntel aus. Während die Zahlen für synthetische Hormonpräparate nach einem Rückgang bis 2021 anschließend wieder nahezu das Ausgangsniveau erreichten, zeigte sich bei pflanzlichen Arzneimitteln ein durchgehend rückläufiger Trend. Zur Behandlung menstrueller Beschwerden dominierten bei den 12- bis 25-Jährigen die Hormonellen Kontrazeptiva (G03A; 92,2 %), während die pflanzlichen Arzneimittelpackungen (G02CP01; G02CP02; G02CP05; G02CP07) lediglich 7,8 % ausmachten. Mit zunehmendem Alter stieg der Anteil pflanzlicher Arzneimittelpackungen kontinuierlich an (26-39 Jahre: 25,6 %; 40-60 Jahre: 35,6 %) und überstieg erstmals bei Frauen über 60 Jahren den Anteil synthetischer Arzneimittelpackungen (59,2 % vs. 40,8 %). Zur Behandlung klimakterischer Beschwerden nahmen in allen Altersgruppen mehr als 90 % (12-40 Jahre: 98,5 %; 41-65 Jahre: 91,2 %; >65 Jahre: 97,2 %) der Frauen Arzneimittel, die der Klasse der Hormonersatztherapie angehören (G03C, G03F), in Anspruch. Pflanzliche Arzneimittel (G02CP03; G02CP04; G02CP53) blieben altersübergreifend unter 10 %, mit dem höchsten Anteil bei den 41- bis 65-Jährigen (8,8 %).

Diskussion

Zwischen 2019 und 2022 dominierten synthetische Hormonpräparate die medikamentöse Versorgung gynäkologischer Beschwerden deutlich gegenüber pflanzlichen Arzneimitteln, wobei sich altersabhängige Präferenzen zeigten. Für den geringen Anteil pflanzlicher Arzneimittel können die KSB-Prinzipien (Kostenerstattungsprinzip, Selbstbehalte und Beitragsrückerstattungen) als Erklärung dienen [1]. Dazu kommen pandemiebedingte Effekte sowie der deutliche Rückgang persönlicher Arzt-Patient*innen-Kontakte, der durch die eingeschränkte ärztliche Versorgung auch zu sinkenden Bezugszahlen von Arzneimitteln beigetragen haben kann. Ebenso könnten fehlendes Wissen bezüglich alternativer Therapieoptionen auf Seiten der Patientinnen die beobachteten Trends beeinflusst haben. Um den Versorgungsalltag besser zu verstehen und das Potenzial pflanzlicher Arzneimittel gezielter nutzen zu können, sind ergänzende Erhebungen von Patientenpräferenzen und Wirksamkeitserfahrungen sowie die Gründe für Empfehlung oder Verschreibung aus Sicht der Apotheker*innen und Ärzt*innen empfehlenswert.

Literatur

[1] Jacke et al. (2025). [Das Auswahlverfahren von PKV-Daten ...](#)

Sustainable Productivity and Health Advisor (SUPHRA)

Prof. Dr. Michael Fellmann¹, Prof. Dr. Georg Fuellen², Carolin Gellner¹, Hans Jarchow², Hans-Erik Thrans², Anton Kulaga², Nikolai Usanov², Tom North¹

PSC

¹Institut für Informatik, Lehrstuhl für Wirtschaftsinformatik, Universität Rostock

²Institut für Biostatistik und Informatik in Medizin und Altersforschung (IBIMA), Universität Rostock
michael.fellmann@uni-rostock.de

Zusammenfassung

Im interdisziplinären SUPHRA-Projekt (Sustainable Productivity and Health Advisor) ist das Ziel, ein KI-gestütztes System zur nachhaltigen Förderung von Produktivität und Gesundheit aufzubauen. Es wird an der Universität Rostock entwickelt und verfolgt das Ziel, Menschen dabei zu unterstützen, ihre Leistungsfähigkeit zu steigern und dabei auch etwas für ihre Gesundheit zu tun. Im Zentrum steht die Frage, wie man Höchstleistung mit Wohlbefinden vereinen kann. SUPHRA bietet wissenschaftlich fundierte Empfehlungen, die individuell auf die Nutzer zugeschnitten sind. Das System erfasst multimodale Daten aus vier Dimensionen: Arbeit, Verhalten, Einstellungen und körperliche Fitness. Ergänzt werden diese durch Biomarker von Fitness-Trackern wie Fitbit sowie optional medizinische Labordaten, um ein umfassendes Bild der individuellen Situation zu erhalten. Die Empfehlungen basieren auf validierten Skalen und berücksichtigen persönliche Präferenzen. Beispielhafte Maßnahmen, die SUPHRA vorschlägt, sind unter anderem regelmäßige Mikropausen, strukturierte Arbeitslast, gezielte Entspannungsübungen, soziale Interaktion und eine gesundheits- und fitnesssteigernde Ernährung. Ziel ist es, Fortschritte sichtbar zu machen und die Selbstwirksamkeit zu stärken.

