

Schluss mit der teuren Gießkanne

Wie datenbasierte Versorgungssteuerung Streuverluste minimiert und Krankenkassen eine punktgenaue Mittelverwendung ermöglicht.

Zwischen
medizinischer Leitlinie
und **Versorgungsrealität**
klafft eine Lücke. Wer sie
in der **strategischen**
Steuerung ignoriert,
investiert ins Leere.

Priorisierung unter Unsicherheit: Wie Daten gezieltere Steuerung ermöglichen

Knappe finanzielle Ressourcen, regulatorische Vorgaben und intensiver Wettbewerb zwingen gesetzliche Krankenkassen mehr denn je zu einer zielgerichteten Versorgung. Für Verantwortliche wächst damit der Druck, **Investitionen in Versorgungsangebote, Selektivverträge oder Disease-Management-Programme (DMP) zu priorisieren** und deren Wirtschaftlichkeit sicherzustellen.

Das Problem: Die strategische Weichenstellung erfolgt häufig auf Basis externer Gutachten, standardisierter Benchmarks oder pragmatischer Heuristiken. **Zwar verfügen Krankenkassen über gewaltige Mengen an Routinedaten, doch diese liegen meist als isolierte Leistungsparameter vor,** die den echten Versichertenverlauf kaum abbilden.



Ohne das Wissen
um **die wahren,
dynamischen
Versorgungspfade**
der Versicherten
drohen massive Risiken

Die Folge ist strategische Unsicherheit. Denn ohne das Wissen um die wahren, dynamischen Versorgungspfade der Versicherten drohen zwei massive **Risiken für die Steuerung**:

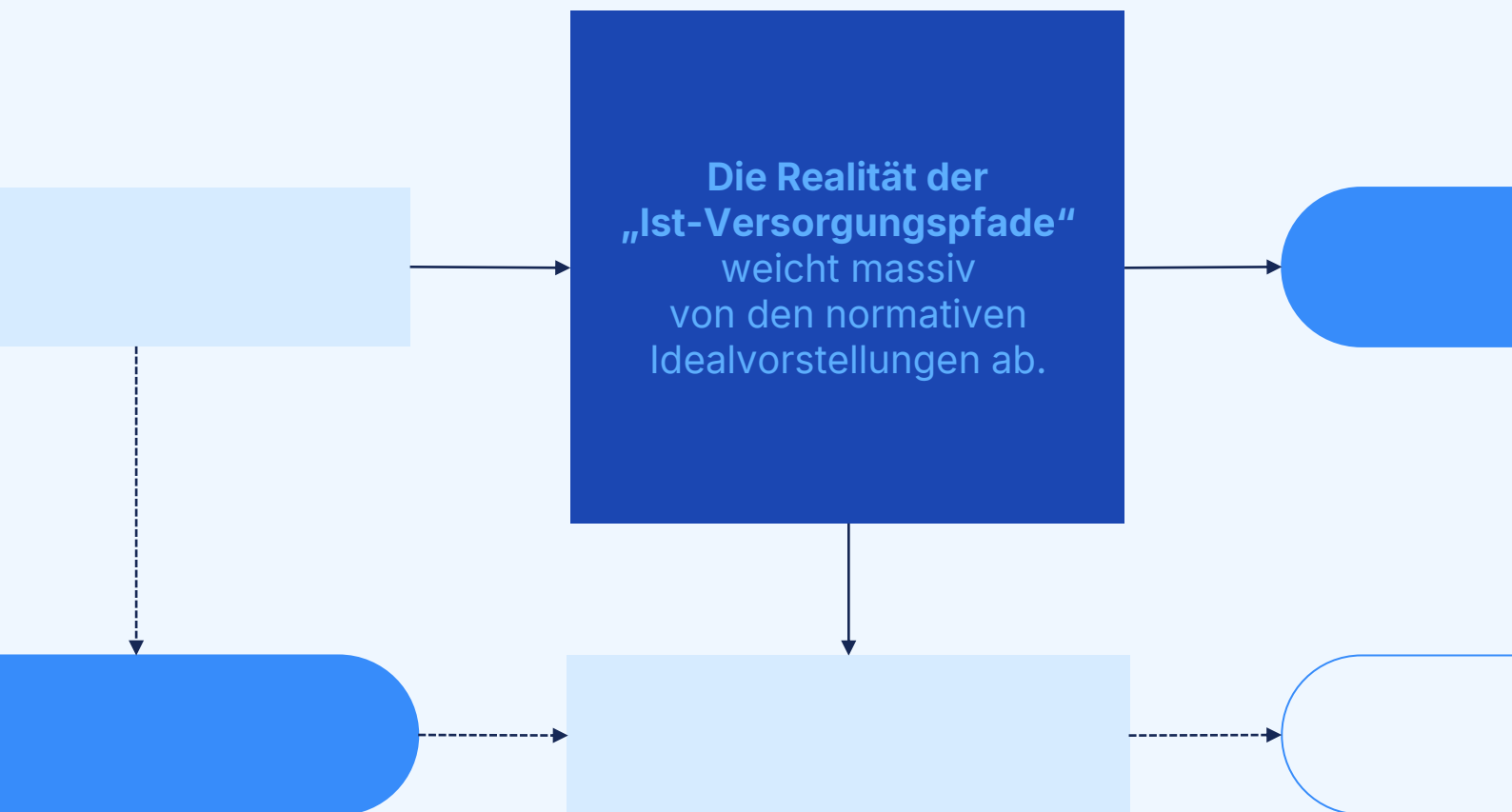
- 1. Hohe Streuverluste:** Budgets fließen in breite Ansprachekampagnen, die die eigentlich vulnerablen Risikogruppen völlig verfehlen.
- 2. Fehlllokation:** Innovative Versorgungsangebote setzen an der falschen Stelle der „Patient Journey“ an.

