

Transformationsstudie Teil B

Leistungsstarke Gesundheitsregionen (LeiG)

Verfahren und Methoden



Impressum

_fbeta GmbH

Akazienstraße 31

10823 Berlin

Autoren

Karsten Knöppler

Dr. Tim Scheplitz

Paula Leisurs

Tillman Vatter

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
Tabellenverzeichnis	V
1 Einleitung	1
2 Zielsetzung	4
2.1 Transformationsstudie	4
2.2 Transformationsstudie Teil B – Framework, Toolkit und Evaluation	4
3 Vorgehensmodell Skaliert-agile Organisation zwischen Politik, Management und Versorgung	7
3.1 Grundprinzipien	7
3.2 Vorgehen	10
3.2.1 Sprint I – Potenzialanalyse und Strategie	10
3.2.2 Sprint II: Konzeption	14
3.2.3 Sprint III – Planung und Translation	18
4 Analyse- und Konzeptionsmodell Transformationscanvas Integrierte Sicht auf Versorgung, Ökosystem und Transformation	21
4.1 Dimensionen des Transformationscanvas	22
4.2 Anwendung für die Transformation in Versorgungssystemen	22
5 Versorgungsangebote Fünf Ebenen der Integrierten Versorgung	24
5.1 Integration 1.0 – Organisation, Vergütung und Ergebnisorientierung als Gesamtverantwortung	25
5.2 Integration 2.0 – Medizinische und Vitaldaten sowie Analytik in Versorgung und Management nutzen	25
5.3 Integration 3.0 – Digitale Leistungen, Telemedizin und digitales Prozessmanagement produktiv einsetzen	26
5.4 Integration 4.0 – Gesundheitshandeln der Bürgerinnen und Bürger und Angehörigen aktivieren	27
5.5 Integration 5.0 – Nachhaltigkeit und Werteorientierung bei Therapieentscheidungen	27
6 Organisationen und Interoperabilität Reifegradmodelle und Interoperabilitätsstandards auf Versorgungsszenarien ausrichten	30
6.1 Basis – Strategische Ausrichtung, Organisation, Kultur und Fähigkeiten	30
6.2 Enabler – Technologie und Daten produktiv einsetzen	33
6.3 Angebotsportfolio – Hybride und digitale Angebote	33
6.4 Ergebnis – Beitrag zur Wertschöpfung in der GKV	33

7	Ökosystem und Plattformen Strukturen und Plattformen integriert und hybrid gestalten	35
7.1	Typologie – Plattformen im Gesundheitswesen	35
7.2	Wettbewerb – Service- und Verwaltungsprozesse bisher Einstiegsszenario für Plattformen	38
7.3	Potenziale – Struktur- und Verfahrensverbesserungen für das Versorgungsmanagement	38
7.4	Plattform-Design – Der Wert von Plattformen liegt in der Akzeptanz: sieben Designprinzipien	41
7.5	Soziotechnische Konzeption plattformbasierter Zielarchitekturen	43
	Literaturverzeichnis	45

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Markt- und Managementmodell „Leistungsstarke Gesundheitsregionen“ (LeiG)	5
Abbildung 2: Neun Prinzipien des skaliert-agilen Vorgehens für das Managementmodell leistungsstarker Gesundheitsregionen	8
Abbildung 3: Übersicht der Arbeitsschritte je Sprint des LeiG-Projektes	10
Abbildung 4: Transformationscanvas für Versorgungökosysteme	22
Abbildung 5: Transformationscanvas für Versorgungökosysteme mit Anwendungsfällen	23
Abbildung 6: Fünf Ebenen Integrierter Versorgung (IV) 5.0	25
Abbildung 7: Digitaler Reifegrad GKV 2.0 – Handlungsoptionen, Dimensionen und Nutzen	32
Abbildung 8: Plattform-Basistypen im Gesundheitswesen	36
Abbildung 9: Methodik zu Typologie und Klassifikation von Plattformen im Gesundheitswesen	37
Abbildung 10: Wertschöpfungskette Versorgungsmanagement	40
Abbildung 11: Sieben Prinzipien des Plattform-Designs digitaler Ökosysteme	41
Abbildung 12: Methodisches Raster zur Konzeption plattformbasierter Zielarchitekturen	44

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Sprint I – Potenzialanalyse	12
Tabelle 2: Sprint II – Konzeption	15
Tabelle 3: Sprint III – Planung und Translation	18

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 Selektivverträge und Papierformularen. Die praktische Umsetzung auf digitaler Ebene – durch Implementierung der Prozesse in digitalen Anwendungen, Primärsystemen oder Plattformen – war 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 Strukturinnovation dar und sind in besonderem Maße dazu geeignet, positive Struktur- und Verfahrensverbesserungen in den Versorgungssystemen 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 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 und die Umwelt, d. h. Städte und Gemeinden, Arbeitgeber sowie weitere kommunale Einrichtungen und deren Versorgungsstrukturen. Aufgrund geteilter Verantwortlichkeiten, weniger funktionaler Schnittstellen, unterschiedlicher 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, werden seit Jahrzehnten 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 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 Versorgungssystem. 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 wird zu einer zentralen 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 prägen sind es 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 etwa Fachkräftemangel, Zunahme chronischer und multimorbider Erkrankungen, steigende Bedeutung digitaler Versorgungsangebote (z. B. Telemedizin, DiGA), veränderte Patientenerwartungen (z. B. stärkere Eigenverantwortung, Nutzung digitaler Services) – resultieren.

Vor diesem Hintergrund stellt der Health Transformation Hub (HTH), eine Kooperation der Bertelsmann Stiftung und der BSt Gesundheit gGmbH, die Plattform 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 der Regionen.

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 die hybride, integrierte, regionale Gesundheitsversorgung. Die Umsetzungsphase umfasst die Implementierung der konzipierten Maßnahmen und die Verstetigung des Ansatzes als Managementmodell.

Typische beteiligte Akteure sind die 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 (Regierungspräsidien, Landkreise, Städte und Gemeinden), relevante Kostenträger der Kranken- und Pflegeversicherung sowie der Arbeitgeber und nicht zuletzt auch Anbieter digitaler Leistungen für die Telematikinfrastruktur. Dabei werden die Ebenen Politik, Management und Versorgung miteinander 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 „Leistungsstarke Gesundheitsregionen“ (LeiG) zu nutzen. So soll eine integrierte strategische Ausrichtung von Versorgung, Technologie und Organisation auf die vordringlichen Herausforderungen der Gesundheitsversorgung ermöglicht 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.

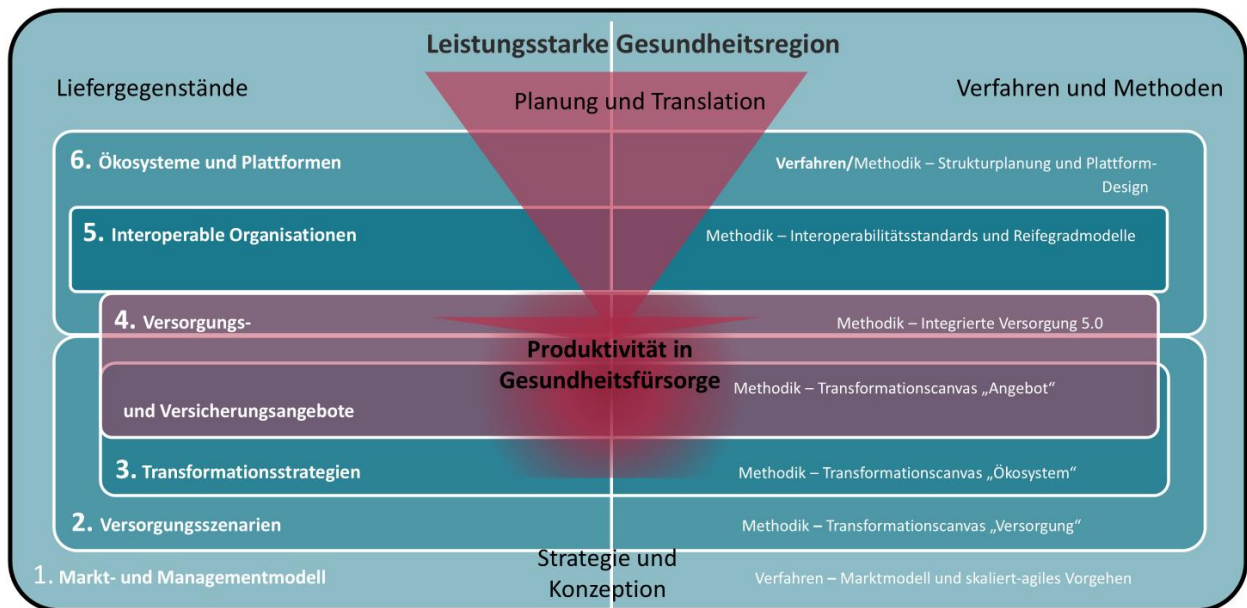
Diese Ziele spiegeln sich in den **vier Teilen der Transformationsstudie** wider:

- 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 (Teil C),
- Implikationen für relevante Akteure ableiten (Teil D).

2.2 Transformationsstudie Teil B – Framework, Toolkit und Evaluation

In diesem Teil der Studie werden Verfahren (Framework) und Methodik (Toolkit) des Projekts „Leistungsstarke Gesundheitsregionen“ dargelegt. Die Summe der angewendeten Verfahren und Methoden ergeben hierbei das Markt- und Managementmodell für die leistungsstarke Gesundheitsregion (siehe Abbildung 1).

Abbildung 1: Markt- und Managementmodell „Leistungsstarke Gesundheitsregionen“ (LeiG)



Quelle: _fbeta GmbH

Die strategische und konzeptionelle Basis der Kooperation wird über das Markt- und Managementmodell, die Versorgungsszenarien und Transformationsstrategien gelegt und hierüber auch die Nahtstelle zur Sicherstellung definiert.

1. Das **Markt- und Managementmodell** setzt den Rahmen für die leistungsstarke Gesundheitsregion. Das Marktmodell wird in Teil A der Transformationsstudie beschrieben. Hier, in Teil B, folgt die Erläuterung des Managementmodells in Form des skaliert-agilen Vorgehens.
2. Auf dieser Basis werden **Versorgungsszenarien** analysiert und priorisiert. Dies erfolgt methodisch über das Transformationscanvas, welches eine integrierte Sicht aller wesentlichen Aspekte, von Setting über Versorgungsgegenstand, Versorgungsökosystem, Ökonomie und Regulierung, ermöglicht.
3. Es folgt die Ableitung von **Transformationsstrategien** für die Region. Sie integriert die digitale Transformation der Versorgung, der Organisationen und der IT-Systeme entlang der Versorgungsszenarien. Auch diese Strategien werden methodisch entlang des Transformationscanvas konzipiert.

Auf Basis der Versorgungs- und Versicherungsangebote, der Translationsfähigkeit interoperabler Organisationen sowie der plattformbasierten Organisation des Ökosystems erfolgt die Planung und Translation in den Versorgungsalltag.

4. Zeitgemäße **Versorgungsangebote** nutzen alle fünf Dimensionen der Integrierten Versorgung 5.0: die Integration von Organisation und Vergütung (1.0), gemeinsamer medizinischer Daten (2.0), von Telemedizin, digitalen Leistungen sowie digitalem Prozessmanagement (3.0), des Gesundheitshandelns der Bürger (4.0) und der Nachhaltigkeit (5.0) (siehe Kapitel 5.5).

5. Die Translationsfähigkeit auf Ebene der Akteure wird maßgeblich durch **interoperable Organisationen** erreicht. Spezifische Reifegradmodelle und Interoperabilitätsstandards entlang der Versorgungsszenarien, Versorgungsangebote und Transformationsstrategien ermöglichen gezielt die Anschlussfähigkeit.
6. Die Translationsfähigkeit auf Ebene der Gesundheitsregion, d. h. des **Ökosystems** als Ganzes, wird durch die gezielte Nutzung digitaler **Plattformen** erreicht. Hier schließen die Strukturplanung für die Organisationen und deren digitale Reife an sowie das Design von Plattformen in Kombination mit der nationalen E-Health-Infrastruktur zur Vernetzung der Organisationen und/oder Systeme.

