

Transformationsstudie Teil A

Leistungsstarke Gesundheitsregionen (LeiG)

Definition, Optionsraum und Strategie



Impressum

_fbeta GmbH

Akazienstraße 31

10823 Berlin

Autoren

Karsten Knöppler

Dr. Tim Scheplitz

Paula Leisurs

Projektpartner

AOK Rheinland/Hamburg – Die Gesundheitskasse

Region Aachen Zweckverband

StädteRegion Aachen

Unter dem Dach des Health Transformation Hub (HTH)

Eine Kooperation der Bertelsmann Stiftung und der BSt Gesundheit gGmbH

healthtransformationhub.de

Berlin, 01.09.2026

Inhaltsverzeichnis

Impressum	I
Inhaltsverzeichnis	II
Abbildungsverzeichnis	IV
1 Einleitung	1
2 Zielsetzung	4
2.1 Transformationsstudie	4
2.2 Transformationsstudie Teil A – Definition, Optionsraum und Strategie „Leistungsstarker Gesundheitsregionen“ (LeiG)	4
3 Leistungsstarke Gesundheitsregionen	5
3.1 Hintergrund – die Gesundheitsregion aus Sicht der Sozialversicherung, Daseinsfürsorge, Gesundheitswirtschaft und Politik	5
3.2 Herleitung – Marktmodell für Translationsfähigkeit und Produktivität ergänzt die Sicherstellung	7
3.3 Definition – „Leistungsstarke Gesundheitsregionen“ (LeiG) als Markt- und Managementmodell	13
4 Rahmenbedingungen und Optionsraum	16
4.1 Setting – Finanzierung der Sozialversicherungssysteme und Fachkräftemangel ungelöst	16
4.2 Versorgungsgegenstand – Reduktion der Krankheitslast bei chronischen Erkrankungen durch Lebensstiländerung	20
4.3 Ökosystem – Translationsfähigkeit durch Integration von Versorgung, Organisation und Digitalisierung	22
4.4 Ökonomie – Produktivitätssteigerung kompensiert demografische Entwicklungen	27
4.5 Regulatorischer Rahmen – Anreizsysteme für Kooperation bei integrierter, hybrider Strukturplanung	29
5 Strategie zur digitalen Transformation der Versorgung	31
5.1 Versorgungsstrategie – von der Krankheitsversorgung zur Gesundheitsfürsorge	31
5.1.1 Einnahmen- und Ausgabenverhältnis kippt durch die demografische Entwicklung	31
5.1.2 Priorisierung von Versorgungsszenarien mit homogenem Potenzial in der digitalen Transformation	35
5.2 Transformationsstrategie –hybride Versorgungsangebote, Einrichtungen und Plattformökosysteme	37
5.2.1 Versorgungsszenario 1: Versorgung chronisch Kranker und Sekundärprävention	39
5.2.2 Versorgungsszenario 2: Multimorbidität und Sekundärprävention	40

5.2.3	Versorgungsszenario 3: Versorgung Pflegebedürftiger und Sekundärprävention	41
5.2.4	Versorgungsszenario 4: Versorgung von Akutfällen (Primärversorgung)	42
	Literaturverzeichnis	IV

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Kollektive Sicherstellung der Versorgung über Selbstverwaltung	8
Abbildung 2: Marktmodell für Ergebnisverantwortung in Koopetition	12
Abbildung 3: Markt- und Managementmodell „Leistungsstarke Gesundheitsregionen“ (LeiG)	13
Abbildung 4: Grundhypothesen der Transformation	18
Abbildung 5: Grundhypothesen der Transformation	18
Abbildung 6: Kompression der Krankheitslast und -kosten durch Therapiefokus auf Root Causes (Grundursachen)	33
Abbildung 7: Vergütungsvolumen je Versorgungsszenario	36
Abbildung 8: Versorgungsszenarien und Transformationsstrategien	38

1 Einleitung

Die zunehmenden gesellschaftlichen Veränderungsprozesse und multiplen Krisen wie u. a. die Finanzierung der Kranken- und Pflegeversicherung, der Fachkräftemangel sowie der gleichzeitige Anstieg des Versorgungsbedarfs stellen das deutsche Gesundheitswesen vor deutlich größere Herausforderungen im Vergleich zu den letzten Jahrzehnten. Diese scheinen mit den klassischen Rollen und Verfahren der Selbstverwaltung kaum bewältigbar und erzwingen neue, grundlegendere Ansätze.

Hierfür zuträgliche Innovationen der Gesundheitsfürsorge kommen im deutschen Markt weiterhin nur zögerlich in die produktive Anwendung – egal ob es Produkt-, Prozess- oder Strukturinnovationen sind. Insbesondere der Integration der Leistungssektoren wird seit Jahrzehnten ein erhebliches Potenzial für Prozessinnovationen attestiert. Diese hatten bislang i. d. R. die äußere Form von Selektivverträgen und Papierformularen. Die praktische Umsetzung auf digitaler Ebene – durch Implementierung der Prozesse in digitalen Anwendungen, Primärsystemen oder Plattformen – war für einzelne Projekte i. d. R. zu aufwendig und stellte somit eine erhebliche Hürde dar für eine flächendeckende produktive Anwendung der Verträge.

Nun stehen für die Gesundheitsversorgung zunehmend mehr digitale, telemedizinische Leistungen und digitale Infrastrukturen zur Verfügung. Sie stellen häufig eine Mischung aus Produkt-, Prozess- und Strukturinnovationen dar und sind in besonderem Maße dazu geeignet, positive Struktur- und Verfahrensverbesserungen in den Versorgungsökosystemen zu realisieren. Im zweiten Gesundheitsmarkt sind hierbei vor allem Anwendungen und Instrumente mit Potenzialen für die Lebensstilveränderung hinsichtlich Ernährung, Bewegung und mentaler Gesundheit verbreitet.

Daraus ergibt sich ein erhebliches, bislang wenig genutztes Potenzial für Produktivitätssteigerungen in der Gesundheitsversorgung, das verschiedene Zuständigkeitsbereiche und Märkte berührt: den ersten Gesundheitsmarkt auf Basis der Kranken- und Pflegeversicherung sowie weitere Säulen der Sozialversicherung und deren Versorgungsangebote, zudem den zweiten Gesundheitsmarkt mit verschiedensten Angeboten in der Eigenverantwortung und -finanzierung der Bürgerinnen und Bürger und deren Gesundheitshandeln. Einbezogen ist jedoch auch das regionale Umfeld, d. h. Städte und Gemeinden, Arbeitgeber sowie weitere kommunale Einrichtungen und deren Versorgungsstrukturen. Aufgrund geteilter Verantwortlichkeiten, weniger funktionaler Schnittstellen, unterschiedlichen Rechtskreise mit unterschiedlichsten (teils regulierten, teilregulierten und unregulierten) Marktmodellen sowie divergierender ökonomischer und politischer Interessen der Akteure kann dieses Potenzial nur schwerlich gehoben werden.

Um diesen Hemmnissen entgegenzuwirken, wurden u. a. Prozessinnovationen bzw. innovative Versorgungsangebote, z. B. in Form von Innovationsfondsprojekten, besonderen Versorgungsformen sowie neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden entwickelt und gefördert. Gleichmaßen wurden Strukturinnovationen bzw. Einrichtungen wie Gesundheitskioske und Primärversorgungszentren sowie digitale Infrastrukturen wie Telemedizinverbünde und Ärztenetze eingeführt. Gemeinsam ist den Innovationsprojekten der letzten Jahrzehnte eines: Es mangelt an der Translation der Innovationen in den Versorgungsalltag, ihrer Implementierung in der Fläche und somit an der Übernahme als Standard. Diese Translationsschwäche hemmt die Produktivität in der Gesundheitsversorgung.

Bislang gibt es jedoch keine klare Zuständigkeit in der Selbstverwaltung im Gesundheitswesen zur Erschließung der Potenziale für Produktivitätssteigerungen in der Versorgung. Für den Zugang zu Prozessinnovationen wurden der Wettbewerbsfreiraum für Krankenkassen auf Basis der Selektivverträge geschaffen sowie zusätzliche Anreize geschaffen wie die Anschubfinanzierung für die Integrierte

Versorgung (IV) in den Jahren 2004–2008 oder heute der Innovationsfonds. Auf Ebene der digitalen Anwendungen gibt es u. a. das DIGA-„Fast-Track-Verfahren“ für eine beschleunigte Aufnahme digitaler Gesundheitsanwendungen in das DIGA-Verzeichnis beim BfArM und weitere Freiräume für die wettbewerbliche Nutzung digitaler Anwendungen. Zudem wird über Strukturfonds und Förderprogramme, z. B. im stationären Sektor und im Öffentlichen Gesundheitsdienst, die Digitalisierung gefördert. Hierüber sind teils Produkt- und teils Prozess- und Strukturinnovationen adressiert.

Während bei Produktinnovationen die Anbieter i. d. R. die treibende Kraft für deren Verbreitung sind, ist dies bei Prozess- und Strukturinnovationen eine komplexere Aufgabe mit geteilten Verantwortlichkeiten. Prozesse und Strukturen betreffen einen größeren Kontext: das Zusammenspiel der Akteure im regionalen Versorgungsökosystem. Hier erfordert es neue Kooperationsformen, die aktuell in der Selbstverwaltung zu wenig vorhanden sind oder gelebt werden. Dies ist von der Sache her eine Transformationsaufgabe im jeweiligen Ökosystem für die dort auf verschiedenste Organisationen und Einrichtungen verteilten Verantwortlichen. Dazu wiederum braucht es ein adäquates strategisches und operatives Managementmodell. Hierfür erforderliche Verfahren und Methoden sind zu wenig bekannt und entsprechend im Gesundheitswesen wenig etabliert. Die Erschließung selbiger über eine integrierte, hybride Sozial- und Strukturplanung ist eine zentrale Aufgabe der Gesundheitsfürsorge. Die hierfür geeigneten Verfahren und Methoden lassen sich teils aus dem Bereich der Plattformökonomie und dem agilen IT-Management für komplexe Vorhaben ableiten und zu den bisherigen Arbeitsprinzipien der Selbstverwaltung ergänzen.

Zudem können die u. a. im Zuge der Formen der Besonderen Versorgung (BV) entwickelten Prozess- und Strukturinnovationen über digitale Anwendungen, Plattformen und Reifegradmodelle heute leichter implementiert werden als in der Vergangenheit. Mit der digitalen Transformation sind hier neue Darreichungsformen und Ansätze für die Translation verfügbar.

Die für die Gesundheitsfürsorge relevante Strukturplanung erfolgt heute auf mehreren Ebenen und ist, genau wie die Gesundheitsversorgung, durch sektorale Trennung auf Finanzierungs- und Leistungsseite geprägt: In der Sozialversicherung prägt die gesetzliche Krankenversicherung mit Verantwortung für die Sicherstellung der ambulanten und stationären Versorgung diese Planung, in der kommunalen Daseinsfürsorge sind es die Städte und Gemeinden mit Verantwortlichkeiten für Infrastrukturen wie Energie, Mobilität und Verkehr, soziale Einrichtungen, Gesundheit und Pflege. Eine integrierte Planung für den Gesundheits- und Sozialraum findet weder auf der Finanzierungs- noch auf Leistungsseite zwischen den Sektoren statt.

Die bisher ungenutzten Potenziale, die durch eine integrierte Planung möglich wären, sollen in einem neuartigen Ansatz im Kontext der digitalen Transformation aufgegriffen werden. Dazu werden die klassischen Verfahren und Methoden der Sozial- und Strukturplanung zu einem größeren Ganzen verbunden und die fehlende Gesamtsicht ergänzt. Im Ergebnis entsteht eine integrierte, hybride und regionale Strukturplanung. Dieser Ansatz folgt einer Logik aus Versorgungsstrategien und dazu korrespondierenden Transformationsstrategien, mit dem Ziel, die Leistungsstärke der jeweiligen Gesundheitsregion nennenswert zu steigern. Somit soll den eingangs genannten Herausforderungen wirksam begegnet werden, die maßgeblich aus dem demografischen Wandel und anderen Trends wie Fachkräftemangel, die Zunahme chronischer Erkrankungen und multimorbider Patienten resultieren.

Vor diesem Hintergrund stellt der Health Transformation Hub (HTH), eine Kooperation der Bertelsmann Stiftung und der BSt Gesundheit gGmbH, die Plattform für einen langfristig angelegten Rahmen für die Planung, Konzeption und Umsetzung solcher Prozesse in mehreren Regionen bzw. Bundesländern zur

Verfügung. Der Fokus liegt hierbei auf der Translation von Innovationen in den Versorgungsalltag und die praxisorientierte Implementierung in der Fläche.

In der Setup-Phase werden veränderungswillige Allianzen gebildet, bestehend aus Akteuren auf Bundes-, Landes- und Regionalebene, sowie ein gemeinsamer strategischer Rahmen definiert entlang bundesweit gültiger Grundhypothesen sowie Planungshypothesen je Region. Die Planungsphase umfasst die Potenzialanalyse, Planung und Entwicklung eines Umsetzungskonzepts für eine hybride, integrierte, regionale Gesundheitsversorgung. Die Umsetzungsphase umfasst die Implementierung der konzipierten Maßnahmen und die Verstetigung des Ansatzes als Managementmodell.

Typische beteiligte Akteure sind Vertreter der Leistungserbringer im Gesundheitswesen (z. B. Ärzte, Kliniken, Pflege und sonstige), der gesetzlichen Regulierung (z. B. Ministerien Digitales und Gesundheit), sowie der Länder und Kommunen (z. B. Regierungspräsidien, Landkreise, Städte und Gemeinden), der Kranken- und Pflegeversicherung sowie der Arbeitgeber und nicht zuletzt auch Anbieter digitaler Leistungen für die Telematikinfrastruktur. Hierbei werden die Ebenen Politik, Management und Versorgung verzahnt.

Die übergreifenden Ergebnisse und Ableitungen aus den Pilotregionen im Projekt „Leistungsstarke Gesundheitsregionen – Versorgung integriert und digital gestalten“ werden in dieser Transformationsstudie zusammengefasst und somit für den politischen Diskurs auf Bundesebene wie auch für den Know-how-Transfer in weitere Gesundheitsregionen bereitgestellt.

2 Zielsetzung

2.1 Transformationsstudie

Diese Transformationsstudie soll dazu beitragen, die digitale Transformation für „Leistungsstarke Gesundheitsregionen“ (LeiG) zu nutzen. So soll eine integrierte strategische Ausrichtung von Versorgung, Technologie und Organisation auf die vordringlichen Herausforderungen der Gesundheitsversorgungermöglicht werden.

Eine solche digitale Transformation der Versorgungssysteme soll in ausgewählten Regionen erarbeitet und pilotiert werden, um daraus Synergien zwischen Regionen systematisch zu erschließen. Der Wissenstransfer in die breitere Fachöffentlichkeit, die Skalierung von hybriden Lösungsansätzen, die Verzahnung mit der Politik sowie die Begleitung über einen wissenschaftlichen Beirat stellen hierbei einen strategischen Rahmen.

Diese Ziele spiegeln sich in den **vier Teilen der Transformationsstudie** wider:

- Herleitung des Transformationsansatzes der LeiG verständlich machen (Teil A),
- Grundprinzipien der Verfahren und Methoden zur Verfügung stellen (Teil B),
- praktische Zielbilder entlang priorisierter Szenarien und Transformationsstrategien in und für Regionen bereitstellen sowie Implikationen für relevante Akteure ableiten (Teil C)

2.2 Transformationsstudie Teil A – Definition, Optionsraum und Strategie „Leistungsstarker Gesundheitsregionen“ (LeiG)

Gesundheit wird auf der persönlichen Ebene als dynamisches Modell verstanden, welches aus biologischen, psychischen und sozialen Systemen besteht (Stiftung Gesundheitswissen, 2020). Wirksame Daseins- und Gesundheitsfürsorge bis ins hohe Alter erfordert somit ein Zusammenspiel zwischen dem Gesundheitshandeln des Individuums und dem Mitwirken von Gesundheitswesen, dem sozialen bzw. nachbarschaftlichem Umfeld sowie von Zu- und Angehörigen.

Die Daseins- und Gesundheitsfürsorge ist in Deutschland maßgeblich über die Selbstverwaltung auf Ebene der Sozialversicherungssysteme und der Kommunen organisiert. Dieses Organisationsprinzip ist durch hochgradig geteilte Verantwortungsbereiche, komplexe Entscheidungsprozesse und Zentralisierung gekennzeichnet. Dem Gesundheitswesen wird im gesundheitspolitischen Diskurs insbesondere eine ausgeprägte Umsetzungsschwäche nachgesagt.

Eine Managementebene, die zwischen den zentralen Institutionen der Selbstverwaltung und lokalen Akteuren der Versorgung vermittelt, ist zu wenig gegeben. Leistungsstarke Gesundheitsregionen sollen hier als Katalysator für diese Managementaufgabe mit regionaler Gestaltungsmöglichkeit und Ergebnisverantwortung dienen.

3 Leistungsstarke Gesundheitsregionen

Zunächst erfolgt hier eine Betrachtung des Konzepts der Gesundheitsregion aus unterschiedlichen Perspektiven, an die sich eine Herleitung (im Kontext des Sozialgesetzbuches) eines Marktmodells zur Verbesserung der Translationsfähigkeit und Produktivität der Gesundheitsversorgung anschließt. Dies mündet in der Definition einer leistungsstarken Gesundheitsregion als Managementmodell.

3.1 Hintergrund – die Gesundheitsregion aus Sicht der Sozialversicherung, Daseinsfürsorge, Gesundheitswirtschaft und Politik

Für das Konzept der Gesundheitsregion hat sich bisher in Deutschland noch keine eindeutige Definition durchgesetzt. Es bestehen verschiedenste Initiativen, die ähnliche Begriffe im Namen führen. Die Initiatoren und Intention können vielfältig sein, genauso wie die Organisationsformen. Sie reichen von Bundesländern, regionalen Kooperationen bis hin zu Landkreisen, die sich gemeinsam mit dem Thema Gesundheit beschäftigen (siehe auch Netzwerk Deutsche Gesundheitsregionen e.V., 2024).

