

Positionspapier

Evidenzbasiertes Monitoring chronischer Erkrankungen in Deutschland – notwendige Stellschrauben für das Gesundheits- und Wissenschaftssystem

Autorengruppe:

Prof. Annika Viniol (1), Prof. Norbert Donner-Banzhoff (1), PD Dr. Veronika van der Wardt (1), Dr. Nicole Lindner (1), Dr. Julia Heisig (1), Carolin Gonschorek (1), Prof. Thomas Kühlein (2), PD Dr. Susann Hueber (2), Dr. Felix Werner (2), Dr. Laura Rink (2), Dr. Victoria Koschemann (2), Dr. Lisette Warkentin (2), Prof. Jürgen Herbers (3), Prof. Ina Kopp (4), Dr. Gerhard Schillinger (5)

(1) Philipps-Universität Marburg, Institut für Allgemeinmedizin

(2) Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg, Allgemeinmedizinisches Institut

(3) IU Internationale Hochschule Erfurt, Hausärztinnen- und Hausärzteverband e. V. Köln

(4) AWMF-Institut für Medizinisches Wissensmanagement, Philipps-Universität Marburg

(5) AOK-Bundesverband, Berlin

Das dieser Veröffentlichung zugrundeliegende Projekt ChroMo „Monitoring-Routinen bei Menschen mit chronischen Erkrankungen: Bestandsaufnahme und Fahrplan für die Zukunft“ wurde mit Mitteln des Innovationsausschusses beim Gemeinsamen Bundesausschuss unter dem Förderkennzeichen 01VSF22046 gefördert.

Ausgangslage

Regelmäßige Kontrolluntersuchungen chronischer Erkrankungen (Monitoring) machen im deutschen Gesundheitssystem einen großen Anteil der ambulanten Beratungsanlässe aus. Angesichts knapper werdender Ressourcen sowie der von Versicherten und Ärzt*innen vielfach berichteten langen Wartezeiten auf spezialisiert fachärztliche Termine besteht erhebliches Potenzial zur Optimierung der gegenwärtigen Monitoringroutinen. Mit großer Wahrscheinlichkeit lassen sich hier auch ohne Beeinträchtigung der Versorgungsqualität in nicht unerheblichem Ausmaß Kosten einsparen.

Typische Bestandteile des Monitorings sind u. a. das ärztliche Gespräch, körperliche Untersuchungen, Laboruntersuchungen oder beispielsweise Blutdruckmessungen, spirometrische Tests oder bildgebende Verfahren. Auffällige Werte führen nicht selten zu weiteren diagnostischen Maßnahmen, deren Nutzen für die Betroffenen häufig unklar ist und die zu sogenannten „Kaskadeneffekten“ führen können. Mit Kaskadeneffekten sind meist unnötige Folgeuntersuchungen aufgrund unklarer oder grenzwertiger Befunde gemeint.

Während Medikamente kritisch nach Belegen hinsichtlich Wirksamkeit und Sicherheit hinterfragt werden, werden Monitoringroutinen seltener wissenschaftlich in den Blick genommen. Diese sind meist historisch gewachsen und beruhen häufig auf nicht evidenzbasierten Empfehlungen.¹ Im deutschen Gesundheitssystem führt dies potentiell zu einer für Patient*innen nachteiligen Überversorgung mit Fehlallokation der begrenzten Ressourcen.

Damit Monitoringmaßnahmen als sinnvoll gelten können, müssen folgende Voraussetzungen erfüllt sein:

1. Es liegt ein asymptomatischer Krankheitsprozess vor, der das Risiko einer zukünftigen klinischen Verschlechterung erhöht.
2. Es steht eine testgenaue, praktikable und effiziente Untersuchung zur Verfügung, die den entsprechenden Krankheitsprozess zuverlässig erkennt.
3. Es existiert eine nachweislich wirksame und sichere Intervention über die aktuelle Therapie hinaus, die den Krankheitsverlauf positiv beeinflusst.
4. Die Monitoringmaßnahme weist insgesamt ein günstiges Nutzen-Schaden-Verhältnis auf.