Krankenkassen entwickeln sich zunehmend vom reinen Kostenträger zum kümmernden Gesundheitsberater. Um diese Rolle wirtschaftlich tragfähig auszufüllen, bedarf es einer Versorgungssteuerung, die nicht auf theoretischen Annahmen, sondern auf einer **präzisen Analyse der tatsächlichen Versorgungsrealität** basiert.

Soll-Pfad vs. Ist-Realität: Warum pauschale Annahmen scheitern

In der Entwicklung von Versorgungsprogrammen wird traditionell mit „Soll-Versorgungspfaden“ gearbeitet. Diese definieren, meist abgeleitet aus medizinischen Leitlinien, den idealen Behandlungsablauf für bestimmte Erkrankungen.

Die Auswertung der abgerechneten Leistungen (Routinedaten) durch Sequenz- und Prozessanalyse zeigt jedoch schonungslos: Die Realität der „Ist-Versorgungspfade“ weicht massiv von diesen normativen Idealvorstellungen ab.



R Ü C K E N S C H M E R Z E N

Drei Beispiele aus der Versorgungsrealität:

Unspezifischer Rückenschmerz: Viele Versicherte wählen den direkten Weg in die orthopädische Versorgung, obwohl die durchgeführte medikamentöse Standardtherapie auch in der nahen hausärztlichen Praxis erfolgen kann.

Diabetes Mellitus Typ 2: Trotz klarer Empfehlungen eskalieren Patient:innen zu schnell durch die Arzneimitteltherapie. Eine Analyse zeigte bei 8.112 Versicherten hunderte verschiedene Wirkstoffkombinationen und hochgradig variierende Eskalation/Deeskalation der Therapieschemata.

Medikationslücken: Die Daten decken oftmals Unregelmäßigkeiten der abgegebenen Wirkstoffe auf und zeigen teilweise lange medikamentenfreie Zeiträume, die im theoretischen „Soll-Pfad“ gar nicht vorgesehen sind.

Wer Versorgungssteuerung ausschließlich auf Basis von Soll-Prozessen aufsetzt, plant an der Realität der Versicherten vorbei. Um teure Streuverluste zu stoppen, müssen Krankenkassen die wahren Muster im Versorgungsgeschehen sichtbar machen.