Daseins- und Gesundheitsfürsorge aus Sicht der Städte und Kommunen:

- Standortattraktivität und -marketing
- Sozialraumplanung und Sicherstellung der Versorgung

Sozialversicherung aus Sicht der Versorgungskassen und weiterer Finanzierer:

- Management von indikationsspezifischen oder populationsorientierten Gesundheitsaufgaben
- Gesundheitsförderung durch Öffentlichen Gesundheitsdienst, Krankenkassen und/oder Arbeitgeber
- Innovationsförderung im Gesundheitswesen (u. a. Innovationsfonds)

Gesundheitswirtschaft aus Sicht der Leistungsanbieter:

- Marktzugang für Versorgungsangebote (Prozess- und Produktinnovationen)
- Standortsicherung und/oder Entwicklung für (regionale) Leistungserbringer (z. B. Kliniken)

Wirtschaftsförderung aus Sicht der Gesundheitswirtschaft und Politik:

- Nationale oder europäische Förderprogramme unterschiedlicher Ausrichtung
- Spezifische oder allgemeine Programme der Wirtschaftsförderung
- Programme zur Fachkräfteentwicklung und -sicherung

Unter Begriffen wie „Managed Care“, „Integrated Care“, „Population Health“ und „Chronic Care“ sind Modelle im internationalen Kontext bekannt, deren Einordnung und Definition entlang der zugrundeliegenden Managementprinzipien erfolgt und weniger nach dem regionalen Kontext oder den Intentionen. Allen gemeinsam ist ein breiterer Managementansatz der Versorgung, der auch über die Grenzen des Gesundheitswesens im engeren Sinne hin zu Akteuren im Umfeld der Bürgerinnen und Bürger mit einbeziehen kann, wie Arbeitgeber, Kommunen, Vereine und Gesundheitsdienste. Dies kann auch verschiedene Finanzierer von Gesundheitsfürsorge bis hin zu weiteren Bereichen der (Sozial-)Versicherung umfassen und geht somit weit über die Managementprinzipien der Selbstverwaltung hinaus.

In der deutschen Gesundheitspolitik gibt es dazu einige nennenswerte Initiativen aus jüngster Zeit und Positionen, die sich dem Thema regulatorisch nähern: allen voran ein Referentenentwurf (Bundesministerium für Gesundheit, 2024b), der erste regulatorische Eckpunkte für die Gesundheitsregion entlang von Rahmenbedingungen und Managementprinzipien konkretisiert. Aus dem Gesetzgebungsverfahren sind auch verschiedene Stellungnahmen und Positionspapiere entstanden, u. a. von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und vom AOK-Bundesverband.

In Anlehnung an § 140a SGB V (Besondere Versorgung) wurde ein spezifischer Gesetzesentwurf zur Regelung der „Gesundheitsregionen“ vorgelegt. Er schafft eine Möglichkeit für die gesetzlichen Krankenkassen zum Abschluss von regionalen, populationsorientierten, indikationsübergreifenden und integrierten Versorgungsverträgen mit regionalen Akteuren: „Gesundheitsregionenvertrag“. Als Vertragspartner sind hier u. a. Städte und Kreise, deren öffentliche Gesundheitsdienste sowie regionale Verbände der Krankenkassen und Leistungserbringer vorgesehen. Die Aufgaben sind die Bildung von Netzwerken, Integration und Koordination von Gesundheitsförderung und -versorgung sowie der Ausbau von entsprechenden Dienstleistungen und Mobilitätsangeboten. Die Trägerschaft spiegelt sich in der gemeinsamen Finanzierung seitens der Kommunen und Krankenversicherungen wider.

Im Positionspapier des AOK Bundesverbandes (AOK Bundesverband GbR, 2024) wurde zudem eine Reihe weiterer Regelungen gefordert, die insbesondere die Abgrenzung bzw. Schnittstellen zur Selbstverwaltung und der Regelversorgung deutlich machen:

Versorgungsangebote

- Gestaltungsfreiheit für regionale Akteure hinsichtlich der Versorgungsangebote auch außerhalb der aktuellen Regulierung (u. a. über Struktur- und Prozessqualitätsanforderungen) für die anforderungs- und bedarfsgerechte Ausgestaltung

Versorgungsstruktur, Zulassung und Strukturplanung

- Integration verschiedener, auch neuer, Versorgungsstrukturen wie Primärversorgungszentren, sektorenübergreifende Versorger und Gesundheitskioske zur Ermöglichung einer ganzheitlichen und koordinierten Versorgung
- Beseitigung sektoraler Hürden und Schnittstellen insbesondere zwischen ambulanter, stationärer und pflegerischer Versorgung sowie im Kontext der Zulassung von Leistungserbringern und Versorgungsangeboten; flankiert durch eine bedarfs- und strukturorientierte Planung für eine umfassende und flexible Versorgung in den Gesundheitsregionen

Zugang

- Offener Zugang und Beitrittsrecht zu Versorgungsverträgen für alle Krankenkassen und Versicherten

In Summe dieser Positionen und Initiativen zeigt sich, dass die Gesundheitsregion auf einem Versorgungsvertrag basieren kann. Im Kern geht es hierbei jedoch um die Intention, eine neue, integrierende Organisations- und Managementform im Kontext der Sozialversicherung und Daseinsfürsorge zu begründen.

3.2 Herleitung – Marktmodell für Translationsfähigkeit und Produktivität ergänzt die Sicherstellung

Wenn man die Gesundheitsregion als ein Organisations- und Managementmodell im Kontext der Sozialversicherung und Daseinsfürsorge einordnet, berührt das an verschiedenen Stellen die derzeitigen Aufgaben der Selbstverwaltung bis hin zur Strukturplanung im Gesundheitswesen. Es berührt zudem Marktmodelle der Sozialversicherung allen voran die kollektivvertragliche Sicherstellung der Regelversorgung und den selektivvertraglichen Versorgungswettbewerb der gesetzlichen Krankenversicherung.

Im Folgenden werden Limitationen bestehender Verfahren der Sicherstellung, der Selbstverwaltung der kollektivvertraglichen Versorgung sowie des Versorgungswettbewerbs dargelegt. Diese Limitationen können mit neuen, ergänzenden Markt- und Managementmodellen auf der Basis regionaler Versorgungsverantwortung kompensiert werden.

Diese neuen Modelle werden nachfolgend aus dem bestehenden regulatorischen Kontext hergeleitet und definiert. Sie sind kompatibel mit den regulatorischen Eckpunkten aus dem bisherigen Gesetzesentwurf und dem Positionspapier des AOK-Bundesverbandes zu Gesundheitsregionen. Der Fokus liegt hier jedoch weniger auf regulatorischen Anforderungen, sondern mehr auf der Herleitung des Markt- und Managementmodells sowie den Nahtstellen zur Selbstverwaltung, insbesondere der Zulassung, Strukturplanung und -förderung.

Sicherstellung der kollektivvertraglichen Versorgung

Das Gesundheitswesen und die Sozialversicherungssysteme in Deutschland sind durch eine starke Verantwortungsteilung geprägt, allen voran die Selbstverwaltung der gesetzlichen Krankenversicherung als führendes Organisationsmodell.

Der ordnungspolitische Rahmen des Gesundheitswesens ist in den verschiedenen Kapiteln des Sozialgesetzbuches geregelt. Das dominierende Organisationsmodell der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) ist die Selbstverwaltung, u. a. über den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) und die Spitzenorganisationen der Ärzteschaft, der Kliniken und Krankenkassen. Weitere Sozialversicherungssysteme wie Pflege-, Renten- und Arbeitslosenversicherung sowie auch die private Krankenversicherung tangieren das Organisationsmodell der GKV. Die Organisationsprinzipien der GKV sind jedoch – u. a. aufgrund des dominierenden Versicherungs- und Leistungsvolumens – zunächst ausschlaggebend für die Marktordnung in der Gesundheitsbranche und -versorgung. Über das Organisationsmodell der Selbstverwaltung ist eine sehr ausgeprägte **Verantwortungsteilung und fachliche Spezialisierung** für die jeweiligen Aufgaben angelegt.

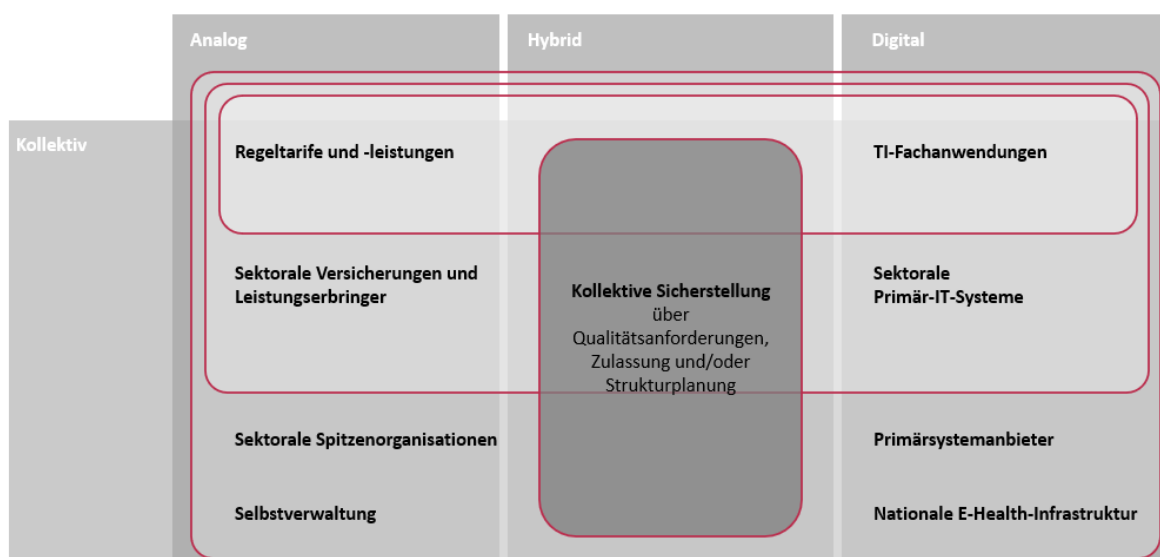
Getrennte Verantwortungsbereiche, u. a. für Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität, sowie die sektorale Trennung auf Ebene der Versicherungssysteme und Leistungsarten verhindern die Übernahme einer Gesamtverantwortung. Es wird Sicherstellung von Versorgung und zu wenig Management von Versorgung erreicht.

Der überwiegende Teil der Versorgung erfolgt nach einheitlichen und gemeinsamen Verträgen (Kollektivverträgen) auf Bundes- und Landesebene. Diese regeln hauptsächlich die Leistungen und die daran geknüpfte Prozessqualität. Hier erfolgt die Definition der Prozessqualität je Leistungsziffer. Die Sicherstellung der Versorgung ist in diesem Kontext insbesondere für die ambulante ärztliche und die stationäre medizinische Versorgung verbindlich geregelt. Die Erstellung der versorgungsinhaltlichen

Leitlinien für die wesentlichen Erkrankungen (Asthma, chronisch obstruktive Lungenerkrankung (COPD), unipolare Depressionen, Herzinsuffizienz, Hypertonie, koronare Herzkrankheit (KHK), Krebserkrankungen und Diabetes) erfolgt wiederum aus rein medizinischer Sicht. Dies geschieht i. d. R. ohne Berücksichtigung von Fallzahlen, Budgets und/oder Finanzierung der Leistungen und losgelöst von Haftung, Vergütung, Budgets und Ergebnisverantwortung. Maßgeblich ist hier die Evidenz.

Zudem erfolgt parallel über andere Institutionen (u. a. Ärztekammern für Ärzte, Gesundheitsdienst für Hebammen und sonstige Leistungserbringer) die Approbation bzw. Zulassung der verschiedenen Fachkräfte im Gesundheitswesen wie auch die Zulassung von Einrichtungen und/oder der freien Berufe (u. a. Kassenärztliche Vereinigungen für die Festlegung der Arztsitze) zur Abrechnungsfähigkeit in der gesetzlichen Krankenversicherung. Auf diesen Ebenen wird die **Strukturqualität** in mehrstufigen Verfahren definiert und sichergestellt. Zudem gibt es ergänzend die jeweiligen Rahmenbedingungen für die Haftung im Kontext der freien Berufe und Einrichtungen im Gesundheitswesen.

Abbildung 1: Kollektive Sicherstellung der Versorgung über Selbstverwaltung



Quelle: _fbeta GmbH

Die **Ergebnisqualität** wird ebenfalls mit erheblichem Aufwand über eigens zuständige Institute, wie z. B. IQWiG, IQTIG sowie der G-BA selbst, gemonitort und/oder evaluiert. Dies erfolgt sowohl vor der Zulassung einzelner Therapieformen, Methoden und Wirkstoffe etc. auf Basis von Studien mit entsprechender Evidenz unter Laborbedingungen sowie auch für die Gesamtversorgung entlang ausgewählter Indikatorensysteme auf der Basis von Real World Data.

Jedoch findet diese Qualitätssicherung an jeweils eigenen Stellen der Selbstverwaltung statt. Weder die Möglichkeiten der gesamthaften Auswertung noch des operativ wirksamen Managements dieser Qualitäten – und somit ein Rückfluss von Erkenntnissen in den Versorgungsalltag – scheinen über die Selbstverwaltung ausreichend gegeben.

Dies gilt für das dominierende Organisationsprinzip der Selbstverwaltung in der GKV, aber auch für die sektoral getrennten weiteren Sozialversicherungssektoren sowie die jeweils zugeordneten Leistungssektoren. Die Übernahme einer **Gesamtverantwortung** wird dadurch konterkariert und ein übergreifendes strategisches und operatives Management ist kaum denkbar. Sinn und Zweck dieser Organisationsform ist die grundsätzliche kollektivvertragliche **Sicherstellung der Versorgung**.

Was die Produktivität des Gesundheitswesens betrifft, so liegt Deutschland hier bestenfalls im Mittelfeld: Die Qualität der Versorgung steht im internationalen EU- bzw. OECD-Vergleich hohen Leistungsausgaben gegenüber (vgl. „Das deutsche Gesundheitswesen im europäischen Vergleich“). Ein gesamthafes, ergebnisorientiertes Managementmodell, welches neben der Sicherstellung die Produktivität der Versorgung optimiert, ist hier kaum erkennbar. Es gibt zwar verschiedene strategische Analysen, Zielbilder und Förderinstrumente für Innovationen im deutschen Gesundheitssystem, darunter die Berichte des Sachverständigenrates für die Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, die Nationalen Versorgungsziele und Nationalen Versorgungsleitlinien sowie Maßnahmen wie die Disease-Management-Programme und den Innovationsfonds. Jedoch ist weder ein Managementmodell noch die Translationsfähigkeit in den Versorgungsalltag stark genug ausgeprägt, um diese Konzepte und Maßnahmen in der Breite produktiv anzuwenden.

Dysfunktionaler Wettbewerb in der kollektivvertraglichen Regelversorgung um Preise, Fallzahlen und Service dominiert und verhindert Produktivitätssteigerungen im Gesundheitswesen.

Neben dem Kollektivvertrag, dessen Leistungen für alle gesetzlichen Krankenkassen und Leistungserbringer als einheitliche und gemeinsame Regelversorgung definiert sind, finden sich gesetzlich definierte und angrenzende Bereiche für den **Versorgungswettbewerb** im Rahmen von Selektivverträgen bzw. besonderen Versorgungsformen nach § 140a SGB V. Dieser ist gesetzlich bzw. politisch als Optionsraum für Versorgungsinnovationen und -management intendiert. Dieser könnte die Aufgaben der Translation und des Managements übernehmen. Jedoch umfasst das Ausgabenvolumen der GKV hier bislang geschätzt nur ca. 5 Prozent.

Der primäre **Wettbewerb** in der Regelversorgung zwischen den **Krankenkassen** fokussiert weiterhin eher auf die Attrahierung „guter Risiken“, d. h. gesunder Versicherter, auf der Einnahmenseite und das Kostenmanagement (u. a. Rechnungsprüfung) auf der Ausgabenseite. Daraus ergibt sich eine Positionierung im Kassenwettbewerb über den Beitragssatz, teils ergänzt durch ein attraktives Serviceangebot. Hier sind in etwa 95 Prozent des Leistungsvolumens der GKV enthalten.

Für **Leistungserbringer** wiederum steht die Attrahierung einer möglichst großen Zahl wirtschaftlich interessanter Versorgungsfälle im Fokus, bei denen eine möglichst große und/oder attraktiv vergütete Leistungsmenge erbracht werden kann. Durch diese Art des Wettbewerbs wird nur wenig Produktivitätssteigerung erzielt, es gibt wenig Verbesserung der Ergebnisqualität und Produktivität für das Gesamtsystem aus einer Public-Health-Perspektive.

Der Fokus der Selbstverwaltung liegt auf der ordnungspolitischen Gestaltung der Sicherstellung grundlegender Leistungsfähigkeit in der Regelversorgung. Die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität werden mit dem Ziel der allgemeinen Sicherstellung der Gesundheitsversorgung definiert und operationalisiert. Der Fokus liegt nicht auf der **Gestaltung von Prozessen, Strukturen und Infrastrukturen, die für einen funktionalen Versorgungswettbewerb** und/oder die **Produktivität des Gesundheitswesens** erforderlich sind.

Produktivität und Translationsfähigkeit in der selektivvertraglichen Versorgung

Wettbewerb um Versorgung ist über Selektivverträge und Marktzugänge für Innovationen möglich, aber die Translationsfähigkeit des deutschen Gesundheitswesens ist gering.

Die über die Regelversorgung hinausgehenden **vertraglichen Freiräume für Innovationen** sind vielfältig. Für einen Versorgungswettbewerb unter den Krankenkassen ist das gesetzlich im Wesentlichen in Form von Selektivverträgen zur besonderen Versorgung (§ 140a SGB V), im Rahmen von Modellvorhaben (§ 63 SGB V), Innovationsfondsförderung (§ 92a SGB V) und Satzungsleistungen (§ 11 Absatz 6 SGB V) ermöglicht. Besonders ist hierbei, dass zunächst alles an Leistungen außerhalb des Regelleistungskataloges erlaubt ist, was nicht vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) explizit ausgeschlossen wurde (§ 137c SGB V) und dem Wirtschaftlichkeitsgebot (§ 12 SGB V) entspricht.

Aus Perspektive der Leistungserbringer und Hersteller von Medizinprodukten, digitalen Gesundheitsanwendungen und sonstigen Gesundheitslösungen können zusätzlich zur Mitwirkung an diesen Selektivverträgen auch **Zugänge für Innovationen in die Regelversorgung** genutzt werden. Das sind u. a. neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden in der stationären Versorgung (§ 137c SGB V) sowie in der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung (§ 135 SGB V), der „Fast Track“ für digitale Gesundheitsanwendungen (§ 139e SGB V) und digitale Pflegeanwendungen (§ 40a SGB XI) sowie die Möglichkeit zur Aufnahme neuer Produktgruppen in das Hilfsmittelverzeichnis (§ 139 SGB V). Des Weiteren können z. B. auch neue Darreichungsformen wie digitale Teilleistungen über Portale der Leistungserbringer (etwa Klinikportale) als Teil der analogen Hauptleistung integriert und weiterhin als solche abgerechnet werden. Dies gilt für viele der bestehenden klassischen Leistungsarten und -sektoren.

Bei allen oben genannten Feldern für Innovationen liegt der Fokus klassisch auf dem versorgungsinhaltlichen, d. h. dem pflegerischen oder medizinischen Nutzen. Für digitale Anwendungen wurden jedoch daneben auch **positive Struktur- und Verfahrensverbesserungen als mögliche Nutzendimensionen** eingeführt (DiGA und DiPA). Das ist damit begründet, dass DiGA wie digitale Therapie- oder Selbstmanagement-Apps teils eine direkte Wirkung im Sinne eines digitalen Wirkstoffes erzeugen, teils aber auch Strukturen und Prozesse in der Versorgung verbessern und somit nur eine indirekte Wirkung entfalten.

