



Datengestützte Erkennung individueller Gesundheitsrisiken (§25b SGBV): methodische Herausforderungen bei der Erfolgsmessung am Beispiel Darmkrebs

Horenkamp-Sonntag D*, Petereit F*, Vietor C*, Wadek A*, Gehder S*

AGENS Methodenworkshop 2026
Hamburg, 19./20. März 2026

*Es existieren keine Interessenskonflikte von Seiten der Autor:innen.

1

Hintergrund (1): formale Aspekte

Datengestützte Erkennung individueller Gesundheitsrisiken (§25b SGBV)

Gesundheitsdatennutzungsgesetz (GDNG)

- Gesetzliche Krankenkassen -> Zugriff auf Gesundheitsdaten ihrer Versicherten
- Durch GDNG möglich: datengestützte Auswertungen zur
 - (1) Identifikation individueller Gesundheitsrisiken und
 - (2) gezielten Information der betroffenen Versicherten.
- Erster TK-Use Case in 11.2024: Versicherte mit erhöhten Darmkrebsrisiko
 - (1) Anschreiben der Versicherten -> Information / Aufklärung über Sacherhalt
 - (2) Empfehlung ärztlicher Beratung über ggf. erforderliche (Kontroll-) Maßnahmen

2 | Dr. Dr. Dirk Horenkamp-Sonntag

2

Hintergrund (2): Darmkrebsrisiko und Koloskopie

Individuelles
Darmkrebs-
risiko



Ausgangssituation

Die Darmspiegelung (Koloskopie) stellt eine effektive Maßnahme zur Senkung der Darmkrebsinzidenz und -mortalität dar.

Problem

Erhebliche Fehlversorgung bzgl. Kontroll-Koloskopien nach (auffälligen) Vorbefunden: Zu geringe Nutzung von Früherkennungs- und Kontrollmaßnahmen durch Versicherte mit erhöhten Erkrankungsrisiko

Potential der datenbasierten Auswertung

Stadiengerechte Nachkontrolle

TK informiert Versicherte über individuell sinnvolle Kontrolltermine nach durchgeführter Koloskopie. (CAVE: erhöhtes Krankheitsrisiko ohne Kontrolle)

- nach einem Vorbefund (z. B. Polypen) nach 3-5 Jahren
- ohne Vorbefund nach 10 Jahren

3 | Dr. Dr. Dirk Horenkamp-Sonntag

3

Ziel: Post-interventionelle Erfolgsmessung

Warum?

Um die Informationsmaßnahme hinsichtlich Effektivität zu evaluieren.

[CAVE: Erfüllung der gesetzlichen Auflage, die Auswirkungen der datengestützten Risikohinweise zu messen]

a. methodisch

- Zielgenauigkeit der Selektion?
- Verständlichkeit und „Motivationswirkung“ des Anschreibens?

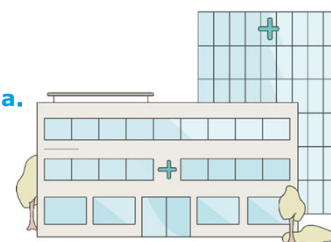
b. ergebnis-orientiert

- Änderung der Inanspruchnahme?
- Verbesserung der Gesundheit?
- Reduktion von Morbidität/Mortalität?

Wie?

Spezifische Leistungsanspruchnahmen nach erfolgter TK-Information, u.a.

- Koloskopie erfolgt?
- Facharzt aufgesucht?
- Befragung vs. Routinedaten?
-



4 | Dr. Dr. Dirk Horenkamp-Sonntag

4

Lösungsansätze / Ergebnisse

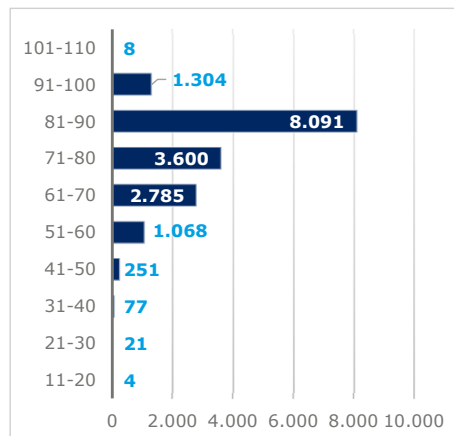
Versicherte mit datenbasiertem Hinweis auf Gesundheitsrisiko