Was kostet ein Schlaganfall und wer profitiert von neuen Therapien?

Dr. Hans Christian Krumholz¹, Dr. Christian O. Jacke²

PSC

¹Institut für Translationale Neurowissenschaften, Universität Münster

²Wissenschaftliches Institut der Privaten Krankenversicherungen (WIP), Köln

hans-christian.krumholz@uni-muenster.de

Einleitung

Der ischämische Schlaganfall stellt mit 270.000 Fällen jährlich in Deutschland und einem prognostizierten jährlichen Anstieg von 2,3 % eine erhebliche gesundheitsökonomische Herausforderung dar. Während jeder vierte Mensch im Leben einen Schlaganfall erleidet, bleiben 47 % der Betroffenen dauerhaft hilfs- oder pflegebedürftig. Trotz vorhandener Reperfusionstherapien (Thrombolyse, Thrombektomie) profitieren nur 10 % der Patienten von diesen Interventionen, während für 90 % keine therapeutische Option existiert, ebenso wie keine Neuroprotektion. Diese Arbeit analysiert die gesundheitsökonomischen Dimensionen des Schlaganfalls und evaluiert das Einsparpotenzial aus innovativen neuroprotektiven Therapieansätzen.

Methoden

Die Kostenanalyse basiert auf einer systematischen Auswertung von über 34 wissenschaftlichen Studien zur Krankheitslast des Schlaganfalls in Deutschland ab 2000. Die Daten stammten i.d.R. aus GKV-Schätzungen oder Registerdaten und erfassten direkte Kosten (akute Versorgung, Krankenhaus, Laborkosten, Rehabilitation, Pflege, Medikation u.a.) sowie indirekte Kosten (Produktivitätsausfall, informelle Pflege) über die gesamte Lebenszeit der Patienten. Es erfolgte eine deskriptive Übersicht über die Kosten entlang der Leistungssektoren. Eine stratifizierte Auswertung nach Schlaganfalltyp (TIA, ischämischer Schlaganfall, Großgefäßverschluss/LVO, intrazerebrale Blutung) sowie Schweregrad erfolgte mittels deskriptiver Statistiken.

Ergebnisse

Die Kostenanalyse zeigt erhebliche Bandbreiten in Abhängigkeit vom Schlaganfalltyp. Für die akute und stationäre Phase betrugen die mittleren Kosten beim Schlaganfall (allgemein) 4.069 € bis 12.563 €, beim ischämischen Schlaganfall 3.720 € bis 17.822 € und bei Großgefäßverschlüssen 27.041 € bis 35.898 €. Über die gesamte Lebenszeit der Patienten steigen die Gesamtkosten auf 73.257 € (allgemein), die direkten Kosten auf 46.305 € bzw. spezifisch bei LVO-Patienten auf 102.072 €. Die direkten Kosten während der akuten Phase belaufen sich auf 12.563 € (ischämischer Schlaganfall) bzw. 17.822 € (LVO). Langzeitkosten über das Patientenleben zeigen Gesamtkosten von 141.853 € mit direkten Kosten von 84.536 € (allgemein) bzw. 142.703 € bei LVO-Patienten.

Hauptkostentreiber sind der Schweregrad, gemessen über die Modified Rankin Scale (mRS), die Schlaganfallart, demografische Faktoren und Komorbiditäten. Die Kostenverteilung zeigt, dass mehrere Sozialversicherungsträger betroffen sind. Die Krankenversicherungen bzw. -kassen (PKV/GKV) tragen die akuten stationären und ggf. Rehabilitationskosten, die Rentenversicherung im Falle der Erwerbstätigen, die Pflegeversicherung kommt für Langzeitpflegekosten auf, während die indirekten Kosten den volkswirtschaftlichen Schaden vergemeinschaftet.

Diskussion

Die vorliegende Analyse verdeutlicht die Relevanz des Schlaganfalls. Das liegt daran, dass 24 % der Betroffenen erwerbsfähig sind (18–65 Jahre) und mehr als 20 % aller Betroffenen Rezidive erleiden. Eine neu entwickelte neuroprotektive Therapie, basierend auf einem Autotaxin-Hemmer, könnte das noch lebensfähige Nervengewebe in der Penumbra schützen und damit verbundene Folgeschäden sowie -kosten reduzieren. Bei erfolgreicher Implementierung dieser Add-on-Therapie wäre ein längeres Leben bei höherer Lebensqualität greifbar und könnte Einsparungen bei den direkten und indirekten Kosten ermöglichen. Ein günstigeres Verhältnis der Kosten pro gewonnenen Quality-adjusted Life Years (QALYs) bei geringerer Pflegebedürftigkeit wäre zu erwarten, sobald der neue Therapieansatz seine klinische Wirksamkeit bewiesen hat.