An dieser Stelle ist der Übergang zu **digitalen Plattformen** fließend, die bei Struktur- und Verfahrensverbesserungen besondere Nutzenpotenziale aufweisen: Sie bieten nicht primär eine Leistung im Sinne des SGB an, sondern optimieren das Zusammenspiel zwischen den Prozessen der Leistungserbringer, Kassen und/oder Versicherten. Konkret ist es i. d. R. die Vernetzung oder die Integration von Systemen, Organisationen und Prozessen. **Diese Art der Innovation ist als Infrastrukturinnovation derzeit nicht oder nur teilweise reguliert.** Typische Angebote sind Plattformen für den Terminservice und die schnelle medizinische Ersteinschätzung der Kassenärztlichen Vereinigungen sowie Portale von Krankenkassen, Apotheken und Kliniken, die zunehmend einen digitalen oder hybriden Einstieg in die Versorgung anbieten. Zudem findet sich auch ein kollektives Plattformangebot in Form der nationalen E-Health-Infrastruktur (Telematikinfrastruktur, Medizinische Informationsobjekte, elektronische Patientenakte etc.). Der regulierte Teil der Plattformen fokussiert überwiegend die Verwaltungsprozesse wie Dokumentation, Genehmigung, Bescheinigung und Verordnung, Serviceprozesse wie Terminmanagement, Sicherheitsdienste zum Schutz digitaler Identitäten und die Kommunikation, etwa via Messenger. Die Translationsfähigkeit von Innovationen in

der Versorgung erfährt auch im Bereich der nationalen E-Health-Infrastruktur wenig Förderung. Auch hier steht mehr die Sicherstellung grundlegender Fachanwendungen im Vordergrund.

Hieran wird besonders deutlich, wie **digitale Infrastrukturen und Plattformen die Translation von Innovationen in der Versorgung erleichtern und wo noch Bedarfe bestehen**. Sie können in eine neue hybride Darreichungsform münden, dies gilt vor allem zunächst für den Versorgungswettbewerb. Sie können Ökosystemen der Leistungserbringer und Krankenkassen helfen, in ausgewählten Schwerpunkten Versorgung besser miteinander zu organisieren, zu integrieren und fehlende Kapazitäten von Fachkräften teils durch digitale bzw. telemedizinische Leistungsangebote zu kompensieren. Zudem ist die bessere zeitliche, asynchrone und räumliche Verfügbarkeit solcher Leistungen ein deutlicher Zugewinn für die Versicherten und alle weiteren Beteiligten. Nicht zuletzt wird hier auch ein besseres Branding der Versorgung durch die Krankenkassen oder Leistungserbringer möglich – die digitale oder hybride Darreichung von Versorgung ermöglicht mehr Sichtbarkeit und Positionierung der Akteure im Versorgungswettbewerb, was bei Gesundheitsdienstleistungen als immaterielles Gut sonst i. d. R. schwieriger ist. Prozessinnovationen können somit besser für die Positionierung genutzt und in der Darreichungsform produktiv in der Breite angewendet werden.

Der Versorgungswettbewerb über Selektivverträge ist für die Translation von Innovationen in den Versorgungsalltag maßgeblich – vor allem in Form von Prozessinnovationen. Trotzdem verharret die Mehrzahl der Verträge im Pilotstadium: Sie sind regional wenig verbreitet und/oder die Teilnahmequoten aufseiten der Leistungserbringer und Bürger ist gering. Der Anteil der Versorgung über diese Verträge wird weiterhin auf nur ca. 5 Prozent des Gesamtausgabenvolumens der GKV geschätzt. Somit können zwar pilothaft mögliche Produktivitätssteigerungen bewertet und nachgewiesen werden, jedoch kann das eigentliche Ziel einer substanziellen, beitragsatzrelevanten Produktivitätssteigerung kaum umgesetzt werden. Für Krankenkassen scheint es weiterhin attraktiver, z. B. in das Kostenmanagement zu investieren als in das Versorgungsmanagement.

Translationsfähigkeit von Innovationen über die Managementprinzipien von Plattformökosystemen und zielbildorientierten Reifegradmodellen

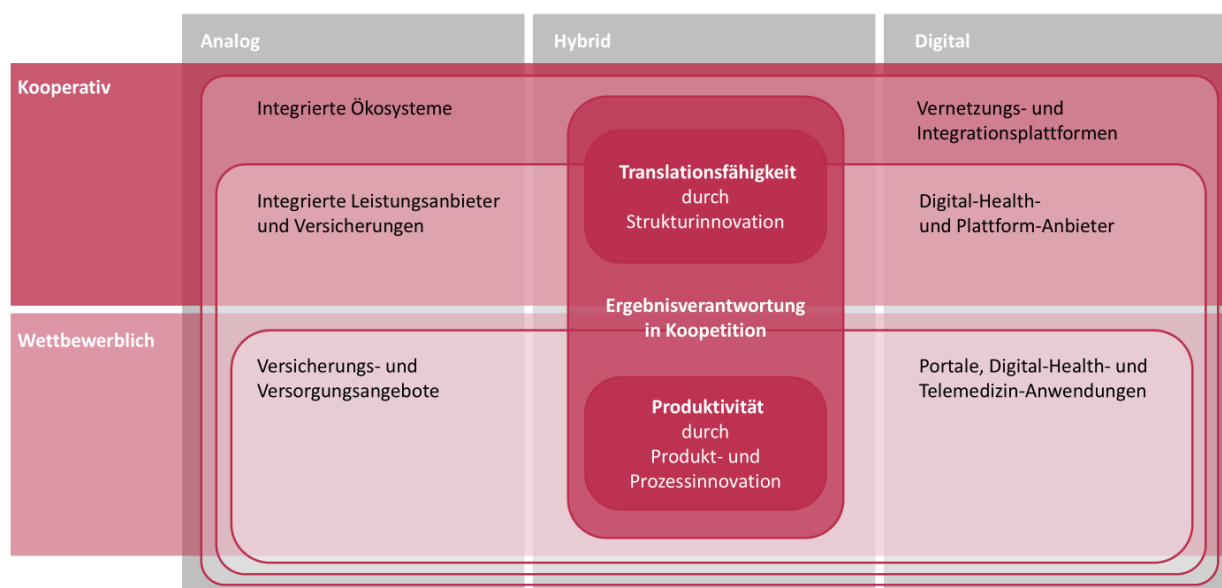
Für die **Translation von Produkt- und Prozessinnovationen** in den Versorgungsalltag fehlen korrespondierende Struktur- und Infrastrukturinnovationen. Dies betrifft die Anschlussfähigkeit einzelner Organisationen und Einrichtungen wie Krankenversicherungen, Kliniken, Praxen an neue Versorgungsformen und kann z. B. Anpassungen bei Rollen, Prozessen und IT-Systemen sowie weitere Aspekte der Interoperabilität umfassen. Es betrifft zudem entsprechende Plattformen, die die Systeme oder Organisationen im Versorgungsökosystem vernetzen und integrieren. In Summe ist hierfür eine versorgungsinhaltliche, organisatorische und technische Interoperabilität zwischen den relevanten Akteuren erforderlich. Genau dieser Teil der Translationsfähigkeit von Innovationen im Versorgungswettbewerb ist weder durch bestehende Strukturqualitätsanforderungen, Reifegradmodelle oder die nationale E-Health-Infrastruktur abgedeckt. Es ist eine Aufgabe der Kooperation zusätzlich zur kollektiven Sicherstellung und betrifft sowohl die analoge als auch die digitale Ebene.

Ein wirksames Management dieser Zusammenhänge erfolgt seit Jahren in Plattformökosystemen anderer Branchen, von Social Media über eCommerce bis hin zum zweiten Gesundheitsmarkt. Entsprechende Managementprinzipien sind dort in den letzten zwei Jahrzehnten entwickelt und getestet worden. Sie führen zu produktiven Plattformen mit hoher Akzeptanz. Diese Prinzipien können der fehlende Schlüssel für die Translation von Innovationen in der Gesundheitsversorgung sein. Sie erleichtern die **Abgrenzung**

zwischen Wettbewerb und Kooperation in Ökosystemen. Und sie helfen, die Nahtstellen zur Sicherstellung in der Regelversorgung zu definieren.

Im Kollektivvertrag sind über Jahrzehnte die entsprechenden Prinzipien für die Sicherstellung auf den verschiedenen Ebenen der Selbstverwaltung weitgehend reguliert und in der Praxis etabliert worden. Im Bereich der Versorgungsinnovationen ist schrittweise zwar die Incentivierung, Entwicklung und Pilotierung von Innovationen erfolgt, jedoch fehlt es hier an den darunterliegenden strukturellen und infrastrukturellen Anforderungen und einem **Marktmodell**: Im Wesentlichen fehlt es an gezielter Kooperation als Basis für einen wirksamen Versorgungswettbewerb. Dies ist Aufgabe des wettbewerblichen Marktbereichs, und hier haben sich in den letzten Jahrzehnten keine ausreichend starken Allianzen für gemeinsame Grundlagen im Versorgungswettbewerb gebildet.

Abbildung 2: Marktmodell für Ergebnisverantwortung in Koopetition



Quelle: _fbeta GmbH

Freiwillige Kooperation bei gemeinsamen Infrastrukturen und Plattformen im Sinne von Marktplätzen können maßgeblich dazu beitragen wettbewerbliche Versorgungsinnovationen auszubreiten, effizient und wirksam zu organisieren. Gleiches gilt für Standards, die die Anschlussfähigkeit von Organisationen und Einrichtungen an solche Innovationen gewährleisten. Eine gängige Methode zur Herstellung der Anschlussfähigkeit sind Reifegradmodelle. Diese können in Kombination mit entsprechenden Verträgen, IT-Plattformen und IT-Standards den Change und die Translationsfähigkeit unterstützen. Managementprinzipien in Plattformökosystemen anderer Branchen können das Managementmodell der Selbstverwaltung ergänzen, um die Translationsfähigkeit von Innovationen im Versorgungswettbewerb zu stärken. Eine freiwillige Kooperation bzw. Koopetition im regionalen Kontext ist hierfür ein sinnvoller Ausgangspunkt.

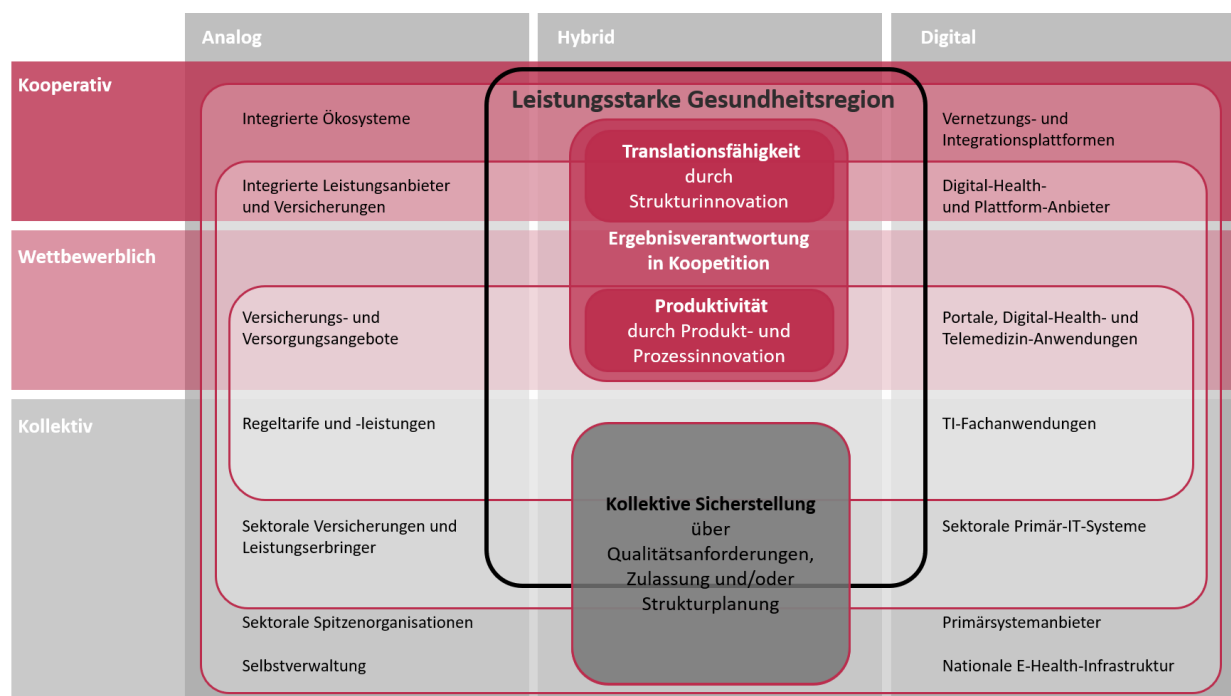
3.3 Definition – „Leistungsstarke Gesundheitsregionen“ (LeiG) als Markt- und Managementmodell

Leistungsstarke Gesundheitsregionen basieren auf einem strategisch ausgerichteten Marktmodell (Koopetition als Ergänzung zur kollektiven Sicherstellung) und ermöglichen so ein gemeinsames, regionales, integriertes und hybrid ausgerichtetes Management der Versorgung (Managementmodell).

Marktmodell

Leistungsstarke Gesundheitsregionen (LeiG) basieren auf einem gemeinsamen Marktmodell mit Abgrenzung von Bereichen der Kooperation (nicht reguliert), des Wettbewerbs (teilreguliert) und der Gemeinsamen Selbstverwaltung (reguliert).

Abbildung 3: Markt- und Managementmodell „Leistungsstarke Gesundheitsregionen“ (LeiG)



Quelle: _fbeta GmbH

Managementmodell

Grundlage ist ein gemeinsames strategisches Zielbild in Versorgung, Organisation und Technologie. Es basiert auf einer sektorenintegrierenden Sicht und ist hybrid (analog, digital und telemedizinisch) ausgestaltet.

Das Zielbild wird in Versorgungsszenarien und Transformationsstrategien strukturiert. Auf dieser Grundlage erfolgt das zielbildorientierte Management von Prozess-, Struktur- und Ergebnisqualität für bestimmte Versorgungssysteme wie die Versorgung von chronisch Kranken, Pflegebedürftigen oder

die Notfallversorgung. Es entsteht eine strategische und den Markt ordnende Kooperationsebene innerhalb des jeweiligen Ökosystems sowie in der Gesundheitsregion insgesamt.

Dies bildet die Rahmenbedingungen für einen produktiven Wettbewerb zur Optimierung der Versorgung. Somit tragen LeiG eine gemeinsame Verantwortung der Gesundheitsfürsorge im regionalen Sozialraum, aufgeteilt über diese Ökosysteme.

Management von Innovationen und digitaler Transformation

In den Ökosystemen erfolgt das Management von Innovationen und digitaler Transformation auf drei Ebenen:

- 1. Produkt- und Prozessinnovationen:** Das Management der Versorgung erfolgt auf der Ebene der (Integrierten) Versorgungsangebote. Sie bestehen aus analogen, telemedizinischen und digitalen Leistungen und ermöglichen integrierte Angebote mit Ergebnisverantwortung.
- 2. Strukturinnovationen:** Das Management von Strukturinnovationen in den Einrichtungen erfolgt in Form spezifischer Qualitätsanforderungen für das jeweilige Ökosystem. Diese sind abgeleitet von den jeweiligen Versorgungsszenarien und Transformationsstrategien. Diese machen sie im Rahmen des gemeinsamen Zielbilds für die integrierten Angebote im Ökosystem interoperabel und anschlussfähig. Sie ergänzen oder modifizieren die Grundanforderungen der kollektivvertraglich definierten Strukturqualität.
- 3. Infrastrukturinnovationen:** Innerhalb der Ökosysteme werden die gemeinsamen Konventionen geregelt, die für ein wettbewerblich ausgerichtetes Management der Ergebnisqualität erforderlich sind. Hierfür werden digitale Plattformen gemeinsam entwickelt, bereitgestellt und betrieben. Sie ermöglichen die Operationalisierung entlang der Konventionen im jeweiligen Ökosystem.

Bestehender Rahmen - Sicherstellung: Die Selbstverwaltung des Gesundheitssystem mit dem Fokus auf dem Sicherstellungsauftrag wird um das Management der Gesundheitsökosysteme mit dem Fokus auf Produktivität ergänzt.

Translationsfähigkeit

Durch die gemeinsamen Infrastruktur- und Strukturinnovationen erhöhen LeiG zudem die Translation von wettbewerblichen Versorgungsinnovationen bzw. -angeboten. Hierbei werden Struktur- und Infrastrukturplanung als Basis für einen produktiven Wettbewerb in Kooperation (teilreguliert) durchgeführt. Dabei werden Schnittstellen zur Sicherstellung über die Selbstverwaltungsorgane bedient (reguliert) und Versorgungsangebote können wettbewerblich oder kooperativ effizienter und wirksamer gestaltet werden.

Geschäftsmodell

Damit LeiG die Produktivität steigern können, ist ein längerfristiges Geschäftsmodell erforderlich. Aufwendungen für strategische Planung, Struktur- und Infrastrukturmaßnahmen sowie Betrieb und Management müssen sich durch die erhöhte Produktivität in der Versorgung tragen können.

Dazu müssen die Produktivitätspotenziale in angemessener Relation zu den erforderlichen Aufwendungen stehen. Das gilt sowohl für die Maßnahmen in Kooperation als auch für Geschäftsmodelle der Versorgungsangebote und Akteure im Wettbewerb.

Zudem muss auf politischer und auf der Ebene der Marktanteile und Akzeptanz sowie regionaler und absoluter Marktmacht eine ausreichende kritische Masse erreicht werden. Diese ermöglichen sowohl eine tragfähige Implementierung in IT-Systeme und Rückhalt für regulatorische Änderungen an Stellen, wo bisherige Regelungen entsprechende Innovationen hemmen.

4 Rahmenbedingungen und Optionsraum

Trotz erheblicher regionaler Unterschiede in der Gesundheitsversorgung bestehen für leistungsstarke Gesundheitsregionen einige weitgehend einheitliche Rahmenbedingungen und Optionsräume. Diese werden im Folgenden als Basis einer regionenübergreifenden Kooperation dargestellt, und zwar entlang der **fünf wesentlichen Dimensionen des Gesundheitswesens** – Setting, Versorgungsgegenstand, Versorgungssystem, Ökonomie und Regulierung. In Form von Grundhypothesen werden die allgemeinen Rahmenbedingungen und der wesentliche Optionsraum für die leistungsstarken Gesundheitsregionen definiert und Aspekte fokussiert, die für den Zeitraum bis 2030 relevant sind.

4.1 Setting – Finanzierung der Sozialversicherungssysteme und Fachkräftemangel ungelöst

In dieser Dimension werden die Finanzierungsseite des Gesundheitswesens 2023, die Finanzierungsprognose 2035 und die Verfügbarkeit von Fachkräften als besonders relevant herausgestellt.

