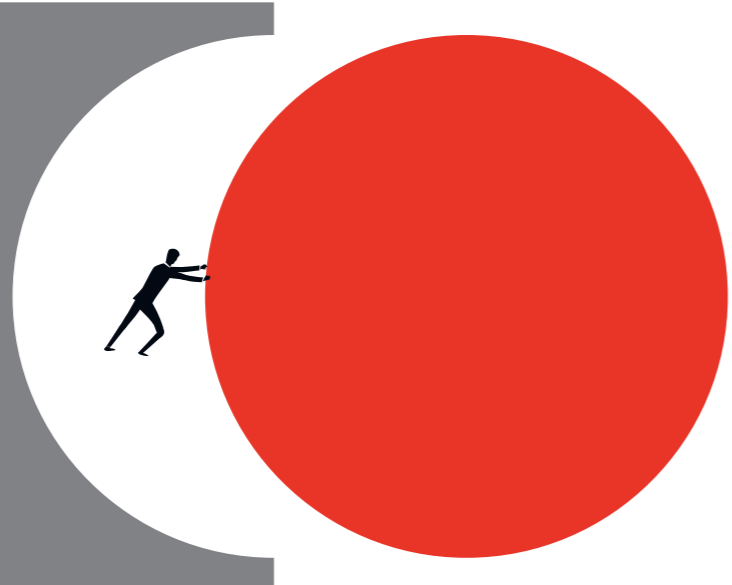


Vom Reparaturbetrieb zur Prävention

# Warum datenbasierte Prävention zur Voraussetzung einer finanzierbaren Versorgung wird



## ■ Finanzstabilisierung braucht einen Perspektivwechsel

Eine langfristige Finanzstabilisierung des Gesundheitswesens ist ohne datenbasierte Prävention nicht möglich. Erst wenn Krankenkassen Risiken frühzeitig erkennen und präventive Maßnahmen gezielt priorisieren können, wird Prävention vom Kostenfaktor zum steuerbaren Element der Versorgung.

Die finanzielle Lage des deutschen Gesundheitswesens steht unter anhaltendem Druck. In der deutschen Krankenversicherung steigen die

Ausgaben seit Jahren deutlich schneller als die beitragspflichtigen Einnahmen. Allein seit 2020 verzeichneten die gesetzlichen Krankenversicherer einen Ausgabenanstieg von über fünf Prozent, während parallel die Zahl chronisch erkrankter Menschen weiter zunimmt. Mehr als jede zweite erwachsene Person in Deutschland lebt inzwischen mit mindestens einer chronischen Erkrankung – Tendenz steigend. Zugleich wächst die Inanspruchnahme medizinischer Leistungen, etwa durch eine steigende Zahl von Arzt-Patienten-Kontakten.

Diese Entwicklung ist kein temporäres Un-

gleichgewicht, sondern Ausdruck einer strukturellen Verschiebung: Demografischer Wandel, medizinischer Fortschritt und veränderte Erwartungen treffen auf ein Versorgungssystem, das historisch auf die Behandlung manifester Erkrankungen ausgerichtet ist. Finanzielle Stabilisierung wird so zur Daueraufgabe. Kurzfristige Maßnahmen wie Beitragssatzanpassungen, Budgetierungen oder Leistungseinschränkungen können Kosten dämpfen, ändern jedoch nicht die zugrunde liegende Versorgungslogik.

Vor diesem Hintergrund rückt Prävention stär-

Quelle: Adobe Stock



Abbildung 1: Konzeptionelle Betrachtung - von reaktiver Einzelfallbehandlung hin zu vorausschauender Steuerung. Quelle: IQVIA

ker in den Fokus gesundheitspolitischer und strategischer Debatten. In der Umsetzung bleibt sie jedoch häufig fragmentiert und schwer skalierbar und wird eher als ergänzende Leistung denn als zentraler Steuerungshebel verstanden. Dieser Artikel vertritt daher die These: Eine finanzierbare Versorgung ist ohne systematische, datenbasierte Prävention nicht mehr denkbar. Erst wenn Krankenkassen Risiken frühzeitig erkennen, Versichertengruppen gezielt ansprechen und präventive Maßnahmen wirksam einsetzen, kann Prävention vom Kostenfaktor zum stabilisierenden Element des Systems werden.