Durch die strategische Kooperation über Versorgungsszenarien und Infrastrukturen bei gleichzeitigem Wettbewerb auf der Ebene der Versorgungsangebote (Koopetition) wird der Sicherstellungsauftrag der Selbstverwaltung um ein Marktmodell für Produktivität in der Gesundheitsfürsorge ergänzt und vor allem die Translationsfähigkeit verbessert. Im Folgenden werden Framework und Toolkit genauer beschrieben.

3 Vorgehensmodell

Skaliert-agile Organisation zwischen Politik, Management und Versorgung

3.1 Grundprinzipien

Das **Vorgehensmodell für die Gesundheitsregion** muss verschiedenste Organisationsformen, Arbeitskulturen und Verfahren verbinden. Dies sind zum einen Organisationen und Akteure in der Gesundheitsregion selbst sowie zum anderen überregionale Institutionen wie Krankenkassen, Leistungserbringergemeinschaften, IT-Anbieter und Dienstleister. Grob lassen sich hier **drei Ebenen** unterscheiden:

- **Politik:** Spitzenorganisationen in der Region mit Zuständigkeiten für übergeordnete Ziele und Regulierung,
- **Management:** Kommunen, Kostenträger, Leistungserbringer und Dienstleister mit Zuständigkeiten für deren Management und Nahtstellen zu Kooperationspartnern,
- **Versorgung:** Experten wie Patientenvertreter, Ärzteschaft, Pflegefachkräfte, sonstige Leistungserbringer, die Praxisorientierung, Wirksamkeit und Arbeitszufriedenheit fokussieren.

Vor diesem Hintergrund wurde ein Vorgehensmodell gewählt, das in der Lage ist, diese Ebenen und Akteure zu verbinden: Das Vorgehen wird im Rahmen der Gesundheitsregionen nach dem Scaled Agile Framework (SAFe) umgesetzt (Scaled Agile Inc., 2024). Hierüber kann die Koordination und Synchronisation innerhalb von und zwischen Gesundheitsregionen realisiert werden. Agile Prinzipien und Methoden lassen sich auf große Projekte und Teams mit einer Vielzahl an Abteilungen anwenden. Auch können von der strategischen Planung bis zur operativen Umsetzung alle Projektphasen abgedeckt und in ein kontinuierliches Managementmodell überführt werden.

In den letzten Jahren haben sich agile Arbeitsweisen bei IT-Anbietern, aber auch im Management vieler größerer Organisationen im Gesundheitswesen etabliert, sowohl bei Leistungsträgern (Krankenkassen) wie bei Leistungserbringern. Auf Ebene der Selbstverwaltung und in operativ ausgerichteten Organisationen aufseiten der Leistungserbringer (z. B. Krankenhäuser, Medizinische Versorgungszentren, Pflegeeinrichtungen) hat dieser Wandel jedoch noch weniger stattgefunden. Das Vorgehen ermöglicht in diesem Kontext auch Schnittstellen zwischen agilen Methoden in der Region und klassischen Arbeitsweisen der Selbstverwaltung bzw. klassischem hierarchischem Management. Es ergänzt somit die Arbeitskultur der Selbstverwaltung um ein Managementmodell für die Translation von Innovationen und die Produktivitätssteigerung im Gesundheitswesen.

Im Folgenden sind die neun zentralen Prinzipien des skaliert-agilen Vorgehens aufgeführt. Sie stellen die Aspekte heraus, die für die komplexe Kooperationsform von Bedeutung sind, und werden in Zusammenarbeit mit der Gesundheitsregion durch das Projektmanagement operationalisiert.

Prinzip 1: Gesundheitsökonomische Grundausrichtung

Das Vorgehen basiert auf einer gesundheitsökonomischen Grundausrichtung sowohl hinsichtlich der Infrastrukturmaßnahmen auf Ebene der Gesundheitsregion als auch auf Ebene der Versorgungsangebote. Der gesundheitsökonomische Ansatz legt den Fokus auf die Wertschöpfung in der Gesundheitsfürsorge für Bürgerinnen und Bürger, die beteiligten Akteure wie auch das Ökosystem als Ganzes. Die Erhöhung der Transparenz über Aufwand und Nutzen der Maßnahmen trägt dazu bei, dass strategische und konzeptionelle Entscheidungen nicht nur aus medizinischer, organisatorischer oder technischer, sondern

auch aus gesundheitsökonomischer Sicht getroffen werden. Dies ermöglicht eine Steigerung der Produktivität im Versorgungssystem.

Prinzip 2: Systemdenken

Ein integriertes Versorgungssystem erfordert eine ganzheitliche Betrachtung aller Bestandteile – von den Versorgungsangeboten über die Organisationen und Einrichtungen bis hin zu den Wertschöpfungsketten und dem regulatorischen Rahmen. Systemdenken hilft, Zusammenhänge zu erkennen und die Komplexität zu managen. Diese Sicht ist für integrierte Versorgung, die Wertschöpfungsketten entlang der Versorgungspfade sowie die Integration von Organisationen und die Interoperabilität essenziell. Das hierauf ausgerichtete Transformationscanvas (siehe auch Kapitel 3.2.1) schafft eine gemeinsame integrierte Sicht.

Abbildung 2: Neun Prinzipien des skaliert-agilen Vorgehens für das Managementmodell leistungsstarker Gesundheitsregionen



Quelle: [_fbeta GmbH](#)

Prinzip 3: Annahme von Veränderlichkeit und Offenhalten von Optionen

Durch Set-Based-Design (SBD) können verschiedene Lösungsansätze parallel entwickelt und getestet werden. Umsetzungsentscheidungen können auch später erfolgen. Dies ist besonders wichtig in einem sich ständig weiterentwickelnden Gesundheitssektor, da es Flexibilität und Anpassungsfähigkeit fördert. Beispiele hierfür sind etwa ein Wettbewerb innerhalb der Region zwischen Krankenkassen um spezifische Versorgungsangebote für ein bestimmtes Versorgungsszenario oder die Erprobung von Infrastrukturlösungen parallel in verschiedenen Gesundheitsregionen.

Prinzip 4: Inkrementelle Entwicklung mit kurzen, integrierten Lernzyklen

Die schrittweise Ausgestaltung und Weiterentwicklung der im Rahmen des LeiG-Projekts umgesetzten Maßnahmen und Kooperationsstrukturen ermöglicht es, frühzeitig Feedback zu erhalten und Anpassungen vorzunehmen. Kurze, integrierte Lernzyklen sorgen dafür, dass kontinuierlich Verbesserungen vorgenommen werden können, was für die Anpassung an unterschiedliche regionale Bedürfnisse, verschiedene Einrichtungen und bei divergierenden Voraussetzungen von Bedeutung ist.

Prinzip 5: Objektive Bewertung von Meilensteinen

Meilensteine basieren auf objektiven Kriterien, um den Fortschritt und die Qualität der Maßnahmen zu bewerten. Dies sorgt für Transparenz und Nachvollziehbarkeit, was besonders bei Entscheidungsprozessen und Koordination zwischen den beteiligten Akteuren essenziell ist.

Prinzip 6: Visualisierung und Begrenzung von parallellaufenden Arbeiten (Work in Progress)

Die Visualisierung von Aufgaben und eine Obergrenze für die Menge parallellaufender Arbeiten verhindern Überlastung und fördern einen gleichmäßigen Arbeitsfluss. Dies hilft, Engpässe zu identifizieren und zu vermeiden, was Effizienz und Commitment der Projektbeteiligten steigert.

Prinzip 7: Feste Rhythmen sowie sektoren- und fachübergreifende Planung

Regelmäßige Planungs- und Arbeitszyklen und Kommunikationsformate fördern die Abstimmung und Zusammenarbeit zwischen den verschiedenen Teams und Ebenen. Dies gewährleistet, dass alle Beteiligten auf dem gleichen Stand sind und gemeinsame Ziele verfolgen.

Prinzip 8: Förderung intrinsischer Motivation im Team

Die Förderung der intrinsischen Motivation der Teammitglieder ist entscheidend für deren Arbeitszufriedenheit und Produktivität. Dies wird sowohl durch gemeinsame wertebasierte Ziele als auch durch individuelle Gestaltungsmöglichkeiten gefördert. Adäquate Methoden, Tools zur Zusammenarbeit und regelmäßige Retrospektiven runden die Arbeitsbedingungen ab.

Prinzip 9: Dezentrale Entscheidungsfindung

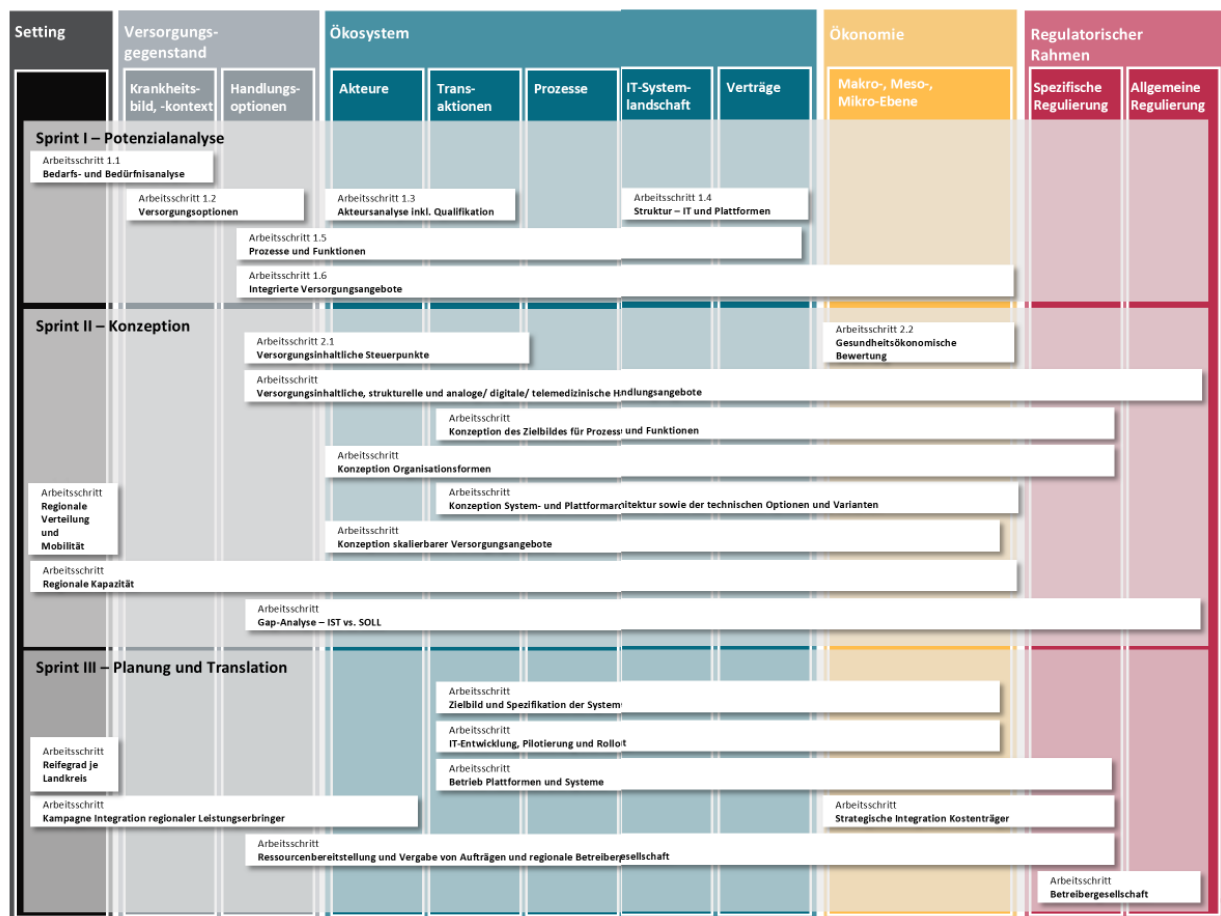
Durch die Förderung der Autonomie der Teams können Entscheidungen schneller und effektiver getroffen werden. Dies stärkt das Verantwortungsbewusstsein der Teams und erhöht die Flexibilität und Reaktionsfähigkeit des Projekts.