Grundhypothese 1.1. Finanzierungssituation 2023

Die Rücklagen bei Versicherungsbeiträgen (GKV) sind aufgebraucht, und der Steuerfinanzierungsanteil ist durch die Haushaltssituation des Bundes infrage gestellt.

Die Finanzierung des Gesundheitswesens, 498 Mrd. Euro in 2022 (Statistisches Bundesamt, 2024), basiert überwiegend auf Versicherungsbeiträgen sowie einem Bundeszuschuss zwischen 15–20 Mrd. Euro (entsprechend ca. 5 Prozent p. a.) aus Steuereinnahmen (Verband der Privaten Krankenversicherung e.V., 2024). Letztere werden i. d. R. zur Investitionsförderung oder für Sonderausgaben eingesetzt. Angesichts der aktuellen Herausforderungen für den Bundeshaushalt sind weitere Investitionen oder Sonderfinanzierungen kaum möglich. Alle wesentlichen Bereiche des Sozialversicherungssystems stehen finanziell massiv unter Druck, und die Finanzierung in den kommenden Jahren kann nicht als gesichert betrachtet werden.

Grundhypothese 1.2 Finanzierungsprognose 2035

Die Relation von Einzahlern und Leistungsempfängern im Sozialsystem kippt von 65 Leistungsempfängern auf 100 Einzahlern zu 85 auf 100. Es liegen weder für die Finanzierungs- noch die Leistungsseite Lösungsvorschläge vor.

Aktuell kommen auf 100 Beitragszahlende etwa 65 Leistungsempfänger (Familienversicherung, Rente oder Bürgergeld). Es wird davon ausgegangen, dass das Verhältnis in den nächsten Jahren auf ca. 85 Leistungsempfänger auf 100 Erwerbstätige steigt (Hecken, 2023). Damit wird sich bei gleichbleibender Versorgung die Finanzierungslast deutlich erhöhen. Dies scheint weder durch eine Steuerfinanzierung noch durch höhere Versicherungsbeiträge lösbar.

Das Thema ist seit Jahrzehnten bekannt, entsprechende Reformvorschläge wurden u. a. zur Jahrtausendwende von der sogenannten Rürup-Kommission ausgearbeitet (Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung, 2003). Für die Krankenversicherung wurden zwei Modelle, die Bürgerversicherung (Ausweitung der prozentualen Versicherungsbeiträge auf alle Bürger und alle Einkunftsarten) und die Gesundheitsprämie (einheitliche Kopfpauschale für alle Bürger), als mögliche Maßnahmen entwickelt und seitdem in der Gesundheitspolitik diskutiert. Ebenfalls wurden Vorschläge für die Renten- und Pflegeversicherung unterbreitet. Eine grundlegende politische Einigung und Lösung ist – abgesehen von kleineren Anpassungen im Bestandssystem – bis heute nicht erfolgt.

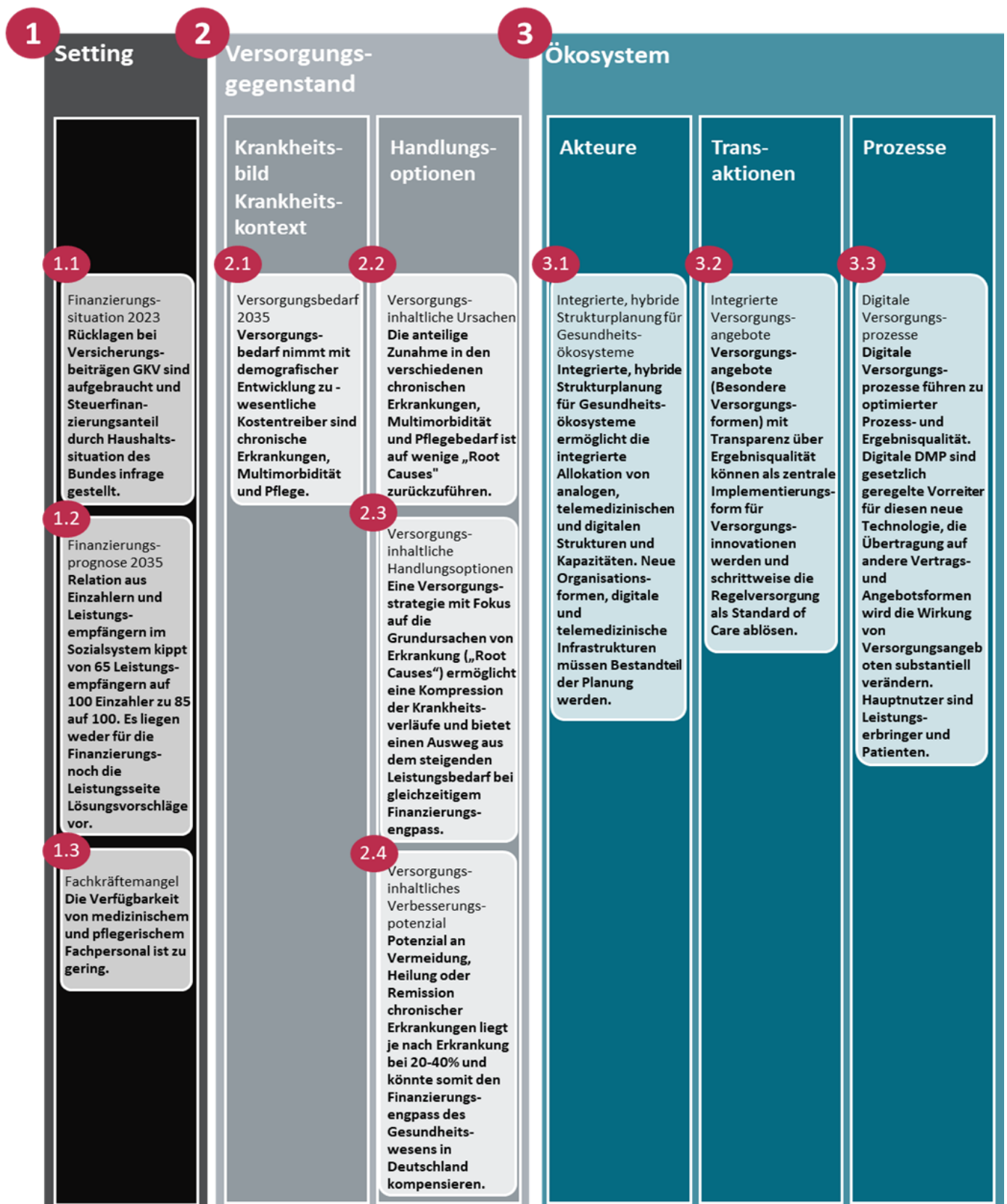
Für die Leistungsseite wurden seitdem verschiedene größere versorgungspolitische Maßnahmen wie die Integrierte bzw. Besondere Versorgung, die Disease-Management-Programme (DMP) und der Innovationsfonds initiiert. Sie sind jedoch in der bisherigen Ausprägung nicht ausreichend, um die genannten Effekte zu kompensieren.

Grundhypothese 1.3 Fachkräftemangel

Die Verfügbarkeit von medizinischem und pflegerischem Fachpersonal ist zu gering.

In Relation zum Versorgungsbedarf stehen zu wenig Fachkräfte zur Verfügung. Hinzu kommt, dass ein großer Teil der Ärzteschaft altersbedingt in den nächsten Jahren aus dem Berufsleben ausscheiden wird, bei gleichzeitig zunehmendem Bedarf an ärztlichen Leistungen. Zudem sinkt die verfügbare Arbeitszeit je Fachkraft mit dem Trend zu unterschiedlich ausgestalteten Regelarbeitszeiten und Teilzeit (Hecken, 2023).

Abbildung 4: Grundhypothesen der Transformation





4.2 Versorgungsgegenstand – Reduktion der Krankheitslast bei chronischen Erkrankungen durch Lebensstiländerung

In dieser zweiten Dimension werden wesentliche Aspekte zur Entwicklung des Versorgungsbedarfs, zu den versorgungsinhaltlichen Ursachen und den Handlungsoptionen dargelegt. Auch wird der mögliche gesundheitsökonomische Effekt abgeschätzt.

Grundhypothese 2.1 Versorgungsbedarf 2035

Der Versorgungsbedarf nimmt mit der demografischen Entwicklung zu – wesentliche Kostentreiber sind chronische Erkrankungen, Multimorbidität und Pflege.

Der Versorgungsbedarf nimmt durch den höheren Anteil von Menschen im Rentenalter in der Bevölkerung mit der demografischen Entwicklung bis 2035 substantiell zu (Statistisches Bundesamt [Destatis], 2022). Damit steigen bei aktuell üblichem Gesundheitsverhalten und üblicher Versorgung der Versorgungsbedarf und die Ausgaben erheblich. Die drei folgenden Versorgungssegmente sind hierbei Kostentreiber. Die Zunahme des Versorgungsbedarfs erfolgt zudem, zeitlich leicht versetzt, in gleicher Reihenfolge:

- **Menschen mit chronischen Erkrankungen:** In der Europäischen Union fallen jährlich ca. 70 Prozent der Gesundheitsausgaben auf die Versorgung von chronisch erkrankten Menschen. In Deutschland sind es rund 300 Mrd. Euro (Stand: 2016).
- **Menschen mit Multimorbidität:** Multimorbidität nimmt insbesondere mit zunehmendem Alter deutlich zu und betrifft einen erheblichen Anteil der Bevölkerung. Sie geht zugleich mit einem überproportionalen Ressourcen- und Versorgungsbedarf einher und trägt wesentlich zu den Gesundheitsausgaben bei.
- **Menschen mit Pflegebedarf:** Im Jahr 2022 war die soziale Pflegeversicherung zweitgrößter Ausgabenträger im deutschen Gesundheitswesen (ca. 58 Mrd. Euro) (Statistisches Bundesamt, 2024).

Grundhypothese 2.2 Versorgungsinhaltliche Ursachen

Die anteilige Zunahme der verschiedenen chronischen Erkrankungen, Multimorbidität und des Pflegebedarfs ist auf wenige Grundursachen (Root Causes) zurückzuführen.

Root Causes: Die Entwicklung der Ausgaben bei den verschiedenen chronischen Erkrankungen, Multimorbidität und in der Pflege geht ursächlich i. d. R. auf Root Causes zurück, die im Wesentlichen auf Lebensstilfaktoren beruhen. Diese sind maßgeblich durch die Gesundheitskompetenz und das tägliche Gesundheitshandeln des Individuums beeinflussbar, darunter Ernährung, Bewegung und mentale Gesundheit, die in sieben der acht Nationalen Versorgungsleitlinien (NVL) zu chronischen Erkrankungen (Bundesärztekammer et al., 2017, 2021, 2022, 2023a, 2023b, 2023c, 2024a, 2024b) als zentrale Risiko- bzw. Einflussfaktoren genannt werden. Des Weiteren gehören Umwelt- und Umfeldfaktoren zu den Root Causes, deren Beeinflussung auch eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe der Daseins- und Gesundheitsfürsorge ist. Dazu gehören allen voran der Alkohol- und Nikotinkonsum (Hacker, 2024).

Grundhypothese 2.3 Versorgungsinhaltliche Handlungsoptionen

Eine Versorgungsstrategie mit dem Fokus auf den Grundursachen von Erkrankung (Root Causes) ermöglicht eine Kompression der Krankheitsverläufe und bietet einen Ausweg aus dem steigenden Leistungsbedarf bei gleichzeitigem Finanzierungsengpass.

Versorgung von Erkrankungen und Symptomen – „Medikalisierung(-sthese)“: Die verstärkte Verfügbarkeit von medizinischen Innovationen kann in der Versorgung auch zu einer zunehmenden Chronifizierung von Krankheitsverläufen führen (z. B. Erkrankungen mit hoher Sterblichkeitsrate werden zu chronischen abgemildert, die Symptome ungesunder Lebensweisen durch Medikamentengabe kompensiert). Das Leistungsvolumen an Sekundär- und Tertiärprävention ist in Relation zu den übrigen zentralen Versorgungsleistungen relativ gering, zudem wird es i. d. R. wenig im direkten Zusammenhang mit dem Verlauf chronischer Krankheiten bzw. als Teil der Therapie genutzt. Dies steht im Widerspruch dazu, dass diese Strategien für die meisten chronischen Erkrankungen in den nationalen Versorgungsleitlinien als primäre Therapieoptionen genannt werden.

Förderung von Gesundheit – „Kompression(-sthese)“: Der verstärkte Einsatz von präventiven Maßnahmen führt zur Verschiebung des Eintritts von Krankheit hin zu einem hohen Anteil gesunder Lebensjahre und Kompression von Krankheitsphasen, auch vor dem Versterben. Hier sind sowohl Verhaltens- als auch Verhältnisprävention relevant, wobei durch Sekundär- und Tertiärprävention ein schnellerer ausgabenrelevanter Effekt zu erzielen ist. Primärprävention ist ein langfristiger wirkender Ansatz.

Grundhypothese 2.4 Versorgungsinhaltliches Verbesserungspotenzial

Das Potenzial an Vermeidung, Heilung oder Remission chronischer Erkrankungen liegt je nach Erkrankung bei 20–40 Prozent und könnte somit den Finanzierungsengpass des Gesundheitswesens in Deutschland kompensieren.

Gerade bei chronischen Erkrankungen können, je nach Indikation, zwischen 20–40 Prozent der Fälle in Vermeidung, Remission (Pfeiffer, 2023) bzw. Heilung überführt werden. Die wesentlichen Aspekte bei der digitalen Transformation sind hierbei:

- eine stärkere Integration der Versorgung chronischer Erkrankungen entlang digital unterstützter Prozessoptimierung,
- ein stärkerer Einsatz von Telemedizin, Digital Health, Delegation an nichtärztliches Fachpersonal entlang des Prozesses,
- eine konsequentere Anwendung von Ansätzen der Sekundär- und Tertiärprävention zu Gesundheitskompetenz und Lebensstiländerung, die besonders gut digital unterstützt werden können.

Eine solche Fokussierung hat das Potenzial, bundesweit etwa ein Drittel der Leistungsausgaben für chronische Erkrankungen zu reduzieren, was bis zu 100 Mrd. Euro p. a. ausmacht, wenn man von der EU-weiten Angabe ausgeht, dass 70-80 Prozent der Gesundheitsausgaben auf chronische Erkrankungen entfallen. Damit erscheinen Investitionen in relevante digitale Infrastrukturen und Transformationsprozesse grundsätzlich sinnvoll und refinanzierbar. Sie erfordern eine darauf ausgerichtete Konkretisierung der Potenziale und Maßnahmen.

4.3 Ökosystem – Translationsfähigkeit durch Integration von Versorgung, Organisation und Digitalisierung

Diese dritte Dimension zeigt den grundlegenden Optionsraum für eine entsprechende Transformationsstrategie in regionalen Versorgungssystemen auf. Sie betrachtet die Integration der Sektoren, relevante Transaktionen im Ökosystem, Prozesse, digitale Leistungen, Vernetzung der Einrichtungen sowie Verträge.

Grundhypothese 3.1 Integrierte, hybride Strukturplanung für Gesundheitsökosysteme

Eine integrierte, hybride Strukturplanung für Gesundheitsökosysteme ermöglicht die integrierte Allokation von analogen und digitalen Strukturen und Kapazitäten. Neue Organisationsformen, digitale bzw. telemedizinische Infrastrukturen müssen dabei Bestandteil der Planung werden.

Zentrale Aspekte bei der Strukturplanung analoger Kapazitäten in der Versorgung sind die Auswirkungen des Fachkräftemangels, strukturschwache Regionen und der Wunsch zu kürzeren Arbeitszeiten sowie der Trend zur Anstellung bei freien Berufen. Sie können durch verschiedene Prinzipien kompensiert werden und die Versorgung auch zukünftig so sicherstellen. Die Grundprinzipien sind: **Integration, Delegation und/oder Substitution von Leistungen** (telemedizinische/digitale Leistungserbringer).

Zudem kann hierüber eine **Flexibilisierung bei Zugang und Verfügbarkeit** zu bzw. von Versorgungsangeboten hergestellt werden. Die Interaktion zwischen Leistungserbringenden und Patientinnen und Patienten kann örtlich und zeitlich flexibel sowie kapazitätsgerecht und kontextangepasst gestaltet werden; sie kann synchron und asynchron erfolgen. Auch zeigen hybride Versorgungsangebote eine gute Akzeptanz und Wirksamkeit.

Neue Organisationsformen erweitern das klassische Bild von Arztpraxen, Versorgungszentren und Kliniken. Moderne Einrichtungen haben einen höheren digitalen Leistungsanteil und können auch aus virtuell koordinierten Teams bestehen. Die Ambulante Spezialfachärztliche Versorgung (ASV) ist ein Beispiel dafür, dass Formen der Zusammenarbeit und Versorgungsstrukturen zukünftig deutlich flexibler sein werden. Auch dies muss Teil einer integrierten, hybriden Strukturplanung sein.

Digitale bzw. telemedizinische Infrastrukturen und Plattformen ermöglichen die Vernetzung der Einrichtungen. Sie bilden daher eine essenzielle Grundlage im Kontext der integrierten, hybriden Strukturplanung. Dies betrifft sowohl die Möglichkeiten der nationalen E-Health-Infrastruktur sowie weitere Plattformen für Vertrags- und Versorgungsmanagement. Letztere bieten Funktionalitäten im Sinne eines Marktplatzes für Versorgungsangebote, während die nationale E-Health-Infrastruktur für die Sicherstellung der grundsätzlichen Sicherheits- und Verwaltungsfunktionen sorgt.

Erfolgt die **Integration von Strukturen, Prozessen sowie Vergütung** über digitale Plattformen, so kann im Umkehrschluss die **Zugehörigkeit zu Sektoren** und die daran geknüpfte Regulierung bestehen bleiben. Dies betrifft Aspekte wie Berufsordnungen, Ausbildungswege und Strukturqualitätsanforderungen an Leistungserbringer sowie deren Organisation über Fachgesellschaften und Verbände. Eine Anpassung von Anforderungen wird jedoch sicher notwendig sein. Somit ist auch die Nahtstelle zur Strukturplanung erforderlich.

In Summe erfolgt somit die Strukturplanung nicht nach Sektoren, sondern nach **Versorgungsökosystemen gemäß den Prinzipien der Plattformökonomie**. Diese sind ausgerichtet auf wesentliche Versorgungsszenarien wie die Versorgung chronischer Erkrankungen, Pflege oder Prävention. Die Ausrichtung auf ein **gemeinsames Zielbild** ist hierfür essenziell. Dies ist die Grundlage, um Interoperabilität und Strukturqualitätsanforderungen zwischen analogen und digitalen bzw.

telemedizinischen oder hybriden Sektoren zu erreichen. Die Definition von Zielbildern und Ableitung von Anforderungen wird somit ebenfalls zur Aufgabe einer **integrierten, hybriden Strukturplanung**.