Literatur

- [1] Düvel et al. (2020). [Die Kosten des Schlaganfalls in Deutschland](#)
- [2] Kolominsky-Rabas et al. (2006). [Lifetime cost of ischemic stroke in Germany: Results and national projections ...](#)
- [3] Korner et al. (2018). [At what cost the economic impact of stroke in Europe](#)
- [4] Winter et al. (2008). [Langzeitkrankheitskosten 4 Jahre nach Schlaganfall oder TIA in Deutschland](#)

Das Auswahlverfahren von PKV-Daten bestimmt das Ergebnis: zum Unterschied zwischen Einreichungs- und Inanspruchnahmeverhalten

Dr. Tatjana Begerow, Julia Schaarschmidt, Dr. Christian O. Jacke

PSC

Wissenschaftliches Institut der Privaten Krankenversicherungen (WIP), Köln
tatjana.begerow@wip-pkv.de

Einleitung

Mit 8,7 Millionen Privatversicherten stellt die Private Krankenversicherung (PKV) ein bislang kaum erforschtes Segment des Gesundheitssystems dar. Allerdings unterscheidet sich der Datenfluss in der PKV grundlegend von dem in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) [1, 2]. Insbesondere das Kostenerstattungsprinzip, Selbstbehalte und Beitragsrückerstattungen verursachen einen zeitlichen Abstand zwischen Leistungsanspruchnahme und Rechnungseinreichung. Diese Studie untersucht systematisch, wie die Wahl des Datenauswahlverfahrens die Analyseergebnisse beeinflusst und welche methodischen Implikationen sich daraus für PKV-Versorgungsforschung ergeben.

Methode

Die Sekundärdatenanalyse basiert auf Rechnungsdaten von 9 PKV-Unternehmen (Vollerhebung) mit insgesamt 5,4 Millionen privat Vollversicherten (externe Validität: 66 %). Im Mittelpunkt standen die ambulant-ärztlichen und wahlärztlichen Leistungen gemäß Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) im Beobachtungszeitraum 2017-2023 und umfassten 530,9 Millionen Sitzungen (definiert als Arztbesuche). Die Auswertung erfolgte nach zwei unterschiedlichen Auswahlmethoden. Zum einen ging es um das *einreichungsorientierte Verfahren*, das alle eingereichten Sitzungen bzw. Rechnungen berücksichtigt (spaltenweise Betrachtung). Zum anderen ging es um das *ressourcenorientierte Verfahren*, das die tatsächliche Inanspruchnahme über mehrere Einreichungsjahre hinweg verfolgt (zeilenweise Betrachtung). Für das Leistungsjahr 2019 wurden beide Methoden vergleichend auf ihren zeitlichen Verlauf über 52 Kalenderwochen verglichen.

Ergebnisse

Die Analyse zeigt erhebliche Diskrepanzen zwischen beiden Auswahlverfahren. Von allen in einem Jahr in Anspruch genommenen Sitzungen werden lediglich 65 % im gleichen Jahr eingereicht, während 35 % erst in späteren Jahren zur Abrechnung gelangen. Tabelle 1 verdeutlicht dieses Phänomen exemplarisch: Von den 49,6 Millionen im Jahr 2019 in Anspruch genommenen Sitzungen wurden im Einreichungsjahr 2019 nur 49,6 Millionen erfasst, während weitere 25,5 Millionen erst 2020, 1,1 Millionen erst 2021 und 238.471 erst 2022 eingereicht wurden.

Das einreichungsorientierte Verfahren zeigt ein Maximum zu Jahresbeginn (Kalenderwochen 2-4), gefolgt von einem kontinuierlich fallenden Verlauf mit besonders deutlichem Rückgang im letzten Quartal (ab KW 36). Im Gegensatz dazu weist das ressourcenorientierte Verfahren eine Niveauverschiebung ab KW 3 auf, die über das gesamte Jahr konstant besteht. Im letzten Quartal (ab KW 34) nimmt die Bedeutung der später eingereichten Sitzungen deutlich zu, wodurch sich die scheinbar sinkende Inanspruchnahme als Artefakt des Einreichungsverhaltens erweist.

Diskussion

Die Ergebnisse demonstrieren, dass die Verwendung unterschiedlicher Auswahlverfahren zu fundamental unterschiedlichen Schlussfolgerungen kommen können. Das einreichungsorientierte Verfahren kann zeitnah und grob Auskunft über das Einreichungsverhalten geben, das zwangsläufig nichts mit dem tatsächlichen Inanspruchnahmeverhalten zu tun haben muss. Der Vergleich mit dem ressourcenorientierten Verfahren kann das belegen. Für die Versorgungsforschung ergeben sich damit methodische Forderungen: Erstens sollte die Forschungsfrage explizit festlegen, was untersucht werden soll. Zweitens sollte für wissenschaftliche Zwecke das ressourcenorientierte Verfahren mit mindestens einem Folgejahr verwendet werden. Drittens sollte das Datum des Datenabfragezeitraums offengelegt werden. Diese Erkenntnisse unterstreichen die Notwendigkeit methodischer Standards für die Versorgungsforschung mit Privatversicherten.

