Innovation, die sich rechnet:
Wie Digitale Gesundheitsanwendungen die GKV entlasten

Gesundheitsökonomische Evidenz zu digitalen Gesundheitsanwendungen

KEY FACTS:

- **DiGA senken die Ausgaben in der gesetzlichen Krankenversicherung.**
  Gesundheitsökonomische Analysen und Studien mit DiGA zeigen je nach Indikation Einsparungen von 247 bis 1.495 Euro pro Patient:in, unter anderem bei Adipositas, Depressionen und Rückenschmerzen.
- **DiGA reduzieren volkswirtschaftliche Kosten.**
  Studien und gesundheitsökonomische Analysen mit DiGA zeigen durch die Reduktion von Fehlzeiten und Frühberentung vermiedene indirekte Kosten in Höhe von bis zu 2.996 Euro pro Patient:in (u.a. Modellierung über zehn Jahre im Bereich Adipositas).
- **DiGA senken den Bedarf an anderen Versorgungsleistungen.**
  Studien mit DiGA zeigen unter anderem einen geringeren Verbrauch von Hilfsmitteln (z.B. Vorlagen bei Harninkontinenz) und weniger Physiotherapie (z.B. tumorassoziierte Fatigue) im Vergleich zur Regelversorgung.
- **DiGA stellen kosteneffektive Therapieoptionen dar.**
  Gesundheitsökonomische Analysen zeigen bei verschiedenen Indikationen die Kosteneffektivität von DiGA, d.h. bessere klinische Ergebnisse gegenüber der Regelversorgung bei zumeist niedrigeren Kosten, unter anderem bei vorderem Knieschmerz und Insomnie.

DiGA als Beitrag zu einer wirksamen und finanzierbaren Versorgung

DiGA verbinden die wirksame Behandlung von Erkrankungen mit dem Potenzial, die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) finanziell zu entlasten und zugleich volkswirtschaftliche Kosten zu reduzieren. Sie verringern Krankheitssymptome und erzielen nachhaltige Behandlungserfolge. Zugleich unterstützen sie Patient:innen kontinuierlich im Alltag und beim Krankheitsmanagement. Dadurch können der Bedarf an weiteren Versorgungsleistungen, das Risiko von Folgeerkrankungen sowie krankheitsbedingte Ausfälle reduziert werden.

Die vorliegenden Analysen ergänzen die im BfArM-Verzeichnis dokumentierten klinischen Wirksamkeitsnachweise um die gesundheitsökonomische Perspektive. Die Ergebnisse

Spitzenverband Digitale Gesundheitsversorgung e.V.
Pappelallee 78/79, 10437 Berlin

verdeutlichen verschiedene Wege, über die DiGA zur finanziellen Entlastung beitragen können: geringere Behandlungs- und Hilfsmittelkosten, vermiedene Folgeerkrankungen und weniger Produktivitätsverluste durch Arbeitsausfälle und Frühberentung. Neben den in Studien nachgewiesenen geringeren Versorgungsausgaben zeigen Modellierungen zusätzliche langfristige Einsparpotenziale.

Die Evidenz zeigt: Eine wirksame digitale Versorgung mit DiGA verbessert nicht nur die Behandlung von Patient:innen, sondern kann zugleich die Versorgungskosten senken, Ressourcen im Gesundheitswesen entlasten und volkswirtschaftliche Folgekosten reduzieren.

Was die Daten zeigen

DiGA senken die Ausgaben in der gesetzlichen Krankenversicherung.