Grundhypothese 3.2 Integrierte Versorgungsangebote

Versorgungsangebote (besondere Versorgungsformen) mit Transparenz über Ergebnisqualität können die zentrale Implementierungsform für Versorgungsinnovationen werden und schrittweise die Regelversorgung als Standard of Care ablösen.

Die bislang optionale Versorgung über neue Versorgungsformen löst die Versorgung über kollektivvertragliche Einzelleistungen schrittweise ab: Das Versorgungsmanagement erfolgt somit zunehmend über integrierte, hybride Versorgungsprodukte, die

1. die Integration der Organisation (Strukturen/Prozesse/Vergütung)
2. die Integration von Daten (medizinische Befund- und tagesaktuelle Vitaldaten)
3. die Integration von analogen und digitalen bzw. telemedizinischen Leistungen
4. die Integration des Gesundheitshandelns des Patienten
5. die Integration der Nachhaltigkeit bei Therapieentscheidungen

zum Standard of Care machen (Deutsche Gesellschaft für Integrierte Versorgung im Gesundheitswesen e. V. mit Knöppler et al., 2023).

Besondere Versorgungsformen müssen zum Standard of Care werden, wenn die Potenziale umgesetzt werden sollen. Sie können wettbewerbsfähig, regional und/oder kollektiv vereinbart werden und bauen auf entsprechend ausgerichteten digitalen Plattformen für das Vertrags- und Versorgungsmanagement auf. Die Angebote sind potenziell wettbewerbsfähig ausgestaltet, während die Plattformen auf einer gemeinsamen Infrastruktur basieren.

Grundhypothese 3.3 Digitale Versorgungsprozesse

Digitale Versorgungsprozesse führen zu optimierter Prozess- und Ergebnisqualität. Digitale Disease-Management-Programme (DMP) sind gesetzlich verankerte Vorreiter für diese neuen Technologien. Die Übertragung auf andere Vertrags- und Angebotsformen wird die Wirkung von Versorgungsangeboten substantiell verändern. Hauptnutzer sind Leistungserbringer und Patienten.

Prozessinnovationen in der Versorgung werden sowohl in den Selektivverträgen, der Ambulanten Spezialfachärztlichen Versorgung (ASV), den Satzungsleistungen der gesetzlichen Krankenversicherung als auch durch den Innovationsfonds ermöglicht und vergütet. Hier werden i. d. R. optimierte Kombinationen von Einzelleistungen als Versorgungsprodukt vergütet und der Prozess im Zusammenspiel dieser Leistungen besser organisiert. Im Bereich der Disease-Management-Programme (DMP) erfolgt das nach einer zentralen Vorgabe und schon kurz nach Einführung mit Implementierung in den Primärsystemen der Arztpraxen. Im Bereich wettbewerbsfähiger Vertragsarten ist Freiraum für die Suche nach neuen Prozessinnovationen, gleichzeitig gibt es nur wenig etablierte IT-Systeme, die hierfür eine technische Abbildung bereitstellen.

Die Optimierung von Prozess- und Ergebnisqualität ist ein Kernelement höherwertiger Managementformen einer integrierten Versorgung. Die Virtualisierung solcher Managementformen, z. B. über Steuerpunkte entlang der Versorgungskette, erfolgt pilothaft mit Einführung der digitalen Disease-Management-Programme 2026. Damit werden weitere Interoperabilitätsvoraussetzungen etabliert, diese können z. B. auch für Selektivverträge genutzt werden. Es ist davon auszugehen, dass damit ein substantieller **Schub für die Digitalisierung von Versorgungsprozessen** erfolgt. Dies wiederum kann in Kombination mit den grundlegenden Funktionen und Prozessen der nationalen E-Health-Infrastruktur, mit den Schwerpunkten Verwaltung, Service, Kommunikation und

Dokumentation, einen deutlichen Schub für Akzeptanz und Produktivität mit sich bringen. In anderen Ländern, insbesondere in Skandinavien, ist die digitale Abbildung von Versorgungspfaden bereits im größeren Stil etabliert, in Finnland wird sie u. a. durch die Universitätskliniken stark vorangetrieben und vernetzt diese auch mit dem ambulanten Sektor.

Grundhypothese 3.4 Digitale Plattformen

Digitale Plattformen ermöglichen als Marktplätze die virtuelle Integration des Versorgungsökosystems. Hier können Portfolios mit Versorgungs- und Versicherungsangeboten zwischen den Akteuren organisiert werden.

Ansätze zur integrierten Versorgung haben nach wie vor einen hohen Anteil analoger Prozesse. Das gilt neben den Versorgungsprozessen auch für das grundlegende Vertragsmanagement mit Funktionen wie Vertragsstammdaten, Teilnahmeverwaltung, Vergütung und Abrechnung. Die digitale Abbildung integrierter Versorgungsangebote wurde eher projektbezogen realisiert, und je Angebot jeweils eigene technische Lösungen angestrebt. **Die Etablierung eines vertragsübergreifenden Standards für die Interoperabilität von Versorgungsangeboten ist in den letzten Jahrzehnten nicht in ausreichendem Maße geregelt. Die nationale E-Health-Infrastruktur bietet dies nicht an, und alternative IT- Plattformen haben keine ausreichende Akzeptanz gefunden.** Eine übergreifende Kooperation, die es ermöglicht, flexibel verschiedenste Versorgungsangebote abzubilden, ist jedoch zwingend erforderlich.

Dies betrifft sowohl die Vernetzung von Akteuren direkt mit digitalen Plattformen wie es z. B. der Versicherte mit einem eigenen ePA-Frontend für den Zugang zur elektronischen Patientenakte hat (Vernetzungsplattform). Es betrifft aber auch die Integration der Primärsysteme der Leistungserbringer (Integrationsplattform). Verschiedene Widerstände und vor allem ein mangelndes Zielbild im Ökosystem haben eine solche Vernetzung integrierter Versorgungsangebote bisher verhindert. Dies ist u. a. auf die geringe Akzeptanz bei Primärsystemherstellern und zu wenig Akzeptanz für einen Standard im Markt zurückzuführen. Zudem sind die Primärsysteme und Plattformen nicht direkter Leistungsbestandteil im Sinne der Regelungen des Sozialgesetzbuches und somit nur indirekt, über Zertifizierung, regulierbar.

Die nationale E-Health-Infrastruktur richtet einen breiten Fokus auf der Sicherstellung der grundsätzlichen Sicherheits- und Verwaltungsfunktionen für die kollektivvertragliche Versorgung wie medizinische Dokumentation, Bescheinigung und Verordnung, Serviceprozesse (Terminmanagement), Sicherheitsdienste und Kommunikation. Die Akzeptanz der Vernetzung bleibt trotz verstärkter Anstrengungen aktuell noch zu gering, um deren eigentlichen Mehrwert heute schon in der Breite der Versorgungslandschaft bereitstellen zu können. Eine Integration bzw. Vernetzung der Akteure für Selektivverträge rund um Versorgungsangebote und -wettbewerb ist hier in der Roadmap bislang nicht vorgesehen. Dies erfordert eine geringere regulatorische Ausgestaltung bei gleichzeitiger Ermöglichung von Investitionen durch die Krankenkassen, insbesondere im Kontext der elektronischen Patientenakte.

Zudem sind neben den digitalen Versorgungsprozessen und den Grundfunktionen der nationalen E-Health-Infrastruktur digitale Vertragsprozesse für Selektivverträge erforderlich. Diese betreffen u. a. Vertragsstammdaten, Teilnahmeverwaltung, Abrechnung und Vergütungsfunktionen, was bisher ausschließlich für DMP gelöst ist. Ähnliche Anforderungen gelten jedoch darüber hinaus für nahezu alle Bereiche von Selektivverträgen zu verschiedenen Vertrags- und Leistungsarten außerhalb der sogenannten Regelversorgung.

Daneben haben sich verschiedenste Plattformen parallel etabliert. Dies gilt insbesondere für Abrechnung und Genehmigung, telemedizinische Ersteinschätzung und Terminmanagement sowie

auch für die technische Abbildung von selektiven Versorgungsangeboten. Zudem zeigen sich in den digitalen Ökosystemen der Krankenkassen in Deutschland zunehmend Portfolios digitaler oder hybrider Versorgungsangebote.

Die Planung und Einführung solcher Plattformen ist eine gemeinsame Aufgabe im regionalen Kontext und sollte aufgrund der Interdependenzen an die Strukturplanung andocken. Gleichzeitig muss hierbei der Zuschnitt der Ökosysteme entlang der wesentlichen Versorgungsszenarien und Transformationsstrategien erfolgen. Leitend muss hierbei das Prinzip der integrierten Wertschöpfung in Versorgungsprozessen sein (und nicht der Zuschnitt in Sektoren).

Grundhypothese 3.5 Digitales Versorgungsmanagement

Digitales Versorgungsmanagement über digital abgebildete Portfolios mit Versorgungsverträgen wird zum Standard of Care, hebt die Produktivität und kann von Krankenversicherungen, Managementgesellschaften und/oder Leistungserbringer-Organisationen verantwortet werden.

Ein virtuelles Versorgungsmanagement führt zu einem technisch induzierten Paradigmenwechsel: Es findet eine Weiterentwicklung von der aktuell dominierenden Versorgung in Form von Einzelleistungen mit einem geringen Maß an patientenorientiertem Prozessmanagement und starkem **Fokus auf Strukturqualität** (IST) hin zu höherwertigen Managementformen (vernetzte, koordinierte und/oder integrierte Versorgung) statt. Diese sind gekennzeichnet durch zentrale Versorgungsprozesse mit pauschalierten, erfolgsorientierten Vergütungsformen und setzen damit den **Fokus auf Prozess- und Ergebnisqualität = Produktivität** (SOLL).

Wesentlicher Treiber für die Leistungsfähigkeit ist das virtuelle Management auf der Basis hochverfügbarer medizinischer Daten, gepaart mit der Verfügbarkeit von Unterstützungsleistungen im Alltag zwischen den Arzt-/Praxisbesuchen sowie der örtlichen und zeitlichen Flexibilisierung von Versorgung. Die Grundlage hierfür ist neben der Integration digitaler und telemedizinischer Leistungen das kontinuierliche, tagesaktuelle Monitoring: Dies ermöglicht eine kontinuierliche, tagesaktuelle Optimierung der Versorgung auf Grundlage umfangreicher Daten, insbesondere medizinischer Daten und Vitalparameter der Patientinnen und Patienten, Daten zur Gesundheitskompetenz sowie Sozial-, Umwelt- und Geodaten. Dies eröffnet sowohl für die verantwortlichen Leistungserbringer als auch für das Versorgungsmanagement neue Potenziale für eine **datenbasierte Steuerung der Versorgung in größeren Populationen**.

Grundhypothese 3.6 Digitales Vertragsmanagement

Mit der zunehmenden digitalen Verfügbarkeit von medizinischen Daten wird das Management der Ergebnisqualität bzw. der Produktivität erleichtert. Diese Steuerungsprinzipien sind primär bei wettbewerblichen, besonderen Versorgungsformen möglich. Der Anteil der selektivvertraglichen Versorgung wird daher steigen müssen.

Bislang erfolgt der überwiegende Teil der Gesundheitsversorgung über Kollektivverträge, d. h. einheitlich und gemeinsam innerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung und auch der privaten Krankenversicherung. Eine Differenzierung über besondere Versorgungsangebote findet kaum statt. Der Fokus liegt auf der Sicherstellung der Versorgung und nicht auf der Produktivität.

Mit der zunehmend leichteren technischen Umsetzung von höherwertigen Versorgungsangeboten, u. a. über IT-Plattformen, steht ein neues Zeitalter digital gestützter hybrider Versorgung unmittelbar bevor. Diese innovativen Versorgungsangebote erleichtern aufgrund eines höheren Anteils der digitalen Abbildung verfügbarer medizinischer Daten und Vitalparameter der Patienten den Zuschnitt bzw. Ausgestaltung bedarfsgerechter Therapien, des Qualitätsmanagements und der Vergütung. Dies

bietet sowohl Leistungserbringern als auch Krankenversicherungen einen völlig neuen und vor allem effizienten Raum im Wettbewerb um die beste Versorgung.

Damit ist davon auszugehen, dass ergebnisorientierte Selektivverträge substanziell an Bedeutung gewinnen werden. Der Einkauf von digitalen und telemedizinischen Versorgungsangeboten und deren Zusammenstellung in digitalen Versorgungssystemen ist bei den großen Versorgungskassen bereits etabliert. Die Zusammenstellung dieser Portfolios erfolgt zunehmend strategischer und systematischer. Zudem steigt der Handlungsdruck auf die Kassen aufgrund der demografischen Entwicklung.

4.4 Ökonomie – Produktivitätssteigerung kompensiert demografische Entwicklungen

Diese vierte Dimension betrachtet die ökonomischen Effekte aus der Public-Health-Perspektive des Gesundheitswesens, der Gesundheitsregion und der einzelnen Akteure. Die Effekte der digitalen Transformation können Investitionen in diese mehr als kompensieren. Auf allen Ebenen sind langfristig tragfähige Geschäftsmodelle realisierbar.

Grundhypothese 4.1 Volkswirtschaftliche Perspektive

Die Fallzahlreduktion und die Kompression der Krankheitslast im Bereich chronischer Erkrankungen und Pflege ist dazu geeignet, die Gesundheitskosten um 100 Mrd. Euro zu reduzieren. Die dafür erforderlichen Investitionen in die digitale Transformation werden durch die Produktivitätssteigerungen kompensiert.

Das Digitalisierungspotenzial für die Akteure im deutschen Gesundheitswesen wird auf eine Größenordnung von 42 Mrd. Euro pro Jahr geschätzt. Auf digitale Anwendungen in der Hand der Patienten entfallen dabei 45 Prozent, auf Anwendungen in Hand der Leistungserbringer 31 Prozent und auf digitale Infrastrukturen und Enablertechnologien 24 Prozent. Diese Potenziale quantifizieren die betriebswirtschaftliche Perspektive der jeweiligen Akteure (Biesdorf et al., 2022).

Eine akteursübergreifende, gemeinsam getragene Versorgungsstrategie und eine entsprechende Strategie zur digitalen Transformation der Versorgungsökosysteme ermöglichen eine noch tiefgreifendere Veränderung der Wertschöpfung im Gesundheitswesen. Aus volkswirtschaftlicher bzw. Public-Health-Perspektive erscheinen die Potenziale weitaus größer als die Investitionen.

Eine stärkere Fokussierung auf Interventionen an den Root Causes von Erkrankungen eröffnet erhebliche Potenziale zur Reduktion der für chronische Erkrankungen aufgewendeten Ausgaben und kann einen Beitrag zur Bewältigung des demografiebedingten Finanzierungsdrucks im Gesundheitssystem leisten.

Grundhypothese 4.2 Leistungsstarke Gesundheitsregionen

Gesundheitsregionen und digitale Plattformen können ein wirksames, digital gestütztes Versorgungsmanagement ermöglichen, welches die Potenziale einer integrierten Versorgung wirtschaftlich tragfähig macht. Skaleneffekte über eine bessere IT-Integration werden gemeinsam in der Region organisiert.

Auf der Ebene von Gesundheitsregionen ist die Selbstverwaltung in der Verantwortung, Strukturplanung durchzuführen und auch in der Lage, die wesentlichen Transaktionen, Prozesse und Wertschöpfungsketten aktiver abzustimmen als in der Vergangenheit. Vor dem Hintergrund der aktuellen Herausforderungen des Gesundheitswesens ist genau hier die primäre Ergebnisverantwortung zwischen u. a. Krankenkassen, Landesministerien, Kommunen und Leistungserbringern im Kontext der Daseinsvorsorge zu sehen.

Grundhypothese 4.3 Akteursperspektiven

Regionale Leistungserbringer werden durch die Integration von digitalen Leistungen und Plattformen flexibler und wirtschaftlich tragfähiger, die Attraktivität als Arbeitgeber steigt, der Mangel an Fachkräften wird kompensiert. Hybride Versorgung wird schrittweise zum neuen Geschäftsmodell, auf Basis der Plattformen können wettbewerbliche Positionierungen in der Versorgungslandschaft gestärkt werden.

Für einzelne Krankenversicherungen, Leistungserbringer und alle weiteren Akteure der Gesundheitsversorgung entstehen neuartige Möglichkeiten für Geschäftsmodelle, die in anderen

Ländern längst aus der Pilotphase in die Breite des Versorgungsalltags übergegangen sind, wie digital abgebildete hybride Versorgungspfade. Mit regionalen Zielbildern für Versorgungsschwerpunkte, Rollen und Prozesse sowie IT-Infrastruktur entsteht auch für jede einzelne Einrichtung schrittweise Planungssicherheit zur eigenen Positionierung im regionalen Wettbewerb. Nicht zuletzt kann dies ein Katalysator für die Neuorientierung hinsichtlich der wirtschaftlichen Tragfähigkeit von Einrichtungen sein vor dem Hintergrund des Fachkräftemangels, der Finanzierungsengpässe und des steigenden Versorgungsbedarfs.

4.5 Regulatorischer Rahmen – Anreizsysteme für Kooperation bei integrierter, hybrider Strukturplanung

Diese fünfte Hauptdimension zeigt relevante Handlungsfelder der regionalen und bundesweiten Regulierung auf, die die spätere Implementierung maßgeblich beeinflussen und daher bereits in der Konzeption berücksichtigt werden sollten.

Markt- und Managementmodell

Grundhypothese 5.1 Marktmodell

Die Rahmenbedingungen für höherwertige Versorgungsformen (Wettbewerb) sind eine gemeinsame Aufgabe der Selbstverwaltung (Kooperation) im regionalen Kontext = Koopetition. Die Abgrenzung zwischen Sicherstellung und Versorgungswettbewerb braucht im Kontext der digitalen Transformation ein aktualisiertes Marktmodell.

Ein produktiver Versorgungswettbewerb erfordert einen gemeinsamen strukturellen Rahmen (Kooperation) für eine höhere Translationsfähigkeit von Versorgungsinnovationen. Seit Jahrzehnten werden im Kontext der integrierten und besonderen Versorgungsformen, der Disease-Management-Programme und im Innovationsfonds entsprechende Konzepte entwickelt.

Regulatorische Rahmenbedingungen und Interoperabilität sind jedoch hierauf weiterhin nicht ausreichend ausgerichtet und verhindern den produktiven Einsatz. Auch die Option zur Finanzierung digitaler Vernetzung aus den Budgets der Krankenkassen ist mit der aktuellen Gesetzgebung zur elektronischen Patientenakte eingeschränkt worden.

Die Nahtstellen zwischen der Aufgabe der Sicherstellung über die Selbstverwaltung im regionalen Kontext und der Aufgabe des Versorgungswettbewerbs und die dafür erforderlichen Kooperationsfelder müssen neu gesetzt werden. Die Definition der leistungsstarken Gesundheitsregion kann hierfür als konzeptionelle Grundlage dienen.

Grundhypothese 5.2 Managementmodell

Die digitale Transformation induziert eine Weiterentwicklung der Verfahren und Methoden der Selbstverwaltung durch ein Management von Produktivität entlang von Versorgungsszenarien oder eine Ergänzung selbiger um diese neuen Aufgaben.

