

# Was sind Patientenströme und weshalb werden sie strategisch relevant?

## Intro

Demografie, Fachkräftemangel, Versorgungsstrukturwandel und Finanzierungsdruck treiben die medizinische Versorgung in Deutschland auf eine grundlegende Veränderung zu.

Ein beispielloser Anstieg an Versorgungsbedarf durch Alterung und Multimorbidität steht einem gleichzeitigen Schwund an Versorgungsressourcen (Fachkräften) gegenüber. Versorgungs- und Verordner-Ökosysteme wandeln ihre Rollen und Zugänge: Unter Finanzierungsdruck, Plattformökonomie, dem Eintritt neuer und dem Rückzug alter Marktteilnehmer brechen etablierte Zugangswege auf und ordnen sich neu. Die sich kumulativ überlagernden Auswirkungen dieser und weiterer Faktoren werden horizontal beeinflusst von Regionalität, Kaufkraft, Kompetenzen, Milieuzugehörigkeit in der Bevölkerung. Das gewachsene Gefüge, in dem Patient:innen wussten, wohin sie gehören, löst sich auf.

Patientenströme machen messbar, was die Routinedaten strukturell übersehen: wohin sich Bevölkerungsgruppen bewegen, während sich das Versorgungssystem neu sortiert.

## Das System sortiert sich neu — und die Daten zeigen es nicht

Welche Patient:innen in welchen Regionen schon morgen welche schwindenden, neu entstehenden Zugänge und Akteure zu medizinischer Versorgung erreichen, ausweichen, Alternativen ansteuern oder gar nicht mehr erreichen, ist kaum vorhersehbar. Auch die Routinedaten aus der medizinischen Versorgung versagen hier mehrheitlich, da rein mechanisch eine rapide wachsende Gruppe an Menschen mit Versorgungsbedarf einer schwindenden ärztlichen Ressourcenmenge sowie neu entstehenden Akteuren gegenübersteht und sich in ihrer Dynamik neu und verstärkt außerhalb des Systems organisiert. Diese Verschiebung wird in ihrer Tragweite systematisch unterschätzt: Alle etablierten Planungsinstrumente messen, was im regulierten System dokumentiert ist. Was sie dabei nicht abbilden, ist doppelt unsichtbar: Zum einen das Verhalten der Menschen vor, neben, nach dem System - wer wartet, ausweicht, abbricht, sich alternativ versorgt oder gar nicht erst kommt. Zum anderen der beschleunigte Umbau des Versorgungs-Ökosystems selbst: Während vertragsärztliche Akteure weiterhin erfasst

werden, verlagern sich wachsende Anteile der tatsächlichen Versorgung in Bereiche, die Routinedaten strukturell nicht vollständig erreichen: digitale Direktanbieter, OTC- und Selbstversorgungspfade, arbeitgebergetriebene Angebote und erweiterte Berufsrollen im Aufbau. Das Ökosystem, das Patientenströme lenkt, wächst schneller als die Dateninfrastruktur, die es beschreibt.

Es sind *Patientenströme*, welche auf einer beobachtbaren Makroebene aus ihrem jahrzehntelangen relativen Gleichgewicht zwischen Nachfrage und Angebot aufbrechen und für eine strategische Versorgungs- und Produktplanung eine neue relevante Größe darstellen. Die Einführung und empirische Langzeitvermessung dieser neuen Größe ist eine der Kernmissionen der drschachinger UG.

### **Patientenströme**

Patientenströme zeigen, wie sich Menschen tatsächlich durch das Versorgungssystem bewegen und wie nicht. Sie sind die beobachtbaren, aggregierten Muster, mit denen Bevölkerungsgruppen auf Beschwerden, Symptome oder Präventionsbedarf reagieren — indem sie Versorgungs-Touchpoints mehr, weniger oder anders nutzen, zwischen ihnen wechseln, auf neue Wege ausweichen, sich über Umwege kompensieren oder gar nicht mehr ankommen, weil der Zugang fehlt. Ob ein Weg reguliert oder evidenzbasiert ist, spielt dabei keine Rolle; entscheidend ist, was Menschen tatsächlich tun. So entstehen Patientenströme im Zusammenspiel individueller, sozialstruktureller, regionaler und systemischer Faktoren.