Literatur

- [1] Gothe et al. (2025). [Teil 1: Grundlagen und Voraussetzungen für die wissenschaftliche Nutzung](#)
- [2] Stallmann et al. (2025). [Teil 2: Datenentstehung und Datenfluss](#)
- [3] Jacke et al. (2025). [Zum Unterschied zwischen Einreichungs- und Inanspruchnahmeverhalten](#)

Neue Gesundheitsnetze für den ländlichen Raum

Dr. Timm Genett¹, Dr. Peggy Richter², Madita Schädlich², Dr. Anke Schlieker¹, Dr. Hannes Schlieter²

PSC

¹Verband der Privaten Krankenversicherungen e.V. (PKV), Berlin

²Forschungsgruppe Digital Health, Technische Universität Dresden

timm.genett@pkv.de

Einleitung

Der demografische Wandel führt zu einem wachsenden Bedarf in der Gesundheitsversorgung, während gleichzeitig der Fachkräftemangel Versorgungslücken besonders in ländlichen Regionen verschärft. Bereits heute sind 34,8 % der Hausärztinnen und Hausärzte über 60 Jahre alt [1], was die Dringlichkeit innovativer Versorgungskonzepte unterstreicht. Diese Studie untersucht regionale Gesundheitsnetzwerke als Lösungsansatz für strukturschwache Regionen mit folgenden Zielsetzungen: Identifikation von Good-Practice-Beispielen erfolgreicher Gesundheitsnetzwerke, systematische Analyse von Erfolgsfaktoren und Barrieren regionaler Gesundheitsnetzwerke sowie Ableitung von Hinweisen für die Übertragbarkeit auf andere Regionen.

Methode

Die empirische Untersuchung basiert auf einer Multi-Case-Interviewstudie mit sieben ausgewählten Praxisbeispielen regionaler Gesundheitsnetzwerke in strukturschwachen Regionen Deutschlands. Zu den untersuchten Netzwerken gehörten Gesundheitszentrum Büsum, Ärztenetze Eutin-Malente, Haffnet, Praxisnetz proGesund – Netzwerke der Knappschaft, Parkinson Netzwerk Ostsachsen, Unternehmung Gesundheit Hochfranken sowie Gesundes Kinzigtal. Die Datenerhebung erfolgte mittels semi-strukturierter Experteninterviews mit Netzwerkverantwortlichen und Schlüsselpersonen, ergänzt durch systematische Online-Recherche zu den jeweiligen Netzwerken. Die Analyse fokussierte auf fünf zentrale Dimensionen: Gründungsmotivation, Betriebsorganisation, Finanzierungsmodelle, identifizierte Erfolgsfaktoren sowie bestehende Hindernisse.

Ergebnisse

Die vergleichende Analyse der sieben Gesundheitsnetzwerke identifizierte sieben zentrale Erfolgsfaktoren: (1) Persönliches Engagement der Gründenden als initialer Katalysator, (2) spürbarer Mehrwert für alle Beteiligten zur Aufrechterhaltung der Motivation, (3) systematische Einbindung nicht-ärztlicher Ressourcen und professionelle Delegation von Aufgaben, (4) etabliertes professionelles Netzmanagement mit gesicherter Leistungsfinanzierung, (5) konsequente Nutzung digitaler Infrastrukturen und telemedizinischer Angebote, (6) strukturierte Zusammenarbeit auf Basis standardisierter Patientenpfade sowie (7) direkte Patientenbeteiligung in Entscheidungsprozessen. Parallel wurden fünf wesentliche Hindernisse für die Etablierung und den nachhaltigen Betrieb von Gesundheitsnetzwerken identifiziert: (1) Unzureichende personelle sowie zeitliche Ressourcen in der Initiierungsphase, (2) fehlende Regelfinanzierung und damit verbundene finanzielle Unsicherheit, (3) bürokratische Hürden im deutschen Gesundheitssystem, (4) Misstrauen und Kooperationswiderstände zwischen verschiedenen Gesundheitsberufen und Vertretern anderer Sektoren sowie (5) eingeschränkte Zielgruppen durch selektive Kostenträgerverträge.