Um klinisch angemessene und evidenzbasierte Monitoringroutinen zu gewährleisten, sind Anpassungen auf mehreren Ebenen innerhalb des deutschen Gesundheits- und Wissenschaftssystems erforderlich. Im Folgenden werden die notwendigen Handlungsfelder und Stellschrauben dafür dargestellt. Diese sind die Ergebnisse eines mehrjährigen Forschungsprojekts zum Monitoring chronischer Erkrankungen (ChroMo)² sowie einer beratenden Expertengruppe mit Systemerfahrung.

Handlungsfelder und Stellschrauben

Im Kern bestehen zwei zentrale Ansatzpunkte: Zum einen gilt es, die Monitoringprozesse im Gesundheitssystem zu optimieren, indem definiert wird, welche Akteure zu welchem Zeitpunkt welche Aufgaben übernehmen und wie die jeweiligen Anreizsysteme darauf Einfluss nehmen. Zum anderen wird eine stärkere Evidenzbasis benötigt, die als tragfähige Grundlage für inhaltliche Entscheidungen dienen kann.

¹ Koschemann V, Warkentin L, Viniol A, Kühlein T, Hueber S, Werner F. Flying blind? Recommendations for monitoring of 10 common chronic diseases in guidelines from Germany, England, and Europe - a modified systematic review. BMC Med. 2025 Dec 1;23(1):671. doi: 10.1186/s12916-025-04507-y. PMID: 41327201; PMCID: PMC12670874.

² <https://www.uni-marburg.de/de/fb20/bereiche/methoden-gesundheit/allgprmed/forschung/aktuelle-projekte/aktuelle-projekte/chromo>

Monitoringprozesse in der Versorgung optimieren

Monitoring in hausärztliche Verantwortung legen

- Um die Überlastung spezialisiert fachärztlicher Praxen und damit die Wartezeiten auf Termine zu reduzieren, soll das Monitoring der gängigen chronischen Erkrankungen primär in der hausärztlichen Versorgung stattfinden. Erst bei Bedarf koordiniert die hausärztliche Praxis die Einbindung spezialisierter Fachärzt*innen.
- Unter Einbeziehung vorhandener qualifizierter Teammitglieder (z. B. VERAH, NäPA, PCM, PA³ usw.) können die Monitoringprozesse in hausärztlichen Praxen interprofessionell und effizient umgesetzt werden. Speziell dafür ausgebildete Mitarbeitende sollen sich auf die standardisierte Befunderhebung (z. B. standardisierte Anamnese oder klinische Untersuchungen) konzentrieren, während Hausärzt*innen mehr Ressourcen für die medizinische Einschätzung, die gemeinsame Entscheidungsfindung und die Kommunikation mit den Patient*innen erhalten.

Anreizsysteme für die Durchführung des Monitorings formen

Eine inhaltliche Steuerung des Monitorings über monetäre Anreize ist nicht zielführend; Ärzt*innen sollen ohne finanzielle Fehlanreize über Art und Umfang des Monitorings entscheiden können. Dies könnte folgendermaßen gelingen:

- Hausärzt*innen sollen dafür vergütet werden, dass sie Verantwortung für chronisch Erkrankte übernehmen und das Monitoring insgesamt koordinieren und durchführen. Eine Vergütung nach Anzahl einzelner Maßnahmen sollte nicht erfolgen.
- Spezialisierte Fachärzt*innen werden gezielt vergütet, falls sie auf hausärztliche Überweisung spezifische Fragestellungen im Rahmen eines Monitorings beantworten, wie dies in bestehenden haus- und spezialisiert fachärztlichen Verträgen im Rahmen der Hausarztzentrierten Versorgung (HZV) bereits etabliert ist.