## ■ Warum Reparaturmedizin Finanzstabilität verhindert

Reparaturmedizin ist kein Mangel des Systems - sie ist die falsche Steuerungslogik.

Die anhaltende Kostensteigerung im Gesundheitswesen ist kein Ergebnis ineffizienter Einzelleistungen, sondern Ausdruck einer falschen Steuerungslogik. Das deutsche Gesundheitssystem greift überwiegend dann ein, wenn Erkrankungen bereits manifest sind. Prävention setzt häufig spät an, bleibt unspezifisch oder erreicht genau jene Versichertengruppen nicht, bei denen sie den größten Effekt entfalten könnte.

Diese Reparaturmedizin wirkt auf mehreren Ebenen kostentreibend. Chronische Erkrankungen entwickeln sich über Jahre, werden aber meist erst dann systematisch adressiert, wenn sie behandlungsintensiv sind oder in

Multimorbidität übergehen. Der Ressourceneinsatz steigt dadurch nicht linear, sondern kumulativ – über ambulante, stationäre und pflegerische Leistungen hinweg. Gleichzeitig fehlt eine wirksame Priorisierung. Präventive Maßnahmen werden häufig unabhängig vom individuellen oder populationsbezogenen Risiko angeboten. Das führt zu Streuverlusten, geringer Teilnahme und begrenzter Wirkung, während die eigentlichen Hochrisikogruppen unterversorgt bleiben. Finanzielle Steuerung reagiert damit auf entstandene Kosten, statt zukünftige Kosten zu beeinflussen.

Reparaturmedizin ist daher nicht nur teuer, sondern strukturell wirkungsschwach. Sie verfestigt die Rolle der Krankenkassen als nachgelagerte Kostenträger und begrenzt ihren Einfluss auf die tatsächliche Entwicklung von Versorgungsbedarfen. Effizienzsteigerungen innerhalb dieser Logik können den Kostenanstieg allenfalls dämpfen – nicht stoppen.

Ein nachhaltiger Ausweg erfordert einen Logikwechsel: weg von der reaktiven Behandlung manifestierter Erkrankungen, hin zur frühzeitigen Steuerung gesundheitlicher Risiken. Finanzstabilisierung beginnt nicht bei der Reparatur von Krankheit, sondern bei der systematischen Vermeidung ihrer Progression.

## ■ Prävention neu denken: Gesundheitsdaten als strategisches Steuerungsinstrument

Gesundheitsdaten sind keine Zusatzoption, sondern die Voraussetzung für

wirksame Prävention. Ohne sie bleibt Prävention blind.

Intelligente Steuerung beginnt vor dem Eintritt von Krankheit. Sie setzt voraus, dass gesundheitliche Risiken erkannt werden, bevor sie sich als kostenintensive Versorgungsbedarfe manifestieren. Genau hier entscheidet sich, ob Prävention wirksam wird – oder symbolisch bleibt.

Krankenkassen verfügen heute über Gesundheitsdaten, die – trotz bekannter Einschränkungen – Krankheitsverläufe über Jahre hinweg abbilden. Dieser Datenbestand schafft grundsätzlich die Voraussetzungen, Risiken frühzeitig zu erkennen und Versichertengruppen nach ihrem zukünftigen Unterstützungsbedarf zu differenzieren. Für eine vorausschauende Steuerung ist nicht der einzelne Datenpunkt entscheidend, sondern das Muster im Zeitverlauf.

Bislang werden diese Daten jedoch überwiegend retrospektiv genutzt – zur Abrechnung, Kostenkontrolle oder nachgelagerten Evaluation. Für die aktive Steuerung von Prävention bleibt dieses Potenzial weitgehend ungenutzt. Prävention erfolgt dann breit, unspezifisch und ohne klare Priorisierung.