Die teure Gießkanne: Warum „offensichtliche“ Risikogruppen oft die falschen sind

Wie teuer eine unzureichend datengestützte Priorisierung sein kann, zeigt das Beispiel des Obstruktiven Schlafapnoe-Syndroms (OSAS). Eine Kasse plant eine Präventionskampagne zur Früherkennung.

Das Problem der simplen Selektion: Klassischerweise identifiziert man Versicherte anhand typischer Komorbiditäten (z. B. Bluthochdruck, Adipositas, Rückenschmerz). Zieht man Versicherte heran, die mindestens sieben der Top-10-Komorbiditäten aufweisen, erhält man eine gewaltige Risikogruppe.

Eine Langzeitanalyse zeigte jedoch: Die "Trefferquote" (tatsächliche OSAS-Diagnose) lag über sieben Jahre bei nur 11,3 %, und nur ca. 2 % erhielten innerhalb der ersten zwei Jahre eine Diagnose.

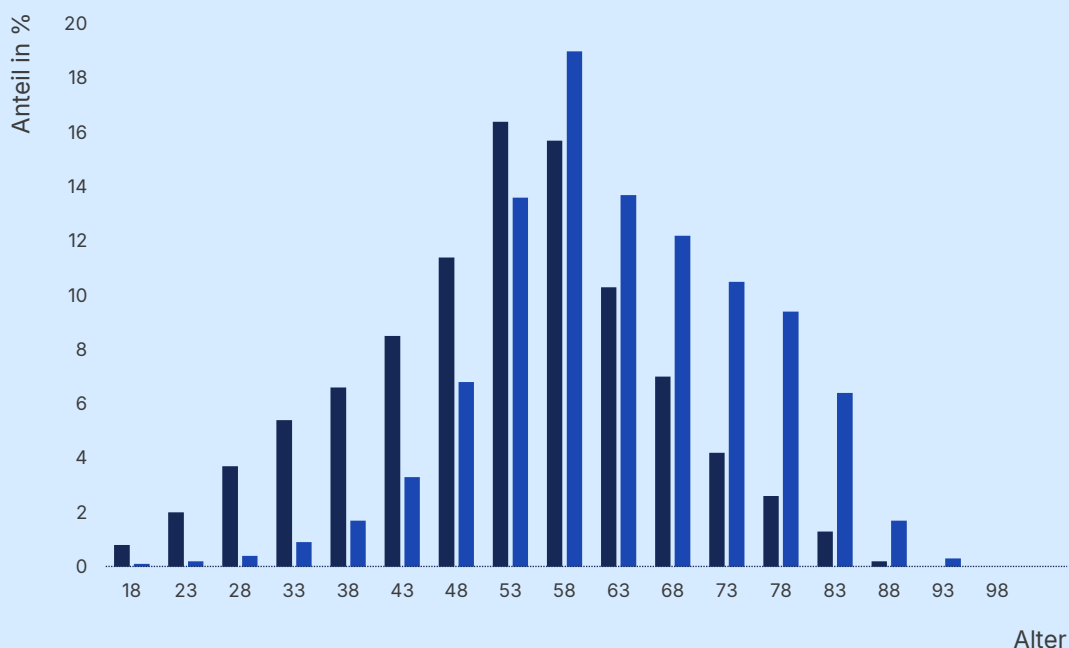
Eine postalische Kampagne an diese Gruppe wäre eine teure Gießkanne mit enormen Streuverlusten.

Erfahren Sie auf den folgenden Seiten anhand realer Praxisbeispiele, warum Zielgruppen-selektionen oft scheitern, wie **datengetriebene Steuerung** Streuverluste drastisch senkt und wie Sie in drei **methodischen Schritten** zur präzisen Versichertenansprache gelangen.