Das skaliert-agile Vorgehen startet als Projekt, kann jedoch später als dauerhaftes Managementmodell für die Zusammenarbeit zwischen den Akteuren und Organisationen in der Gesundheitsregion fortgesetzt werden. So ist eine Verzahnung von unterschiedlichen Arbeitskulturen und anderen internen Managementmodellen möglich. Dies reicht bis hin zur Einbindung von IT-Dienstleistern, verschiedener Ebenen der Selbstverwaltung, Sozialplanung und Politik. Darüber hinaus eröffnet sich die Perspektive einer dauerhaften Verzahnung zwischen Gesundheitsregionen, um gemeinsame Lern- und Skaleneffekte zu nutzen.

3.2 Vorgehen

Die im LeiG-Projekt angewendeten Arbeitsschritte sind zeitlich den einzelnen Sprints und inhaltlich dem Transformationscanvas zugeordnet, der Versorgung als zusammengesetztes Ökosystem aus fünf Systemdimensionen – Setting, Versorgungsgegenstand, Ökosystem, Ökonomie, regulatorischer Rahmen – beschreibt (siehe Abbildung 1). Dabei ist das Vorgehen in drei Sprints aufgeteilt, mit den Schwerpunkten Potenzialanalyse, Konzeption und Planung. Die Arbeitsschritte bzw. Methoden in den einzelnen Sprints werden im Folgenden visualisiert und beschrieben.

Abbildung 3: Übersicht der Arbeitsschritte je Sprint des LeiG-Projektes



Quelle: _fbeta GmbH

3.2.1 Sprint I – Potenzialanalyse und Strategie

Sprint I des LeiG-Projekts, die Potenzialanalyse, richtet den Fokus auf den drei zentrale Versorgungsszenarien (chronische Erkrankungen, Root Causes, Pflege) sowie auf das Versorgungsökosystem der Region. Dies bildet den Ausgangspunkt für die Identifikation von Optimierungspotenzialen je Versorgungsszenario und die Ableitung entsprechender Transformationsstrategien und deren Priorisierung für die Konzeption (Sprint II).

Die Potenzialanalyse nimmt den Status quo der Versorgung in den Blick und gibt eine Prognose zur Versorgungssituation 2035 mittels Szenariotechnik. Grundlegende Analysen betrachten dabei u. a. typische chronische Erkrankungen und die Ansätze zu deren Versorgung und Prävention, um insbesondere indikationsübergreifende Potenziale und übertragbare Lösungsstrategien, inkl. IT-Infrastrukturen, zu identifizieren. Gleichzeitig ermitteln weitere Analysen spezifische Versorgungsbedarfe und Bedürfnisse in der Region und stellen diese den bestehenden regionalen Versorgungsangeboten und (IT-)Infrastrukturen gegenüber.

Im Szenario zur Versorgung chronischer Erkrankungen wird der Optionsraum für übergreifende Versorgungsstrategien beleuchtet, wobei der Fokus auf Versorgungspfaden, Risikofaktoren und Handlungsoptionen liegt. Ziel ist es, Maßnahmen mit Skaleneffekten, insbesondere präventive Maßnahmen, zu identifizieren und identifizierte Synergien zwischen verschiedenen chronischen Krankheitsbildern (Multimorbidität) therapeutisch zu nutzen (positive Synergien). Ein datengetriebener, integrierter Versorgungsprozess soll die Qualität der Prozesse, der Therapien und der Ergebnisse verbessern.

Parallel dazu integriert das Szenario „Lebensstilfaktoren“ Maßnahmen zur individuellen Verhaltensprävention und zur Stärkung des Gesundheitshandelns im Alltag, um die Fallzahlen chronischer Erkrankungen und Risikofaktoren zu reduzieren. Die Analyse beider Szenarien mündet in die Bewertung und Priorisierung der Maßnahmen.

Die Analyse des Szenarios zur Pflege zielt auf die Förderung der Selbstständigkeit der Pflegebedürftigen und die Verbesserung der Arbeitsbedingungen für Pflegefachkräfte sowie die systematische Stärkung der informellen Pflege durch eine umfassende Untersuchung der aktuellen und zukünftigen Versorgungssituation. Zusätzlich werden Angebote der integrierten Versorgung mit hohem Versorgungsmanagement und hoher Prozessintegration untersucht, um wirksame Modelle für den Rollout in Gesundheitsregionen zu identifizieren.

Der Fokus liegt außerdem szenarioübergreifend auf der Identifikation und technologischen Umsetzung wesentlicher Prozesse und Funktionen zur Steigerung der Effizienz und Qualität der Versorgung. Schließlich wird die Verfügbarkeit und Funktionalität der IT-Systeme herausgearbeitet, um eine Landkarte der Systemarchitektur zu erstellen und die Integrationsmöglichkeiten zu bewerten.

Die Bedarfs- und Bedürfnisanalyse ermittelt den aktuellen und zukünftigen Versorgungsbedarf sowie die spezifischen Bedürfnisse der Bevölkerung auf regionaler Ebene und bewertet bestehende Angebote integrierter Versorgung, deren regionale Verfügbarkeit und Marktanteile. Die Strukturanalyse untersucht Akteure in der Gesundheitsversorgung, erfasst die verfügbaren Ressourcen und Organisationsformen, betrachtet die Rollen in der Versorgung und das Potenzial, z. B. beim Aufbau neuer Qualifikationen und erweiterter Aufgaben von medizinischen und Pflegefachkräften.

Sprint I im Projekt „Leistungsstarke Gesundheitsregionen“ beleuchtet somit detailliert und umfassend die Versorgungslandschaft und identifiziert Verbesserungspotenziale. Die gewonnenen Erkenntnisse dienen als entscheidende Grundlage für die nachfolgende Phase der Konzeption eines Zielbildes der Transformation für eine effiziente und integrierte Versorgung in der Region.

Tabelle 1: Sprint I – Potenzialanalyse

Arbeitsschritte	
Beschreibung	Methoden
1.1 Versorgungsoptionen – Szenarien chronische Erkrankungen, Root Causes, Pflege	
Für jedes Versorgungssegment wird der Versorgungsgegenstand analysiert. Literaturgestützt und evidenzbasiert werden Fallgruppen und Versorgungsoptionen abgeleitet und diese mittels der Use-Case-Methode beschrieben. Die Szenarioanalyse beleuchtet das Basisszenario „Care as Usual“ der Ist-Situation und leitet daraus eine Prognose für 2035 ab.	Literaturgestützte Abgrenzung des Versorgungsgegenstandes Use Case Analyse nach Fallgruppen Szenarioanalyse
1.2 Integrierte Versorgungsangebote	
Literaturbasierte Marktanalyse der Angebote Integrierter Versorgung (IV) inkl. versorgungsinhaltlicher Analyse und Bewertung. Gegenüberstellung zur Regelversorgung (Benchmarking). Bewertungskriterien sind u. a.: – Passgenauigkeit des Versorgungsangebots des Versorgungsgegenstands, – Grad der Integration und des Versorgungsmanagements, – analoge, telemedizinische oder digitale Darreichungsform, – Zuordnung zum relevanten Leistungsbereich sowie der Vergütungsform.	Marktanalyse der Versorgungsangebote, Benchmarking und Bewertung
1.3 Prozesse und Funktionen	
Die Prozessebene wird nach Szenarien, Erkrankungen, Fallgruppen und Leistungen analysiert. Die Prozessmodellierung erfolgt mittels der Patient Journey die Funktionsanalyse mittels der Use-Case-Methode. Im Fokus stehen dabei die Analysen der relevanten Prozesse und Funktionen sowie die Ableitung des – Ablaufs der Gesundheitsversorgung inkl. Versorgungsprozess, Patientenprozess/Gesundheitshandeln und medizinischer Dokumentation, – Ablaufs des Versorgungsmanagements inkl. Tarifmanagement, Vertragsmanagement, Verwaltung, Kommunikation und Datenmanagement.	Prozess- und Funktionsanalyse zur Erstellung eines Prozess- und Funktionsmodells
1.4 Strukturanalyse IT und Plattformen	

Arbeitsschritte	
Beschreibung	Methoden
Herausarbeitung der Verfügbarkeit und Funktionalität der IT-Systeme zur Erstellung einer Landkarte der Systemarchitektur, die eine akteursübergreifende Integration von Gesundheits- und Versorgungsmanagement ermöglicht. Dabei liegt der Fokus auf der Analyse der Systemtypen (Primärsysteme, Expertensysteme, Vernetzungs-/Integrationsplattformen im Ökosystem) sowie der Frameworks für Interoperabilität.	Analyse von IT-Systemen (Bestandsaufnahme IT-Infrastruktur, Technologie- und Trendanalyse), Erstellung von Systemarchitekturen
1.5 Bedarfs- und Bedürfnisanalyse	
Herausarbeitung der Versorgungsbedarfe und der spezifischen Bedürfnisse (Ist-Situation 2025 und Prognose 2035) in der Region anhand demografischer Analysen und epidemiologische Studien	Analyse Versorgungsbedarfe und Bedürfnisse (2025 und Prognose 2035) mittels Szenariotechnik
1.6 Akteure in der Gesundheitsversorgung inkl. Rollenverteilung und Qualifikationen	
Strukturanalyse je Region, aufgesplittet nach klassischer vs. integrierter Organisationsform, und der verfügbaren Ressourcen in der Gesundheitsversorgung sowie der Rollen und Qualifikationen der Fachkräfte (medizinische/Pflegefachkräfte).	Strukturanalyse der Region nach Organisationsformen Analyse der verfügbaren Ressourcen

3.2.2 Sprint II: Konzeption

Sprint II baut auf der Potenzialanalyse (Sprint I) auf, indem die abgeleiteten prioritären Handlungsoptionen für die drei Versorgungsszenarien chronische Erkrankungen, Root Causes, Pflege als Zielbild ausgearbeitet werden. Letzteres umfasst die wesentlichen Aspekte im Ökosystem auf versorgungsinhaltlicher, organisatorischer und technologischer (IT) Ebene. Es bildet auch die Brücke zu den Handlungsfeldern Sozial- und Strukturplanung sowie Vergütung und Regulierung.

Auf zentraler Ebene wird eine Gap-Analyse durchgeführt, um den Versorgungsbedarf und das bestehende Angebot sektorenübergreifend zu bewerten und wesentliche Gaps (Lücken) entlang der Versorgungsszenarien bis 2035 zu prognostizieren. Zudem werden versorgungsinhaltliche, strukturelle sowie analoge, digitale und telemedizinische Handlungsoptionen herausgestellt, um die Produktivität in der Versorgung zu erhöhen. Management- und Steuerpunkte entlang der Versorgungsprozesse und -strukturen werden identifiziert, um die Anpassung der Versorgungsstrategien zu ermöglichen. Eine gesundheitsökonomische Bewertung erfolgt mittels Modellrechnungen zum inkrementellen Nutzen der entwickelten Handlungsoptionen. Das Zielbild für Prozesse und Funktionen, System- und Plattformarchitekturen sowie organisatorische Anpassungen wird konzipiert. Technische und organisatorische Varianten werden analysiert und bewertet und schnelle Ende-zu-Ende-Durchstiche identifiziert, um Mehrwerte früh und effizient in der Praxis zu generieren. Die frühe Erprobung bzw. Pilotierung von Versorgungslösungen und Maßnahmen im Versorgungskontext kann das gemeinsame Verständnis und die Akzeptanz durch Mock-ups und funktionsfähige Prototypen unterstützen.

Auf regionaler Ebene wird in Summe das Design der Ökosysteme entlang der drei Versorgungsszenarien in den Gesundheitsregionen vorgenommen. Dazu stehen Zwischenergebnisse aus der zentralen Bearbeitung bereit. Das Design wird auf Grundlage der Potenzialanalyse, der Priorisierung der Handlungsoptionen und der zentralen Konzeption in Bezug auf den regionalen Bedarf und das Angebot abgestimmt.