Depression: Eine randomisierte kontrollierte Studie mit 3.805 Patient:innen zeigt für eine DiGA zur Depressionsbehandlung ergänzend zur Regelversorgung eine signifikante Senkung der GKV-Ausgaben um 572,66 Euro pro Person gegenüber der alleinigen Regelversorgung. Der Unterschied ist vor allem auf geringere Ausgaben für Krankengeld und stationäre Krankenhausbehandlungen zurückzuführen. Insgesamt betrug der Rückgang der untersuchten GKV-Ausgaben gegenüber dem Zeitraum vor Studieneinschluss mit ergänzender DiGA 32 % und war damit mehr als doppelt so hoch wie unter alleiniger Regelversorgung mit 13 %. Zugleich zeigen sich eine stärkere Verringerung der depressiven Symptomatik, eine Steigerung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität sowie ein signifikanter Rückgang der funktionellen Beeinträchtigungen (Gräfe et al., 2020).

Mit ergänzender DiGA-Behandlung gehen die GKV-Ausgaben in einer Depressionsstudie mehr als doppelt so stark zurück wie unter alleiniger Regelversorgung.

Rückenschmerzen: Eine cluster-randomisierte Studie mit 1.237 Patient:innen zeigt bei Rückenschmerzen über zwölf Monate geringere krankheitsbezogene Kosten gegenüber der Regelversorgung. Untersucht wurde das Versorgungskonzept Rise-uP, das hausärztliche Behandlung, telemedizinische Fachkonsile und eine DiGA kombiniert. Die Kostenanalyse ergibt einen Unterschied von 246,95 Euro pro Patient:in zugunsten der Interventionsgruppe. Berücksichtigt wurden stationäre und ambulante Leistungen, Arznei- und Heilmittel sowie Arbeitsunfähigkeit (Kerkemeyer et al., 2022; Priebe et al., 2024).

Adipositas: Für eine digitale Adipositastherapie ergibt eine Zehnjahresmodellierung im Vergleich zu einer simulierten Kohorte mit unbehandelter Adipositas Nettoeinsparungen von 1.495 Euro

pro Patient:in aus GKV-Perspektive. Pro 1.000 Behandelten werden im Modell 63 Fälle von Typ-2-Diabetes und 39 Fälle ischämischer Herzkrankheit vermieden (Kamala et al., 2026). Eine Publikation zu einer weiteren digitalen Adipositastherapie zeigt Einsparungen der direkten Kosten in Höhe von rund 520 Euro (Walter et al., 2026).

DiGA reduzieren volkswirtschaftliche Kosten.

Endometriose: Eine retrospektive Real-World-Analyse ergab nach sechs bis sieben Monaten weniger Krankheitstage. Zudem zeigten sich nach drei sowie nach sechs bis sieben Monaten signifikant weniger Schmerzen, und die Nutzerinnen benötigten an weniger Tagen medizinische Hilfe (Nigdelis et al., 2026).

Adipositas: Die Modellierung von Walter et al. (2026) ergibt über einen Zeitraum von zehn Jahren eine gesellschaftliche Gesamtkosteneinsparung von 3.511,85 Euro pro Patient:in. Die Anwendungskosten von zweimal 220,90 Euro pro Person für sechs Monate sind im Modell bereits eingerechnet. Die Nettoeinsparung entspricht damit fast dem Achtfachen der Anwendungskosten. Rund 2.996 Euro entfallen auf vermiedene indirekte Kosten durch Arbeitsausfälle und Frühberentung. Zugleich wird eine um 1,6 Prozentpunkte niedrigere Prävalenz von Typ-2-Diabetes prognostiziert. Hochgerechnet auf rund 300.000 Patient:innen könnten sich die kumulierten gesellschaftlichen Einsparungen über zehn Jahre auf mehr als eine Milliarde Euro belaufen (Walter et al., 2026).

Die gesellschaftliche Nettoeinsparung entspricht in einer Modellierung im Bereich Adipositas fast dem Achtfachen der Anwendungskosten.

DiGA senken den Bedarf an anderen Versorgungsleistungen.

Harninkontinenz: Der sozioökonomische Report der Kampagne „An Urge to Act“ der European Association of Urology bezifferte die wirtschaftliche Last für Deutschland mit rund 21,6 Milliarden Euro ohne Pflegekosten. Allein die Verwendung von Inkontinenzvorlagen verursacht dort etwa 140 Millionen Kilogramm CO_2-Äquivalente pro Jahr.