Der tiefe Blick in die Charakteristika der Risikogruppe offenbarte einen massiven strukturellen Unterschied:

Die über Komorbiditäten definierte Risikogruppe bestand zu 65,8 % aus Frauen, war durchschnittlich 50 bis 75 Jahre alt und wies eine sehr hohe Morbidität auf (22,4 % mit Pflegegrad). **Die Gruppe der tatsächlich an OSAS erkrankten Patient:innen war jedoch grundlegend anders:** Sie bestand nur zu 32,8 % aus Frauen, war deutlich jünger (45 bis 60 Jahre) und wesentlich gesünder (nur 7,8 % mit Pflegegrad).

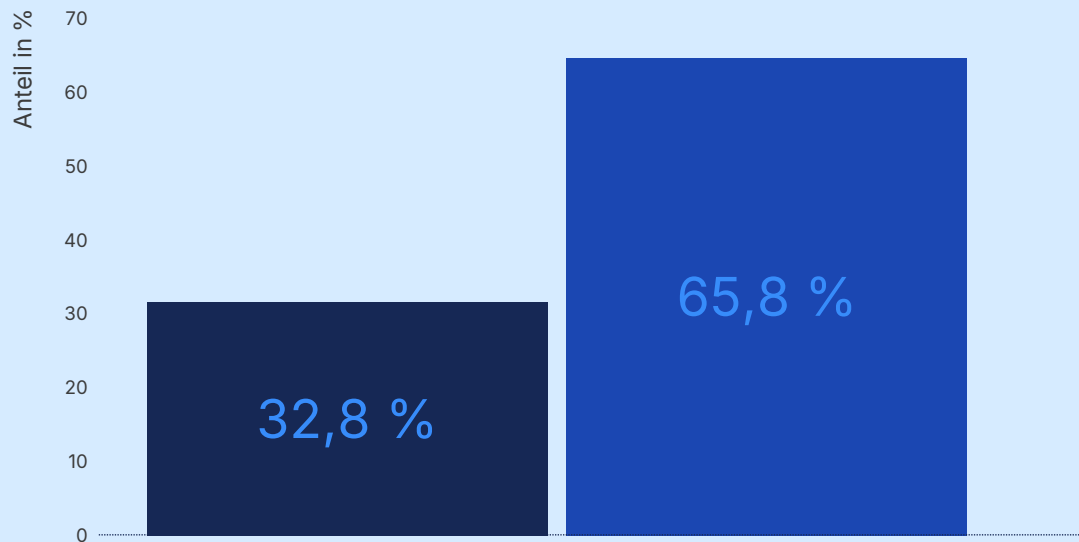
Altersverteilung Risikogruppe vs. Indexgruppe



Es wird deutlich, dass Personen mit Indexdiagnose überwiegend zwischen 45 und 60 Jahren alt sind, während sich die Risikogruppe schwerpunktmäßig im Alter zwischen 50 und 70 Jahren befindet. Insgesamt weist die Risikogruppe damit ein höheres Durchschnittsalter auf als die erwartete Indexgruppe.

- Personen mit Indexdiagnose 2023
- Personen der selektierten Risikogruppe 2023 (Personen mit mindestens 7 der Top-10-Komorbiditäten im Jahr 2023)

Frauenanteil Risikogruppe vs. Indexgruppe



In der Risikogruppe ist der Frauenanteil etwa doppelt so hoch wie in der Gruppe der Versicherten mit Indexdiagnose:
Auf dieser Basis würden Frauen zu häufig angeschrieben.

- Personen mit Indexdiagnose 2023
- Personen der selektierten Risikogruppe 2023 (Personen mit mindestens 7 der Top 10-Komorbiditäten im Jahr 2023)

Genau hier setzt prädiktive Versorgungsanalytik an: Durch den **Abgleich der heuristischen Zielgruppe mit den realen Profilen tatsächlicher Patient:innen** werden diese massiven Abweichungen sichtbar. Die Zielgruppe wird nicht nur nach „Anzahl der Diagnosen“ selektiert, sondern über explorative Analytik datengetrieben so geschärft, dass Investitionen in Früherkennung und Versichertenkommunikation genau die Kohorten treffen, bei denen der ROI und die medizinische Wahrscheinlichkeit am höchsten sind.