Der Sprint stellt zum einen den Bedarf an analogen Ressourcen vor Ort, die Mobilität von Bürgern und Leistungserbringern sowie zum anderen die Verfügbarkeit von Telemedizin, digitalen Leistungen und Plattformen für die Zielgruppen gegenüber. Mittels regionalspezifischer Analysen können die Verteilung und Mobilität sowie die regionalen Kapazitäten und Ressourcen bewertet und prognostiziert werden. Die daraus abgeleiteten Maßnahmen und Ausbaustufen werden priorisiert, um die Produktivität der Gesundheitsversorgung in der Region zu steigern. Schließlich werden skalierbare Versorgungsangebote und Organisationsformen konzipiert, um die regionale Implementierung und Skalierung zu ermöglichen.

Tabelle 2: Sprint II – Konzeption

Arbeitsschritt	
Beschreibung	Methoden
2.1 Gap Analyse	
Sektorenübergreifende Gegenüberstellung von Versorgungsbedarf und Kapazität der Versorgung mittels klassischer sektorenbezogener Methodik der Strukturplanung, jedoch in sektorenübergreifender Zusammenstellung	Sektorenübergreifende Gap-Analyse (IST und Prognose 2035)
2.2 Versorgungsinhaltliche, strukturelle und analoge/ digitale/ telemedizinische Handlungsoptionen	
Herausstellen wesentlicher Handlungsoptionen in Bezug auf identifizierte Gaps zur Erhöhung der Produktivität in der Versorgung auf drei Ebenen: versorgungsinhaltlich (u. a. neue Wirkstoffe und Therapieformen, strukturell (neue integrierte Versorgungsangebote oder -strukturen), technologisch (neue Darreichungsformen wie Telemedizin und digitale Anwendungen). Die Optimierungsprinzipien folgen dabei der Integration, Delegation oder Substitution der verschiedenen Leistungsebenen und Darreichungsformen (z. B. analog, telemedizinisch oder digital). .	Synoptische Gegenüberstellung der Handlungsoptionen und allgemeine Potenzialbewertung
2.3 Versorgungsinhaltliche Steuerpunkte	
Identifikation von Steuerpunkten entlang der Versorgungsprozesse, Pflege, Therapien und des Gesundheitshandelns anhand von relevanten Messgrößen (Key Performance Indicators) sowie Identifikation von Eskalationshierarchien auf Ebene der Prozesse und Strukturen.	Prozessanalyse, Strukturanalyse, Identifikation von Steuerpunkten anhand von Key Performance Indicators (KPIs)
2.4 Gesundheitsökonomische Bewertung	
Gesundheitsökonomische Modellrechnung zum inkrementellen Nutzen der entwickelten Handlungsoptionen. Als Orientierung dient der das HTA-Core-Model des European Network for Health Technology Assessment (EUnetHTA, 2018), das die folgenden Aspekte betrachtet: 1. Gesundheitsproblem 2. Beschreibung der Technologie 3. Sicherheit 4. Klinische Wirksamkeit 5. Kosten und finanzielle Bewertung (Wirtschaftlichkeit) 6. Ethische Analyse 7. Organisatorische Aspekte 8. Soziale Aspekte 9. Rechtliche Aspekte Die Wertschöpfungsanalyse erfolgt teils quantitativ, teils qualitativ entlang einer Auswahl der genannten Dimensionen. Zudem erfolgt die Bewertung auf Makro- (Public Health), Meso- (Region oder Plattform) und Mikroebene (Einrichtung).	Wertschöpfungsanalyse des inkrementellen Nutzens anhand der szenariospezifischen Wertschöpfungsmodelle, Kosten-Nutzen-Analyse und des HTA Framework

Arbeitsschritt	
Beschreibung	Methoden
2.5 Konzeption des Zielbilds für Prozesse und Funktionen	
Die zu erstellende Facharchitektur besteht aus Prozessmodellierung und Funktionsanalysen, die zwischen den Akteuren und Systemen die Integration der Prozesse ermöglichen, sowie dem Value Stream Mapping zur Darstellung des Wertstroms dieser Prozesse.	Facharchitektur aus prozessuellem und funktionalem Zielbild
2.6 Konzeption des Zielbilds für System- und Plattformarchitektur	
Analyse und Anforderungsmapping (Nutzer und Systeme) entlang der drei Versorgungsszenarien zur Entwicklung eines Architekturframeworks für Systeme und Plattformen inkl. Analyse und Konzeption der grundlegenden Konventionen für Plattformen.	Analyse der System- und Plattformarchitektur und Anforderungsmapping entlang der drei Versorgungsszenarien
2.7 Konzeption des Zielbilds der Organisationsformen	
Analyse von Organisations- und Kooperationsmodellen, benötigten Rollen und Organisationsformen, insbesondere für neue Organisationsformen wie Gesundheitsregionen, Primärversorgungszentren oder Gesundheitskioske. Definition von Anforderungen an klassische Organisationen zur Anschlussfähigkeit in Form von Reifegradmodellen.	Konzeption einer Architektur für relevante neue Organisationsformen sowie von Reifegradmodellen zur Anschlussfähigkeit von Organisationen
2.8 Regionale Verteilung und Mobilität	
Der Versorgungsbedarf wird auf Ebene der Landkreise und der Mobilität der Bürgerinnen und Bürger nach Fallgruppen aufbereitet. Im Fokus steht dabei die systematische Analyse der regionalen Verteilung (IST-Situation und Prognose bis 2035) mittels regionalspezifischer Bedarfs- und Mobilitätsanalysen sowie statistischer Methoden.	Regionalspezifische Bedarfs- und Mobilitätsanalyse (IST und Prognose 2035), Bewertung und Priorisierung
2.9 Regionale Kapazitäten	
Gegenüberstellung der regionalen Kapazitäten der Leistungserbringer sowie der Verfügbarkeit von Telemedizin und digitalen Leistungen einerseits und des Versorgungsbedarf andererseits. Darstellung der Unter- sowie Überversorgung, die es zu kompensieren gilt. Dazu werden Kompensationsmechanismen als Mix aus analogen, telemedizinischen und digitalen Ressourcen und Kapazitäten geplant.	Standortanalyse, regionalspezifische Kapazitäts- und Bedarfsanalyse, Ressourcenplanung
2.10 Konzeption skalierbare Versorgungsangebote	
Prüfung der Möglichkeiten zur optimalen Skalierung entlang der kritischen Erfolgsfaktoren für Versorgungsangebote und Ableitung der sich daraus ergebenden skalierbaren Transformationsmaßnahmen. Daraus entsteht ein Portfolio aus Versorgungsangeboten und Organisationsformen mit	Konzeption von Skalierungsmaßnahmen anhand der Szenarioanalyse und deren Roadmapping, Portfolioerstellung

Arbeitsschritt	
Beschreibung	Methoden
Aufbereitung für die Implementierung und Skalierung in der spezifischen Gesundheitsregion.	

3.2.3 Sprint III – Planung und Translation

In Sprint III wird die Implementierung der in Sprint II erarbeiteten Transformationsmaßnahmen geplant, um somit die anschließende Umsetzungsphase vorzubereiten. Der Sprint adressiert dabei technische und organisatorische Aspekte.

Auf zentraler Ebene steht die Vorbereitung und Steuerung der übergreifenden IT-Entwicklung im Vordergrund, um regionenübergreifende Synergieeffekte der technischen Umsetzung zu gewährleisten. Es werden im Wesentlichen Grobkonzepte u. a. für die IT-Entwicklung erstellt und entlang von Eckpunkten das Vorgehen bei der Implementierung der IT-Systeme und Plattformkomponenten abgeschätzt. Die Detailkonzeption erfolgt mit den relevanten Implementierungspartnern im Umsetzungsprojekt.

Die zentralen Arbeitspakete umfassen die Erstellung von Grundkonzepten für das (IT)-Zielbild und die Spezifikation, die Entwicklung und Steuerung der Systeme sowie die Konzeption für Pilotierung, Rollout, Betrieb von Plattformen, Anforderungsmanagement, Zertifizierung und Wartung der Systeme. Diese Grobkonzepte sind darauf ausgelegt, die wesentlichen Entwicklungsaufträge über verschiedene Systemtypen hinweg zu definieren und sicherzustellen, dass die Systeme harmonisiert und interoperabel sind.

Schwerpunkt der regionalen Implementierungsplanung ist die Implementierung von IT, von Versorgungsangeboten sowie die Einführung neuer Organisationsformen bzw. das Herstellen der Anschlussfähigkeit an die Gesundheitsregion.

Des Weiteren werden auf regionaler Ebene Kampagnen entwickelt, um regionale Leistungserbringer, kommunale Einrichtungen sowie die nicht unmittelbar an der Konzeption beteiligten Akteure wirksam im Rollout zu integrieren. Dies beinhaltet Kampagnen zur Sicherung der Akzeptanz der Vernetzung und das Change-Management für beteiligte Leistungserbringer.

Auch die Anschlussfähigkeit der Landkreise an die Gesundheitsregion sowie die strategische Integration von Kostenträgern und Finanzgebern werden thematisiert, um eine nachhaltige Entwicklung zu gewährleisten. Somit schließt sich die Planung der Ressourcenbereitstellung, der Auftragsvergabe und Planung einer möglicherweise erforderlichen Betreibergesellschaft für die Gesundheitsregion.

Tabelle 3: Sprint III – Planung und Translation

Arbeitsschritt	
Beschreibung	Methoden
3.1 Zielbild und Spezifikation der IT-Systeme	
Ableitung und Definition der Grobspezifikationen, welche die Grundlage für ein systemübergreifendes IT-Management in der Gesundheitsregion bilden. Im Kern geht es darum, die wesentlichen Funktionen je Versorgungsszenario in den jeweils relevanten Systemen harmonisiert und interoperabel auszugestalten. Die Spezifikationen werden im Wesentlichen für folgende Systemtypen beschrieben:	Spezifikation relevanter Systemtypen
– Primärsysteme,	

Arbeitsschritt	
Beschreibung	Methoden
– Plattformen für digitale bzw. telemedizinische Anwendungen sowie zur Vernetzung, – Telematikinfrastruktur, – Speziaisysteme, – Portale, Pflege- und Gesundheitsanwendungen, – medizintechnische Systeme.	
3.2 IT-Entwicklung, Pilotierung und Rollout	
Vorbereitung und Steuerung der IT-Entwicklung, der Auftragsvergabe und der Refinanzierung nach Systemtypen sowie Entwicklung einer Grundkonzeption für Pilotierung und Rollout nach Systemtypen.	Entwicklung eines Steuerungskonzepts
3.3 Betrieb Plattformen und Systeme	
Während der Betrieb für die spezifischen Systemtypen weitgehend geregelt ist, müssen der Betrieb von erforderlichen Plattformen zur Vernetzung und Integration der Gesundheitsregion geregelt und die beteiligten IT-Anbieter zertifiziert werden. Dieses Zertifizierungskonzept wird entworfen. Dazu gehören überdies das zu konzipierende Anforderungsmanagement der Plattformen und Systeme sowie die Beschreibung der Wartung und Pflege.	Entwurf eines Grundkonzepts für Plattformbetrieb und Zertifizierung, regulatorische Konzeption, Anforderungskonzeption, Wartungskonzept
3.4 Kampagne Integration regionale Leistungserbringer	
Auswahl möglicher und Ansprache der für die erarbeiteten Transformationsmaßnahmen wesentlichen regionalen Leistungserbringer und Entwicklung eines Konzepts zur Integration dieser sowie von Einrichtungen, der Bevölkerung und der nicht unmittelbar an der Konzeption beteiligten Akteure im Rollout auf regionaler und kommunaler Ebene.	Erstellung einer Landkarte der Akteure, Einrichtungen, Bevölkerung, Ansprachenkonzeption, Rollout und Change-Management Plan nach Stakeholderanalyse bzw. Akteurssegmentierung (Aufwand- und Nutzenanalyse)
3.5 Reifegrad je Landkreis	
Mapping der Anforderungen und Aufgaben der Landkreise bei der Implementierung des LeiG-Konzepts in der Gesundheitsregion hinsichtlich der digitalen Reife und der Anschlussfähigkeit.	Entwicklung von Reifegradmodellen
3.6 Strategische Integration Kostenträger	