Wie stark eine wirksame konservative Therapie entlastet, lässt sich auf Basis der Studienergebnisse der DINKS-Studie (Haferkamp et al., 2025) modellhaft abschätzen: Der Harninkontinenz-Vorlagenverbrauch sank um 2,63 Vorlagen pro Tag, also rund 80 Vorlagen pro Monat. Entfällt die Hilfsmittelversorgung, ergibt sich bei einer monatlichen GKV-Pauschale von 16 bis 32 Euro eine Ersparnis von 192 bis 384 Euro pro Patientin und Jahr. Der geringere Vorlagenverbrauch senkt zugleich Abfallmenge und CO_2-Last der Kontinenzversorgung. Beginnt

eine medikamentöse Therapie später oder entfällt sie, kommen 365 bis 640 Euro pro Patientin und Jahr hinzu. Bei angenommenen 20.000 Inkontinenzoperationen pro Jahr und Kosten von 3.500 Euro je Eingriff entspricht schon eine Vermeidungsquote von 10 % rund 7 Millionen Euro pro Jahr.

Soziale Angststörung: Eine dreiarmige randomisierte Studie mit 164 Patient:innen zeigt für die soziale Angststörung, dass eine DiGA auch ohne begleitende Therapiestunden eine Wirkung erreicht, die sonst therapeutische Zeit bindet. Verglichen wurden die alleinige Nutzung der DiGA, die Nutzung der DiGA mit acht zusätzlichen manualbasierten Therapiestunden und eine Wartekontrollgruppe. Beide Interventionsgruppen verbesserten sich gegenüber der Warteliste signifikant und mit großen Effekten. Zwischen den beiden Interventionsgruppen zeigte sich kein Unterschied in der Angstsymptomatik. Die acht Therapiestunden, die einem Drittel einer Kurzzeittherapie entsprechen, brachten keinen zusätzlichen Effekt. Nur 2 von 86 Teilnehmenden der Interventionsgruppen gaben nach der Behandlung an, eine weitere Psychotherapie in Anspruch nehmen zu wollen. Die Effekte blieben über sechs Monate stabil. Die Gruppe, die die DiGA allein nutzte, verbesserte sich im Follow-up sogar noch weiter. Für ein Versorgungssystem mit monatelangen Wartezeiten auf einen Psychotherapieplatz bedeutet das, dass therapeutische Kapazität für Patient:innen frei wird, die eine persönliche Behandlung benötigen (Schittenhelm et al., 2026).

Tumorassoziierte Fatigue: In der Zulassungsstudie der dauerhaft aufgenommenen DiGA für tumorassoziierte Fatigue hatten Patient:innen mit DiGA nach zwölf Wochen signifikant und klinisch relevant weniger Fatigue und eine bessere Lebensqualität. Zugleich nahmen sie bei vergleichbarer Ausgangslage seltener Hilfs- und Unterstützungsleistungen in Anspruch als unter alleiniger Regelversorgung (68 % gegenüber 87 %). Bei der Physiotherapie etwa waren es rund 3,3 statt 6,3 Sitzungen pro Patient:in. Psychotherapie und psychoonkologische Versorgung wurden in beiden Gruppen ähnlich selten genutzt. Der Effekt entsteht also nicht durch Verlagerung, sondern durch einen geringeren Bedarf (Schilling et al., 2025). In der DiGA-Gruppe gaben 85 % an, hilfreiche Informationen zum Umgang mit ihrer Fatigue erhalten zu haben, gegenüber 37 % in der Regelversorgung. Die Daten bieten eine Grundlage für weiterführende gesundheitsökonomische Analysen.

DiGA stellen kosteneffektive Therapieoptionen dar.