Diskussion

Die Untersuchung belegt, dass regionale Gesundheitsnetze einen substanziellen Beitrag zur Versorgungssicherheit in ländlichen Regionen leisten können. Ihr Erfolg hängt jedoch maßgeblich von strukturellen Rahmenbedingungen ab, die über das individuelle Engagement einzelner Akteure hinausgehen. Zur Weiterentwicklung und Unterstützung bedarf es eines systematischen Aufbrechens sektoraler Grenzen zwischen ambulanter, stationärer und rehabilitativer Versorgung. Zweitens ist die gezielte Förderung nicht-ärztlicher Fachkräfte und Pflegeberufe durch erweiterte Kompetenzbereiche und Delegation essentiell. Drittens sollten zivilgesellschaftliche Akteure stärker integriert und Präventionsansätze systematisch eingebunden werden. Viertens erfordert die nachhaltige Etablierung von Gesundheitsnetzwerken politische und finanzielle Unterstützung für flexible, langfristig tragfähige Rahmenbedingungen, insbesondere durch Überführung bewährter Modellprojekte in die Regelversorgung.

Literatur

[1] Kassenärztliche Bundesvereinigung (2023). [Statistische Informationen aus dem Bundesarztregister](#)

[2] Genett et al. (2025). [Gesundheitsnetze in strukturschwachen Regionen. Multifallstudie ...](#)

Digitale Elemente und Prozesse in klinischen formal multizentrischen Studien zur effizienten Patientenbetreuung

PD Dr. Caroline Schmidt-Lucke

PSC

MEDIACC GmbH, Berlin
Caroline.Schmidt-Lucke@mediacc.org

Einleitung

Die klinische Forschung erfährt durch digitale Technologien und dezentrale Studienformate einen grundlegenden Wandel. Die Digitalisierung klinischer Studien bietet erhebliches Potenzial zur Effizienzsteigerung und Verbesserung der Patientenzentrierung. Gleichzeitig bringt die digitale Durchführung klinischer Studien auch rechtliche Herausforderungen hinsichtlich der Einhaltung regulatorischer Anforderungen mit sich. Ziel dieser Arbeit ist die Darstellung der effizienten Umsetzung digitaler und dezentraler Elemente in klinischen Studien, insbesondere hinsichtlich Rekrutierung, Retention und Effizienz, bei gleichzeitiger Gewährleistung höchster Datenqualität und unter Einhaltung regulatorischer Anforderungen.

Methode

Die Umsetzung erfolgte im Rahmen dezentraler digitaler klinischer Studien (DDCT-MED®) mit Medizinprodukten verschiedener Risikoklassen. Der Studienprozess umfasste multimediale Ansprache und Online-Screening, Videosprechstunden zur Aufklärung und für Studienvisiten, elektronische Einwilligung mittels qualifizierter elektronischer Signatur gemäß eIDAS-Verordnung, digitale Datenerhebung über validierte Fragebögen sowie IoT-Technologien zur objektiven Erfassung klinischer Parameter. Parallel wurden messbare Kennzahlen zur Effizienzsteigerung und patientenbezogene Aspekte untersucht. Die regulatorische Konformität wurde durch Berücksichtigung von DSGVO, BMV-Ä, ISO14155, eIDAS sowie EMA-Richtlinien sichergestellt [1].

Ergebnisse

Durch die bundesweite digitale Rekrutierung wird eine repräsentative demografische Verteilung über alle Regionen Deutschlands abgebildet. Im Vergleich zu konventionellen Studiendesigns zeigt die digitale Umsetzung deutliche Verbesserungen in zentralen Studienparametern: 70 % verbesserte Eignung durch digitales Screening, 95 % Einschussrate im Videogespräch, 5-fach schnellere Rekrutierung, 40-fach erhöhte Einschussrate, 15-fach reduzierter Personalaufwand, 8-fach geringerer Kommunikationsaufwand, 84 % Retentionsrate über sechs Monate, 20 % weniger Monitoringaufwand sowie halbierte Zeit bis zum Markteintritt des Medizinprodukts. Die digitale Durchführung schafft damit die Grundlage für flexible und ökonomisch optimierte Abläufe.

Diskussion

Die Ergebnisse demonstrieren, dass digitale Studien für klinische Zwecke sowohl rechtlich als auch praktisch umsetzbar sind. Eine verbesserte Teilhabe sowie ein niederschwelliger und ortsunabhängiger Zugang – insbesondere für chronisch Kranke, mobil Eingeschränkte und Berufstätige – tragen zu einer hohen externen Validität bei. Zusammengefasst ermöglicht die dezentrale Durchführung eine moderne, effiziente, patientenfreundliche und qualitativ hochwertige digitale Studiendurchführung. Die zugrunde liegenden Prinzipien lassen sich auch auf den Versicherungsbereich übertragen, indem Beobachtungsstudien zur Evaluation (digitaler) Interventionen um prozess- und/oder patientenbezogene Endpunkte erweitert werden.