Bestehende Programme weiterentwickeln

- Disease-Management-Programme (DMPs) sollen bevorzugt evidenzbasierte Monitoringmaßnahmen, z. B. aus S3-Leitlinien, empfehlen.
- Zur Reduktion des Dokumentationsaufwands sollte die verpflichtende Bearbeitung von Checklisten, die Ärzt*innen innerhalb der DMP-Software ausfüllen müssen, auf ausgewählte Schlüsselinhalte beschränkt werden. Die Auswahl soll durch den Gemeinsamen Bundesausschuss geprüft werden.

Daten- und Evidenzbasis verbessern

Leitlinien als Grundlage stärken

- Monitoring-Empfehlungen sollen in S3-Leitlinien für chronische Erkrankungen integriert werden.
- Die Empfehlungen sollen einerseits Positiv-Empfehlungen zur Verbesserung des Monitorings enthalten, andererseits aber auch Negativ-Empfehlungen, wenn das Nutzen-Schaden-Verhältnis in Bezug auf patientenrelevante Endpunkte negativ ausfällt, wobei Schaden ggf. auch gesundheitssystemisch verstanden werden soll.
- Liegt keine Evidenz für ein Monitoring vor, sollen entsprechende Studien durch gezielte Ausschreibungen gefördert werden.

³ Abkürzungen:

VERAH (Versorgungsassistentin in der Hausarztpraxis): Weitergebildete MFA für Hausbesuche und Fallmanagement

NäPA (Nichtärztliche Praxisassistentin): Qualifikation zur Entlastung bei ärztlich delegierbaren Leistungen

PCM (Primary Care Manager): Bachelor-Studium für Management und Patientenversorgung

PA (Physician Assistant): Akademischer Gesundheitsberuf, der ärztliche Tätigkeiten delegiert übernimmt

Datenbasis für wissenschaftliche Evaluation verbessern

- Die Evaluation von Monitoringmaßnahmen erfordert eine longitudinale Datenbasis. Eine sinnvolle Möglichkeit bestünde im Datenlinkage, der Verknüpfung von Routinedaten der GKV mit klinischen und anamnestischen Informationen bzw. Patient-Reported Outcome Measures (PROMs).
- Hierfür könnten datenschutzkonforme KI-basierte Dokumentationssysteme entwickelt werden, die während des Arzt-Patienten-Kontakts automatisch und standardisiert mitlaufen, ohne zusätzlichen Aufwand für die Versorgenden zu verursachen.
- Zudem sollen standardisierte Datenformate geschaffen werden, die eine sektorübergreifende Verknüpfung mit Registern und weiteren Versorgungsdaten ermöglichen.

Sinnvolle Qualitätsindikatoren ableiten

- Es werden Qualitätsindikatoren benötigt, um Versorgenden eine Rückmeldung bezüglich der Qualität ihres Monitorings zu ermöglichen, die nicht der Sanktionierung, sondern dem Lernen und der Qualitätsverbesserung dient.
- Grundlage hierfür ist die Entwicklung und Implementierung entsprechender klar definierter, einfach erhebbarer und evidenzbasierter Qualitätsindikatoren.

Forschung gezielt fördern

- Es sollen Monitoringmaßnahmen mit unzureichender Evidenz identifiziert werden und anhand dessen priorisierte Forschungsfragen abgeleitet werden.
- Hierfür ist die Etablierung gezielter Forschungsförderung im Bereich Monitoring von chronischen Erkrankungen durch die etablierten Förderinstitutionen (BMG, BMFTR, Innovationsfonds, Stiftungen usw.) dringend notwendig.
- Dies inkludiert explizit Projekte zur Entwicklung von evidenzbasierten Monitoringempfehlungen und deren Integration in S3-Leitlinien und DMPs sowie die Förderung vergleichender Studien, die den Nutzen von Monitoringmaßnahmen im Versorgungsalltag evaluieren.
- Neben traditionellen Monitoringmaßnahmen sind auch neuere Ansätze zu prüfen, z. B. Telemonitoring, Individualisierung des Monitorings oder Monitoring durch nichtärztliche Professionen.