Insomnie: Im Rahmen eines NICE Health Technology Assessments wurde die Kosteneffektivität einer DiGA und weiterer digitaler KVT-I-Lösungen (KVT-I: Kognitive Verhaltenstherapie für Insomnie) untersucht. Hierzu führte eine unabhängige External Assessment Group (EAG) eine Kosten-Nutzwert-Analyse durch, bei der die Wirksamkeit und Kosteneffektivität gegenüber zwei Komparatoren untersucht wurden: der Regelversorgung und Schlafhygiene. Die Wirksamkeit der

DiGA wurde auf Basis der fünf randomisiert-kontrollierten Studien über eine Netzwerk-Metaanalyse in das gesundheitsökonomische Modell einbezogen.

Die Ergebnisse des Modells zeigen, dass die untersuchte DiGA gegenüber der Regelversorgung eine kosteneffektive Therapieoption darstellt: Sie erzielt einen zusätzlichen gesundheitlichen Nutzen bei nur geringen Mehrkosten, entsprechend einer inkrementellen Kosten-Effektivitäts-Relation (ICER) von £475 pro zusätzlich gewonnenem qualitätsadjustierten Lebensjahr (QALY). Auch gegenüber Schlafhygiene zeigte sich diese bei fehlender Verfügbarkeit therapeutengeleiteter KVT-I als kosteneffektiv, mit einem ICER von £1.246/QALY in der deterministischen beziehungsweise £1.209/QALY in der probabilistischen Analyse. Insgesamt unterstützen die Ergebnisse die Einordnung der DiGA als kosteneffektive Therapieoption zur Behandlung von Insomnie (NICE, 2026).

Vorderer Knieschmerz: Für eine digitale Bewegungstherapie ergeben entscheidungsanalytische Modellierungen geringere Gesamtkosten bei besseren klinischen Ergebnissen gegenüber konventioneller Physiotherapie. Die negativen inkrementellen Kosten-Effektivitäts-Relationen liegen je nach Modell zwischen 2.927,23 Euro und 24.184,71 Euro (Hennen et al., 2025).

Fazit

Eine nachhaltige Stabilisierung der GKV braucht mehr als kurzfristige Einsparungen. Sie braucht eine Versorgung, die Erkrankungen wirksamer behandelt, Verschlechterungen und Folgeerkrankungen vorbeugt und Folgekosten vermeidet. Die vorliegenden Analysen zeigen, welchen gesundheitsökonomischen Beitrag DiGA dazu leisten können. Für die politische Diskussion gilt es deshalb, gesundheitlichen Nutzen und wirtschaftliche Entlastung gemeinsam zu betrachten. Wer eine wirksame und finanzierbare Versorgung gestalten will, sollte DiGA als Teil der Lösung stärken und ihre gesundheitsökonomischen Potenziale nutzen. Dafür braucht es innovationsfreundliche Rahmenbedingungen, die Planungssicherheit schaffen und zugleich den Einsatz von DiGA in der Versorgung erleichtern, statt Innovation durch zusätzliche Bürokratie und Überregulierung auszubremsen.