Literatur

[1] European Medicines Agency (2023). [Guideline on computerised systems and electronic data in clinical trials](#)

Status quo der TI-Implementierung: Maßnahmen der privaten Krankenversicherungen

Nele Schneider, Dr. Christian O. Jacke

PSC

Wissenschaftliches Institut der Privaten Krankenversicherungen (WIP), Köln
christian.jacke@wip-pkv.de

Einleitung

Die Telematikinfrastruktur (TI) vernetzt sämtliche Akteure miteinander, um sektorale Budgetgrenzen zu überwinden. Seit April 2020 gehört auch die PKV der Gematik an, was bedeutet, dass sich alle privaten Krankenversicherungen umfassend auf diesen Prozess vorbereiten müssen [1]. Ziel dieser Befragungsstudie war die Erfassung und Beschreibung aller Instrumente, die die privaten Krankenversicherungen zur Vorbereitung ihrer Versicherten auf die Telematikinfrastruktur einsetzen. Folgende Forschungsfrage war leitend: Welche Maßnahmen werden zur Förderung der TI eingesetzt?

Methode

Eine querschnittliche Onlinebefragung erfolgte im April 2025. Insgesamt konnten n=250 Vertreter von 39 Mitgliedsunternehmen teilnehmen. Der Fragebogen berührte die strategische, finanzielle, kommunikative sowie Maßnahmen zur Qualitätssicherung und des Monitorings mittels 18 Indikatoren. Es konnten Ja/Nein-Antworten gegeben werden, Mehrfachnennungen waren möglich. Der Fragebogen durchlief einen kurzen Pretest, ohne weitere Auffälligkeiten zu zeigen. Häufigkeitsauszählungen waren beabsichtigt.

Ergebnisse

Es nahmen insgesamt 20 Versicherungen an der Befragung teil, d.h. die Rücklaufquote betrug 51,3 %. Auf der strategischen Ebene spielt die TI eine große Rolle. Bereits 40 % der Befragten befassen sich mit der Förderung (digitaler) Gesundheitskompetenzen ihrer Versicherten, knapp 25 % befassen sich mit TI-kompatiblen Anwendungen und Services, und 45 % implementieren diese und andere Anwendungen in ihr IT-Ökosystem. Die finanziellen Maßnahmen beinhalten Investitionen in TI-kompatible Start-Ups (30 %), die Entwicklung von Bonusprogrammen zur Förderung der Inanspruchnahme digitaler Anwendungen sowie die Integration digitaler Elemente in Selektiv-Verträge. Die kommunikativen Maßnahmen reflektieren die aktuellen Schwerpunkte, da 60 - 65 % der Informationen über die anstehenden Änderungen (TI, ePA, eRezept, etc.) informieren. Der Datenschutz und die Datensicherheit spielen bei 40 % der Befragten eine große Rolle. Bei 20 - 25 % sind Informationskampagnen zur Gesundheits-ID, digitalen Gesundheitsinterventionen oder zielgruppenspezifischen Informationskampagnen schon wichtig. Bei 1 % der befragten Versicherungen sind die Aspekte Mehrsprachigkeit oder Aufklärung der Leistungserbringer (z.B. Online-Check-In) bereits ins Bewusstsein gerückt. Qualitätssichernde Maßnahmen haben bereits 45 % der Befragten für das Monitoring digitaler Interventionen etabliert, 35 % haben Qualitätsindikatoren für ihre digitalen Angebote definiert und 25 % interessieren sich für die Entwicklung eines permanenten Feedbacksystems zu ihren digitalen Angeboten.

Diskussion

Die Ergebnisse geben einen ersten Einblick in die bereits strategischen, finanziellen, kommunikativen und qualitätssichernden Maßnahmen. Auf der Ebene der Kommunikation sind Schwerpunkte zu erkennen, die sich positiv auf die Versicherten auswirken. Der weitere Ausbau der technischen Seite und des IT-Ökosystems wird das Serviceangebot erweitern, ohne Datenschutz und Datensicherheit zu vernachlässigen. Eine Ansprache an alle Versicherten ist bereits etabliert, Aspekte wie die Mehrsprachigkeit von Angeboten und eine Aufklärung von Leistungserbringern befinden sich noch in der Anfangsphase.

Literatur

- [1] Gematik (2020). [PKV wird Gesellschafter der gematik](#)
- [2] Verband der Privaten Krankenversicherungen e.V. (2025). [Die Benefits der Digitalisierung gelten für alle](#)

Teilnahmeverhalten am deutschen Mammographie-Screening-Programm (MSP) - Eine Analyse auf Basis von Daten der NAKO-Gesundheitsstudie