Entlang der Definition, der Verfahren und Methoden der leistungsstarken Gesundheitsregion können die bestehenden Verfahren und Methoden der Selbstverwaltung sinnvoll ergänzt werden:

IST-Perspektive (Ziele der strukturorientierten Selbstverwaltung): Herstellung der bedarfsgerechten Kapazitäten in wesentlichen Versorgungssektoren (ambulant, stationär und Pflege) des (Gesundheits-)Systems mit Strukturqualitätsanforderungen

SOLL-Perspektive (Ziele einer integrierten und hybriden Strukturplanung): Patienten- und Nutzerzentrierung sowie Produktivitätssteigerung des (Gesundheits-)Systems inkl. Ergebnismessung. Hierbei bezieht sich Produktivität im Wesentlichen auf Gesundheit und (effiziente) Sicherstellung der Versorgung von relevanten Erkrankungen in einem spezifischen regionalen Kontext (Gesundheitsregion). Die integrierte hybride Strukturplanung (Kooperation) umfasst regulatorische, organisatorische und technische Interoperabilität für einen produktiven Wettbewerb um Versorgung bzw. die Förderung von Gesundheit.

Anreizstrukturen und Ergebnisorientierung

Grundhypothese 5.3 Ergebnisverantwortung

Gemeinsames und wirksames Management von Ergebnisqualität und Produktivität mit regionalem Bezug und Ergebnisverantwortung

Die Messung und das Management der Ergebnisqualität finden in der Selbstverwaltung im deutschen Gesundheitswesen arbeitsteilig statt. Obwohl es verschiedenste Systeme und Instrumente der Messung gibt, scheint die Einflussnahmemöglichkeit bzw. Managementfähigkeit zu wenig gegeben. Der Fokus liegt überwiegend auf der Struktur- und Prozessqualität. Die Zunahme der Bürokratisierung scheint stärker als die Zunahme der Produktivität.

Ein gemeinsames wirksames Management für mehr Produktivität braucht eine stärkere Fokussierung auf die Ergebnisqualität. Transparenz über und Einflussnahmemöglichkeit auf Struktur- und Prozessqualität sind hierbei wesentliche Einflussfaktoren, aber nicht das eigentliche Ziel. Die Verantwortung für Struktur- und Prozessqualitätsanforderungen sowie das Management der Ergebnisqualität muss stärker in eine Hand gelegt werden. Dies soll in Form regionaler Managementfähigkeit und Ergebnisverantwortung erfolgen – in Form leistungsstarker Gesundheitsregionen.

Hierzu bedarf es eines ausreichend großen regionalen Zuschnitts, um übergreifende Infrastrukturentscheidungen, Investitionsfähigkeit und regulatorische Rahmensetzung gewährleisten zu können. Gleichzeitig muss die Region überschaubar genug sein, um ausreichend Flexibilität und Agilität, u. a. für regionale Besonderheiten, gewährleisten zu können. Räumliche und regulatorische Zuschnitte in der Größenordnung von Bundesländern bringen hierfür adäquate Voraussetzungen mit.

Grundhypothese 5.4 Anreiz, Vergütung und Aufsicht

Von einer Steuerung über kurzfristige Finanzierung/Rationierung der Versorgung von Krankheit hin zu einer Steuerung über mittel- bis langfristige Investitionen in Gesundheit und das Gesundheitsmanagement.

Die folgenden Systeme zu Anreizen, Vergütung und Aufsicht fördern die Medikalisierung und hemmen das Management von Gesundheit (bzw. Kompression von Erkrankung):

- Morbiditätsadjustierte Zuweisungen der GKV-Finanzierung und unterjährige Finanzperspektive der Aufsicht in der GKV hemmen Investitionen in Gesundheit.
- Morbiditätsadjustierte Zuweisungen an die KVen und Einzelleistungsvergütung in der ambulanten Versorgung hemmen die Förderung von Gesundheit und begünstigen die Versorgung und Chronifizierung von Erkrankung.
- Ambulante Budgets und die erschwerte Bereinigung um selektivvertragliche Leistungen bzw. die Reduzierung um eingesparte Leistungsanspruchnahme hemmen den ökonomischen Effekt von besonderen Versorgungsformen und damit Versorgungsinnovationen.
- Deckelung von Präventionsbudgets der GKV hemmen die Investitionen in Gesundheit.
- Die Finanzperspektive der gesetzlichen Krankenkassen ist primär kostenorientiert. Mögliche Gesundheitsgewinne durch präventive Maßnahmen (im Sinne einer „Stillen Reserve“) und damit die Verbesserung der Morbiditätsstruktur werden im Kontext der Aufsicht wenig berücksichtigt (gemessen an gesundheitsökonomischen Kennzahlen z. B. QALY/DALY).

Neue Anreizsysteme, wie z. B. Regionalbudgets, sind zwingend erforderlich für die Sicherstellung einer produktiven Gesundheitsversorgung.

5 Strategie zur digitalen Transformation der Versorgung

Auf Basis der in den vorausgehenden Kapiteln dargelegten Definition der leistungsstarken Gesundheitsregion und der Rahmenbedingungen wird nun der Optionsraum spezifischer zugeschnitten. Dies erfolgt auf der Basis von Versorgungsszenarien, die ein homogenes Potenzial für die digitale Transformation aufweisen. Zudem werden jeweils spezifische Transformationsstrategien formuliert.

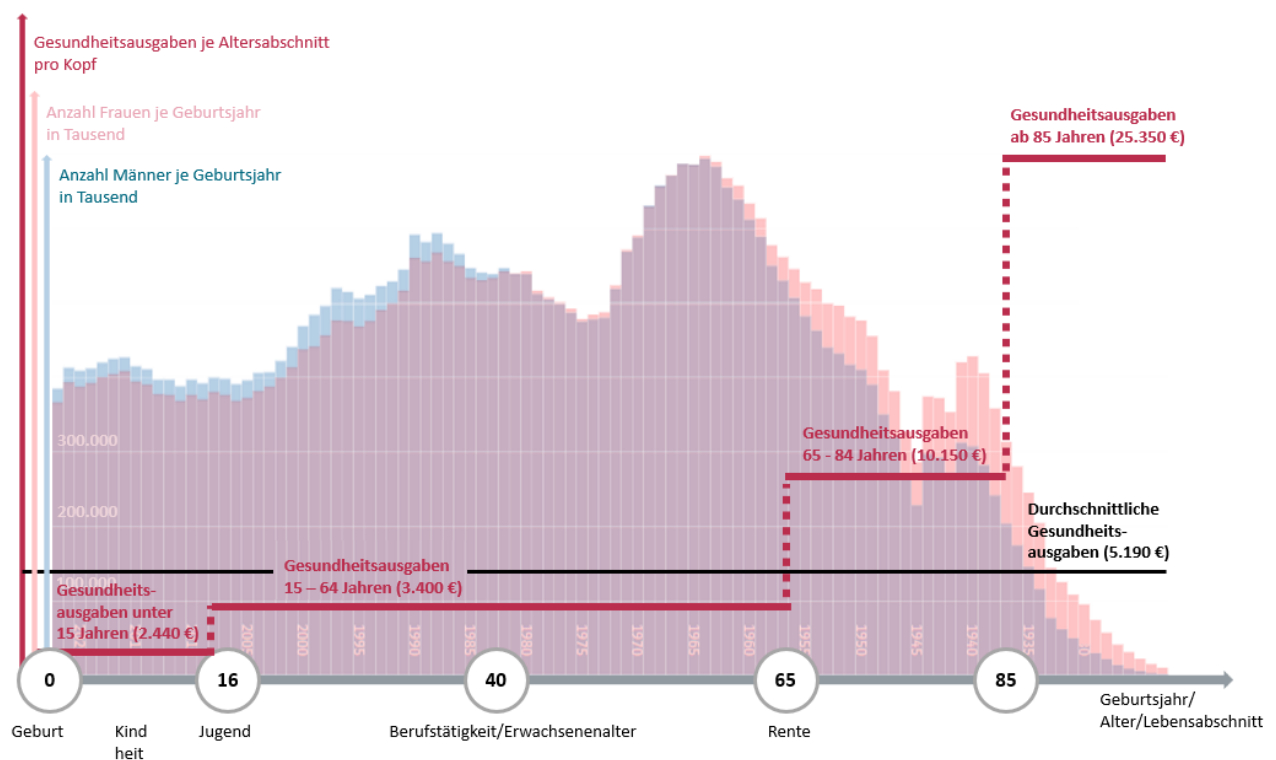
5.1 Versorgungsstrategie – von der Krankheitsversorgung zur Gesundheitsfürsorge

5.1.1 Einnahmen- und Ausgabenverhältnis kippt durch die demografische Entwicklung

Das Grundprinzip der Sozialversicherungssysteme in Deutschland beruht auf dem Solidaritätsprinzip. Dieses bezieht sich im Kern auf den Ausgleich von Schadensfällen, sozialen Unterschieden und existenziellen Risiken. Jedoch wird zudem auch ein Ausgleich zwischen den Generationen damit umgesetzt: Die Sozialsysteme bilden nur ein geringes Maß an Rücklagen, d. h. sie basieren auf der Annahme, dass sich jährliche Einnahmen und Ausgaben decken. Dieses Konzept war in den letzten Jahrzehnten tragfähig, da die Gesamtzahl der Einzahler in die Sozialsysteme die Zahl der Leistungsbezieher weit überstieg.

Mit der demografischen Entwicklung steht nun ein Kipppunkt bevor: Die Baby-Boomer-Generation tritt in das Rentenalter ein, und infolgedessen wird weniger Geld in die Sozialsysteme eingezahlt als Leistungen in Anspruch genommen werden. Das gilt u. a. für die Rentenversicherung, die Pflegeversicherung und insbesondere auch die Krankenversicherung. Insofern bedarf es grundsätzlicher Strategien, diesen Herausforderungen zu begegnen.

Abbildung 5: Bevölkerungszahl nach Altersgruppen und Gesundheitsausgaben pro Kopf



Quelle: _fbeta GmbH auf Datengrundlage von Statistisches Bundesamt (Destatis) (2024a) und Bundeszentrale für politische Bildung (2022)

Hierfür muss die demografische Entwicklung im Kontext der Ausgabenperspektive im Gesundheitswesen betrachtet werden. Die Krankheitskosten pro Person steigen mit zunehmendem Alter der Versicherten signifikant an. Im Jahr 2020 betrugen die Pro-Kopf-Ausgaben für Personen unter 15 Jahren durchschnittlich 2.440 Euro und für die Altersgruppe der 15- bis 64-Jährigen 3.400 Euro. Die Pro-Kopf-Ausgaben bei den 65- bis 84-Jährigen lagen durchschnittlich bei 10.150 Euro und waren somit doppelt so hoch wie die durchschnittlichen Gesundheitsausgaben pro Versicherten über alle Altersstufen hinweg (5.190 Euro pro Versicherten). Bei den über 85-Jährigen beliefen sich die Ausgaben auf 25.350 Euro pro Kopf, fast das Fünffache des Durchschnitts. Insgesamt entfielen 51,4 Prozent der gesamten Gesundheitsausgaben auf die Altersgruppe der über 65-Jährigen, die etwa ein Fünftel der Bevölkerung ausmachen (Bundeszentrale für politische Bildung, 2022).

Wesentliche Dynamiken der Leistungs- und Kostenentwicklung für Versorgungsstrategien

In diesem Kontext scheinen vor allem drei grundlegende Dynamiken für Leistungsbedarfe und Kostenentwicklung relevant, von denen sich mögliche Finanzierungs- und Versorgungsstrategien für das Gesundheitswesen ableiten lassen: die Sterbekostenthese, die Morbiditätskompressionsthese und die Medikalisierungsthese.

Sterbekostenthese: Allgemein ging man lange davon aus, dass Versorgungsbedarfe und -kosten maßgeblich mit dem Lebensalter zusammenhängen. Somit liegt auch der Schluss nahe, dass die alternde Bevölkerung sowohl durch die höheren Fallzahlen als auch durch das höhere Alter zu einer Explosion der Kosten des Gesundheitswesens treiben würde und daher wenig Spielraum für einen Einfluss auf die Kostenentwicklung über Versorgungsmaßnahmen besteht.

Die Annahme der Abhängigkeit der Gesundheitsausgaben vom Alter wurde jedoch 2011 teilweise widerlegt: Demnach ist für die Höhe der Ausgaben nicht das absolute Lebensalter entscheidend, sondern die verbleibende Lebenszeit bis zum Tod. Die hohen Krankheitskosten älterer Menschen wurden bis dahin durch das steigende Sterberisiko erklärt. Bemerkenswert ist im Gegensatz zu der damaligen Annahme: Die Sterbekosten sinken mit zunehmendem Alter, wenn man nicht die Pro-Kopf-Krankheitskosten aller Personen einer Altersgruppe betrachtet, sondern pro Gestorbenen, da jüngere Menschen u. a. häufiger intensivmedizinisch behandelt werden als ältere (Anmerkung: Dies basiert auf einer Betrachtung der medizinischen Versorgung und exkludiert zunächst die Effekte der pflegerischen Versorgung.) (Nöthen, 2011; Bundeszentrale für politische Bildung, 2022).

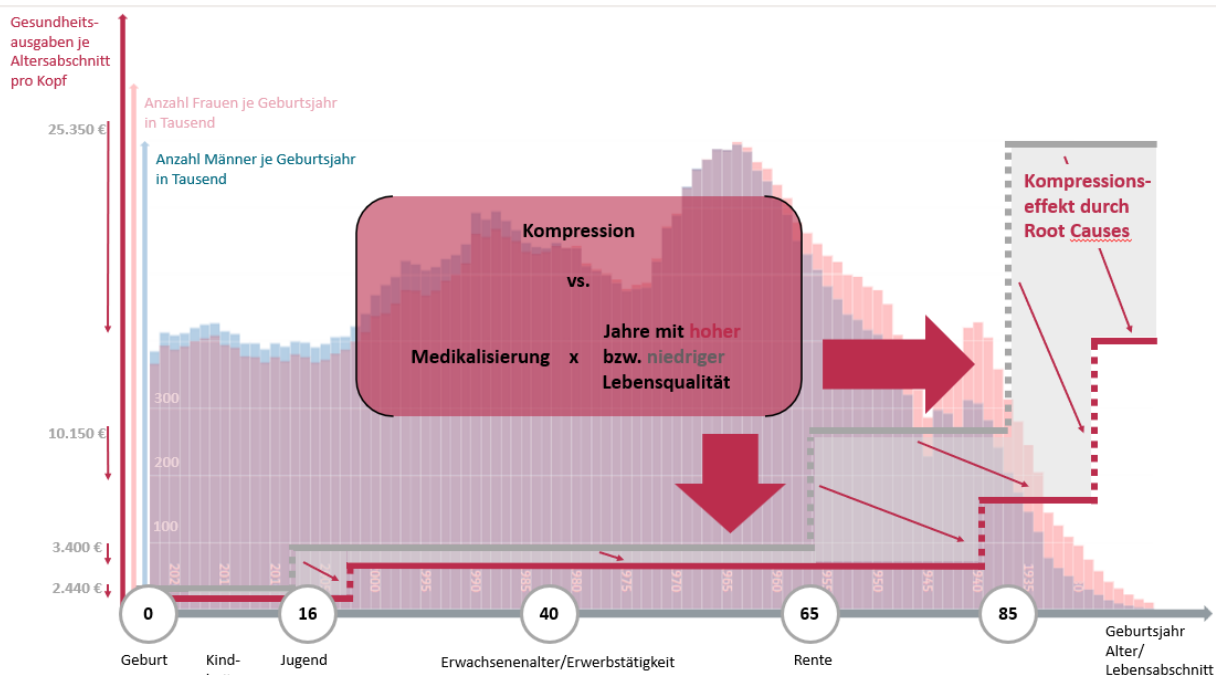
Morbiditätskompressionsthese: Kompression der Morbidität bedeutet, dass der Zeitraum, in dem Menschen unter chronischen Krankheiten oder gesundheitlichen Beeinträchtigungen leiden, zeitlich komprimiert wird. Ziel ist es, die Lebensjahre mit hoher Lebensqualität zu verlängern und die Zeit mit schweren gesundheitlichen Problemen zu minimieren. Durch die frühzeitige Behandlung und Prävention von Root Causes (Grundursachen) können Krankheiten verhindert oder ihre Schwere reduziert werden, was zu einer insgesamt besseren Lebensqualität führt. Eine wesentliche Ursache der schwerwiegenden chronischen Erkrankungen liegt in Lebensstilfaktoren, welche u. a. durch Verhaltens- und Verhältnisprävention adressiert werden können (Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen und in der Pflege, 2009).

Medikalisierungsthese (Expansionsthese): Morbiditätsexpansion oder Medikalisierung bezieht sich auf die Tendenz, gesundheitliche Probleme hauptsächlich durch eine krankheitsbezogene Sicht und entsprechende medizinische Interventionen und Medikamente zu versorgen. Weniger liegt hierbei der

Fokus auf Gesundheit sowie Interventionen im Bereich von Prävention, Lebensstiländerung und Behandlung der Grundursachen. Dies führt oft zu einer längeren Lebenszeit, jedoch mit eingeschränkter Lebensqualität mit chronischen Krankheiten und einem höheren Bedarf an Pflege, da die Grundursachen der Krankheiten nicht adressiert werden (Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen und in der Pflege, 2009).

In einer aktuellen Übersichtsarbeit auf der Basis nationaler und internationaler Studien zur Entwicklung von Morbidität und Mortalität zeichnen sich drei Muster ab: Bei einer Gruppe von Erkrankungen (darunter Lungenkrebs, Schlaganfall und Demenz) zeigte sich in den höheren Altersgruppen eine Kompression der Morbidität. Bei Multimorbidität und Typ-2-Diabetes unter Einschluss von Komorbiditäten entsprach die Entwicklung dagegen einer Morbiditätsexpansion. Unerwarteterweise wurde bei anderen Krankheiten sowohl eine Abnahme im höheren Lebensalter wie auch eine Expansion im mittleren Lebensalter beobachtet, insbesondere bei Herzinfarkt, Greifkraft und Indikatoren allgemeiner Gesundheit (Geyer & Eberhard, 2022).

Abbildung 6: Kompression der Krankheitslast und -kosten durch Therapiefokus auf Root Causes (Grundursachen)



Quelle: _fbeta GmbH auf Datengrundlage von Statistisches Bundesamt (Destatis) (2024a) und Bundeszentrale für politische Bildung (2022)

Als Grundausrichtung für Versorgungsstrategien zeichnet sich hier logischerweise ab, dass eine Behandlung der Root Causes (Grundursachen) der großen Volkskrankheiten substanziell dazu beitragen kann, der Bevölkerung mehr gesunde Lebensjahre zu ermöglichen und gleichzeitig die Krankheitskosten in der Lebensmitte (chronische Erkrankungen) als auch am Lebensende (chronische Erkrankungen und Pflege) zu reduzieren (siehe Abbildung 9). Ein längeres und gesünderes Leben führt zudem auch zu

niedrigeren Sterbekosten. Diese Grundausrichtung verspricht mehr als andere Versorgungsansätze, Krankheitslast und -kosten im notwendigen Maß zu reduzieren, damit ein drohender Kollaps von Kranken- und Pflegeversicherung abgewendet werden kann.