Anhang

Tabelle: Gesundheitsökonomische Evidenz

Indikation (DiGA)	Art der Analyse	Analysierter Endpunkt / Outcome	Wesentliches Ergebnis	Quelle / Link
Adipositas (Oviva Direkt)	Kohorten-basiertes Markov-Modell (Core Obesity Model), basierend auf einer RCT. Oviva Direkt + TAU vs. TAU. 10-Jahres-Zeithorizont, gesellschaftliche Perspektive (direkte + indirekte Kosten).	ICER (primär), Net Monetary Benefit (NMB), QALYs, Lebensjahre, T2D-Prävalenz; Health States: T2D, ACS, Schlaganfall, Krebs, Schlafapnoe	Oviva Direkt dominiert TAU im Basisszenario: Gesamtkosteneinsparung von 3.511,85 € pro Patient über 10 Jahre, davon ca. 2.996 € durch eingesparte indirekte Kosten (Produktivitätsverluste durch Fehlzeiten und Frühberentung). T2D-Prävalenz um 1,6 Prozentpunkte gesenkt (≈ 8 Monate weniger Diabetesdauer pro Patient). Hochrechnung auf ca. 300.000 Patient:innen (DiGA-Report 2025): kumulative gesellschaftliche Einsparungen könnten 1,05 Milliarden € über 10 Jahre übersteigen. Ergebnisse robust in Sensitivitäts- und Szenarienanalysen.	Walter, E., Kaup, M., Althaus, A. E., & Fehring, L. (2026). Long-Term Cost and Health Impact of a Digital Obesity Intervention in Germany: Economic Modeling Study. JMIR formative research, 10, e88576. https://doi.org/10.2196/88576.
Adipositas (zanadio)	Hybrides Entscheidungsbaum-/Markov-Kohortenmodell mit einem Zeithorizont von 10 Jahren; Vergleich von simulierten Kohorten basierend auf zanadio Real-World-Daten vs. Parametern aus der Literatur bei unbehandelter Adipositas	Direkte Kosten aus der Perspektive der gesetzlichen Krankenversicherung und Inzidenz von Typ-2-Diabetes mellitus und ischämischer Herzkrankheit (die 49 % der direkten Kosten ausmachen; stratifiziert nach BMI-Klassen)	- pro 1.000 Patient:innen wurden 63 Fälle von Typ-2-Diabetes und 39 Fälle einer ischämischen Herzkrankheit vermieden - resultierende Netto-Kosteneinsparungen von 1.495 € pro Patient:in für die gesetzliche Krankenversicherung; der Return on Investment lag zwischen 190 % bei Adipositas Grad I und 450 % bei Grad III	Kamala, M., Hasenberg, T., Hollstein, T., Zöllner, Y. (2026). Long-Term Health and Economic Outcomes of the Digital Health Application (DiGA) zanadio for Obesity Treatment: A Modelling Study from the German Statutory Health Insurance (SHI) Perspective (ID 37), Adipositas - Ursachen, Folgeerkrankungen, Therapie 2026; 20(03): 176-177 DOI:10.1055/s-0046-1827143.

Indikation (DiGA)	Art der Analyse	Analysierter Endpunkt / Outcome	Wesentliches Ergebnis	Quelle / Link
Depression (deprexis)	RCT mit n = 3.805 Patient:innen. deprexis + TAU vs. TAU	Primär: Gesamtversicherungskosten (Medikamente, stationäre Behandlungen, Reha-Behandlungen, Krankengeld) beider Gruppen Sekundär: Schweregrad der Depression (PHQ-9), Gesundheitsbezogene Lebensqualität (SF-12), EuroQol-Fragebogen (EQ-5D-3L). Funktionelle Beeinträchtigung im Alltag und Beruf (WSAS).	Signifikante Senkung der Kosten für die gesetzliche Krankenversicherung (Gruppenunterschied von 572,66 € pro Patient:in zugunsten der deprexis-Gruppe). Gleichzeitig eine deutliche Verringerung der depressiven Symptomatik, eine Steigerung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität sowie ein signifikanter Rückgang der funktionellen Beeinträchtigungen	Gräfe, V., Moritz, S. & Greiner, W. (2020). Health economic evaluation of an internet intervention for depression (deprexis), a randomized controlled trial. Health Econ Rev 10, 19. https://doi.org/10.1186/s13561-020-00273-0.
Endometriose (Endo-App)	Retrospektive Real-World-Analyse, Befragungspunkte bei Erstregistrierung (T0), nach 3 (T1) und nach 6-7 Monaten (T2), n = 143	Schmerzen, medizinische Hilfe, Krankheitstage	Nutzerinnen der Endo-App hatten nach 3 und nach 6-7 Monaten signifikant weniger Schmerzen. Sie brauchten an weniger Tagen medizinische Hilfe und berichteten nach 6-7 Monaten weniger Krankheitstage.	Nigdelis, M. P., Anderl, C., Solomayer, E.-F., & Sillem, M. (2026). Real-word evidence on the effectiveness of the Endo-App in reducing endometriosis-related complaints: A retrospective analysis. Archives of Gynecology and Obstetrics, 313(1), Article 235. https://doi.org/10.1007/s00404-026-08494-0.
Harninkontinenz (Kranus Mictera)	Modellhafte Abschätzung auf Basis der RCT-Ergebnisse (DINKS-Studie, N = 194); Betrachtung pro Patientin und Jahr sowie Hochrechnung auf vermiedene Eingriffe.	Hilfsmittelverbrauch (Vorlagen pro Tag), Bedarf an medikamentöser Therapie, Inkontinenzoperationen	Vorlagenverbrauch −2,63 pro Tag (rund 80 pro Monat): 192 bis 384 Euro pro Patientin und Jahr bei einer Pauschale von 16 bis 32 Euro monatlich. Später beginnende oder entfallende medikamentöse Therapie: 365 bis 640 Euro pro Patientin und Jahr. Bei angenommenen 20.000 Inkontinenzoperationen pro Jahr zu 3.500 Euro je Eingriff entspricht eine Vermeidungsquote von 10 % rund 7 Millionen Euro pro Jahr. Annahmen konservativ gewählt.	European Association of Urology, EAU Policy Office: Kampagne „An Urge to Act“ und sozioökonomischer Report zu den Kosten von Kontinenzerkrankungen in der EU (Triangulate Health Ltd., 2023): https://uroweb.org/an-urge-to-act. Haferkamp, A., Frey, L., Duwe, G., et al. (2025). App-based therapy for female patients with urinary incontinence in Germany (DINKS): a single-blind, randomised, controlled trial. The Lancet. Digital health, 7(12), 100935. https://doi.org/10.1016/j.landig.2025.100935

