

Von der Baustelle zum Patientenpfad¹

Wie IPA das Gesundheitswesen transformieren kann

Thomas Schlegel

1. Einleitung

Das Gesundheitswesen ist eine der größten Wachstumsbranchen der kommenden Jahrzehnte. Demografischer Wandel und medizinischer Fortschritt sorgen für stetig steigenden Versorgungsbedarf bei gleichzeitig sinkendem Leistungsangebot mit der Folge von Termin- und Ressourcenknappheit, gepaart mit drohenden Beitragserhöhungen und wachsender Unzufriedenheit der Beitragszahler und Leistungserbringer mit bestehenden Versorgungsstrukturen (vgl. Statistisches Bundesamt 2025 und Deutsches Ärzteblatt 2023).

Doch während die medizinisch-technische Seite des Systems in vielen Bereichen hoch entwickelt ist, operiert das System selbst mit einem sozialgesetzlichen Regelwerk, das tief in den Logiken vergangener Jahrhunderte verwurzelt ist. Das Sozialgesetzbuch V (SGB V) gleicht dabei einem „kaiserlichen Uhrwerk“, dessen feinverzahnte Einzelregelungen und sektorale Fragmentierung der eigentlichen Versorgungsrealität immer weniger gerecht werden. So können aufgrund technischer Innovationen insbesondere in der Diagnostik viele Leistungen an nichtärztliche Berufe delegiert werden, welche jedoch im SGB V gar nicht repräsentiert sind und insoweit auch keiner Vergütung unterliegen, geschweige denn selbständig am Patienten tätig zu sein. Das „Silo-

¹ Generative KI-Tools wurden in unterstützender Funktion für stilistische Verfeinerungen, sprachliche Optimierungen und als Inspiration für alternative Formulierungen eingesetzt. In wenigen Fällen wurden erste Entwürfe von Passagen mit den Tools erstellt und anschließend von den Autoren grundlegend überarbeitet und umformuliert. Alle intellektuellen Inhalte, kritischen Überlegungen und endgültigen Entscheidungen liegen in der alleinigen Verantwortung der Autoren.

Denken“ ist durch Einzelvertragsbeziehungen der Krankenkassen zum jeweiligen „Leistungssektor“ stark verbreitet und lässt wenig ergebnis- und versorgungsorientierten Spielraum in der Patientenversorgung zu.

Darüber hinaus ist das deutsche Gesundheitswesen weitgehend auf „Krankheitsreparatur“ statt auf Gesunderhaltung ausgelegt. Patientenindividuelle Versorgungsziele spielen in der Versorgungssteuerung und der Vergütung kaum eine Rolle. Dies führt dazu, dass ineffiziente Versorgung – also ohne patientenrelevantes Ergebnis – genauso gut oder schlecht vergütet wird wie effektive, qualitätsorientierte Leistungen. Damit ist das System nicht nur anfällig für Fehlanreize und Ressourcenverschwendungen, sondern verhindert auch die Entwicklung eines transparenten Qualitätswettbewerbs, weil vergleichbare Ergebnisse nicht systematisch erzeugt und ausgewertet werden können. In dieser Situation bietet die Integrierte Projektarbeit (IPA), wie sie bereits im Bauwesen Anwendung findet, weitreichende Impulse für eine Transformation. IPA steht für ein kooperatives, zielorientiertes, anreizbasiertes Modell der Projektsteuerung, das auch für das Gesundheitswesen eine hochattraktive Blaupause darstellen kann (vgl. Etterer et al. 2025).

2. Status quo: Sektorentrennung im Gesundheitswesen als Innovationsbremse

Das SGB V ist systematisch nach Leistungserbringern gegliedert: Ambulant, stationär, pflegerisch, heilmittelerbringend etc. Jede Gruppe agiert größtenteils isoliert mit den Krankenkassen, geregelt über bilaterale Verträge und individuelle Vergütungssysteme. Die zentrale Kritik lautet: Nicht das Krankheitsbild steht im Mittelpunkt, sondern die Sektorenzugehörigkeit. Diese Struktur erschwert besonders bei chronisch kranken Menschen eine wirksame, patientenorientierte Versorgung, bei welcher insbesondere individuelle Versorgungsziele von besonderer Bedeutung sind. Der sogenannte „Morbi-RSA“² liefert zwar sektorspezifisch höhere Zuweisungen an die Krankenkassen – jedoch fehlt die spiegelbildliche Pflicht zur sektorenübergreifenden, interprofessionellen Versorgung. Kon-

