Digitalisierung nicht gegen Versorgung ausspielen - Extrabudgetäre Vergütung von Telemonitoring bei Herzinsuffizienz fortführen

Telemonitoring bei Herzinsuffizienz überwacht die Vitalwerte von Patienten aus der Ferne. Ärztinnen und Ärzte können bei Bedarf schneller eingreifen. Studien zeigen dadurch weniger Krankenhausaufenthalte, weniger Todesfälle und geringere Gesamtkosten für die GKV.

Im Jahr 2025 wurden nur etwa 19.000 von mindestens 150.000 anspruchsberechtigten Patienten in Deutschland mit Telemonitoring versorgt. Eine Studie von McKinsey & Company aus dem Jahr 2024 beziffert das gesamte Nutzenpotenzial von Telemonitoring für Deutschland auf rund 4,3 Milliarden Euro. Der Bundestag hat am 10. Juli 2026 das GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz (BStabG) beschlossen. Der neue § 87d SGB V überführt extrabudgetäre ärztliche Leistungen grundsätzlich in die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung (MGV). **Telemonitoring bei Herzinsuffizienz steht nicht auf der Ausnahmeliste.**

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat Telemonitoring bereits als eigenständige Untersuchungs- und Behandlungsmethode 2022 anerkannt, aber erst seit Mitte 2025 ist die gesamte Therapiekette vollumfänglich im EBM enthalten. Daher gibt es noch eine hohe Dynamik, um möglichst vielen weiteren Patienten diese wirksame und effiziente Therapie zu ermöglichen. Telemonitoring bei Herzinsuffizienz ist ein datengestütztes, zeitnahes Management der Erkrankung. Ein primär behandelnder Arzt und ein telemedizinisches Zentrum arbeiten dabei zusammen. Die Anerkennung gilt für Patienten mit chronischer Herzinsuffizienz und reduzierter Pumpfunktion.

Bei Nichtberücksichtigung in den Ausnahmetatbeständen bleibt Telemonitoring Teil der allgemeinen Budgetierung fachärztlicher Leistungen. Telemonitoring konkurriert dann mit der übrigen fachärztlichen Versorgung um ein festes Vergütungsvolumen.

Eine Überführung des Telemonitorings bei Herzinsuffizienz (TmHi) in ein begrenztes Budget bereits in der aktuellen Implementierungsphase gefährdet den bedarfsgerechten Zugang geeigneter Patientinnen und Patienten zu dieser Versorgungsform. Die Versorgung weist weiterhin ein erhebliches, bislang nicht ausgeschöpftes Potenzial auf und befindet sich noch in einer Phase dynamischen Fallzahlwachstums.

Anders als bei einmaligen diagnostischen oder therapeutischen Leistungen führt jeder neu in das Telemonitoring eingeschlossene Patient zu einer längerfristigen Leistungserbringung. Da es sich bei Herzinsuffizienz um eine chronische Erkrankung handelt, werden die TmHi-Leistungen in der Regel über mehrere Jahre hinweg erbracht und vergütet. Die Zahl der zu betreuenden Patienten kumuliert daher kontinuierlich mit jedem neu aufgenommenen Patienten.

Wird die Vergütung künftig einem gedeckelten Budget unterliegen, können zusätzliche Patientinnen und Patienten nur dann ohne Honorareffekte aufgenommen werden, wenn gleichzeitig in vergleichbarem Umfang bereits betreute Patienten aus der Versorgung ausscheiden. Dies entspricht jedoch nicht der Versorgungsrealität einer chronischen

Erkrankung mit langfristigem Betreuungsbedarf, auch weil das Telemonitoring für eine Senkung der Mortalität bei herzinsuffizienten Patienten sorgt.

Beispielsweise führt die Neuaufnahme von 100 Patientinnen und Patienten in ein Telemedizinisches Zentrum (TMZ) im Jahr 2026 nicht nur zu Vergütungsansprüchen im Aufnahmejahr, sondern regelmäßig auch in den Folgejahren. Die Budgetwirkung ist daher strukturell anders zu bewerten als bei Akutleistungen, deren Vergütung typischerweise mit einem einmaligen Behandlungsfall abgeschlossen ist.

Zudem ist die MGV-Auslastung in den KV-Regionen unterschiedlich, was zu unterschiedlichen Honorarverteilungsmaßstäben und zu unterschiedlichen regionalen Versorgungsstrukturen führen kann. Der Zugang dieser sehr kranken Patienten hängt somit mehr von der Regionalität als der medizinischen Indikation ab.

Eine vorzeitige Einbeziehung des TmHi in die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung erhöht somit das Risiko, dass wirtschaftliche Budgetrestriktionen den weiteren Ausbau einer vom G-BA anerkannten, qualitätsgesicherten Versorgung begrenzen. Die Beibehaltung einer extrabudgetären Vergütung unterstützt hingegen den notwendigen weiteren Versorgungsaufbau und gewährleistet, dass der Zugang der anspruchsberechtigten Patientinnen und Patienten am medizinischen Bedarf und nicht an Budgetgrenzen ausgerichtet wird.