Laura Buschmann¹, Prof. Dr. André Karch¹, Dr. Christoph Stallmann²

PSC

¹Institut für Epidemiologie und Sozialmedizin, Universität Münster

¹Institut für Sozialmedizin und Gesundheitssystemforschung (ISMG), Universität Magdeburg

christoph.stallmann@wip-pkv.de

Einleitung

Das Mammographie-Screening-Programm (MSP) wurde ab 2005 flächendeckend implementiert und steht seit 2009 bundesweit für anspruchsberechtigte Frauen im Alter von 50 bis 69 Jahren zur Verfügung. Nach Erweiterung der Altersgrenze können seit Juli 2024 auch Frauen bis einschließlich 75 Jahre am MSP teilnehmen. Obwohl die MSP-Teilnahme nachweislich bei den 50- bis 69-jährigen Frauen die Brustkrebssterblichkeit um 20 bis 30 % reduziert, liegt die Teilnahme pro Screeningrunde von 50 % unter der Mindestempfehlung der Europäischen Leitlinien. Ziel dieser Studie war die Untersuchung von Faktoren, die mit einer Nicht-Teilnahme am MSP assoziiert sind.

Methode

Mithilfe von Querschnittsdaten der Baseline-Untersuchung der NAKO-Gesundheitsstudie (2014-2019) – einer prospektiven Langzeit-Bevölkerungsstudie in Deutschland mit 18 Studienzentren – konnte das MSP-Teilnahmeverhalten der 48.057 eingeschlossenen Frauen im Alter von 50 bis 69 Jahren untersucht werden. Es erfolgten altersstandardisierte Häufigkeitsauswertungen nach MSP-Teilnahmestatus sowie altersadjustierte logistische Regressionsanalysen einzelner Faktoren. Zur Dimensionsreduktion wurde eine polychorische Hauptkomponentenanalyse mit Varimax-Rotation durchgeführt. Abschließend wurden multivariable Regressionsmodelle unter Verwendung standardisierter Werte der Hauptkomponentenanalyse berechnet.

Ergebnisse

Von den 48.057 Frauen hatten 85,5 % mindestens einmal am MSP teilgenommen (50,2 % mehrfache Teilnahme, 35,3 % einmalige Teilnahme), sodass nur 14,6 % der Frauen über mehrere MSP-Teilnahmerunden nie teilnahmen. In den altersadjustierten Regressionsanalysen zeigten sich deutliche Unterschiede zwischen Teilnehmerinnen und Nicht-Teilnehmerinnen. Ein privater Krankenversicherungsschutz war einer der stärksten Prädiktoren für eine Nicht-Teilnahme am MSP. Von den privatversicherten Frauen nahmen 18,7 % nicht am MSP teil, verglichen mit 13,8 % der gesetzlich Versicherten. Zusätzlich waren Unterschiede hinsichtlich der Inanspruchnahme von Präventionsmaßnahmen erkennbar. Die Hauptkomponentenanalyse identifizierte drei wesentliche Dimensionen der Teilnahme: Präventionsmaßnahmen (RC1), sozioökonomischer Status (RC2) und Lebensstilfaktoren (RC3).

Diskussion

Die Ergebnisse zeigten, dass sich Teilnehmerinnen und Nicht-Teilnehmerinnen des MSP deutlich insbesondere bezüglich der Inanspruchnahme von Präventionsmaßnahmen und sozioökonomischer Faktoren unterscheiden. Die starke Assoziation zwischen privater Krankenversicherung und Nicht-Teilnahme steht im Einklang mit bisheriger Evidenz und deutet auf mögliche strukturelle Barrieren (z.B. fehlendes Wissen über die Anspruchsberechtigung, Einfluss der Kosten auf Selbstbehalt) oder alternative Versorgungspfade hin. Eine Erhöhung der MSP-Teilnahme könnte durch zielgruppenspezifische Aufklärungs- und Handlungsmaßnahmen erreicht werden, die insbesondere privatversicherte Frauen und Frauen mit geringerer Inanspruchnahme präventiver Maßnahmen adressieren. Die Identifikation dieser spezifischen Risikogruppen ermöglicht die Entwicklung maßgeschneiderter Interventionen zur Steigerung der Teilnahme am MSP.

Literatur

[1] Karch et al. (2025). [Evaluation der Brustkrebsmortalität im deutschen Mammographie-Screening-Programm](#)