² Morbiditätsorientierter Risikostrukturausgleich, welcher gem. § 266 SGB für eine Vielzahl von chronischen und schweren Erkrankungen den Krankenkassen monatlich eine Zusatzvergütung aus dem Gesundheitsfond zukommen lässt, ohne dass deren Verwendung für den Einsatz dieser Mittel zweckgebunden ist.

kret bedeutet dies, dass für eine Anzahl von etwa 100 schweren und/oder chronischen Krankheitsbildern und das damit einhergehende steigende Kostenrisiko jede Krankenkasse für jeden mit einer oder mehrerer dieser Krankheitsbilder diagnostizierten Versicherten aus dem Gesundheitsfonds nach § 266 SGB V monatlich eine zusätzliche finanzielle Zuweisung erhält. Bedauerlicherweise gibt es jedoch keinen gesetzlichen Mechanismus, der sicherstellt, dass dieser zusätzliche finanzielle Beitrag auch versichertenindividuell und risikoadjustiert in der Versorgung eingesetzt wird.

3. IPA als kulturelles Transformationsmodell für komplexe Systeme

Die Integrierte Projektabwicklung (IPA) wurde im Bauwesen als Reaktion auf systemisches Versagen klassischer Projektstrukturen entwickelt: Terminverzug, Kostenexplosionen, Rechtsstreitigkeiten, Fehlerkultur, Misstrauen und fehlende Ergebnisverantwortung.

IPA setzt hier bewusst auf:

- gemeinsame Zieldefinition,
- partnerschaftlichen Mehrparteienvertrag,
- ein anreizbasiertes, kooperatives Vergütungsmodell (Pain-/Gain-Sharing),
- konsensuale Entscheidungsstrukturen durch interdisziplinäre Teams (Projekt-Management-Team – PMT; Projekt-Realisierungs-Team – PRT; Strategisches-Management-Team – SMT) und
- eine systemische Fehler- und Lernkultur.

Die kulturellen und strukturellen Merkmale lassen sich in weiten Teilen auf das Gesundheitswesen übertragen, insbesondere auf Selektivverträge gemäß §140a SGB V. Diese Struktur fördert Transparenz, Vertrauen und Verantwortung. Vor allem aber koppelt sie wirtschaftlichen Erfolg an kollektives Handeln und gemeinsame Zielerreichung. Genau dieser Hebel fehlt derzeit im deutschen Gesundheitswesen. Dies beginnt bereits bei der fehlenden Zieldefinition, da im Gesundheitswesen Outcomes in der Vergütung selten eine Rolle spielen und wird durch die sektorale Ausrichtung der Vergütung je Leistungserbringergruppe verstärkt, da dies die notwendige intersektorale und interprofessionelle Teambildung zugunsten der Patientenversorgung erschwert. Daher sind

die adaptierten IPA-Ziele geeignet, gemeinsame Versorgungsziele zu definieren, den „Teamerfolg“ auch an den Outcomes der Versorgungsziele monetär zu messen und erfolgsbasierte Vergütungen einzusetzen.

Es ist davon auszugehen, dass damit ein effizienterer Einsatz der Ressourcen möglich ist und gleichzeitig die Qualität der Versorgung verbessert wird. Eingesparte Ressourcen können dann ziel- und erfolgsorientierter eingesetzt werden und zwingen aufgrund der damit verbundenen Transparenz zu einer Verbesserung der Fehlerkultur.

4. IPA im Gesundheitswesen: Selektivverträge als Instrument der Umsetzung

Die derzeit in Kapitel 4 in den Abschnitten 8 SGB V mit einzelnen Versorgungszielen ausgestatteten Versorgungsansätze³ sowie die im §140a SGB V geregelten Selektivverträge bieten die Möglichkeit, sektorenübergreifende Versorgungskonzepte zu etablieren – sind jedoch optional, fragmentiert, schwer umsetzbar und selten langfristig erfolgreich. Der entscheidende Grund: Es fehlt an Verbindlichkeit, gemeinsamer Steuerung und wirtschaftlichen Anreizen für eine sektorenübergreifende und/oder fachinterprofessionelle Kooperation. Ein auf IPA-Logik aufbauendes Selektivvertragsmodell könnte dies grundlegend ändern und folgendermaßen aussehen:

- Zieldefinition: Die Vertragsziele konzentrieren sich auf Versorgungsziele anstelle von Leistungssektoren. Ob intersektoral und/oder interprofessionell gearbeitet wird, entscheidet sich am Behandlungspfad und dem damit verbundenen Versorgungsziel.
- Versorgungsziele als Benchmarks: Krankenkassen und Versorgungspartner (Ärzte, Kliniken, Pflegeeinrichtungen etc.) vereinbaren patientenindividuelle oder indikationsbezogene Versorgungsziele (z. B. Reduktion von Hospitalisierungen bei Herzinsuffizienz, KHK oder anderen schweren Erkrankungen). Dies ist insbesondere durch kontinuierliches Monitorieren der patientenindividuellen Statusdiagnosen (ermöglicht durch zunehmend verbesserte personalisierte

³ Hierbei handelt es sich in den §§ 132 bis 134a) SGB V um unsystematische, sektorenübergreifende und/oder interprofessionelle Versorgungsgegenstände, fokussiert auf den Versorgungsgegenstand (z. B. Spezialisierte ambulante Palliativversorgung, Versorgung mit Schutzimpfungen, Versorgung mit außerklinischer Intensivpflege, Versorgung mit Übergangspflege im Krankenhaus).

- Datenerhebung und Zwischendiagnosen) kostengünstig möglich und Teil der Vermeidungsstrategie zunehmenden Morbiditätsrisikos – sowohl patienten-, als auch kostenträgerseitig.
- Partner-Allianzen: Regionale Netzwerke aus Ärzten, Kliniken, Pflegediensten, Apotheken und anderen Gesundheitsakteuren schließen sich zur Erreichung definierter Versorgungsziele zusammen.
 - Mehrparteien-Vertragsstruktur: Alle Beteiligten schließen einen gemeinsamen Versorgungsvertrag ab, der über sektorale Grenzen hinweg reicht. Grundlage ist eine gemeinsam getragene Verantwortung für Ergebnis und Ressourceneinsatz.
 - Gemeinsamer Vertrag mit „Chancen-/Risikopool“: Analog zum Pain-/Gain-Sharing-Modell erfolgt eine gemeinsame Vergütung auf Basis realer Kosten und gemeinsamer Ergebnisindikatoren.
 - Transparente und konsensuale Steuerungsstruktur: Ein interprofessionelles Steuerungsteam (analog PMT) koordiniert Versorgungsprozesse, Fallmanagement, digitale Schnittstellen und Qualitätssicherung – gemeinsam und konsensual.
 - Ergebniserfassung: Die Versorgungsqualität wird über definierte, patientenrelevante und auch -individuelle Indikatoren (Patient-Recorded Outcome Measures – PROMs; Patient-Recorded Experience Measures – PREMs, klinische Outcomes) laufend evaluiert.

5. Paradigmenwechsel durch IPA: Von sektoralen Ressourcen zu Versorgungszielen

Die von der Deutschen Gesellschaft für integrierte Versorgung beauftragte systematische Analyse des gesetzlichen Status Quo für das Verfehlen von Versorgungszielen hat aufgezeigt (vgl. Schlegel 2024): Die Sektorentrennung im SGB V ist systemimmanent und durchzieht sämtliche Beziehungsebenen. Trotz §140a SGB V gibt es keine echte Verpflichtung zu sektorenübergreifenden Kooperationen. Leistungen werden nach Zuständigkeit erbracht, nicht nach Versorgungspfad oder Behandlungsziel. Was fehlt, ist ein einheitlicher Handlungsrahmen zur konsequenten Umsetzung intersektoraler Versorgung auf Basis eines Versorgungsziels. Die IPA bietet genau diesen Rahmen. Sie liefert eine systematische Ordnung für:

- Zielorientierung statt Leistungsmengen,
- Teamverantwortung statt Einzelleistung,
- transparente Planung und Echtzeit-Steuerung und
- wirtschaftliche Anreize für Effizienz und Ergebnisqualität.