TK-Versichertenbestand in 2024:

- n = 2,7 Mio. Versicherte mit 3,9 Mio. Koloskopien
 - davon 83,5 % ambulant
 - davon 1,1 Mio. Versicherte durchgehend 10 Jahre versichert
 - davon 17.209 Versicherte mit Hinweis auf Gesundheitsrisiko

Versicherte mit Hinweis auf Gesundheitsrisiko: n=17.209

- insbesondere hochbetagte Versicherte erfüllen Selektionskriterien
- Abgrenzung schwierig zum „natürlichen“ Verlauf zum Lebensende
 - u.a. erhöhte Arzt-Patientenkontakte
 - u.a. vermehrte Leistungsansprüchen



5 | Dr. Dr. Dirk Horenkamp-Sonntag

5

Methodisches Kernproblem

Allgemein -> Kontrollgruppen-Generierung

- ❖ Der 2024 neu eingeführte § 25b SGB V fordert, dass jeder identifizierte Versicherter mit erhöhtem Risiko (umgehend) informiert werden muss.
- ❖ Damit erhalten alle betroffenen Versicherten zeitgleich die Intervention und es besteht keine Möglichkeit, prospektiv eine adäquate Kontrollgruppe für die Evaluation zu generieren.

Darmkrebs-spezifisch -> Kausalität

- ❖ lange & durchgehende Versichertenverläufe erforderlich.
- ❖ viele Gründe und Nicht-Gründe für Koloskopie denkbar.
 - „Invasivität“ der Untersuchung inkl. (abführender) Vorbereitung.
 - Recht auf „Unwissenheit“
 - etc.
- ❖ Interaktion zur gesetzlich vorgeschriebene Versicherteninformation bei Darmkrebsfrüherkennung: Versicherten im Alter von 50, 55, 60 und 65
- ❖ GKV-Routinedaten ohne klinischen Kontext schwierig zu interpretieren.



6 | Dr. Dr. Dirk Horenkamp-Sonntag

6

Schlussfolgerung und Ausblick

homogen in GKV-Routinedaten $\neq$ klinisch homogen

Schlussfolgerung

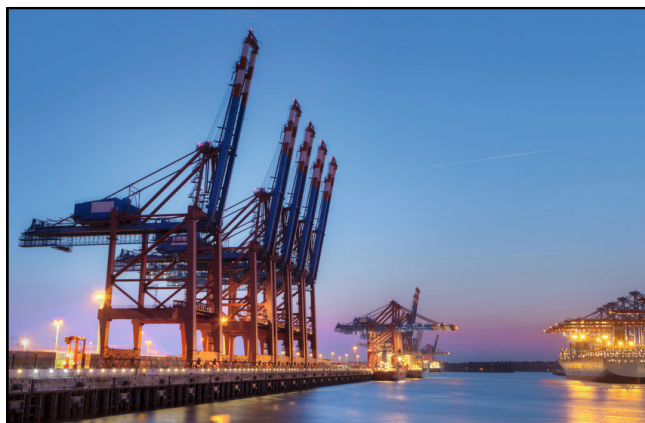
- Mit GKV-Routinedaten lässt sich die indikationsspezifische Inanspruchnahme von darmkrebsspezifischen Leistungen transparent darstellen und in demographischen Subgruppen ausdifferenzieren.
- Interpretationsspielraum gibt es zur Frage, ob und über welchen Zeitraum der datengestützte Risikohinweis einen Effekt auf die Versorgung und das individuelle Darmkrebsrisiko hat.
- Von daher sollten in solchen Konstellationen methodische Standards (u.a. GPS und STROSA) umso mehr zur Anwendung kommen.

Ausblick

- Erneute Auswertung des 2024-Use Case mit Beobachtungszeitraum 1 Jahr nach Briefversand
- Erneute Umsetzung des Use Case in 2026 mit angepasster Kommunikation

7 | Dr. Dr. Dirk Horenkamp-Sonntag

7



Dr. Dr. Dirk Horenkamp-Sonntag
dr.dirk.horenkamp-sonntag@tk.de

Techniker Krankenkasse
Versorgungsmanagement
(Hamburg)

**Falls Sie noch
Fragen haben ...**

... stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung.

8