Serie Teil 3: Paracelsus Kliniken Adorf und Schöneck

Wenn Wirtschaftlichkeit auf Qualität trifft

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

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

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

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

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

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

Was im Vogtland entsteht

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

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



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

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

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

Die Logik der Aufteilung

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

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

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

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

Warum „Hybridmodell“?

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

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

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

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

Gute Medizin – gute Ergebnisse

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

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

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

Die Resonanz vor Ort

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

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

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

Zweites Beispiel: Kardiologie in Schleswig-Holstein

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

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

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

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

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

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

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

Die Grenzen des Modells

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

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

von: MVF-Chefredakteur Peter Stegmaier

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

Morbiditätslücke: Differenz zwischen Überleben und Krankheitsjahren

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

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

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

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

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

Primärversorgung: Qualitätsvorgaben und stärkere finanzielle Impulse nötig

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

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

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

1: doi: 10.1111/1475-6773.70149