Kardiologen gehören zu den Facharztgruppen mit den längsten Wartezeiten auf einen Termin. Patienten warten trotz Überweisung nicht selten mehrere Monate auf einen Termin. Der Bundesrechnungshof kam zu dem Ergebnis, dass die Wartezeiten auf Facharzttermine mittlerweile auf 42 Tage gestiegen sind. Die fachärztliche Kapazität in der Kardiologie ist damit bereits heute knapp.

Eine repräsentative Befragung des GKV-Spitzenverbandes zeigt: Lange Wartezeiten sind schon heute ein häufiger Grund für vermeidbare Notfallbesuche. Konkurriert Telemonitoring um dieselbe knappe fachärztliche Kapazität, entsteht in der Versorgungspraxis eine schlechte Alternative.

Entweder verdrängen die Kosten für Telemonitoring die Vergütung für die übrige fachärztliche Behandlung, und die Wartezeiten auf reguläre Facharzttermine steigen weiter. Oder die Praxis sichert die Vergütung für ihre anderen Patienten, indem sie den Einsatz von Telemonitoring begrenzt. In beiden Fällen verschlechtert sich die Versorgung, und die Folgekosten durch vermeidbare Notfälle und Krankenhausaufenthalte steigen.

Dann bleibt jedoch das u.a. in den Studien In-TIME und TIM-HF2 nachgewiesene Potenzial von Telemonitoring zur Verbesserung der Therapie bei gleichzeitiger Kostensenkung ungenutzt. Mehrere Studien konnten darüber hinaus zeigen, dass das Telemonitoring eine kosteneffektive und kosteneinsparende Alternative zum Standard of Care ist. Die gesundheitsökonomische Analyse der TIM-HF2 Studie ergab signifikant niedrigere Kosten für das nicht-invasive Telemonitoring im Vergleich zur Kontrollgruppe mit einer Kostenersparnis von 3.125 Euro pro Patienten und Jahr (1.758 Euro nach Berücksichtigung der Telemonitoringkosten). Ein systematischer Review aus dem Jahr 2024 wies nach, dass das Implantat-basierte Telemonitoring mit einem ICD oder CRT-D kosteneinsparend und kosteneffektiv ist, wobei ein Haupttreiber für den Kostenvorteil die signifikante Reduktion von

Hospitalisierungen war (Einsparung von bis zu 912 USD pro Patienten und Jahr). Das Telemonitoring kann somit einen wichtigen Beitrag zur Steigerung der Wirtschaftlichkeit bei der Versorgung von Herzinsuffizienzpatienten leisten.

Die gemäß den Vorgaben des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) aufgebaute Versorgungsstruktur für das Telemonitoring bei Herzinsuffizienz basiert auf spezialisierten telemedizinischen Zentren (201 TMZ in 2023), qualifizierten Leistungserbringern sowie klar definierten organisatorischen und personellen Anforderungen. Diese Struktur gewährleistet die hohe Versorgungsqualität und Patientensicherheit der Methode. So erfordert ein Telemedizinzentrum (TMZ) die Vorhaltung von technischer Infrastruktur, entsprechend geschultem Personal wie TeleNurses, standardisierten Interventionsprozessen und teilweise personelle 24/7-Erreichbarkeit. Eine quotierte Vergütung bietet keine ausreichende Grundlage für diese langfristigen Investitionen. Der Anreiz für Ärzte ein TMZ zu etablieren ist damit mit erheblichen unternehmerischen Risiken verbunden und sinkt damit. Eine budgetbedingte Einschränkung des weiteren Patienteneinschlusses würde den nachhaltigen Betrieb dieser qualitätsgesicherten Versorgungsstrukturen erschweren und könnte die Umsetzung der vom G-BA vorgesehenen Versorgungspfade beeinträchtigen.

Die Bundesregierung verfolgt hier zwei Ziele gleichzeitig. Sie will einen Anstieg der Zusatzbeiträge in der gesetzlichen Krankenversicherung vermeiden und die ambulante Versorgung digitalisieren, um Effizienzgewinne zu erzielen.

Diese beiden Ziele geraten bei Telemonitoring in einen Konflikt. Spart die Bundesregierung ausgerechnet bei der Digitalisierung, schwächt sie das Instrument, das ihr eigenes Effizienzziel erreichen soll. Das Sparen beim Telemonitoring bewirkt damit das Gegenteil dessen, was die Digitalisierungsstrategie beabsichtigt. Gerade Telemedizin erleichtert die Ambulantisierung bzw. kann beispielsweise bei einer stationär behandelten kardialen Dekompensation eine sichere Entlassung gewährleisten und damit zu einer ressourcen- und kostengünstigeren Behandlung beitragen.