Nun stellt sich die Frage des Zugangs zur Realisierung solcher Versorgungsstrategien. Im Weiteren wird ein entsprechender Zuschnitt anhand von Versorgungsszenarien hergeleitet.

5.1.2 Priorisierung von Versorgungsszenarien mit homogenem Potenzial in der digitalen Transformation

Typische Managementperspektiven auf das Versorgungsgeschehen im Gesundheitswesen sind indikationsbezogen (Erkrankungen), leistungsbezogen (Sektoren) oder produktbezogen (Arzneimittel, Hilfsmittel, DiGA etc.). Sowohl die Patientenperspektive entlang der Patientenkarriere über die Lebensphasen hinweg als auch die dahinterliegenden typischen Versorgungspfade nach Lebensabschnitt und -situation sowie nach der Integration der Versorgung im Versorgungssystem stehen i. d. R. weniger im Fokus.

Genau hier liegt aber ein ungenutztes Potenzial, sowohl aus Perspektive der Bürgerinnen und Bürger und deren Gesundheitshandeln als auch bei der Gestaltung von Versorgungssystemen des Gesundheitswesens: Bei der digitalen Transformation geht es darum, relevante Versorgungssysteme mit homogenem organisatorischem Optimierungspotenzial und entsprechenden Wertschöpfungsketten zu identifizieren und deren Produktivität zu verbessern.

Dies wird – wie im Folgenden dargelegt – durch einen entsprechenden Zuschnitt in Versorgungsszenarien realisiert. Die dahinterliegenden Ökosysteme und Wertschöpfungsprozesse können je Szenario in relativ ähnlichen Funktionen digital unterstützt und transformiert werden. Bestehende Perspektiven wie Indikationen oder Leistungssektoren können hierbei als Grundelemente betrachtet werden, die durch die Szenarien zu einem größeren Ganzen integriert werden.

Die nachfolgenden neun Versorgungsszenarien bilden in Summe das Versorgungsgeschehen nahezu vollständig ab:

- 1. Versorgung chronisch Erkrankter und Sekundär- und Tertiärprävention**
- 2. Versorgung Multimorbidität**
- 3. Versorgung Pflegebedürftiger und Sekundär- und Tertiärprävention**

- 4. Versorgung von Palliativpatienten**
- 5. Versorgung von Notfällen**
- 6. Versorgung von Akutfällen**

- 7. Versorgung bei Kinderwunsch und jungen Familien**
- 8. Versorgung seltener Erkrankungen**
- 9. Primärprävention**

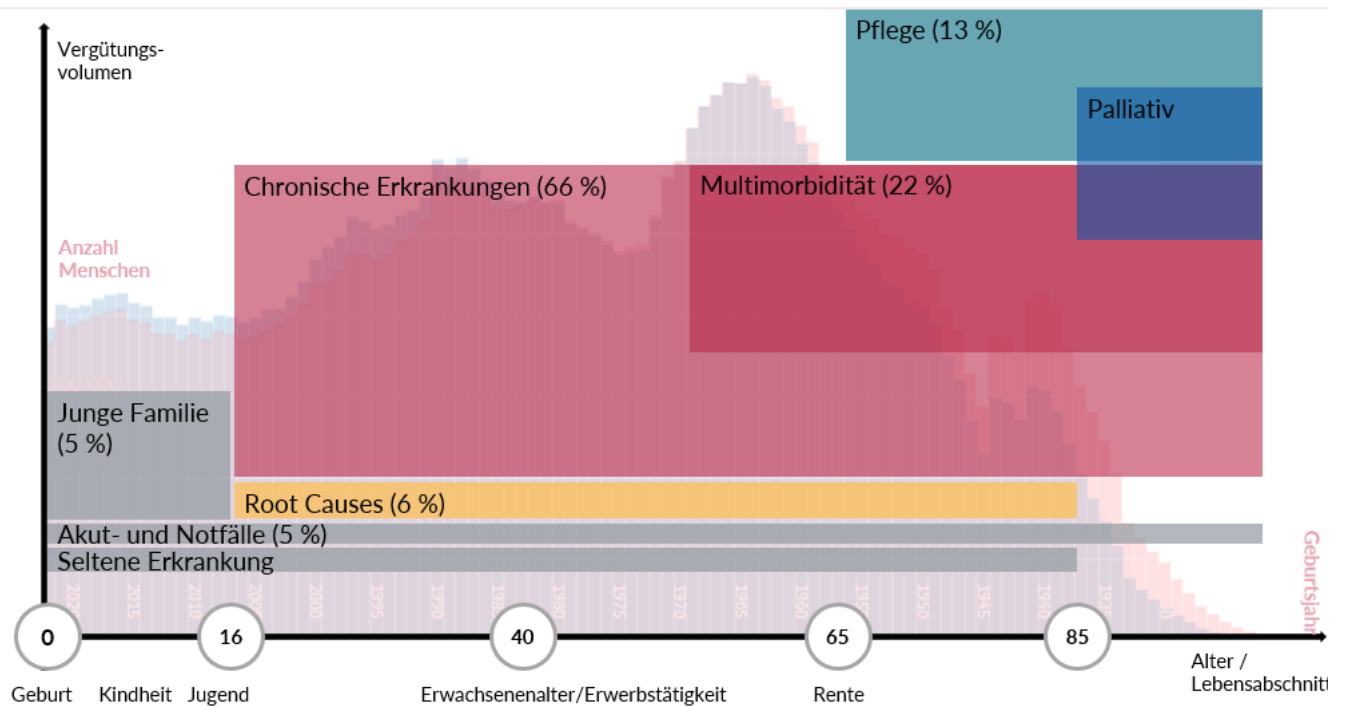
Die Haupttreiber des Versorgungsbedarfs und der Ausgabenentwicklung sind die ersten drei Szenarien. Zudem findet sich in der Akutversorgung ein besonderes Potenzial für das Management des Zugangs in die Versorgung. Deren Bedeutung wird, wie eingangs beschrieben, mit der demografischen Entwicklung in den nächsten 10 bis 20 Jahren weiter steigen. Zudem liegen in diesen Szenarien auch jeweils erhebliche ungenutzte Potenziale für Produktivitätssteigerungen im Gesundheitswesen durch die digitale Transformation.

Abbildung 10 stellt die Versorgungsszenarien grob nach Lebensphasen und Ausgabenvolumen nach Alter der Bevölkerung gegenüber. Ablesbar ist, wie hoch die aktuellen Ausgaben für die Versorgung und wie gering die Ausgaben für die Prävention ausfallen. Demnach scheint aktuell die Medikalisierung als Prinzip im Gesundheitswesen zu dominieren, das Potenzial der Kompression hingegen zu wenig genutzt. Die Verteilung der Leistungsvolumen auf Versorgung und Pflege in Relation zur Prävention sind hier relativ

eindeutig, auch wenn das Gesundheitshandeln und entsprechende Ausgaben außerhalb des ersten Gesundheitsmarktes hier zunächst nicht mit einbezogen sind.

Die weiteren Szenarien wie Junge Familie, Notfallversorgung und seltene Erkrankungen spielen auch relevante Rollen, jedoch scheint das bedeutendere und dringlichere Verbesserungspotenzial in den erstgenannten Szenarien zu liegen.

Abbildung 7: Vergütungsvolumen je Versorgungsszenario



Quelle: _fbeta GmbH auf Datengrundlage von Stiftung Gesundheitswissen (2021), Bundesministerium für Gesundheit (2023a), Bundesministerium für Gesundheit (2024a), Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland (2021), Statistisches Bundesamt (2024); Statistisches Bundesamt (Destatis) (2024b), Statistisches Bundesamt (Destatis) (2024a), Seger & Gaertner (2020); Seychell (2016)

5.2 Transformationsstrategie –hybride Versorgungsangebote, Einrichtungen und Plattformökosysteme

Im Folgenden sind die prioritären Versorgungsszenarien und Transformationsstrategien dargestellt. Die Transformationsstrategien sind nach homogenem versorgungsinhaltlichem, organisatorischem und technischem Transformationspotenzial zugeschnitten. Die Priorisierung basiert im Wesentlichen auf der Fallhäufigkeit sowie dem Ausgabenvolumen. Die Elemente der Transformationsstrategien basieren auf der praktischen Erfahrung aus verschiedensten Projekten zur Integration und digitalen Transformation von Versorgung, dem Marktzugang von Plattformökosystemen sowie digitalen und telemedizinischen Leistungen.

Diese übergreifenden Szenarien und Strategien sind besonders auf der Ebene der Gesundheitsregionen relevant. Sie bergen einerseits ein erhebliches Potenzial erhöhter Wertschöpfung des Gesundheitsökosystems. Die Umsetzung übersteigt jedoch auf Ebene der einzelnen Akteure insbesondere hinsichtlich der Investitionen für die Digitalisierung die jeweiligen Möglichkeiten, und auch die Anpassung der regulatorischen Rahmenbedingungen ist nicht oder zu wenig beeinflussbar. Somit entsteht hier die Notwendigkeit einer übergeordneten Ebene der Kooperation. Dies sind Erfordernisse, an denen innovative Projekte und Initiativen in den letzten zwei Jahrzehnten typischerweise scheiterten. Das zu geringe Maß an Kooperation ist hier Mitursache der Umsetzungsschwäche des Gesundheitswesens. Ein verbindendes Marktmodell und Zielbild auf Ebene der digitalen Transformation soll die Grundlage für gezielte Kooperation schaffen.

Der Zuschnitt der Versorgungsszenarien und Transformationsstrategien im Versorgungssystem wird so gewählt, dass für alle wesentlichen Akteure eine kritische Masse an Fällen und eine verbesserte Wertschöpfung entstehen kann, die die erforderlichen Investitionen in Organisationsanpassungen, IT-Primärsysteme und Plattformen je Akteur rechtfertigen. Auch ist auf Ebene der Gesundheitsregion eine ausreichende absolute Marktmacht erforderlich, um die Finanzierung von übergreifenden strukturellen Maßnahmen, IT-Aufträgen bei Primärsystemherstellern und Plattformanbietern realisieren zu können. Wesentliche Kriterien aus den jeweiligen Akteursperspektiven sind hierbei:

Fallgruppen	– Indikationsübergreifendes Fallvolumen mit homogenem funktionalem Unterstützungspotenzial – Funktionaler Umfang und Nutzen
Leistungserbringer	– Anteilige Fallzahlen je Leistungserbringer in Relation zu organisatorischem und technischem Veränderungsbedarf
Gesundheitsregion	– Anteilige Fallzahlen je Region in Relation zu übergreifenden Infrastrukturaufwänden und Regulierungserfordernissen
IT-Anbieter	– Lizenzvolumen in Relation zu IT-Entwicklungsaufwand für Plattformen und Interoperabilität bei IT-Systemen
Krankenkassen und Kommunen	– Indikationsbezogene Gesundheitsgewinne und medizinischer Nutzen in Relation zu Ausgaben – Indikationsübergreifende Skalierbarkeit von Gesundheitsgewinnen und medizinischem Nutzen von Lösungen – Struktur- und Verfahrensverbesserungen durch Plattformökosysteme – Beitrag zur Ressourcenverfügbarkeit und Arbeitszufriedenheit

Gesundheitsregionen ab einer Bevölkerungs- und Versichertenzahl von 1,5 Millionen bringen das notwendige Marktvolumen und entsprechende Marktmacht mit sich, um Wertschöpfungsprozesse nachhaltig zu verändern. Dies gelingt dann, wenn die wesentlichen Ebenen (das Setting, die versorgungsinhaltliche Ausrichtung, die Integration des Versorgungssystems, die Ökonomie und die regulatorischen Rahmenbedingungen) im Hinblick auf die Versorgungsszenarien in Einklang gebracht werden können.

Die folgenden vier Versorgungsszenarien erscheinen aufgrund der Krankheitslast und des Ausgabenvolumens sowie der Transformationspotenziale der geeignete Startpunkt für eine leistungsstarke Gesundheitsregion. In diesen Szenarien stehen die Effekte im günstigen Verhältnis zu den zu erwartenden Investitionen. Im Folgenden werden diese vier Szenarien und die zugehörigen Transformationsstrategien detaillierter beschrieben. Auf der Basis dieser strategischen Ausrichtung setzen Gesundheitsregionen den Fokus für die anschließende Analyse, Konzeption und Planung.

Abbildung 8: Versorgungsszenarien und Transformationsstrategien



Quelle: _fbeta GmbH

5.2.1 Versorgungsszenario 1: Versorgung chronisch Kranker und Sekundärprävention

Die Versorgung chronisch Erkrankter, die mindestens ein Jahr ärztlich behandelt werden und einen Pflegebedarf oder eine Schwerbehinderung aufweisen, ist eine langfristige Herausforderung. Sie zielt je nach Phase darauf ab, die Erkrankung zu heilen, zu stabilisieren oder deren Verschlechterung zu verzögern. Die Gesundheitsversorgung setzt sich sowohl aus einer abgestimmten Diagnostik und Therapie für eine bestmögliche Versorgung der Erkrankung als auch aus Maßnahmen der Sekundärprävention zusammen. Ursachen für viele chronische Erkrankungen sind Lebensstilfaktoren wie Ernährung, Bewegung sowie Umweltbedingungen.

In Deutschland leiden rund 40 Prozent der Bevölkerung, etwa 34 Millionen Menschen, unter einer oder mehreren chronischen Erkrankungen (Stiftung Gesundheitswissen, 2021). In der Europäischen Union belaufen sich die Kosten für die Versorgung chronischer Erkrankungen auf jährlich 70 Prozent der Gesamtausgaben des Gesundheitswesens. In Deutschland entfallen rund 300 Mrd. Euro der Gesundheitsausgaben pro Jahr auf die Versorgung chronisch kranker Menschen (Seychell, 2016).

Im **Szenario 1** werden vier Transformationsstrategien in Kombination verfolgt:

Transformationsstrategie 1a:

Optimierung der Krankheitsversorgung durch plattformbasiertes Versorgungsprozessmanagement

Ziel ist die Optimierung der Krankheitsversorgung chronisch kranker Menschen in einer Region durch ein integriertes, ergebnisorientiertes Versorgungsprozessmanagement. Im Kontext der digitalen Disease-Management-Programme (DMP) ist die Einführung hybrider Versorgung in der Regelversorgung gesetzlich verankert. Die hier für das DMP-Diabetes vorgesehene Digitalisierung kann parallel bereits für weitere Erkrankungen genutzt werden.

Transformationsstrategie 1b:

Förderung von Gesundheitskompetenz insbesondere Sekundär- und Tertiärprävention (Root Causes)

Stärkere Förderung der Gesundheitskompetenz chronisch kranker Menschen im Sinne einer verhaltensorientierten Sekundär- und Tertiärprävention. Der Schwerpunkt liegt auf den Hauptursachen chronischer Volkskrankheiten (Root Causes) – Lebensstilfaktoren wie Ernährung, Bewegung, Stress, Alkohol- und Tabakkonsum.

Transformationsstrategie 1c:

IoT-Unterstützung zur Änderung des Gesundheitsverhaltens (Root Causes)

Wesentliche Verstärkung der Implementierung digitaler Unterstützungswerkzeuge (Internet of Things – IOT) im Alltag chronisch kranker Personen zur Verhaltensänderung dem Schwerpunkt auf den Hauptursachen chronischer Volkskrankheiten (Root Causes).

Transformationsstrategie 1d:

Verhältnisprävention im sozialen Umfeld (Setting/Peer Group)

Förderung der Verhältnisprävention durch Maßnahmen im sozialen, räumlichen und strukturellen Umfeld chronisch kranker Menschen einer Region zur Gesundheitsförderung und Risikominimierung.

5.2.2 Versorgungsszenario 2: Multimorbidität und Sekundärprävention

Multimorbidität, das gleichzeitige Vorhandensein von zwei oder mehr chronischen Erkrankungen bei einer Person, stellt eine komplexe Herausforderung im Gesundheitswesen dar, sowohl für Patienten als auch für Versorgungsteams. Die Koordination der Behandlung mehrerer Krankheiten erfordert eine genaue Abstimmung und Priorisierung von Therapieansätzen, insbesondere bei der gleichzeitigen Anwendung mehrerer Arzneimittel (Multimedikation), um negative Wechsel- und Nebenwirkungen zu vermeiden.

In Deutschland sind etwa zwei Drittel der über 65-Jährigen multimorbid erkrankt. Es wird prognostiziert, dass sich die Zahl der multimorbiden Patientinnen und Patienten in Deutschland bis Mitte der 2030er-Jahre auf ca. 12,4 Millionen erhöhen wird (Statistisches Bundesamt [Destatis], 2022). Geschätzt ist etwa ein Drittel der Chroniker: von mehreren chronischen Erkrankungen betroffen, sodass angenommen werden kann, dass etwa 102 Mrd. Euro der Gesundheitsausgaben für die Versorgung multimorbider Patienten eingesetzt wird (Bundesministerium für Bildung und Forschung, 2014).

In **Szenario 2** steht eine Transformationsstrategie im Fokus:

Transformationsstrategie 2a:

Virtuelle indikationsübergreifende Therapiesteuerung

Fokussierung der Einrichtung einer virtuellen, indikationsübergreifenden Therapiesteuerung für multimorbide Patientinnen und Patienten einer Region. Zentral wird dabei eine optimale Priorisierung paralleler Therapien und Vermeidung von negativen Arzneimittelinteraktionen angestrebt sowie eine verbesserte facharztübergreifende Abstimmung und ein patientenzentriertes Fallmanagement.

5.2.3 Versorgungsszenario 3: Versorgung Pflegebedürftiger und Sekundärprävention

Pflegebedürftigkeit resultiert aus körperlichen, geistigen oder seelischen Beeinträchtigungen und erfordert langfristige Unterstützung im Alltag. Oft ist sie verursacht durch Krankheit, Behinderung oder Alter. Der Großteil der Pflegebedürftigen wird zu Hause, meist durch Angehörige und/oder mit Unterstützung ambulanter Pflegedienste, betreut. Typischerweise werden folgende sechs Settings in der Pflege unterschieden: ambulante Pflege, Tagespflege, betreutes Wohnen, stationäre Pflege, stationäre Intensivpflege, stationäre Pflege mit Beatmung. Aufgrund der Vielzahl beteiligter Akteure und häufig vorliegender Multimorbidität steigt der Bedarf an übergreifender Koordination.

Im Jahr 2022 entfielen 57,7 Mrd. Euro der Gesundheitsausgaben in Deutschland (ges. 498 Mrd. Euro) auf die soziale Pflegeversicherung. Dieser Anteil hat sich stark erhöht unter der Berücksichtigung der weiteren laufenden Gesundheitsausgaben (Statistisches Bundesamt, 2024). Die Zahl der Pflegebedürftigen in Deutschland wird voraussichtlich bis 2055 um 37 Prozent steigen (Bundesministerium für Gesundheit, 2023b).