Arbeitsschritt	
Beschreibung	Methoden
Grundkonzeption zur (Re-)Finanzierung auf Basis der gesundheitsökonomischen Modellrechnungen durch die langfristige Integration von Kostenträgern und Finanzgebern. Entwicklung einer langfristig tragfähigen Finanzierungs- und Vergütungssystematik für die Gesundheitsregion auf Basis gesundheitsökonomischer Modellrechnungen. Prüfung und Konzeption übergeordneter Finanzierungs- und Vergütungsmodelle (z. B. Regionalbudgets oder morbiditätsadjustierte Finanzierungsansätze)	Gesundheitsökonomische Modellrechnungen, Entwicklung übergeordneter Finanzierungs- und Vergütungskonzepte
3.7 Ressourcenbereitstellung und Vergabe von Aufträgen (IT)	
Entwicklung eines Konzepts zur Bereitstellung der jeweils benötigten Ressourcen je beteiligtem Akteur; durch das Auftragsvergabemodell: hier wird die Verteilung der Aufträge der unterschiedlichen beteiligten Akteurs- und Organisationsgruppen innerhalb der Gesundheitsregion und die Vergabe organisiert.	Konzeption zur Ressourcenverteilung, Auftragsvergabemodell
3.8 Betreibergesellschaft	
Konzeption und Ausgestaltung der möglicherweise erforderlichen Umsetzungs- und Betreibergesellschaft für die Gesundheitsregion.	Konzeption eines Organisations- und Rollenmodells der Betreibergesellschaft

4 Analyse- und Konzeptionsmodell Transformationscanvas

Integrierte Sicht auf Versorgung, Ökosystem und Transformation

Bei der Einführung von Informationstechnologie im Gesundheitswesen lag der Fokus in den letzten Jahrzehnten primär auf der Digitalisierung von Verwaltungsprozessen. Dies betrifft u. a. die Dokumentation von Leistungen, Abrechnung, Organisation von Praxis- oder Klinikabläufen, aber auch Verordnung und Genehmigung.

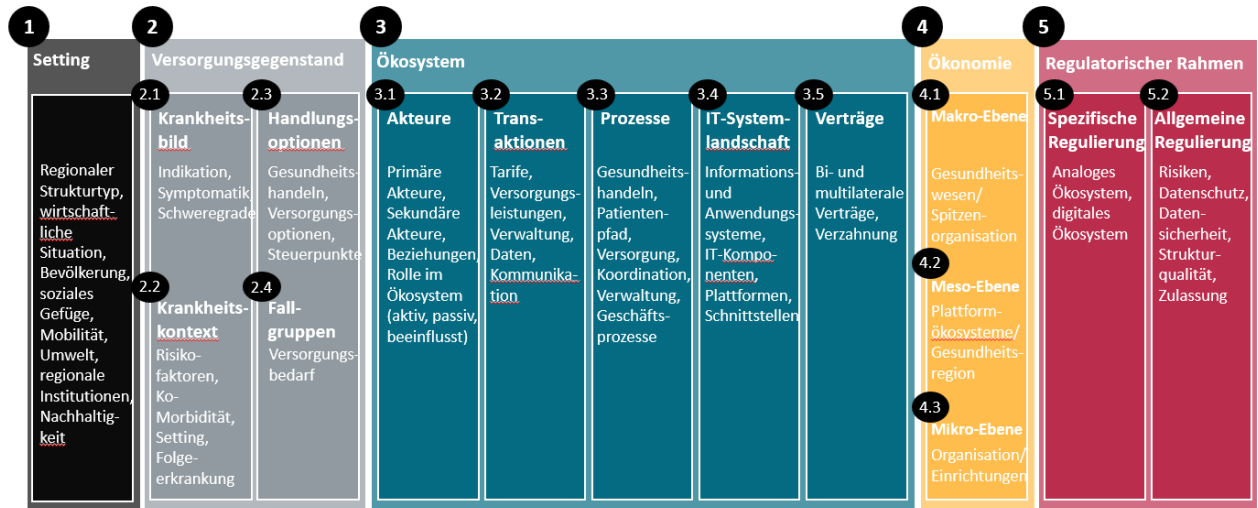
Versorgungsinhaltliche Aspekte, wie medizinische Dokumentation, Analyse und Versorgungsprozesse wie klinische Pfade sind i. d. R. noch nicht flächendeckend und wenig standardisiert bzw. interoperabel digital umgesetzt. Zudem ist gegenwärtig die systemübergreifende Harmonisierung technischer Interoperabilität ein zentraler Aspekt der digitalen Transformation des Gesundheitswesens, um eine leistungsfähige Vernetzung der Akteure zu gewährleisten.

In den letzten Jahren ist auch die Einbindung von digitalen bzw. telemedizinischen Leistungen weiter in die Praxis des Versorgungsalltags vorgerückt. Gleichzeitig werden auch analog erbrachte Leistungen, Medizinprodukte und Arzneimittel bzw. deren Nutzung zunehmend digital erfasst. Dies führt in Summe zu einer tieferen digitalen Transformation, die neue Potenziale der Optimierung in der Versorgung erschließt. Jedoch stoßen neue Ansätze teilweise an die Grenzen der aktuellen Regelungen. Daher bedarf es hier i. d. R. der Anpassung bzw. Erweiterung vertraglicher Bestimmungen und der Prüfung regulatorischer Anforderungen.

Bisher gibt es nur wenige Methoden, welche die Konzeption bzw. das Design digitaler Transformation über alle wesentlichen Dimensionen umfassend ermöglichen. I. d. R. werden erprobte und etablierte Methoden für Teilaspekte genutzt, welche z. B. mit einem bestimmten Versorgungsschwerpunkt Leitlinien erarbeiten, organisationale Strukturen und Prozesse abbilden, IT-Systeme oder Plattformen modellieren oder regulatorische und vertragliche Rahmenwerke definieren. Die oben thematisierte Komplexität der digitalen Transformation des Gesundheitswesens fordert jedoch eine integrierte Betrachtung und Gestaltung ganzer Ökosysteme über verschiedene Leistungs- und Versicherungsbereiche hinweg. Hierzu bedarf es Methoden, die u. a. im Bereich der Plattformökonomie bereits teilweise vorhanden sind.

4.1 Dimensionen des Transformationscanvas

Abbildung 4: Transformationscanvas für Versorgungssysteme



Quelle: _fbeta GmbH

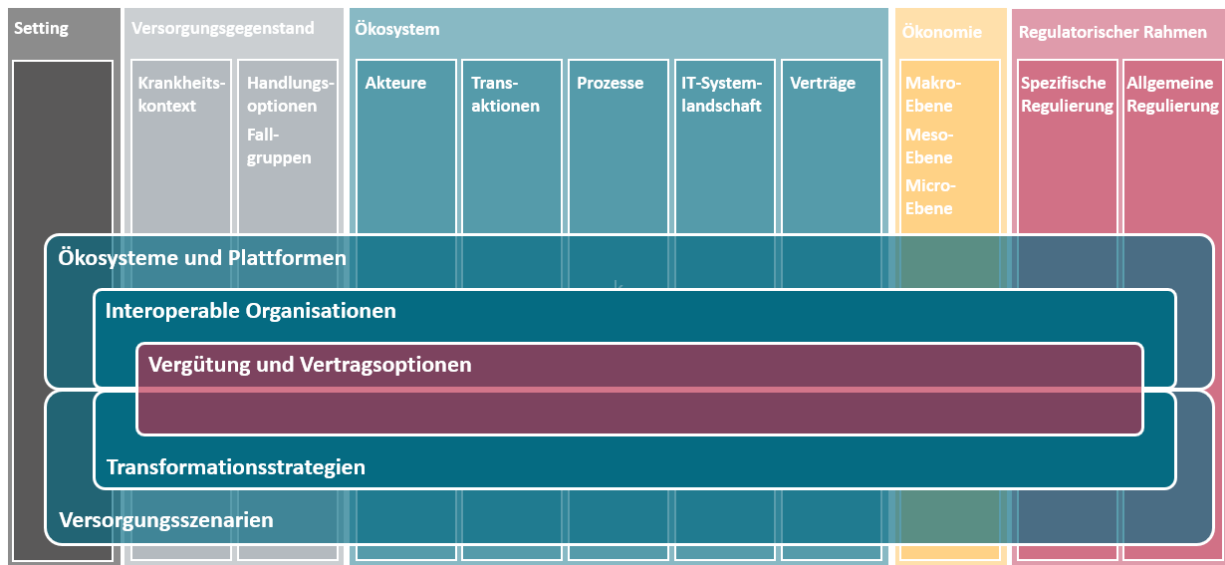
Vor diesem Hintergrund wurde auf Basis von Herangehensweisen der Plattformökonomie und des Designs von Informationssystemen ein **Transformationscanvas** entwickelt, das die interdisziplinäre digitale Transformation von Versorgungssystemen ermöglicht. Dieses zentrale Werkzeug bildet Versorgung als vernetztes Ökosystem ab und ermöglicht eine systematische Betrachtung entlang der fünf Systemdimensionen – Setting, Versorgungsgegenstand, Ökosystem (beteiligte Akteure, Transaktionen, Prozesse, verwendete oder benötigte IT-Systemlandschaft sowie vertragliche Grundlagen), Ökonomie, regulatorischer Rahmen (siehe Abbildung 4).

Mithilfe dieses Canvas kann man in schnellen Iterationen Teams zu einem gemeinsamen Verständnis der verschiedenen notwendigen Perspektiven und Lösungsoptionen führen. Als Analyse-, Gestaltungs- und Moderationswerkzeug dient es insbesondere der Komplexitätsreduktion, um die Balance zwischen Vollständigkeit, Detailtiefe, Ergebnisorientierung und kreativer Freiheit in der Teamarbeit zu wahren. Der Ausgangspunkt kann z. B. die Versorgung bestimmter Erkrankungen oder größerer Versorgungsszenarien wie Chroniker, Prävention, Multimorbidität, Pflege oder Notfallversorgung sein.

4.2 Anwendung für die Transformation in Versorgungssystemen

Das Transformationscanvas wird als zentrale Methodik für die Analyse, Strategie, Konzeption und Planung genutzt. Es ermöglicht, die Integration und digitale Transformation von Versorgung auf verschiedenen Detailebenen sichtbar zu machen: In Ergänzung zu sektoral oder fachlich fokussierten Methoden bei der Erstellung von Leitlinien, Vergütungssystemen, der IT-Systemlandschaft oder der Strukturplanung erfolgt hier eine bürger- und nutzerzentrierte Sicht auf die Versorgung in ganzen Ökosystemen.

Abbildung 5: Transformationscanvas für Versorgungssysteme mit Anwendungsfällen



Quelle: _fbeta GmbH

Im Rahmen des LeiG-Projekts wird die Methodik in allen Analyse- und Entwicklungsebenen angewendet: bei der Analyse von Rahmenbedingungen und Optionsräumen der Regionen (vgl. Transformationsstudie Teil A/Grundhypothesen), der Versorgungsszenarien, der Ableitung von Transformationsstrategien, der Konzeption von Versorgungs- und Versicherungsangeboten sowie der Strukturplanung des Versorgungssystem (Plattforminfrastruktur) und der Interoperabilität (vgl. Transformationsstudie Teil C2a Konzeption Pflege und C2b Konzeption Therapiesteuerung). Mit dem einheitlichen Vorgehen die in den verschiedenen Teilen der Transformationsstudie (C1, C2a, C2b) erarbeiteten Analyse-, Strategie- und Konzeptionsstände kompatibel, transparent und integriert. Dies ermöglicht ein Höchstmaß an Agilität.

5 Versorgungsangebote

Fünf Ebenen der Integrierten Versorgung

Der Grundgedanke für mehr Produktivität im Gesundheitswesen ist die Förderung von Integration in der Versorgung, was nach der klassischen Definition im Wesentlichen die Integration von Organisation und Vergütung meint. Neben der Regulierung für wettbewerbliche, integrierte Versorgungsangebote, u. a. in Form von Selektivverträgen über eine „Besondere Versorgung“ gemäß § 140a SGB V, sind hier heute auch weitere Ebenen der Integration wesentlich. Diese werden im Folgenden nach Knöppler et al. (2023) erläutert.