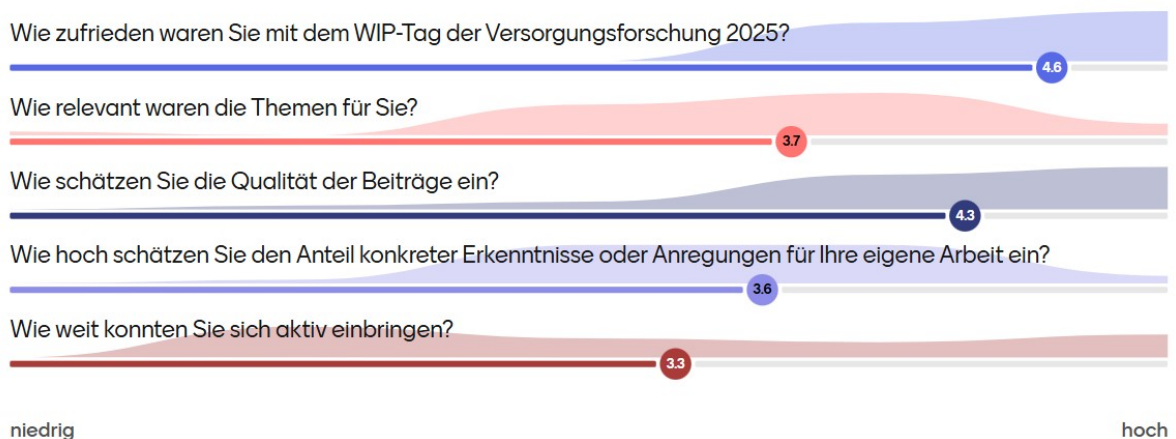
[2] Buschmann et al. (2025). [Participation in the German Mammography Screening Program: An Analysis of ...](#)

[3] Schnoor et al. (2013). [Gründe für die Nicht-Teilnahme am Mammographie-Screening ...](#)

Evaluation

Insgesamt haben N=23 Personen ihre Bewertung abgegeben. Eine Ausschöpfungsquote von 21 % ist nicht repräsentativ. Die Ergebnisse bleiben aber relevant und können Tendenzen aufzeigen. Die Zufriedenheit mit durchschnittlich 4,6 von maximal 5 Punkten und die Verteilungen signalisieren eine positive Resonanz.

Ihre Einschätzung



Die Themen der Referentinnen und Referenten treffen auf das Informationsinteresse der TeilnehmerInnen. Die Vorträge waren allgemein gut verständlich. Die überwiegende Mehrheit konnte einen Wissenstransfer zurückmelden, trotz der bereits vorhandenen Expertise im Feld. Der Grad der Interaktionsmöglichkeiten für die Zielgruppe zusammen mit den ReferentInnen und ModeratorInnen scheint ebenfalls ein akzeptables Niveau aus Sicht der Antwortenden erreicht zu haben. Den Interaktionsradius zu steigern, kann mit der Wahl eines Schwerpunktthemas verbunden sein. Die offene Frage zur Reflexion fragte genau das ab.



Das Thema „Erkennen und Begrenzen von Überversorgung“ sowie die sozialverträgliche Kommunikation eines solchen Verfahrens haben eine Relevanz. Das kann im Zusammenhang mit Arzneimitteln, psychischer Gesundheit, Notfallversorgung direkt verbunden sein. Es kann zudem mit KI-Lösungen jeglicher Art verknüpft sein, um das Leistungsmanagement zu entlasten bzw. neue Instrumente (zur Evaluation) zu entwickeln. Die Themen Versorgungsdaten, elektronische Patientenakte oder TI-Infrastruktur dürften es zukünftig regelmäßig auf die Agenda schaffen.

Veranstaltungsreihe

Auch im Jahr 2026 ist ein „WIP-Tag der Versorgungsforschung“ geplant. Der vorläufige Titel widmet sich (digitalen) Innovationen, die in der Branche der privaten Krankenversicherung zunehmend an Bedeutung gewinnen.

24.09.2019	Versorgungsprogramme für chronische Erkrankungen
24.09.2020	Kooperation und Digitalisierung - Gibt es einen Mehrwert? (entfallen)
24.09.2021	Kooperationen, Digitalisierung, Effizienz
22.09.2022	Entwicklungen unter Pandemiebedingungen
14.09.2023	Digitale Transformation in der PKV
19.09.2024	Gesundheitsservices in der PKV
18.09.2025	PKV-Innovationspotenziale: Chancen und Risiken
18.11.2026	Differenzierungspotenziale durch Innovationen

Call for Abstracts 2026 - OPEN

Der „WIP-Tag der Versorgungsforschung“ lebt vom Dialog zwischen Wissenschaft, Praxis und Politik. Dabei sind vor allem Beiträge aus den Reihen der Versicherungen von höchster Relevanz, da sie die aktuellen Entwicklungen, Herausforderungen und Informationsbedarfe für die Wissenschaft erkennen lassen. Daher ist ein aktiver Beitrag seitens der Unternehmen wichtig und erwünscht.

Das können Erkenntnisse zu neuen Interventionen, neue Vertragsformen oder Kooperationen mit Leistungserbringern bzw. Drittanbietern oder anderen Versicherungsgesellschaften bzw. Krankenkassen sein. Relevant sind außerdem neue Projekte und Überlegungen, die die Versorgung betreffen (Stichwort „Projektbörse“). Aber auch wichtige Erkenntnisse zu Anstrengungen, die nicht zum gewünschten Ziel führten, bieten eine steile Lernkurve für alle TeilnehmerInnen.

Bei Interesse sprechen Sie uns bitte jederzeit an: Tag_der_Versorgungsforschung@wip-pkv.de