Die unentdeckte Lücke: Den wahren Hebel in der Versorgung finden

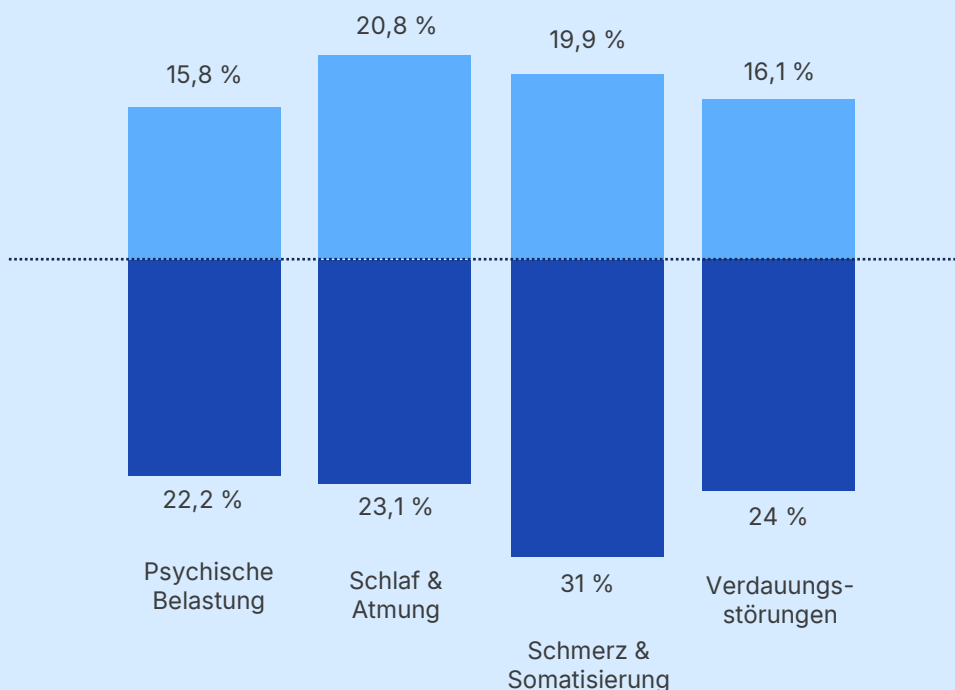
Datenbasierte Steuerung verhindert nicht nur Fehlentscheidungen bei Kampagnen, sie deckt auch gravierende Unterversorgung auf. Ein Beispiel ist die Osteoporose. Frakturen zählen hier zu den größten Risiken, verursachen hohe Kosten und mindern die Lebensqualität bis hin zur Pflegebedürftigkeit.

Eine Analyse der GKV-Routinedaten von 27.779 Versicherten mit einer Erstdiagnose Osteoporose offenbarte deutliche Steuerungsdefizite.

Verpasste Frühintervention: 33 % der Versicherten weisen bereits in den Jahren vor ihrer Erstdiagnose Frakturen auf. 87,6 % zeigen schon vor der Diagnose Folgeerkrankungen wie Schmerz oder Schlafstörungen. Das System reagiert zu spät.

Mangelnde Therapie: Selbst im Jahr nach der Erstdiagnose erhalten 55,3 % der Betroffenen keine spezifische medikamentöse Basistherapie.

Kodierte Folgeerkrankungen Diagnosezeitpunkte



87,6 %

der Versicherten mit Osteoporose hatten bereits vor ihrer Erstdiagnose mindestens eine der betrachteten Folgeerkrankungen kodiert.