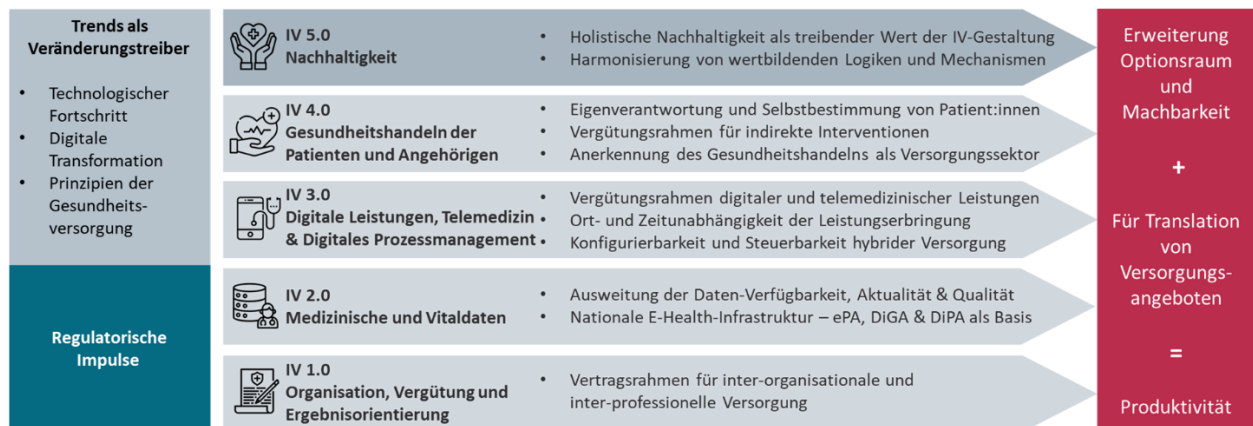
Die „Integrierte Versorgung“ (IV) ist seit 1975 ein gesundheitspolitisches Thema. Maßgeblich war die gesetzliche Etablierung des Versorgungswettbewerbs in der GKV in Form von Integrierten Versorgungsverträgen, Disease-Management-Programmen (DMP) und anderen, teils wettbewerblichen Vertragsformen. In diesem Kontext wurde allerdings lediglich die DMP konsequent auch mit einer digitalen Umsetzung in den Primärsystemen der Ärzte technisch implementiert. Das hat sicher auch zu der Implementierungsschwäche der Ansätze einer Integrierten Versorgung beigetragen.

Heute kommen zu diesen Instrumenten die elektronische Patientenakte (ePA), die digitalen Gesundheits- und Pflegeanwendungen (DiGA und DiPA) sowie die Etablierung der Telemedizin hinzu. Zudem ist die gesetzliche Grundlage für die Einführung des digitalen DMPs „Diabetes“ gelegt, hier ist der operative Start für 2026 vorgesehen. Damit wird eine standardisierte hybride Versorgung für chronisch Erkrankte möglich (Caumanns et al., 2024).

Gesundheitsregionen können entlang der Versorgungsszenarien und Transformationsstrategien die Translationsfähigkeit bzw. die Grundlagen für solche Versorgungsangebote schaffen. Während die Versorgungsszenarien und Transformationsstrategien in Kooperation als gemeinsamer strategischer Rahmen bereitgestellt werden, können die einzelnen Versorgungsangebote auch wettbewerblich erfolgen. Sie ermöglichen somit für Leistungserbringer und Krankenkassen eine Differenzierung im Versorgungswettbewerb und die Suche nach weiteren Innovationen.

Im Folgenden werden die fünf Ebenen bzw. Kernprinzipien der Integrierten Versorgung beschrieben, auf die moderne, auf Produktivität ausgerichtete Versorgungsangebote abzielen, und die durch verschiedene Vertragsformen umgesetzt werden können.

Abbildung 6: Fünf Ebenen Integrierter Versorgung (IV) 5.0



Quelle: Knöppler et al. (2023)

5.1 Integration 1.0 – Organisation, Vergütung und Ergebnisorientierung als Gesamtverantwortung

Mit der (frühen) Integrierten Versorgung hat der Gesetzgeber zunächst zwei Schritte in Richtung Integration von Versorgungsstrukturen unternommen: die organisatorische Koordinierung der Versorgungsprozesse und der Formen der interprofessionellen Zusammenarbeit sowie die Integration der Vergütung (capitation). Zudem ist es damit prinzipiell auch ermöglicht worden, die Vergütung ergebnisorientiert zu gestalten (pay for performance). Damit wurde seitens des Gesetzgebers ein Optionsraum geschaffen, der jedoch zugleich die Umsetzungsschwäche des deutschen Gesundheitswesens deutlich gemacht hat. So ist die Translation dieser Innovationen ist u. a. aufgrund fehlender Marktmodelle, geringer Digitalisierung, mangelnder Organisationsfähigkeit und Innovationsbereitschaft bis heute zu gering.

Mit der Gesetzgebung im Rahmen der Digitalisierung im deutschen Gesundheitswesen (E-Health) in den letzten und der aktuellen Legislaturperiode kommen drei weitere Ebenen der Integration hinzu.

5.2 Integration 2.0 – Medizinische und Vitaldaten sowie Analytik in Versorgung und Management nutzen

Mit der elektronischen Patientenakte (ePA), dem elektronischen Medikationsplan und der elektronischen Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung sind verschiedene Fachanwendungen der nationalen E-Health-Infrastruktur definiert, die eine gemeinsame Datenbasis von medizinischen Daten erlauben. Dies ist im Gegensatz zu den Abrechnungsdaten der GKV eine deutlich hochwertigere und spezifischere Basis für das operative Management von Versorgung, zudem sind die Daten deutlich aktueller: Befunddaten liegen im Idealfall tagesaktuell, Vitaldaten in Echtzeit vor. Schon heute ist es möglich, die eigenen Vitaldaten über Telemonitoring, Wearables, DiGA und DiPA in die ePA zu integrieren. Bei entsprechend nutzerfreundlicher Ausgestaltung dürfte die Akzeptanz für diese Tools weiter ansteigen.

Die Datenintegration ist für die Integrierte Versorgung im Gesundheitswesen eine essenzielle Grundlage. Jedoch ist die technische Umsetzung und insbesondere die Anbindung der unterschiedlichen Primärsysteme der Leistungserbringer (z.B. Krankenhäuser) sehr aufwändig. In jedem Sektor sind es im Durchschnitt 5 – 10 marktführende Systeme, im ambulanten Sektor ist der Markt, anders als in anderen Sektoren, stark aufgesplittet mit etwa 150 Systemen. Zudem besteht sowohl aufseiten der Ärzteschaft eine politische Zurückhaltung hinsichtlich der Transparenz der Patientenakten (etwa bei Fragen zu Haftung und Abrechnung) als auch aufseiten der Primärsystemhersteller (Risiko höherer Quoten an Systemwechseln zu anderen Herstellern).

Die Herstellung einer gemeinsamen, reibungslos verfügbaren Datenbasis überfordert i. d. R. selbst mittlere und größere Projekte zur Integrierten Versorgung aufgrund der Komplexität, des Aufwandes und hinsichtlich der Machbarkeit. Dies wird sinnvollerweise in vielen Ländern als nationale Aufgabe gesehen – als eine Ebene der Kooperation relevanter Akteure. Jedoch steht und fällt diese mit der Akzeptanz: Sektorenübergreifend zur Verfügung stehende digitale Akten müssen zwingend eine ausreichende Flexibilität und Funktionalität zur Abbildung von spezifischen Versorgungsszenarien (z. B. chronische Erkrankungen, Pflege etc.) sowie von spezifischen wettbewerblichen Versorgungs- und Vertragsangeboten mitbringen (d. h. eine Multivertragsfähigkeit mit Vertrags-, Fall- und Organisationsbezug – wie z. B. für Ärztenetze und Konsortien zur Integrierten Versorgung). Mit einer solchen Spezifität und Flexibilität können die Leistungserbringer verfügbare Daten sektorenübergreifend und damit produktiver nutzen, wodurch die Akzeptanz deutlich steigen wird.

5.3 Integration 3.0 – Digitale Leistungen, Telemedizin und digitales Prozessmanagement produktiv einsetzen

Mit der Etablierung von Telemedizin, DiGA und DiPA, IKT-basierten Präventionsleistungen und digitalen (Pflege-)Hilfsmitteln in bestehenden oder neuen Leistungssektoren halten digitale Versorgungsangebote in verschiedene Bereiche des Gesundheitswesens Einzug. Hierbei handelt es sich überwiegend um Anwendungen, deren Hauptfunktion die Nutzung durch Patientinnen und Patienten und, im Bereich Pflege, teils durch die pflegenden Angehörigen vorsieht. Andererseits sind auch digitale Leistungen möglich, die im Verantwortungs- und Haftungsbereich des Leistungserbringers, d. h. unter dessen Aufsicht, dem Patienten/der Patientin zur Verfügung gestellt werden. Diese werden im Gegensatz zu den oben genannten und inkl. der Telemedizin über die Vergütungssysteme der klassischen Leistungsbereiche, z. B. ambulante ärztliche oder stationäre Versorgung, abgerechnet. Wichtig ist hier auch das Zusammenwirken digitaler, telemedizinischer und analoger Leistungen: Digitale bzw. telemedizinische Leistungen können analoge Leistungen ergänzen, ersetzen oder integrieren. Solch hybriden Versorgungsangeboten wird dabei eine hohe Wirksamkeit und Effizienz nachgesagt, wie ebenso der Delegation von Leistungen, die bisher in die ärztliche Domäne fielen und von einem Arzt/einer Ärztin erbracht werden müssen, an medizinisches Fachpersonal.

Mit der Entwicklung des deutschen Gesundheitsmarktes zu mehr digitalen bzw. telemedizinischen Leistungen und Angeboten sowie der entsprechenden Regulierung dieser einzelnen Leistungsarten wird auch die Integration von analogen und digitalen Strukturen immer bedeutender. Dies erfordert Logiken zur Abbildung von Prozessen und patientenindividuellen Versorgungspfaden, entlang derer z. B. Arzttermine und analoge Leistungen sowie telemedizinische bzw. digitale Leistungen in optimierten Abläufen orchestriert werden können. Auch ist hier die Regulation in den verschiedenen Leistungsbereichen zu harmonisieren, damit eine nahtlose Integration schrittweise erleichtert wird.

Heute ist jedoch sowohl das Prozessmanagement als auch die hybride Leistungserbringung immer noch zu wenig etabliert. In einer angrenzenden Branche, dem Amateur- und Profisport, haben sich optimierte

Trainingspläne für bestimmte Trainingsziele und eine individuelle Anpassung durch Trainer sowie deren Anwendungssteuerung über Wearables und Monitoring des Trainings und der Vitalparameter als neuer, herstellerübergreifender Standard etabliert. Diese Prinzipien bzw. Funktionen, die zu einer effizienten Steigerung der Trainingsqualität führen, können weitgehend auf Gesundheitsthemen und das Gesundheitswesen übertragen werden. So könnten z. B. gerade bei chronischen Erkrankungen leitlinienbasierte Versorgungspfade mit Verhaltensänderungen nach diesem hybriden Modell gestaltet werden.

5.4 Integration 4.0 – Gesundheitshandeln der Bürgerinnen und Bürger und Angehörigen aktivieren

Die vierte Ebene der Integrierten Versorgung betrifft die systematische Einbindung des Gesundheitshandelns des Individuums in die Versorgung bzw. das Versorgungsmanagement. Mit Einführung der DiGA wurde der Begriff des Gesundheitshandelns ins SGB aufgenommen – er steht für aktives Selbstmanagement des Patienten/der Patientin in den Zeiten zwischen Arztbesuchen. Das ist insbesondere relevant für Menschen mit chronischen Erkrankungen. Sie sind rund um die Uhr mit ihrer Krankheit beschäftigt, müssen Arzneimittel zur richtigen Zeit in der richtigen Reihenfolge einnehmen, weitere Aspekte wie die Ernährung berücksichtigen, vitale Parameter monitoren, Signale interpretieren und wissen, wie eine Eskalation vermieden bzw. wie notfalls damit umgegangen werden kann.