Datenbasierte Prävention bedeutet daher mehr als die Identifikation einzelner Hochrisikopersonen. Sie ermöglicht die Risikostratifizierung ganzer Populationen und damit eine gezielte Allokation präventiver Ressourcen. Nicht alle Versicherten mit derselben Diagnose benötigen dieselbe Maßnahme – wohl aber



Abbildung 2: 5-Phasen-Modell einer datenbasierten Präventionskampagne. Quelle: IQVIA

eine Intervention, die ihrem individuellen Risikoprofil entspricht. Entscheidend ist dabei die Fähigkeit zur prädictiven Einordnung: Welche Gruppen weisen eine erhöhte Wahrscheinlichkeit für Krankheitsprogression auf? Wo ist mit steigender Versorgungsintensität zu rechnen? Und an welchen Punkten lässt sich durch frühes Eingreifen Wirkung erzielen? Ohne diese Perspektive bleibt Prävention operativ unscharf und ökonomisch ineffizient. Gesundheitsdaten sind damit kein ergänzendes Instrument, sondern die notwendige Grundlage jeder wirksamen Präventionsstrategie. Allerdings entfalten sie ihren Nutzen nur dann, wenn sie konsequent auf Steuerungsfragen ausgerichtet werden – nicht auf reine Datenverfügbarkeit. Prävention wird erst dann steuerbar, wenn Daten systematisch in Entscheidungen übersetzt werden.

**■ Was Routinedaten leisten können – und wo die Grenzen liegen**

*Routinedaten ermöglichen Skalierung, aber nicht automatisch Präzision. Ohne indikationsspezifische Schärfung bleibt datenbasierte Prävention ineffizient und teuer.*

Routinedaten sind die skalierbare Grundlage datenbasierter Prävention – aber sie liefern nicht automatisch Steuerungsfähigkeit. Wer Routinedaten nur „auswertet“, bekommt bessere Rückblicke. Wer Prävention steuern will, braucht belastbare Vorhersagen und operationalisierbare Zielgruppen – und genau daran scheitert Prävention in der Praxis häufig. Der Kernkonflikt ist simpel: Präventionskam-

pagnen müssen zugleich relevant und treffsicher sein. Eine hohe Trefferquote – Fachbegriff „Recall“ (möglichst viele Betroffene identifizieren) ist wertlos, wenn die Genauigkeit „Precision“ (Trefferquote) niedrig bleibt. Dann steigen Streuverluste sowie Kosten für Ansprache – und Prävention wird politisch wie ökonomisch angreifbar. Unpräzise Prävention ist nicht neutral, sondern teuer. Hinzu kommt: Prognostizierbarkeit ist indikationsabhängig. Einige chronische Erkrankungen mit langsamem, progredientem Verlauf lassen sich mit Routinedaten gut segmentieren. Andere sind heterogener oder benötigen zusätzliche klinische Informationen. Ein Standardmodell für alle Indikationen ist daher nicht effizient, sondern ein Rezept für Mittelmaß. Die Konsequenz ist eindeutig: Routinedaten reichen für eine initiale Risikovorselektion, aber für wirksame Prävention muss die Datenbasis indikationsspezifisch geschärft werden – etwa durch gezielte Zusatzinformationen, strukturierte Selbstauskünfte oder klinische Parameter z.B. aus der ePA. Nicht weil „mehr Daten“ besser sind, sondern weil Prävention ohne ausreichende Präzision operativ ins Leere läuft.

Datenbasierte Prävention ist damit ein iterativer Steuerungsprozess: Hypothesen bilden, Zielgruppen identifizieren, Intervention umsetzen, Effekte messen, Modelle nachschärfen. Wer diese Schleife nicht beherrscht, produziert sinnlose „Leuchtturmprojekte“. Wer sie beherrscht, macht Prävention skalierbar – und damit finanzpolitisch relevant.