Entscheidend ist: Diese Muster sind nicht stabil. Auf der Bevölkerungsseite wie auf der Versorgungsseite überlagern sich derzeit mehrere Veränderungsfaktoren gleichzeitig: wachsender Bedarf trifft auf schwindende und sich neu sortierende Versorgung. Weil die einzelnen Faktoren längst feststehen, ist diese Umformung absehbar; in ihrer Gleichzeitigkeit aber formt sie die Patientenströme so tiefgreifend um wie nie zuvor. Genau das macht ihre laufende Messung strategisch dringlich.

### **Gegenstandsbereich und Touchpoint-Taxonomie**

Als Versorgungs-Touchpoints gelten alle Einrichtungen, Fachpersonen in ihrer Versorgungsfunktion, Produkte und Dienstleistungen, deren primäre Funktion die medizinische Versorgung und Unterstützung von Menschen mit gesundheitlichen Bedarfen ist. Das Konzept umfasst drei Touchpoint-Sphären:

- **Gesundheitsmarkt (reguliert):** Vertragsärztliche Versorgung, GKV-Leistungserbringer, Kliniken, Apotheken, Heilhilfsberufe.
- **Erweiterter Gesundheitsmarkt:** OTC, komplementäre und alternative Versorgungsangebote (CAM), digitale Gesundheitsanwendungen, Direct-to-Consumer-Angebote.
- **Informelle Pfade:** Selbstbehandlung, Peer-Unterstützung, digitale Selbstdiagnostik (reguliert und nicht reguliert), soziale Nahsysteme sowie Laiensysteme.

**Zuordnungskriterium:** Maßgeblich für die Zuordnung ist die Funktion eines Touchpoints, nicht sein Rechts- oder Evidenzstatus. Ein Touchpoint zählt dann dazu, wenn ihm das System eine Versorgungsfunktion zuschreibt oder wenn die Person ihn mit einer solchen Absicht aufsucht. Aktivitäten mit primär ästhetischer, Wohlbefindens- oder Freizeitfunktion bleiben ausgeschlossen, auch wenn dabei sekundäre Gesundheitseffekte entstehen können.

### **Drei Eigenschaften, die das Konzept tragen**

**Zeitliche Sequenzlogik:** Patientenströme entfalten sich über die Zeit, von der Symptomwahrnehmung über die erste Kontaktentscheidung bis zu Wechsel, Parallelnutzung, Chronifizierung oder Abbruch. Diese Sequenz macht sie messbar und für Szenarioanalysen operationalisierbar und unterscheidet das Konzept von punktuellen Inanspruchnahmedaten.

**Bidirektionalität:** Ströme und Versorgungs-Ökosystem bedingen einander. Veränderte Ströme lassen Angebote wachsen, schrumpfen oder verschwinden. Neue Akteure, Regulierung, Finanzierungslogiken und Digitalisierung beeinflussen die Ströme.

**Latente Nachfrage und Nicht-Inanspruchnahme:** Das Konzept erfasst explizit auch das, was keine Spur in Routinedaten hinterlässt: wer wartet, wer ausweicht, wer strukturell keinen Zugang mehr findet.

### **Offene Faktorenstruktur**

Den Patientenströmen liegen rund 45 empirisch identifizierte Treiber zugrunde, die sich in acht Wirkungsdimensionen ordnen lassen.