In einem solchen Kontext ist Information, zum richtigen Zeitpunkt in den Prozess eingebracht, mit Therapie gleichzusetzen: „Information Therapy“ über situationsabhängiges eLearning kann eine neue Qualität in die Akzeptanz, etwa bei der Anpassung des Lebensstils, bringen. Dies ist Health Literacy bzw. Gesundheitskompetenz, integriert in den Alltag des Gesundheitshandelns.

Gesundheitshandeln baut auf Gesundheitskompetenz auf und umfasst deren konkrete Anwendung im Alltag. Viel zu lange war die Unterstützung von Patienten im Alltag nicht ausreichend in die Versorgung integriert, nicht oder kaum über das Sozialgesetzbuch geregelt und für Kassenpatienten damit nicht erstattungsfähig. Somit sind digitale Unterstützungsleistungen im Alltag eine Ausweitung der GKV-Regelversorgung, deren Nutzen sich sowohl in der Ergebnisqualität für die Patientinnen und Patienten als auch in Struktur- und Verfahrensverbesserungen darstellen lassen kann. Auch ist bei den DiGA eine Einbeziehung analoger Leistungen und eine ergebnisorientierte Vergütung möglich – ein absolutes Novum im Rahmen der Kollektivverträge.

Bonusprogramme & Gamification, Versicherungen/Finanzierung

Bonusprogramme, Gamification-Ansätze sowie finanzielle Anreizsysteme der Krankenversicherungen können Bürgerinnen und Bürger zusätzlich zu gesundheitsförderlichem Verhalten motivieren. Durch die Verknüpfung digitaler Anwendungen mit Belohnungsmechanismen lassen sich Präventionsmaßnahmen, Therapietreue und die aktive Mitwirkung am eigenen Gesundheitsmanagement unterstützen.

5.5 Integration 5.0 – Nachhaltigkeit und Werteorientierung bei Therapieentscheidungen

Mit zunehmenden Umweltrisiken für die Gesundheit, einer ausgeprägteren Diskussion um den Umgang mit Ressourcen und auch um Präferenzgerechtigkeit (Transparenz von und Wahl zwischen Therapieoptionen) kommt eine weitere Dimension der Integrierten Versorgung hinzu: Nachhaltigkeit und Werteorientierung. Sowohl auf der Ebene des Versorgungsmanagements in der Zuständigkeit für die

gesundheitliche Versorgung der Bevölkerung, z. B. aus Kassenperspektive, der Versorgung von Patientengruppen aus Perspektive einer Arztpraxis oder auch der individuellen Therapieentscheidung stehen häufig Therapieformen wie Verhaltensänderung, Arzneimittel, operative Eingriffe und manuelle Therapie zur Wahl. Die Diskussion um Nachhaltigkeit spielt im Gesundheitswesen insbesondere hier, bei den Therapieoptionen, die vielleicht größte Rolle.

Nachhaltigkeit in der Versorgung kann hierbei sowohl generationenübergreifend als auch in kürzeren Zeiträumen in Bezug auf ein Leben oder einen Lebensabschnitt betrachtet werden. Folgende Aspekte scheinen aus heutiger Sicht besonders relevant und werden in den kommenden Jahren zunehmend mehr Transparenz und Diskussion erfordern:

Von Versorgung von Krankheit zur Gestaltung von Gesundheit: Die Verankerung des Nachhaltigkeitsgedankens bedeutet unter der Prämisse und Zielsetzung der Ressourcenschonung im Kern eine Verschiebung des Fokus von Kuration zu Prävention und langfristiger Gesundheitsförderung. Dies führt konsequenterweise zu einem Einschluss des Umweltschutzes gemäß dem Planetary-Health-Ansatz und einer Berücksichtigung der ökologischen Folgekosten.

Produktfähigkeit und Darreichungsform: Bislang liegt der Fokus des Gesundheitswesens auf der Versorgung von Krankheit mit einem hohen Anteil verordnungsfähiger, patentierbarer Arzneimittel, Medizinprodukte und medizinischer Dienstleistungen. Damit fällt eine Reihe von Prozessinnovationen, Produkte und Behandlungsoptionen weg, die als Produkt oder Leistung nicht diesen Formen der Verordnung, des Patentschutzes und der Vergütung gemäß SGB entsprechen.

Die Darreichungsform der digitalen Leistung kann zukünftig auch Begleitung zur Verhaltensänderung und Anwendung von Therapieformen enthalten, die bislang von ärztlicher Seite deshalb wenig empfohlen wurden, weil sie z. B. als zu erklärungsbedürftig galten (z.B. Ernährungsberatung, Bewegungsprogramme, Stressmanagement, Tabakentwöhnung etc.). Gerade in diesem Bereich gibt es jedoch Therapien, Anwendungen und Verfahren, die ein erhebliches Potenzial zur Stärkung der Nachhaltigkeit besitzen. Solche Verfahren wie kognitive Verhaltenstherapie, digitale Therapieprogramme bei Depressionen, Schmerzbewältigungstrainings oder Selbstmanagementprogramme für chronische Erkrankungen wurden bislang teilweise z. B. auch in einschlägiger Literatur vorgestellt – also über den zweiten Gesundheitsmarkt. In den letzten Jahren haben auch entsprechende Tutorials in den sozialen Medien massiv zugenommen. Die digitale Ebene schafft hier einen neuen Weg des Zugangs und vor allem eine interaktive Begleitung bei der Integration von Therapieformen und gesundheitsfördernden, präventiven und therapeutischen Verfahren in den Alltag und das Gesundheitshandeln des Individuums. Dabei wird es zukünftig von besonderer Relevanz sein, den Übergang zwischen erstem und zweitem Gesundheitsmarkt weiter zu diskutieren und die Frage der Sicherung von Qualität, Nachhaltigkeit und Werteorientierung neu zu diskutieren und handhabbar zu machen.

Ein klassisches Instrument hierfür ist das **Health Technology Assessment**, eine Methode, die die Bewertung neuer Therapien, Arzneimittel, Medizinprodukte und Verfahren in verschiedenen Dimensionen ermöglicht. In der EU ist der akzeptierte methodische Standard dafür das HTA-Core-Model des EUnetHTA (European Network for Health Technology Assessment).

Im Rahmen des HTA-Core-Models liegt der Fokus der Bewertung in der Regel auf dem gesundheitlichen Nutzen einer Technologie bzw. Intervention im Verhältnis zu ihrem Aufwand und ihren Kosten. Die Berücksichtigung der **ökonomischen Dimension** einer nachhaltigen Integrierten Versorgung zielt auf die Bezahlbarkeit der Versorgung ab und führt zu einer **effektiven Nutzung von Ressourcen im Gesundheitssektor**. Es geht darum, knappe Ressourcen wie Personal, Geldmittel, Medikamente oder

Hilfsmittel so einzusetzen, dass sie möglichst vielen Menschen zugutekommen und einen gleichwertigen Zugang zur Gesundheitsversorgung unabhängig von Alter, Einkommen, Gesundheitszustand oder Wohnort gewährt (**soziale Dimension**). Die systemisch bedingte Ressourcenverschwendung im deutschen Gesundheitswesen hat ihre Ursachen in der bis heute fehlenden Berücksichtigung der **ökologischen Dimension** der Umweltverträglichkeit. Aus Planetary-Health-Perspektive kommt dem Gesundheitssektor hier eine zentrale Rolle zu, diese Entwicklung abzuschwächen (vgl. Graalmann et al. 2023, S. 3 f.).

Hierüber kann ein Teil der Diskussion geführt werden, sowohl zur transparenten Abgrenzung zwischen erstem und zweitem Gesundheitsmarkt als auch zum Vergleich unterschiedlicher Therapieoptionen. Wettbewerbliche Versorgungsansätze können Raum für Innovationen bieten, die nachhaltig, effektiv und effizient sind. Es eröffnen sich erhebliche neue Optionsräume für Wettbewerb, insbesondere auch zwischen Krankenkassen mit Versorgungsverantwortung für Populationen von Versicherten. Der Kompetenz in der Auswahl und Bereitstellung von Therapieoptionen – dem Versorgungsmanagement – kommt somit ein deutlich erweiterter Stellenwert zu. Das gilt insbesondere auch dann, wenn die Digitalisierung der Verwaltungsprozesse im Gesundheitswesen etwa bei Krankenkassen, in Krankenhäusern und Arztpraxen, die bislang einen Großteil der personellen Ressourcen in Anspruch genommen hat, einen zunehmend hohen digitalen Reifegrad erreicht hat.

6 Organisationen und Interoperabilität

Reifegradmodelle und Interoperabilitätsstandards auf Versorgungsszenarien ausrichten

Für die Translation von innovativen Versorgungsangeboten ist eine Anschlussfähigkeit verschiedenster Einrichtungen an die Anforderungen zur Implementierung notwendig. Aufseiten der Organisationen werden hier häufig Reifegradmodelle verwendet, um den Grad der Anschlussfähigkeit zu messen. Dies erfolgt z. B. im Rahmen des Krankenhauszukunftsgesetzes (KHZG) oder des Pakts für den Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD). Die hier genutzten Reifegradmodelle sind abstrakt z. B. auf die Digitalisierung ausgerichtet, jedoch nicht auf ein gemeinsames Versorgungszielbild. In welchen Bereichen die Wertschöpfung sich durch die Umsetzung verbessert, wird i. d. R. zu wenig in den Modellen adressiert. Trotzdem sind sie ein gängiges Instrument, um eine größere Zahl von Einrichtungen innerhalb einer Region auf ein gemeinsames Maß an Anschlussfähigkeit zu bringen.

Im Kontext der leistungsstarken Gesundheitsregion kann hier somit die Leistungsfähigkeit je Einrichtung definiert und die Implementierung erleichtert werden. Wesentlich ist hierbei, dass die Spezifikationen an einem gemeinsamen Zielbild, wie Versorgungsszenarien, Transformationsstrategien und/oder Versorgungsangebote, ausgerichtet sind. Auf diese Weise wird sowohl die versorgungsinhaltliche, organisatorische als auch technische Interoperabilität erreicht. Motivation und Nutzen entstehen dann, wenn die beteiligten Akteure den gleichen Reifegrad erreichen und erst dann die Vorteile der Interoperabilität miteinander nutzen können.

Reifegradmodelle sind üblicherweise auf verschiedene Dimensionen und Kriterien hin ausdifferenziert. Im Folgenden werden die typischen Dimensionen eines Reifegradmodells am Beispiel der digitalen Transformation der Krankenkassen ausgerichtet. Eine ähnliche Anwendung ist für andere Einrichtungen und für leistungsstarke Gesundheitsregionen, spezifische Versorgungsszenarien, Transformationsstrategien und Versorgungsangebote sinnvoll, um schnell eine Translationsfähigkeit innerhalb der jeweiligen Region herzustellen. So können mit minimalem Aufwand Best Practices in vielen Organisationen implementiert und die Basis für mehr Produktivität im Ökosystem gelegt werden.

Das hier vorgestellte Modell wirft vom Zuschnitt einen breiten Fokus auf Digitalisierung und Versorgungsmanagement. Für die Ausgestaltung im Kontext der Gesundheitsregionen sollte eine deutlich enger fokussierte Variante Einsatz finden, die kurze Zyklen für Bestandsaufnahme und Implementierung begünstigt.

6.1 Basis – Strategische Ausrichtung, Organisation, Kultur und Fähigkeiten

Die Basis für die digitale Transformation kann entlang der vier Dimensionen „Strategische Ausrichtung“, „Struktur und Prozesse“, „Kultur“ und „Fähigkeiten“ (Knöppler et al., 2024) beschrieben und gemessen werden.