6. Rahmenbedingungen für eine Übertragung von IPA in das Gesundheitswesen

Damit IPA zur tragfähigen Struktur für die sektorenübergreifende Versorgung wird, bedarf es:

1. Regulatorischer Anpassung: Verbindliche und verpflichtende Umsetzung von §140a-Verträgen für definierte Morbiditätsgruppen; Stärkung gemeinsamer Landesgremien (§90a SGB V) mit Entscheidungsbefugnis.
2. Finanzierungslogik: Weiterentwicklung des Morbi-RSA zu einem „Morbi-Versorgungsbudget“⁴, das Versorgungsziele und nicht nur Risikozuweisungen honoriert.
3. Digitale Infrastruktur: Gemeinsamer Datenraum für Versorgungspartner zur Ergebnisdokumentation, Prozesssteuerung und Fehleranalyse.
4. Vertragstypologie: Standardisierte IPA-Verträge für Selektivversorgungsmodelle mit modularer Ausgestaltung (je nach Indikation, Region, Partnerstruktur).
5. Kultureller Wandel: Coaching und Schulung zur Einführung von IPA-Denkmustern – etwa durch sektorübergreifende Akademien oder Zertifizierungen (vgl. Richstein/Nolte 2025).

7. Vorteile einer „IPA im Gesundheitswesen“

Die nachfolgende Tabelle vergleicht beispielhaft zwei Ansätze im Gesundheitswesen – den aktuellen Stand nach dem SGB V und den IPA-Ansatz, mit welchem insbesondere die Versorgung von chronisch und/oder schwer Kranken auf der Basis von komplexen Behandlungspfaden die zumeist notwendige Interprofessionalität (Teams) und Intersektoralität, aber auch die Wirtschaftlichkeit der eingesetzten Ressourcen verbessert wird. So könnte beispielhaft die Versorgung von adipösen Menschen mit unterschiedlichen Co-Morbiditäten von Diabetes über Herz-Kreislauferkrankungen in unterschiedlichen Schweregraden mit individuellen Versorgungszielen abgebildet werden.

⁴ Ein gesetzliches Finanzverteilungsverfahren in der gesetzlichen Krankenversicherung, bei dem Krankenkassen je nach Krankheitslast ihrer Versicherten unterschiedlich hohe Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds erhalten, basierend auf § 266 SGB V (s.a. Fn 2).

Die teamorientierte Vergütung ist an die Erreichung unterschiedlicher (gegebenenfalls patientenindividueller) Ziele gekoppelt – z. B. Verringerung oder Beibehaltung eines definierten Körpergewichtes, Reduktion von stationären Einweisungen, Reduktion von Wunden, Verbesserung des Blutzuckerwertes, Bereitstellung von Monitorierungsdaten zum frühzeitigen Eingreifen eines telemedizinischen Interventionsteams usw.

Aspekt	Status quo SGB V	IPA-Ansatz
Verantwortlichkeit	fragmentiert nach Sektoren	gemeinsam über Versorgungsziel
Vergütung	sektorenspezifisch, mengengetrieben	ergebnis- und zielkostenbasiert
Steuerung	isoliert, bilateral	gemeinsam über Steering-Gremium
Fehlerkultur	defensiv, bürokratisch	proaktiv, transparent
Patientenrolle	passiv	im Zentrum der Zieldefinition

ABBILDUNG 1: VERGLEICH ZWISCHEN DEM STATUS QUO DES SGB V
UND DEM IPA-ANSATZ (QUELLE: EIGENE DARSTELLUNG)

Die in der Abbildung 1 dargestellten Ergebnisse werden im Folgenden kurz detailliert erläutert.

- Verantwortlichkeit: Im SGB V ist die Verantwortung fragmentiert und auf verschiedene Versorgungssektoren (z. B. ambulant, stationär) verteilt. Beim IPA-Ansatz hingegen liegt die Verantwortung gemeinschaftlich bei allen Beteiligten und richtet sich nach einem gemeinsamen Versorgungsziel für den Patienten.
- Vergütung: Die Vergütung im aktuellen System erfolgt sektorspezifisch und ist mengenorientiert, was zu Fehlanreizen führen kann. Der IPA-Ansatz setzt dagegen auf eine ergebnis- und zielkostenbasierte Vergütung, bei der Qualität und Effizienz der Versorgung im Vordergrund stehen. Dies fördert auch das Weglassen unnötiger, ineffektiver und/oder ineffizienter Leistungen.
- Steuerung: Die Steuerung der Versorgung erfolgt bislang auf einer sektorenspezifischen, bilateralen Ebene zwischen Leistungssektor und Krankenkasse. Die sektorenübergreifende und

interprofessionelle Versorgung bedarf einer teamübergreifenden Steuerung, verbunden mit einem selbstregulierenden Anteil, der sich aus der gemeinsamen Ergebnis- und Vergütungsorientierung des Teams ergibt.