Indikation (DiGA)	Art der Analyse	Analysierter Endpunkt / Outcome	Wesentliches Ergebnis	Quelle / Link
Insomnie (somnio)	Unabhängige Kosten-Nutzwert-Analyse / Cost-utility analysis (berücksichtigt alle 5 RCTs zur Wirksamkeit von somnio)	Kosten, QALYs, ICER und Net Monetary Benefit (NMB); im Vergleich zu Usual Care (Regelversorgung) und Schlafhygiene	Im Vergleich zur Regelversorgung ist somnio wirksamer und kosteneffektiv mit einem ICER von £475 und einem NMB von £12.518 bei £20.000/QALY bzw. £19.375 bei £30.000/QALY. Wenn persönliche KVT-I nicht verfügbar ist, erweist sich somnio auch gegenüber Schlafhygiene als kosteneffektiv, mit einem ICER von £1.246/QALY in der deterministischen bzw. £1.209/QALY in der probabilistischen Analyse.	NICE - National Institute for Health and Care Excellence (2026). Digital technologies delivering CBT for insomnia in adults [HTG10888]. https://www.nice.org.uk/guidance/indevelopment/gid-htg10888/documents
Rückenschmerzen (Kaia)	Cluster-RCT über 12 Monate, gefördert durch den Innovationsfonds des G-BA; n = 1.237 Patient:innen aus 56 Hausarztpraxen in Bayern. Vergleich: Rise-uP Versorgungskonzept mit Kaia Rückenschmerzen als zentraler Intervention vs. Regelversorgung nach NVL. Kostenanalyse mit Kostenträgerdaten im Difference-in-Differences Ansatz (12 Monate Vor- vs. Nachbeobachtung), dazu eine Kosten-Effektivitäts-Analyse (ICER) mit Bootstrapping	indikationsspezifische (nicht-spezifische Rückenschmerzen) Kosten für stationäre und ambulante Leistungen, Arznei- und Heilmittel sowie Arbeitsunfähigkeit; ICER je Punkt Schmerzreduktion	Indikationsspezifische Kosten sanken um 246,95 € pro Patient:in zugunsten der Kaia-Gruppe (p = 0,046; Bootstrapping -247,38 €, p = 0,021). In der IG fielen sie von 411,65 € auf 372,45 €, in der KG stiegen sie von 288,34 € auf 496,09 €. Daraus ergibt sich eine Einsparung von 416,21 € je Punkt Schmerzreduktion.	Kerkemeyer, L., Achtert, K., Frey, S. (2022). Evaluationsbericht Rise-uP gemäß Nr. 14.1 ANBest-IF, Förderkennzeichen 01NVF16014, Stand 30.09.2022. Ergänzend: Priebe JA et al. J Pain Res. 2024;17:2239–2255. https://doi.org/10.2147/JPR.S473250.
Soziale Phobie / Soziale Angststörung (Mindable)	Dreiarmige RCT mit n = 164. DiGA allein vs. DiGA plus 8 Therapiestunden vs. Warteliste. 12 Wochen Behandlung, Follow-up nach 6 Monaten.	Schweregrad der sozialen Angst im verblindeten Fremdrating (LSAS). Weiterer Psychotherapiebedarf nach Behandlungsende.	DiGA allein wirkt genauso gut wie DiGA plus acht Therapiestunden à 50 Min. (d = 1,01 vs. d = 1,10 gegenüber Warteliste, kein Unterschied zwischen den Interventionsgruppen). Nach der Behandlung sahen nur 2 von 86 Teilnehmenden (2,3 %) weiteren Psychotherapiebedarf. Effekte nach 6 Monaten stabil, in der Gruppe mit alleiniger DiGA-Nutzung weitere signifikante Verbesserung.	Schittenhelm, J., von Rechenberg, R., Schäfer, L., Weber, L., et al. (2026). App-based cognitive therapy for social anxiety disorder: A randomized-controlled comparison of guided and unguided app-based treatment versus waitlist. Behaviour research and therapy, 198, 104983. https://doi.org/10.1016/j.brat.2026.104983.