- *Demografie und Epidemiologie (A)* bilden die Basis: Treiber/Faktoren wie Alterung, Multimorbidität, die wachsende Prävalenz chronischer und psychischer Erkrankungen erhöhen den Versorgungsbedarf strukturell und dauerhaft.
- *Struktur und Versorgung (B)* beschreiben das Angebot: Treiber/Faktoren wie Praxisschließungen, Krankenhauskonzentration, Ambulantisierung und neue Trägerlandschaften verändern, was erreichbar ist und wo.
- *Regulatorik und Politik (C)* wirken als externe Moderatoren: KHVVG, Primärarztsystem, AOP-Reform und Apothekenreform lenken Ströme um, ohne sie direkt zu erzeugen.
- *Technologie, Digital Health (D)* schaffen neue Touchpoints und Pfade: Treiber/Faktoren wie Plattformen übernehmen Routing-Funktionen, DiGAs verlagern Kontakte in den digitalen Raum, KI-gestützte Selbstdiagnostik verändert den Erstkontakt.
- *Sektorenspezifische Dynamiken (E)*, insbesondere in Mental Health, Pflege, Rehabilitation und Prävention, erzeugen eigene Strommuster, die von allgemeinen Versorgungstrends abweichen.
- *Das Verordner-Ökosystem und neue Akteure (F)* beschreiben, wer morgen steuert: neue Berufsrollen mit Verordnungskompetenz, investorengetragene Strukturen und digitale Intermediäre verändern, über wen Versorgung vermittelt wird.

Zwei Dimensionen wirken dabei horizontal moderierend durch alle anderen:

- *Verhalten, Sozialstruktur und Milieus (G)* moderieren, wie Menschen auf dieselben Angebote und Zugangsbedingungen reagieren. Gesundheitskompetenz, Milieuzugehörigkeit und soziale Nahsysteme entscheiden, ob ein Touchpoint erreicht, genutzt oder gemieden wird.
- *Geografie und Region (H)* verstärken oder dämpfen alle anderen Dimensionen je nach Lage: Was in einer Großstadt funktioniert, fehlt auf dem Land bereits heute und diese Asymmetrie wächst.

Keine dieser Dimensionen ist für sich neu. Neu ist ihr gleichzeitiges, kumulatives Zusammenwirken, und die wachsende Geschwindigkeit, mit der es die Versorgungslandkarte verschiebt.

## **Abgrenzung**

Der Begriff *Patient Flow* meint klinische Steuerung innerhalb einer Einrichtung. *Patient Journey* beschreibt den individuellen Pfad einer definierten Erkrankungsepisode. *Inanspruchnahmeforschung* kartiert realisierte Kontakte im regulierten System. Keiner dieser Begriffe erfasst latente Nachfrage, informelle Pfade und die Rückwirkung auf das System zugleich. Patientenströme tun es. Und sie leisten mehr als Abgrenzung: Patientenströme betrachten nicht den Einzelfall, sondern die Makroebene, die Bewegungen von Millionen Menschen, segmentiert nach Region und Lebenswelt. Sie kartographieren, welche Bevölkerungsgruppen sich wohin verschieben, ausweichen oder zurückziehen, und machen damit ein Bild sichtbar, das unterhalb der Einzelfallperspektive und jenseits der Routinedaten bislang fehlte.

Diagnose ist ein Datenpunkt. Lebenswelt ist ein Bild.

## **Messen statt schätzen**

Eine nichtlineare, sich selbst verstärkende Dynamik lässt sich nicht aus alten Daten fortschreiben und nicht aus einem einzelnen Querschnitt ableiten. Sie verlangt ein methodisch offenes, wiederkehrendes Beobachtungsdesign, das neue Faktoren erkennt und einordnet, statt in einer Momentaufnahme zu bleiben.

Die drschachinger UG etabliert dafür die jährliche, unabhängige und demoskopische Messung der Patientenströme in Deutschland, als erste ihrer Art.

## **Kontakt**

Dr. Alexander Schachinger  
Gründer und Geschäftsführer  
drschachinger UG (i. Gr.)  
Tel.: 0171 8482 718  
hello@drschachinger.de