- Anteil Personen mit Erstdiagnose für Folgeerkrankungen im Jahr nach Index
- Anteil Personen mit Erstdiagnosen für Folgeerkrankungen in den drei Jahren vor Index

Die strategische Implikation: Anstatt breite, unspezifische Check-up-Programme zu finanzieren, ermöglicht dieser Insight eine hochpräzise Steuerung. Der Hebel liegt bei Versicherten mit einem hohen Risiko (z.B. vorherigen Brüchen oder Schmerzprofilen), die noch nicht leitliniengerecht therapiert werden. Wenn Krankenkassen **genau an dieser Lücke in der Patient Journey ansetzen** – etwa durch proaktives Einsteuern in DMP oder die hausarztzentrierte Versorgung (HzV) – könnte das Risiko teurer Pflegebedürftigkeit sinken.



Daten lebensnah machen: Die Übersetzung in Versichertenprofile

Routinedaten allein verändern noch keine Versorgung. Für Versorgungsmanager:innen ist entscheidend, dass aus GKV-Abrechnungsdaten konkrete, steuerbare Handlungsansätze erwachsen.

Vom Code zur "Persona": Um Interventionen zielgruppengerecht zu gestalten, übersetzt GWQ.knows die analytischen Findings in lebensnahe Versicherten-Profile (Personas). Im Fall der Osteoporose verdichten sich die Daten zu folgendem Bild: Eine 55- bis 67-jährige Frau, erwerbstätig, möglicherweise bereits chronisch erkrankt und von Schlafstörungen betroffen.

Die Steuerungslogik dahinter: Diese Zielgruppe benötigt keine abstrakten Informationsbroschüren. Ihr Frustrationsprofil zeigt: Sie schiebt Arzttermine auf und stellt den eigenen Versorgungsbedarf hintenan. Das ideale Versorgungserlebnis für diese Gruppe ist ein unkomplizierter Erstkontakt und ein persönlicher Versorgungsbegleiter, der administrativen Aufwand abnimmt und die Einsteuerung in ein DMP oder regelmäßige Check-ups orchestriert. Durch diesen Schritt wird reine Versorgungsforschung zu angewandtem

Versorgungsmanagement: Kassenbudgets werden exakt dort investiert, wo sie die Hürden der Versicherten abbauen.

Datenbasis: Warum interne Kassendaten oft nicht ausreichen

Die Identifikation von Steuerungslücken und strukturellen Verzerrungen (wie im OSAS-Beispiel) erfordert nicht nur **fortschrittliche Technologie**, sondern vor allem **statistische Masse**. Einzelne mittelständische Krankenkassen stoßen bei der Analyse komplexer, longitudinaler Versorgungspfade in ihrem eigenen Bestand häufig an die Grenzen.

Der anonymisierte Datenpool (aDP) der GWQ:

Das Health Data Lab der GWQ löst dieses Problem durch den Zugriff auf einen der umfassendsten GKV-Datenpools. Die Verarbeitung der Daten erfolgt anonymisiert und **datenschutzkonform**.



Umfang

Detaillierte Informationen zu ambulanter und stationärer Versorgung, Arzneimittelabgaben, Heil- und Hilfsmitteln sowie Arbeitsunfähigkeit.



Marktabdeckung

Abrechnungsdaten von **20 Betriebs- und Innungskrankenkassen** mit **ca. 7,8 Millionen Versicherten**.



Historie

Längsschnittbetrachtungen über **mehr als 12 Jahre**. Dieser Pool ermöglicht es, selbst hochkomplexe Versorgungszustände und sehr individuelle Pfade **datenschutzkonform** abzubilden.

Für das strategische Management von Krankenkassen bedeutet das:

Jede abgeleitete strategische Maßnahme wird nicht isoliert betrachtet, sondern gegen die Evidenz eines signifikanten Marktausschnitts gebenchmarkt. Die interdisziplinäre Zusammenarbeit von Data Scientists und Fachexpert:innen aus dem Gesundheitswesen stellt dabei sicher, dass Analysen nicht im luftleeren Raum stattfinden, sondern direkt in umsetzbare Interventionen münden.

Analyse ist kein Selbstzweck: Der Weg zur konkreten Lösung

Die schärfste Datenanalyse ist wertlos, wenn sie nicht in die Versorgungsrealität überführt wird. Ein zentrales Problem vieler Kassen ist die Lücke zwischen Stabsabteilungen (Datenanalyse) und dem operativen Versorgungsmanagement (Einkauf, Verträge).