**■ Wie datenbasierte Präventionskampagnen Wirkung entfalten**

*Daten allein stabilisieren keine Finanzen – erst eine durchgängige, messbare Präventionskampagne übersetzt Analytik in Wirkung. Alles andere bleibt Stückwerk.*

Wenn Prävention die Kostenkurve beeinflussen soll, muss sie operativ funktionieren: mit präziser Zielgruppe, wirksamer Aktivierung, verlässlicher Unterstützung und messbaren Ergebnissen. Genau daran scheitern viele Programme – nicht an fehlenden Ideen, sondern an fehlender End-to-End-Umsetzung. Der Kern datenbasierter Präventionskampagnen ist eine durchgängige Steuerungslogik über fünf Phasen: **(1)** Planung (Ziel, Budget, Business Case, Rechtsrahmen), **(2)** Analytik (steuerungsrelevante Präzision statt Reichweite), **(3)** Aktivierung (passgenaue Ansprache statt Massenkommunikation), **(4)** Unterstützung (Adhärenz entlang des Pfades sichern), **(5)** Evaluation (Wirkung belegen, Kampagne nachschärfen, skalieren). Entscheidend ist nicht die Existenz einzelner Bausteine, sondern ihre Verzahnung – nur dann wird Prävention wiederholbar und skalierbar. Damit verschiebt sich Prävention von einem „Programm“ zu einem lernenden Steuerungsprozess: Zielgruppen werden iterativ präzisiert, Maßnahmen nach Wirkung priorisiert und Ressourcen dorthin gelenkt, wo sie Kosten und Morbidität tatsächlich beeinflussen. So wird Prävention erstmals planbar – und damit finanzpolitisch relevant. Wer diese End-to-End-Logik etablieren will, braucht keine zusätzliche Maßnahme – sondern Governance, Verantwortlichkeiten und eine Organisationslogik, die Prävention als Steuerungsfunktion verankert.

**■ Die neue Rolle der Krankenkassen: Vom Zahlmeister zum aktiven Gestalter**

*Datenbasierte Prävention ist kein Zusatz zur bestehenden Steuerung, sondern eine neue Kernfunktion. Ohne organisatorische Verankerung bleibt sie wirkungslos.*

Datenbasierte Präventionskampagnen verändern nicht nur operative Abläufe, sondern stellen das Selbstverständnis der Krankenkassen infrage. Solange Krankenkassen vor allem als nachgelagerte Kostenträger agieren, bleibt ihr Einfluss auf die tatsächliche Entwicklung von Morbidität und Versorgungsbedarf begrenzt. Finanzstabilisierung wird dann verwaltet, nicht gestaltet. Prävention verschiebt diesen Fokus grundlegend. Die Fähigkeit, Risiken frühzeitig zu identifizieren und präventive Maßnahmen gezielt zu steuern, eröffnet erstmals echten Handlungsspielraum. Voraussetzung dafür ist jedoch, Prävention nicht als isoliertes Programm zu behandeln, sondern als integralen Bestandteil der Gesamtsteuerung von Versorgung und Finanzen. Diese Verankerung ist eine Organisationsfrage. Datenbasierte Prävention ist weder ein IT-Projekt noch ausschließlich Aufgabe einzelner Fachbereiche. Sie liegt an der Schnittstelle von Strategie, Versorgung, Controlling, Recht und Kommunikation. Ohne klare Governance, eindeutige Verantwortlichkeiten und verbindliche Entscheidungswege bleibt Prävention fragmentiert – unabhängig davon, wie gut einzelne Analysen sind. Damit verändert sich auch der Umgang mit Ressourcen. Präventionsmaßnahmen konkurrieren nicht länger abstrakt um Budgets, sondern werden entlang ihrer erwarteten Wirkung priorisiert. Prävention wird vergleichbar, steuerbar und begründbar – intern wie extern. Das stärkt nicht nur die finanzielle Steuerung, sondern auch die Legitimation gegenüber Politik und Öffentlichkeit. In diesem Kontext gewinnen Kooperationen mit spezialisierten Partnern an strategischer Bedeutung. Der Aufbau der erforderlichen Fähigkeiten in prädictiver Analytik, datenbasierter Zielgruppenselektion und operativer Präventionssteuerung ist kom-