Möglicherweise widerspricht die Bundesregierung damit auch ihrer eigenen FinanzKommission Gesundheit (FKG). Der zweite Bericht der FKG mit strukturellen Reformvorschlägen kommt bis Ende Dezember 2026. Empfiehlt dieser Bericht die digitale Steuerung der Versorgung als Effizienzhebel, stünde eine Budgetierung von Telemonitoring im Widerspruch dazu.

Um das zu verhindern, schlagen wir folgende Maßnahme vor: Telemonitoring bei Herzinsuffizienz wird in den Ausnahmekatalog des § 87d aufgenommen.

Damit bleibt es dauerhaft extrabudgetär, so wie zum Beispiel nichtärztliche Dialyseleistungen. Diese Aufnahme erfolgt durch den Gesetzgeber. Sie macht eine Einzelfallentscheidung des Bewertungsausschusses überflüssig.

Zusätzlich schlagen wir eine weitere Maßnahme vor:

> **Einordnung als Digitalisierungsprojekt.** Die Bundesregierung berücksichtigt Telemonitoring in ihrer Digitalisierungsstrategie für die ambulante Versorgung. Die FinanzKommission Gesundheit berücksichtigt Telemonitoring in ihren Reformvorschlägen.

Dieses Positionspapier wird von folgenden Organisationen getragen:



Abbott Medical GmbH



Biotronik SE & Co. KG



Boston Scientific Medizintechnik GmbH



Fachbereich kardiale Medizinprodukte
Arbeitsgruppe Aktive Implantate im
Bundesverband Medizintechnologie (BVMed)



GETEMED Medizin- und
Informationstechnik AG



Health Care Systems GmbH



Medtronic GmbH



Noah Labs GmbH

Quellen:

- Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV): Jahresbericht 2026 - Telemonitoring Herzinsuffizienz, Datenjahr/Bezugszeitraum 2025 (Stand 15.09.2026).
- McKinsey & Company (2024): Analyse zum Nutzenpotenzial von Telemonitoring in Deutschland.
- Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA): Anerkennung von Telemonitoring bei Herzinsuffizienz als Untersuchungs- und Behandlungsmethode.
- Deutscher Bundestag, Drucksache 21/7016 (08.07.2026): Beschlussempfehlung und Bericht des Ausschusses für Gesundheit zum GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz.
- Kerwagen, F., Koehler, K., Vettorazzi, E., Stangl, V., Koehler, M., Halle, M., Koehler, F. und Störk, S. (2023): Remote patient management of heart failure across the ejection fraction spectrum: A pre-specified analysis of the TIM-HF2 trial. European Journal of Heart Failure, 25: 1671–1681. DOI: 10.1002/ejhf.2948.
- Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung (Zi), zitiert nach Gelbe Liste: Wartezeiten auf Facharzttermine. https://www.gelbe-liste.de/politik-verbaende/zi-daten-hausarzt-facharzt-vermittlung-wartezeiten
- Bundesrechnungshof, zitiert nach Gelbe Liste (15.02.2026): Prüfbericht zu den Ausgaben für die ärztliche Terminvermittlung nach dem Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG). https://www.gelbe-liste.de/politik-verbaende/rechnungshof-terminvermittlung-kritik
- GKV-Spitzenverband, Pressemitteilung (16.12.2024): Ohne Not in die Notaufnahme – Mehr als jeder Zweite könnte ambulant in einer Praxis behandelt werden, zitiert nach Gelbe Liste. https://www.gelbe-liste.de/allgemeinmedizin/notaufnahmebehandlung-gkv-umfrage
- FinanzKommission Gesundheit (FKG) unter Vorsitz von Prof. Dr. Wolfgang Greiner: Erster Bericht (30.03.2026), zweiter Bericht angekündigt für Dezember 2026.
- Sydow, H., Prescher, S., Koehler, F. et al. (2022): Cost-effectiveness of noninvasive telemedical interventional management in patients with heart failure: health economic analysis of the TIM-HF2 trial. Clin. Res. Cardiol., 11:1231-1244. DOI: 10.1007/s00392-021-01980-2.
- Raes S., Prezzi A., Willems R., et al. (2024): Investigating the Cost-Effectiveness of Telemonitoring Patients With Cardiac Implantable Electronic Devices: Systematic Review. J. Med. Internet. Res., 04:26:e47616. DOI: 10.2196/47616. Es konnte gezeigt werden, dass das Telemonitoring mit einem ICD oder CRT-D eine kosteneffektive und kosteneinsparende Alternative zum Standard of Care ist. Das Telemonitoring kann somit einen wichtigen Beitrag zur Steigerung der Wirtschaftlichkeit bei der Versorgung von Herzinsuffizienzpatienten leisten.