- Fehlerkultur: Bislang bedingt das sektorenspezifische Silodenken und die damit systemisch verbundene Vergütungslogik ein Interesse an Intransparenz und überbürokratischer Kontrollbürokratie. Der IPA-Ansatz bedingt Transparenz und einen konstruktiven Umgang mit Fehlern, um gemeinsam gesteckte Ziele und Vergütungen zu erreichen.
- Patientenrolle: Im aktuelle Krankheitsreparatursystem spielt der Patient und Versicherte eine passive Rolle, da er mangels Zielbezogenheit der Leistungserbringer noch einem darin verankerten Beitrag innerhalb des aktuellen Versorgungssystems keinerlei Einfluss auf die Versorgungsleistungen hat. Dies führt auch zu einer ungesteuerten Inanspruchnahme unterschiedlichster Professionen und Sektoren, verbunden mit einem hohen Maß an Unwirtschaftlichkeit und Ineffizienzen. Im IPA-Ansatz wäre der Patient und Versicherte Teil der (individuellen) Zieldefinition und würde auch in die Mitverantwortung für das Erreichen der Versorgungsziele aktiv eingebunden werden können, auch wenn das nicht zwingend bei jedem Patienten der Fall sein muss.

8. Fazit: IPA als Game-Changer für das Gesundheitswesen

Die IPA ist weit mehr als ein neues Projektmodell – sie ist ein Systeminstrument, das sektorale Versorgung in eine partnerschaftlich organisierte Gesundheitsarchitektur überführen kann. Der größte Gewinn dabei: Eine bessere Nutzung der Ressourcen der Beitragszahler durch Ergebnisverantwortung, Vermeidung ineffizienter Leistungen und ein System, das Kooperation belohnt. IPA bietet eine Blaupause für sektorenübergreifende Gesundheitsversorgung, wenn die Denkweise vom Bauwesen konsequent ins Gesundheitswesen übertragen wird. Die nötigen Hebel:

- gesetzgeberischer Mut zur Verbindlichkeit,
- eine gemeinsame Zieldefinition jenseits der Sektoren,
- eine Bündelung der Finanzierungsströme und
- die kulturelle Transformation zur Kooperation.

Damit ließe sich das Gesundheitswesen vom Flickenteppich zur integrierten Versorgungsarchitektur entwickeln. Wenn Deutschland das Ziel verfolgt, ein zukunftsfähiges, resilenteres und patientenorientiertes Gesundheitssystem aufzubauen, dann sollte IPA als strategische Transformationsidee ernsthaft in Betracht gezogen werden.

Literaturverzeichnis

- Deutsches Ärzteblatt (2023): Durchschnittsalter niedergelassener Ärztinnen und Ärzte, Meldung Mai 2023, URL: <https://www.aerzteblatt.de/news/durchschnittsalter-der-niedergelassenen-steigt-weiter-an-2a8f0b6d-839f-4f80-be7e-9898b39e5504> (aufgerufen am: 04/09/2025).
- Etterer, G. / Hennrich, J. / König, S. / Buck, C. (2025): Integrierte Projektabwicklung (IPA). Wie sich Bauunternehmen für IPA-Projekte verändern müssen, in: Boldt, A. / Brink, A. / Etterer, G. / Gräßmann, L. / Leupertz, S. / Rodde, N. (Hrsg.): Nachhaltige Transformation des Bauens, Baden-Baden: Nomos, 113–128.
- Richstein, R. / Nolte, P. J. (2025): Impulse aus der Versicherungsbranche für den Bausektor. Wie Innovationsökosysteme den Weg für digitale & nachhaltige Transformationen ebnen, in: Boldt, A. / Brink, A. / Etterer, G. / Gräßmann, L. / Leupertz, S. / Rodde, N. (Hrsg.): Nachhaltige Transformation des Bauens, Baden-Baden: Nomos, 193–208.
- Schlegel, T. (2024): Untersuchung der Regelungssystematik des SGB V zur Identifikation der Sektorentrennungsregelungen und Ausblick auf sektorenüberwindende Regelungsmechanik. Gutachten im Auftrag der Deutschen Gesellschaft für Integrierte Versorgung im Gesundheitswesen e. V. (DGIV), URL: <https://dgiv.org/wp-content/uploads/2024/11/GutachtenSchlegelSGBV25112024.pdf> (aufgerufen am: 04/09/2025).
- Statistisches Bundesamt (DESTATIS) (2025): Pressemitteilung vom 08.08.2025, URL: https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2025/08/PD25_293_236.html (aufgerufen am: 04/09/2025).