Szenario 3 sieht den Einsatz von zwei Transformationsstrategien vor:

Transformationsstrategie 3a:

Virtuelles Primärversorgungszentrum – ambulant

Ziel ist eine Verbesserung der ärztlichen und pflegerischen Versorgung Pflegebedürftiger innerhalb des ambulanten Settings. Dies umfasst die Pflege in der eigenen Häuslichkeit durch bessere Prozessintegration und die Erweiterung der ambulanten Pflege durch hybride Pflegeangebote im Sinne eines virtuellen Primärversorgungszentrums. Zentrale Aufgabe ist hierbei die Befähigung und technische Unterstützung der informellen Pflege durch Angehörige, Freunde oder Nachbarn und die Stärkung der Integration des sozialen Umfelds. Dazu ist eine Integration von Alarmsystemen, Sensorik und Pflegedokumentation essenziell wie ebenso die nahtlose Anbindung von Hausnotruf und Rettungsdienst.

Transformationsstrategie 3b:

Virtuelles Primärversorgungszentrum – stationär

Ziel ist eine Verbesserung der ärztlichen und pflegerischen Versorgung Pflegebedürftiger in stationären Settings sowie am Übergang zwischen stationärer und ambulanter Pflege. Vehikel ist hier eine bessere Prozessintegration und die Erweiterung hybrider Pflegeangebote im Sinne eines virtuellen Primärversorgungszentrums. Zudem ist auch hier eine Integration von Alarmsystemen, Sensorik und Pflegedokumentation essenziell.

5.2.4 Versorgungsszenario 4: Versorgung von Akutfällen (Primärversorgung)

Dieses Versorgungsszenario adressiert die alltägliche medizinische Primärversorgung von Menschen mit einem Behandlungsbedarf, der subjektiv als dringlich erachtet wird. Die gemeinten gesundheitsbezogenen Anliegen sind dabei nicht lebensbedrohlich. Die Akutversorgung umfasst hauptsächlich die ambulante Versorgung durch Haus- und Fachärzte, ergänzt durch digitale bzw. telemedizinische Lösungen und neue Strukturen wie Gesundheitskioske. Dabei liegt der funktionale Fokus auf den Hauptprozessen Zugang, Fallklärung, Steuerung, Intervention und Abschluss. Zudem werden Notfälle adressiert, die sowohl dringlich als auch (lebens-)bedrohlich eingeschätzt werden.

Mit 236,8 Mrd. Euro entfiel knapp die Hälfte der laufenden Gesundheitsausgaben in Deutschland im Jahr 2022 auf ambulante Einrichtungen. Die ambulante Versorgungssituation variiert geografisch stark. Eine flächendeckende, wohnortnahe und qualitativ hochwertige ambulante Versorgung in Deutschland ist gefährdet (Statistisches Bundesamt [Destatis], 2024c). Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) und die Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) haben mit der Initiative *#Praxenkollaps* mehrere Aktionen gestartet, um auf diese Krise aufmerksam zu machen (Kassenärztliche Bundesvereinigung, 2024).

In **Szenario 4** kommen zwei Transformationsstrategien zum Einsatz:

Transformationsstrategie 4a

Akuter, virtueller Haus- und Facharztbesuch

Bürgerinnen und Bürger sollen ihre akuten Gesundheitsanliegen bedarfs- und präferenzgerecht durch adäquate hybride Leistungsangebote haus- und fachärztlich betreuen lassen können und in die richtigen Strukturen zur weiteren Versorgung überführt werden. Dies umfasst insbesondere virtuelle Dienste für Zugang, Steuerung, Sprechstunde, Therapieverordnung und Fallabschluss.

Transformationsstrategie 4b

Virtuelle Notfallversorgung

Mit einer virtuellen Integration der Leitstellen, des ärztlichen Bereitschaftsdienstes sowie der Notärzte, Ambulanzen und Notaufnahmen sowie der Disposition der Transport- und Erstversorgung durch Rettungsdienste kann die Steuerung der prästationären, ambulanten und stationären Akutversorgung optimiert werden. Im Vordergrund stehen die Ersteinschätzung und Erstversorgung sowie in bestimmten Fällen die Transportlogistik und Zu- und Einweisung. Technische Basis hierfür sind ein integriertes System aus medizinischer Ersteinschätzung und Leitung, Kapazitätsmanagement bei den relevanten Rettungsdiensten und Notfalleinrichtungen sowie optimierte Logistiksysteme. Zudem ist der Zugriff auf Notfallakten und Versichertenstatus essenziell. Wesentlich ist die Verständigung auf einheitliche oder interoperable Systeme je Landkreis, Region oder Bundesland.

Literaturverzeichnis

- [1] AOK BUNDESVERBAND GbR. (2024). Gesundheitsregionen: Sektorenunabhängige Versorgung gestalten [Positionspapier]. <https://www.aok.de/pp/bv/pm/positionspapier-gesundheitsregionen/> [Accessed 16.04.2025].
- [2] BIESDORF, S., KLINGL, M., MOHR, N., SCHWIER, L., & UNCOVSKA, M. (2022). Digitalisierung im Gesundheitswesen – eine Chance für Start-ups. McKinsey & Company. https://www.mckinsey.com/de/~media/mckinsey/locations/europe%20and%20middle%20east/deutschland/publikationen/2022-09-19%20digitalisierung%20im%20gesundheitswesen%20chance%20fuer%20startups/mckinsey_digitalisierung_im_gesundheitswesen_chance_fuer_start-ups_vf.pdf [Accessed 16.04.2025].
- [3] BUNDESÄRZTEKAMMER, KASSENÄRZTLICHE BUNDESVEREINIGUNG & ARBEITSGEMEINSCHAFT DER WISSENSCHAFTLICHEN MEDIZINISCHEN FACHGESELLSCHAFTEN. (2017). Nationale Versorgungsleitlinie (NVL) Nicht-spezifischer Kreuzschmerz, <https://www.leitlinien.de/themen/kreuzschmerz>
- [4] BUNDESÄRZTEKAMMER, KASSENÄRZTLICHE BUNDESVEREINIGUNG & ARBEITSGEMEINSCHAFT DER WISSENSCHAFTLICHEN MEDIZINISCHEN FACHGESELLSCHAFTEN. (2021). Nationale Versorgungsleitlinie (NVL) COPD. <https://www.leitlinien.de/themen/copd>
- [5] BUNDESÄRZTEKAMMER, KASSENÄRZTLICHE BUNDESVEREINIGUNG & ARBEITSGEMEINSCHAFT DER WISSENSCHAFTLICHEN MEDIZINISCHEN FACHGESELLSCHAFTEN. (2022). Nationale Versorgungsleitlinie (NVL) Unipolare Depression. <https://www.leitlinien.de/themen/depression>
- [6] BUNDESÄRZTEKAMMER, KASSENÄRZTLICHE BUNDESVEREINIGUNG & ARBEITSGEMEINSCHAFT DER WISSENSCHAFTLICHEN MEDIZINISCHEN FACHGESELLSCHAFTEN. (2023a). Nationale Versorgungsleitlinie (NVL) Chronische Herzinsuffizienz, Version 4. <https://www.leitlinien.de/themen/herzinsuffizienz>
- [7] BUNDESÄRZTEKAMMER, KASSENÄRZTLICHE BUNDESVEREINIGUNG & ARBEITSGEMEINSCHAFT DER WISSENSCHAFTLICHEN MEDIZINISCHEN FACHGESELLSCHAFTEN. (2023b). Nationale Versorgungsleitlinie (NVL) Hypertonie. <https://www.leitlinien.de/themen/hypertonie>

- [8] BUNDESÄRZTEKAMMER, KASSENÄRZTLICHE BUNDESVEREINIGUNG & ARBEITSGEMEINSCHAFT DER WISSENSCHAFTLICHEN MEDIZINISCHEN FACHGESELLSCHAFTEN. (2023c). Nationale Versorgungsleitlinie (NVL) Typ-2-Diabetes – Version 3.
<https://www.leitlinien.de/themen/diabetes>
- [9] BUNDESÄRZTEKAMMER, KASSENÄRZTLICHE BUNDESVEREINIGUNG & ARBEITSGEMEINSCHAFT DER WISSENSCHAFTLICHEN MEDIZINISCHEN FACHGESELLSCHAFTEN. (2024a). Nationale Versorgungsleitlinie (NVL) Asthma, Version 5. <https://www.leitlinien.de/themen/asthma>
- [10] BUNDESÄRZTEKAMMER, KASSENÄRZTLICHE BUNDESVEREINIGUNG & ARBEITSGEMEINSCHAFT DER WISSENSCHAFTLICHEN MEDIZINISCHEN FACHGESELLSCHAFTEN. (2024b). Nationale Versorgungsleitlinie (NVL) Chronische KHK, Version 7. <https://www.leitlinien.de/themen/khk>
- [11] BUNDESMINISTERIUM FÜR BILDUNG UND FORSCHUNG. (2014). Wie krank sind wir wirklich? – Erstmals liegen verlässliche Daten zu Mehrfacherkrankungen im Alter vor. Newsletter 66, 02.2014. <https://www.gesundheitsforschung-bmbf.de/de/wie-krank-sind-wir-wirklich-erstmals-liegen-verlassliche-daten-zu-mehrfacherkrankungen-im-3113.php>
- [12] BUNDESMINISTERIUM FÜR GESUNDHEIT. (2023a). Die Finanzentwicklung der sozialen Pflegeversicherung Ist-Ergebnisse ohne Rechnungsabgrenzung.
https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Statistiken/Pflegeversicherung/Finanzentwicklung/03-Finanzentwicklung-der-sozialen-Pflegeversicherung__2025.pdf [Accessed 15.10.2025]
- [13] BUNDESMINISTERIUM FÜR GESUNDHEIT. (2023b). Zahlen und Fakten zur Pflegeversicherung.
https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Statistiken/Pflegeversicherung/Zahlen_und_Fakten/Zahlen_und_Fakten_pv_bf.pdf [Accessed 10.01.2024]
- [14] BUNDESMINISTERIUM FÜR GESUNDHEIT. (2024a). Seltene Erkrankungen.
<https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/praevention/gesundheitsgefahren/seltene-erkrankungen/> [Accessed 01.07.2024]
- [15] BUNDESMINISTERIUM FÜR GESUNDHEIT. (2024b). Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Gesundheitsversorgung in der Kommune.

- https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Gesetze_und_Verordnungen/GuV/G/GVSG_GE_Kabinett.pdf [Accessed 15.10.2025].//
- [16] Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung. (2003). Nachhaltigkeit in der Finanzierung der sozialen Sicherungssysteme – Bericht der Kommission. <http://www.portal-sozialpolitik.de/uploads/sopo/pdf/2003/2003-08-28-Ruerup-gesamt.pdf>
- [17] BUNDESZENTRALE FÜR POLITISCHE BILDUNG. (2022). Gesundheitsausgaben. <https://www.bpb.de/kurz-knapp/zahlen-und-fakten/soziale-situation-in-deutschland/61804/gesundheitsausgaben/> [Accessed 10.05.2024]
- [18] CAUMANN, J., KNÖPLER, K., TIMPEL, P., SCHEPLITZ, T., REXIN, J., BERGEMANN, N. & BAASCH, K. (2024). Digitales Disease-Management Programm Diabetes. _fbeta GmbH. https://fbeta.de/wp-content/uploads/2024/07/DiGAPro_Abschlussbericht.pdf
- [19] CICERO, S. (2018). The 7 Key Principles of Platform Design. Stories of Platform Design. <https://stories.platformdesigntoolkit.com/7-key-platform-design-principles-d84cc78b9218>
- [20] //YP: Das ist keine eigenständige Publikation, im Netz ist nur der Programmflyer zu der Veranstaltung zu finden.//
- [21] EUROPEAN NETWORK FOR HEALTH TECHNOLOGY ASSESSMENT (EUnetHTA). (2018). HTA Core Model®. <https://www.eunetha.eu/hta-core-model/> [Accessed 28.06.2024]
- [22] GEYER, S. & EBERHARD, S. (2022). Kompression und Expansion der Morbidität – Ein Vergleich von Kohorten gleichen Alters zu verschiedenen Zeitpunkten. *Dtsch Arztebl Intl*, 119, 810–815. <https://doi.org/10.3238/arztebl.m2022.0324>
- [23] HACKER, K. (2024). The Burden of Chronic Disease. *Mayo Clinic Proceedings: Innovations, Quality & Outcomes*, 8 (1), 112–119. [https://www.mcpiqjournal.org/article/S2542-4548\(23\)00057-7/fulltext](https://www.mcpiqjournal.org/article/S2542-4548(23)00057-7/fulltext)
- [24] HECKEN, J. (2023). Qualität und Finanzierbarkeit des Gesundheitsversorgung in Deutschland sichern – Gesundheitssymposium des Wirtschaftsrat der CDU e.V., Berlin.
- [25] KASSENÄRZTLICHE BUNDESVEREINIGUNG. (2024). Politik. <https://www.kbv.de/html/praxenkollaps.php> [Accessed 08.07.2024]

- [26] KNÖPPLER, K., EGGERS, T., MORGENSTERN, K.-U., SCHLETTE, S., MARTICK, S., KRAUSE, U., STOCKERT, R. & WAMPRECHT, L. (2022). Steigerung von Innovation und Produktivität im Gesundheitswesen durch Einsatz digitaler Plattformen. _fbeta GmbH. <https://fbeta.de/wp-content/uploads/2022/09/fbeta-Studie-digitale-Plattformen-2022.pdf>
- [27] KNÖPPLER, K., MARTICK, S., SCHLETTE, S. & KLOEPFER, A. (2023). Integrierte Versorgung 5.0. Hintergrund, Zielbild und Handlungsfelder [Positionspapier]. _fbeta GmbH/Deutsche Gesellschaft für Integrierte Versorgung im Gesundheitswesen e. V.,. <https://fbeta.de/wp-content/uploads/2023/08/Positionspapier-IV-5.0.pdf>
- [28] KNÖPPLER, K., VATTER, T., MARTICK, S., MORGENSTERN, K.-U. & EGGERS, T. (2024). Benchmarkstudie Digitaler Reifegrad 2.0 – Digitale Reife, Innovation und Produktivität in der GKV. _fbeta GmbH,. https://fbeta.de/wp-content/uploads/2024/04/20240319_Digitaler-Reifegrad-2.0.pdf
- [29] NETZWERK DEUTSCHE GESUNDHEITSREGIONEN e.V. (2024). Übersicht aller NDGR – Mitgliedsregionen. <https://www.deutsche-gesundheitsregionen.de/> [Accessed 15.10.2025].
- [30] NÖTHEN, M. (2011). Hohe Kosten im Gesundheitswesen: Eine Frage des Alters? Statistisches Bundesamt, Wirtschaft und Statistik, Juli 2011. https://www.destatis.de/DE/Methoden/WISTA-Wirtschaft-und-Statistik/2011/07/frage-alter-072011.pdf?__blob=publicationFile
- [31] PFEIFFER, A. F. H. (2023). Diabetes Remission und digitale Medizin. Berlin: DZD – Deutsches Zentrum für Diabetesforschung, Charité Universitätsmedizin Berlin – Abteilung für Endokrinologie und Stoffwechselmedizin.
- [32] SACHVERSTÄNDIGENRAT ZUR BEGUTACHTUNG DER ENTWICKLUNG IM GESUNDHEITSWESEN UND IN DER PFLEGE. (2009). Koordination und Integration – Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens. Deutscher Bundestag. <https://dserver.bundestag.de/btd/16/137/1613770.pdf>
- [33] SCALED AGILE Inc. (2024). SAFe 6.0. [Accessed 24.07.2024] //YP: Bitte Internetlink ergänzen.//

- [34] SEGER, W. & GAERTNER, T. (2020). Multimorbidität: Eine besondere Herausforderung. *Deutsches Ärzteblatt*, 117 (44).<https://www.aerzteblatt.de/archiv/216462/Multimorbiditaet-Eine-besondere-Herausforderung>
- [35] SEYCHELL, M. (2016). Bessere Vorbeugung und Behandlung chronischer Krankheiten. Europäische Kommission, Newsletter Health EU (169).
https://ec.europa.eu/health/newsletter/169/focus_newsletter_de.htm [Accessed 15.10.2025].
- [36] STATISTISCHES BUNDESAMT (DESTATIS). (2024). Gesundheitsausgaben im Jahr 2022 auf knapp 500 Milliarden Euro gestiegen. Pressemitteilung, 15.05.2024.
https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2024/04/PD24_167_236.html
- [37] STATISTISCHES BUNDESAMT (DESTATIS). (2022). 2035 werden in Deutschland 4 Millionen mehr ab 67-Jährige leben. Pressemitteilung 02.12.2022.
https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2022/12/PD22_511_124.html
- [38] STATISTISCHES BUNDESAMT (DESTATIS). (2024a). 15. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung für Deutschland.
<https://service.destatis.de/bevoelkerungspyramide/> [Accessed 13.07.2024] //YP: Bitte Internetlink ergänzen.//
- [39] STATISTISCHES BUNDESAMT (DESTATIS). (2024b). Gesundheitsausgaben: Deutschland, Jahre, Ausgabenträger, Leistungsarten, Einrichtungen.
<https://service.destatis.de/bevoelkerungspyramide/> [Accessed 13.07.2024]
- [40] STATISTISCHES BUNDESAMT (DESTATIS). (2024c). Gesundheitsausgaben: Deutschland, Jahre, Einrichtungen – Ergebnis 23611-0003. Gesundheitsausgaben in Deutschland - Statistisches Bundesamt [Accessed 16.04.2025].
- [41] STIFTUNG GESUNDHEITSWISSEN. (2020). Was beeinflusst unsere Gesundheit?
<https://www.stiftung-gesundheitswissen.de/gesund-es-leben/kompetenz-gesundheit/was-beeinfluusst-unsere-gesundheit>
- [42] STIFTUNG GESUNDHEITSWISSEN. (2021). Menschen mit chronischen Erkrankungen.
<https://www.stiftung->

gesundheitswissen.de/sites/default/files/pdf/Faktenblatt_Menschen%20mit%20chronischen%20Erkrankungen_0.pdf

- [43] VERBAND DER PRIVATEN KRANKENVERSICHERUNG e.V. (2024). Bundeszuschüsse zur GKV sind keine Lösung. <https://www.pkv.de/positionen/bundeszuschuss/> [Accessed 04.07.2024]
- [44] ZENTRALINSTITUT FÜR DIE KASSENÄRZTLICHE VERSORGUNG IN DER BUNDESREPUBLIK DEUTSCHLAND. (2021). Zi analysiert langfristige Entwicklung der ambulanten Notfallversorgung 2009 – 2020. <https://www.zi.de/das-zi/medien/medieninformationen-und-statements/detailansicht/21-april-2021> [Accessed 10.05.2024]