Indikation (DiGA)	Art der Analyse	Analysierter Endpunkt / Outcome	Wesentliches Ergebnis	Quelle / Link
Tumorassoziierte Fatigue bei Brustkrebs (Untire)	Auswertung randomisiert erhobener Inanspruchnahmedaten aus der Zulassungsstudie (multizentrischer RCT, N = 200, sieben Zentren, zwölf Wochen; Untire zusätzlich zur Regelversorgung vs. Regelversorgung).	Inanspruchnahme von Hilfs- und Unterstützungsleistungen insgesamt; Physiotherapiesitzungen je randomisierter Patientin; Inanspruchnahme psychotherapeutischer und psychoonkologischer Versorgung; Fatigue (FACIT-Fatigue) und Lebensqualität (FACT-G).	Signifikant geringere Inanspruchnahme von Hilfs- und Unterstützungsleistungen bei vergleichbarer Ausgangslage: 68 % vs. 87 % (p = 0,002). Beispiel Physiotherapie: rund 3,3 vs. 6,3 Sitzungen je randomisierter Patientin über 12 Wochen. Psychotherapie (10 % vs. 12 %) und psychoonkologische Versorgung (jeweils 5 %) ähnlich selten genutzt, also keine Verlagerung in andere Fachleistungen. Zugleich signifikant geringere Fatigue (FACIT-Fatigue +5,37 Punkte) und höhere Lebensqualität (FACT-G +7,0 Punkte; jeweils p < 0,001).	Schilling, G., et al. (2025). Annals of Oncology, 36(Suppl.), S1286 (Abstract 2545MO). DRKS00031951; Vollpublikation in Vorbereitung.
Vorderer Knieschmerz (companion patella)	Entscheidungsanalytische Modellierung (Markov-Modell + Entscheidungsbaum), basierend auf einer multizentrischen RCT (n = 140; 02/2022–06/2023), ergänzt durch Real-World-Data (n = 18.915) und GKV-Routinedaten (n = 3.091.940). companion patella + TAU vs. konventionelle Physiotherapie. Gesamtgesellschaftliche Kostenperspektive.	ICER (CEA + CUA); klinische Endpunkte: patientenberichtete Schmerzen und Funktionsfähigkeit; approximierte QALYs; Gesamtkosten (direkt + indirekt)	companion patella dominiert konventionelle Physiotherapie in allen Modellierungen (negative ICER): Entscheidungsbaum CEA: −2.927,23 €, CUA: −3.659,03 €; Markov-Modell CEA: −4.846,10 €, CUA: −24.184,71 €. Ergebnis robust in allen Sensitivitätsanalysen.	Hennen, M., Burkard, M., Weber, D. et al. (2025). Kosten-Effektivitäts-Analyse und Kosten-Nutzwert-Analyse der konservativen Therapie bei vorderem Knieschmerz: Eine entscheidungsanalytische Modellierung am Beispiel von digitaler Bewegungstherapie und Physiotherapie. Conference abstract. https://doi.org/10.5281/zenodo.16790337.