Der nahtlose Steuerungskreislauf: Die Methodik von GWQ.knows ist darauf ausgelegt, nicht in Form eines isolierten Gutachtens zu enden, sondern nahtlos in die vertragliche und operative Steuerung zu greifen. Die Erkenntnisse bilden das strategische Fundament, auf dem die weitere Lösungsgestaltung der GWQ-Markenfamilie aufbaut:



Das Fundament: Erkenntnis & Strategie (GWQ.knows)

Wir liefern die analytische und entscheidungsvorbereitende Basis. Zielgruppen werden trennscharf identifiziert, Versorgungslücken datengestützt aufgedeckt und strategische Interventionspfade abgeleitet.





Sobald das „Wer“ und das „Wo“ im Versorgungspfad durch GWQ.knows geklärt sind, muss die Erkenntnis wirtschaftlich in die Fläche gebracht werden. Hier bietet die GWQ anschlussfähige Optionen zur direkten Umsetzung: **Beschaffung & Verträge (GWQ.buys)**.

Bietet der Markt bereits die passenden Interventionslösungen, überführt GWQ.buys die Erkenntnisse in konkrete Selektivverträge und Angebote der Regelversorgung. So entsteht ein wirtschaftlich tragfähiger, skalierbarer Zugang zu validierten Versorgungsleistungen, gestützt durch professionelles Ausschreibungs- und Vertragsmanagement.



T R A N S F O R M A T I O N

N E U E N T W I C K L U N G

K O N Z E P T I O N

GWQ+
CREATES

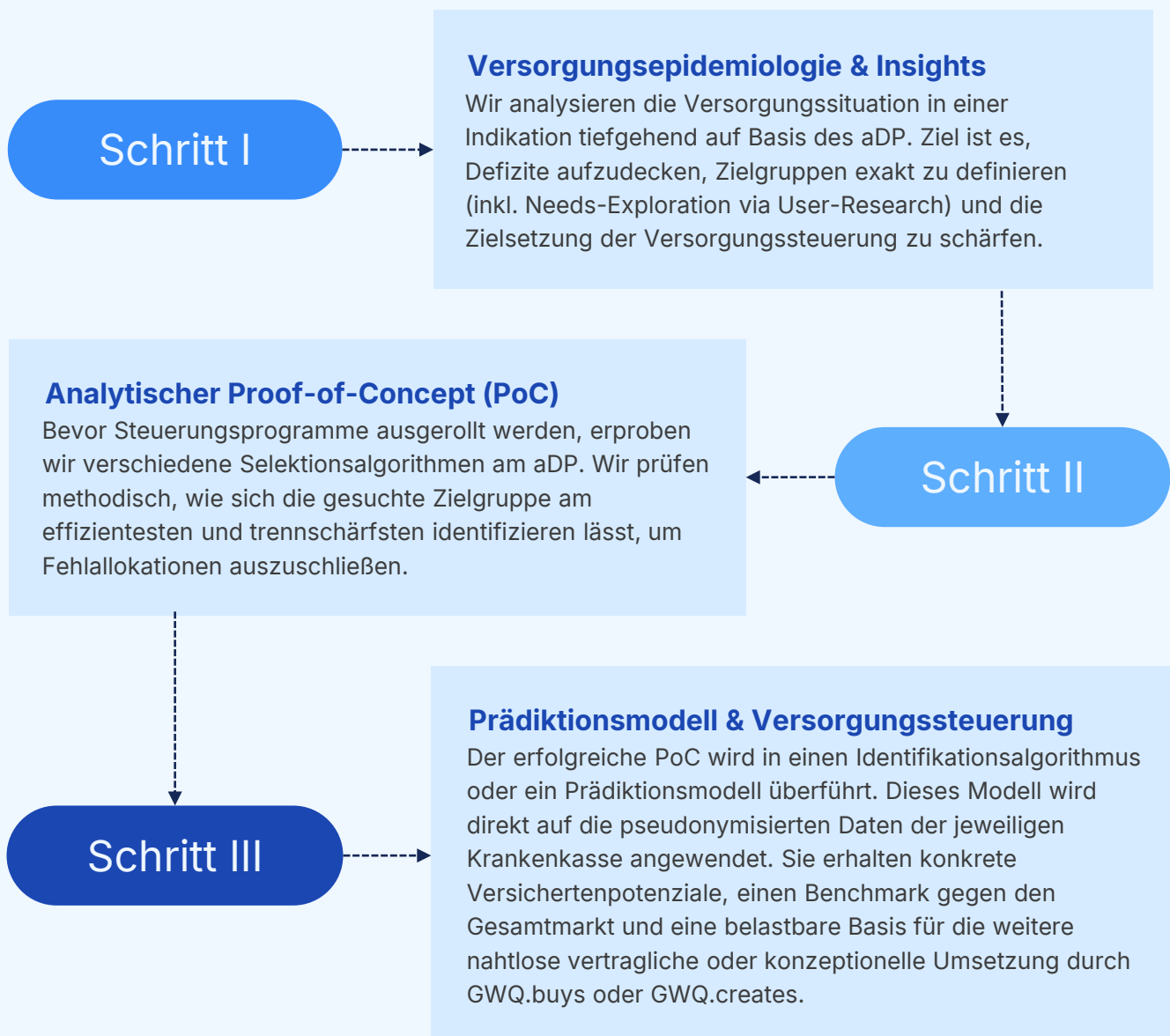
Entwicklung & Transformation (GWQ.create)