plex und zeitintensiv. Entsprechende integrierte Angebote sind im Markt bislang kaum etabliert, belastbare Erfahrungswerte müssen häufig erst mühsam aufgebaut werden. Angesichts des steigenden Handlungsdrucks kann es für Krankenkassen daher sinnvoll sein, auf Partner zurückzugreifen, die datenbasierte Prävention nicht nur konzeptionell verstehen, sondern auch operativ umsetzen können – und damit dazu beitragen, Prävention schneller, präziser und wirksamer in die bestehende Steuerungslogik zu integrieren. Letztlich markiert datenbasierte Prävention einen Rollenwechsel: von der reaktiven Kostensteuerung hin zur aktiven Gestaltung gesundheitlicher Entwicklung. Dieser Wechsel ist kein gradueller Schritt, sondern ein struktureller. Krankenkassen, die Prävention nicht organisatorisch verankern, werden ihr Potenzial nicht heben – unabhängig von Datenverfügbarkeit oder Einzelprojekten.

**■ Rahmenbedingungen & Ausblick: was es jetzt braucht**

*Die rechtlichen Voraussetzungen für datenbasierte Prävention sind weitgehend vorhanden. Entscheidend ist nicht ihre Ausweitung, sondern ihre konsequente Nutzung.*

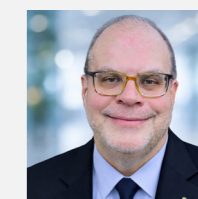
Die Notwendigkeit datenbasierter Prävention wird gesundheitspolitisch kaum noch bestritten. Auch der regulatorische Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung eröffnet bereits heute Möglichkeiten, gesundheitliche Risiken frühzeitig zu erkennen und präventive Maßnahmen gezielt zu steuern. Die Behauptung, Prävention scheitere primär an fehlenden gesetzlichen Grundlagen, greift daher zu kurz, auch wenn Nachbesserungen dringend geboten erscheinen. Der eigentliche Engpass liegt in der Umsetzung. Fragmentierte Datenlandschaften, organisatorische Trennung von Analyse und Steuerung sowie eine ausgeprägte Risikovermeidung führen dazu, dass vorhandene Spielräume nicht genutzt werden. Datenschutz und informationelle Selbstbestimmung sind dabei unverzichtbare Leitplanken – sie ersetzen jedoch keine strategische Steuerungsentscheidung.

Entscheidend für die kommenden Jahre ist daher weniger neue Regulierung als die Fähigkeit, Prävention operativ zu verankern: Gesundheitsdaten steuerungsrelevant zu nutzen, Präventionsmaßnahmen zu priorisieren und Wirkung systematisch zu messen. Nur so lässt sich Prävention aus der Logik einzelner Programme lösen und als dauerhaftes Element der Finanz- und Versorgungssteuerung etablieren. Finanzstabilisierung beginnt damit nicht beim Budget, sondern bei der Fähigkeit zur Prävention. Krankenkassen, die diesen Perspektivwechsel vollziehen, erweitern ihren Handlungsspielraum erheblich. Prävention wird dann vom politischen Anspruch zur strategischen Realität.

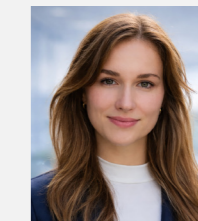
**AUTOR:INNEN**



**Fabian Marx**  
CEO IQVIA Health System Services GmbH



**Dr. Thorsten Dusberger**  
Head of Strategy & Corporate Development IQVIA HSS



**Christina Ryngler**  
Strategy & Corporate Development IQVIA HSS