Abkürzungen:

ACS: Acute Coronary Syndrome, akutes Koronarsyndrom; ANBest-IF: Allgemeine Nebenbestimmungen des Innovationsausschusses beim Gemeinsamen Bundesausschuss für Förderungen aus dem Innovationsfonds; BMI: Body-Mass-Index; CEA: Cost-Effectiveness Analysis, Kosten-Effektivitäts-Analyse; CUA: Cost-Utility Analysis, Kosten-Nutzwert-Analyse; DINKS: Studienakronym der randomisierten kontrollierten Studie zur appbasierten Behandlung von Harninkontinenz bei Frauen; DRKS: Deutsches Register Klinischer Studien; EAU: European Association of Urology, Europäische Gesellschaft für Urologie; EQ-5D-3L: EuroQol-Fragebogen zur gesundheitsbezogenen Lebensqualität mit fünf Dimensionen und jeweils drei Antwortstufen; FACIT-Fatigue: Functional Assessment of Chronic Illness Therapy-Fatigue, Fragebogen zur Erfassung von Fatigue; FACT-G: Functional Assessment of Cancer Therapy-General, Fragebogen zur Lebensqualität bei Krebserkrankungen; ICER: Incremental Cost-Effectiveness Ratio, inkrementelle Kosten-Effektivitäts-Relation; IG: Interventionsgruppe; KG: Kontrollgruppe; KVT-I: Kognitive Verhaltenstherapie für Insomnie; LSAS: Liebowitz Social Anxiety Scale; Skala zur Erfassung des Schweregrads sozialer Angst; NICE: National Institute for Health and Care Excellence, britische Institution zur Bewertung von Gesundheitsleistungen und Erstellung evidenzbasierter Empfehlungen; NMB: Net Monetary Benefit, monetärer Nettonutzen; NVL: Nationale VersorgungsLeitlinie; PHQ-9: Patient Health Questionnaire-9, Fragebogen mit neun Fragen zur Erfassung depressiver Symptome; QALY / QALYs: Quality-Adjusted Life Year / Years, qualitätsadjustiertes Lebensjahr / qualitätsadjustierte Lebensjahre; RCT: Randomized

Controlled Trial, randomisierte kontrollierte Studie; Rise-uP: Rücken innovative Schmerztherapie mit e-Health für unsere Patienten; SF-12: Short Form-12 Health Survey, Fragebogen mit zwölf Fragen zur gesundheitsbezogenen Lebensqualität; T0: Ausgangsmessung; in der dargestellten Endometriose-Analyse bei Erstregistrierung; T1: Erste Folgemessung; in der dargestellten Endometriose-Analyse nach drei Monaten; T2: Zweite Folgemessung; in der dargestellten Endometriose-Analyse nach sechs bis sieben Monaten; T2D: Typ-2-Diabetes; TAU: Treatment as Usual, übliche Behandlung beziehungsweise Regelversorgung; WSAS: Work and Social Adjustment Scale, Skala zur Erfassung funktioneller Beeinträchtigungen im beruflichen und sozialen Alltag.