Erfordert die spezifische Versorgungssituation der Zielgruppe völlig neue Ansätze, übernimmt GWQ.create die Konzeption und Neuentwicklung passgenauer Versorgungslösungen und digitaler Transformationsprozesse.

Hier schließt sich der Kreis: Aus strategischer Unsicherheit wird durch Datenanalyse eine belastbare Grundlage für vertragliches oder konzeptionelles Handeln. Die Kasse kauft nicht länger Standardlösungen nach dem Gießkannenprinzip ein. Sie investiert dank GWQ.knows punktgenau in jene Verträge und Innovationen, die exakt auf die zuvor datengetrieben identifizierten Hürden der eigenen Versicherten zugeschnitten sind.

In 3 Schritten zur präzisen Intervention: Der Projekt-Fahrplan

Um das Investitionsrisiko für Krankenkassen zu minimieren, folgt GWQ.knows einem ressourcenschonenden, dreistufigen Vorgehensmodell. Jeder Schritt liefert eigenständige Entscheidungsgrundlagen.





Fazit: Steuerungsgewissheit statt Gießkanne

Die Zeiten, in denen Versorgungssteuerung auf Basis pauschaler Annahmen oder isolierter Leitlinien funktionierte, sind angesichts knapper Ressourcen vorbei. Die Kosten für Streuverluste in Kampagnen und die langfristigen finanziellen Folgen einer unentdeckten Fehlversorgung sind zu hoch. Krankenkassen, die ihre Routinedaten durch Prozess- und Sequenzanalysen sowie prädiktive Modelle analysieren lassen, gewinnen einen entscheidenden strategischen Vorteil: Sie wissen nicht nur, was in der Theorie passieren sollte, sondern erkennen, wo und bei wem sie in der Praxis den größten Hebel für Qualität und Wirtschaftlichkeit ansetzen müssen.

GWQ.knows schafft eine belastbare Grundlage für die treffsichere Steuerung von Budgets.

Lassen Sie uns über Ihre strategischen Versorgungsziele sprechen.

Möchten Sie wissen, wie viel ungenutztes Steuerungspotenzial in Ihren eigenen Routinedaten steckt und wie Sie teure Streuverluste in aktuellen Präventionsprogrammen vermeiden?



Vereinbaren Sie ein unverbindliches Beratungsgespräch mit unserem GWQ.knows-Experten Dr. Benjamin Birkner.

[JETZT VEREINBAREN](#)