Dimension [1] Strategische Ausrichtung: Die digitale Transformation kann dann effektiv und effizient gesteuert werden, wenn Vision und Strategie für die Digitalisierung der Krankenkasse operationalisierbar definiert ist. Wichtige Fragestellungen zur Messung der digitalen Reife sind daher: Gibt es eine dokumentierte Vision als langfristige Ausrichtung für die Unternehmensentwicklung sowie eine Strategie für die betriebswirtschaftliche Planung der Digitalisierung? Sind diese in der Kasse bekannt und werden sie umgesetzt? Werden digitale Geschäftsmodelle durch digitale Dienstleistungen und Produkte im Sinne der Digitalisierungsstrategie weiterentwickelt? Die Erfolgsaussichten der Umsetzung in Form einzelner Maßnahmen kann erhöht werden, wenn die Zuweisung von Finanzmitteln für digitale Innovationen

ebenso wie die digitalen Angebote der Krankenkassen regelmäßig evaluiert werden. Darüber hinaus betrachtet die Subdimension „Markt“ die Zusammenarbeit mit Geschäftspartnern im digitalen Ökosystem und erfasst damit die Etablierung eines kollaborativen bzw. kooperativen Ansatzes, der mit Blick auf die wachsenden Anforderungen in einem VUKA-Umfeld (Volatilität, Unsicherheit, Komplexität und Ambiguität) an Bedeutung gewinnen wird.

Dimension [2] Struktur und Prozesse: Die Aufbau- und Ablauforganisation umfasst alle sichtbaren und messbaren Bestandteile und Aktivitäten hinsichtlich der unternehmensinternen Prozesse und Strukturen wie Hierarchien, Abteilungen und Teams. Dabei wird diese durch die Subdimensionen „Koordination“, „Formalisierung und Aufgabenverteilung“ sowie „Wertschöpfung“ gestützt. Koordination zielt auf die Koordinierung bzw. Integration der zentralen und dezentralen Digitalisierungsbemühungen und eine ausreichende Ressourcenzuweisung für Digitalisierungs- und Transformationsaktivitäten. Über die Subdimension „Formalisierung und Aufgabenverteilung“ werden die agile und flexible Organisationsstruktur mit multidisziplinären Teams und der Handlungsspielraum für Abteilungen, Referate und Arbeitsgruppen erfasst. Die Subdimension „Wertschöpfung“ fokussiert die datengestützte Entwicklung von Digitalisierungsinitiativen im Einklang mit Strategien hinsichtlich Leistung, Markt und Versorgung, Kapazitäts-, Leistungs- und Prozessmonitoring auf Basis von Kennzahlensystemen, digital modellierte Abläufe, die eine höhere Prozesstransparenz zur Folge haben, sowie automatisierte Betriebsabläufe.

Abbildung 7: Digitaler Reifegrad GKV 2.0 – Handlungsoptionen, Dimensionen und Nutzen



Quelle: Knöppler et al. (2024), _fbeta GmbH

Dimension [3] Kultur: Die Gesamtheit der Werte, Normen, Denkhaltungen der Belegschaft und Führungsstile des Managements, die die Verhaltensweisen auf individueller, Team- und Organisationsebene bestimmen, werden in der Dimension „Kultur“ betrachtet. Sie umfasst die Subdimensionen „Veränderungsbereitschaft“, „Teamausrichtung“ und „Digitales Mindset“. „Veränderungsbereitschaft“ beinhaltet die Einbringung innovativer Ideen durch alle Mitarbeitenden, die Möglichkeit, das Risiko des Scheiterns in Kauf zu nehmen, um neue Ideen zu verwirklichen, sowie die interne Organisation von Wissen hinsichtlich Bewahrung und Teilen. „Teamausrichtung“ beschreibt die partizipative Interaktion zwischen den Mitarbeitenden. Die Subdimension „Digitales Mindset“ meint die Offenheit für neue Technologien, interorganisationale Zusammenarbeit sowie das Vorhandensein eines transformationalen Führungsstils.

Dimension [4] Fähigkeiten: In dieser Dimension werden Aspekte der Belegschaft, wie Soft Skills und Personalentwicklung, betrachtet. Sie umfasst das Vorhandensein, den Erhalt und die Entwicklung von

Wissen, digitalen Kompetenzen und Erfahrungen auf individueller, Team- und Organisationsebene. Die Subkomponente „Kollaboration“ bewertet das Vorhandensein von als ausreichend eingeschätztem technischem Wissen im Unternehmen, die Förderung von sozialen Kompetenzen, etwa Teamfähigkeit oder Kritikfähigkeit, sowie die Förderung von kontinuierlichem Lernen. Die Subdimension „Personalentwicklung“ bezieht sich auf die Analyse bestehender Fähigkeiten in der Organisation sowie auf deren Erhalt und Weiterentwicklung.

6.2 Enabler – Technologie und Daten produktiv einsetzen

Diese Dimension bewertet die vorhandene Technologie und die Nutzung der Daten und zeigt auf, wo die Krankenkassen Schwierigkeiten mit der Anpassung und Flexibilisierung ihrer Systeme sehen. So lässt sich identifizieren, welche Daten neu zur Verbesserung von internen und Versorgungsprozessen genutzt werden können, um Chancen zur Refinanzierung der anstehenden Investitionen zu realisieren.

Dimension [5] Technologie und Daten: Die Zusammensetzung, das Zusammenwirken und die Funktionalitäten von technischen Ressourcen, wie Hard- und Software oder Kommunikationsnetze, die zur Verarbeitung von Informationen und Daten benötigt werden, charakterisieren ebenso wie die Aktivitäten im Rahmen des Datenmanagements die digitale Reife in diesem Bereich und werden in der Subdimension „Systemarchitektur“ erfasst. Eine detailliertere Betrachtung erfolgt in einer weiteren Subdimension „Daten“, um den Stand hinsichtlich kommunizierender und interoperabler Systeme, automatisierter und anpassbarer Anwendungs- und Dienstleistungssoftware, automatisierter und zweckmäßiger Datenerfassung, -speicherung und -analyse für operative und strategische Zwecke zu erheben. Die Subdimension „Technische Trends“ schließlich schätzt ein, inwieweit technische Trends hinsichtlich der Nutzbarkeit für die Krankenkasse evaluiert werden und ob eine Umsetzung in aktuellen Projekten erfolgt (Knöppler et al., 2024).

6.3 Angebotsportfolio – Hybride und digitale Angebote

Dimension [6] Angebotsportfolio: Hier wird die angestrebte Positionierung im Vergleich zu Wettbewerbern in Bezug auf die digitalen Angebote und deren Akzeptanz, integrierte Versorgung und das Ausschöpfen des gesetzlichen Handlungsrahmens erfasst. Dazu werden die Subdimensionen „Akzeptanz der digitalen Angebote“, „Angebote der Krankenkassen“, „Integrierte Versorgung“ und „Gesetzliche Anforderungen“ beleuchtet. Die Betrachtung der Akzeptanz der digitalen Angebote zielt dabei auf die Untersuchung interner Aspekte des Leistungswesens im Hinblick auf den Anteil digital abgebildeter Sozialverwaltungsprozesse ab, aber auch auf den des Marktes und der Services in Bezug auf den Grad der digitalen Beteiligung der Versicherten. Dazu kommt die Betrachtung des Aspekts von Versorgung und Prävention hinsichtlich des Grades der digitalen Interaktion der Krankenkasse mit Versicherten und Leistungserbringern. Die Subdimension „Angebote der Kassen“ umfasst eine Auswahl von aktuell gängigen Angeboten verschiedener Kassen. Die Subdimension „Integrierte Versorgung“ fokussiert auf die Versorgungsrealität der Krankenkassen hinsichtlich datengetriebener Angebote und regionaler Versorgung. Abschließend werden die gesetzlichen Anforderungen im Hinblick auf den Umsetzungsgrad pro Anforderung eingeschätzt (Knöppler et al., 2024).

6.4 Ergebnis – Beitrag zur Wertschöpfung in der GKV

Auf dem Weg, die Potenziale der Digitalisierung zu heben, bieten sich den Krankenkassen somit eine Fülle von Handlungsoptionen in den sechs zentralen Handlungsfeldern der digitalen Transformation. Die

Fokussierung einzelner Handlungsoptionen zur digitalen Reife ergeben kassenspezifische Maßnahmen, die als Subdimensionen der erfolgsrelevanten sechs Dimensionen bei der Messung digitaler Reife berücksichtigt wurden.

Dimension [7] Ergebnis: Die kassenspezifische Auswahl fokussierter Handlungsfelder und Handlungsoptionen zielt sowohl auf eine kassenspezifische Wertschöpfung digitaler Reife als auch Erfolgsbewertung ab, die ebenfalls erhoben wurde: So wurde untersucht, in welchen Bereichen durch die Digitalisierung ein Beitrag zur Wertschöpfung erwartet wird. Mögliche Subdimensionen der Ergebnismessung sind hierbei Beiträge zu den grundsätzlichen strategischen Zielen in den Bereichen Markt und Service, Leistungswesen, Versorgung und Prävention, Organisation, Finanzen und/oder Innovation. Hieraus lassen sich für Krankenkassen die Schwerpunkte des Geschäftsmodells beschreiben, d. h. der Zusammenhang zwischen den Maßnahmen entlang der sechs Dimensionen digitaler Reife und des Unternehmensergebnisses (Knöppler et al., 2024).

7 Ökosystem und Plattformen

Strukturen und Plattformen integriert und hybrid gestalten

Das mit der digitalen Transformation und Plattformarchitekturen verbundene Optimierungspotenzial für mehr Produktivität im Gesundheitswesen liegt – neben der digitalen Reife innerhalb jeder beteiligten Einrichtung – zudem in der Vernetzung zwischen den einzelnen Akteuren und deren IT-Systemen. Dies betrifft Transaktionen wie Versorgungsangebote, Verwaltungsvorgänge, Daten, Kommunikation und Tarife. Die Digitalisierung ermöglicht die Verknüpfung analoger, digitaler und hybrider Umsetzungsformen für diese Prozesse.

Plattformen können maßgeblich dazu beitragen, das Ökosystem der beteiligten Akteure und die Prozesse zu einem größeren Ganzen zu verbinden. Hinderlich bei der Etablierung von Plattformen in der Gesundheitsversorgung scheint jedoch, dass die verschiedenen Akteure kein hinreichendes gemeinsames Verständnis von Plattformen und deren Potenzial sowohl für die eigene Anwendung als auch für das Gesundheitswesen als Ganzes haben (Knöppler et al., 2022).

Dieses gemeinsame Verständnis ist jedoch notwendig für die Kooperation in Form gemeinsam betriebener Plattformen, die ein wesentliches Element leistungsstarker Gesundheitsregionen ist. Die im Folgenden angeführten Eckpunkte stellen die wichtigsten Methoden zur Typisierung digitaler Plattformen und ihres Wertschöpfungspotenzials dar. Zudem werden essenzielle Designprinzipien für eine erfolgreiche Umsetzung dargelegt. Im Gesundheitswesen werden diese Methoden und Prinzipien in den meisten Fällen bisher nicht oder kaum berücksichtigt, was sich i. d. R. in den Akzeptanzwerten der Plattformen spiegelt.

Bei der Auswahl der Plattformen als Basis für die digitale Transformation von Versorgungsangeboten in leistungsstarken Gesundheitsregionen wird davon ausgegangen, dass die nationale E-Health-Infrastruktur als technische Grundlage dient. Sie deckt über die Fachanwendungen, Medizinischen Informationsobjekte und verschiedenen Dienste i. d. R. grundlegende Sicherheitsfunktionen und Verwaltungsprozesse ab. Diese Bereiche sind jedoch nicht oder kaum als Marktplatz für den Wettbewerb von Versorgungsinnovationen ausgelegt. Insofern scheint hier eine entsprechende Ergänzung von weiteren, spezifischen Plattformen zwingend.

7.1 Typologie – Plattformen im Gesundheitswesen

Für die Typologie digitaler Plattformen im Gesundheitswesen wurde eine branchenunabhängige Definition von Plattform-Basistypen verwendet. Diese wurde um die Methodik zur Darstellung des Plattform-Ökosystems und der Plattform-Ausrichtung ergänzt.

Plattform-Basistypen

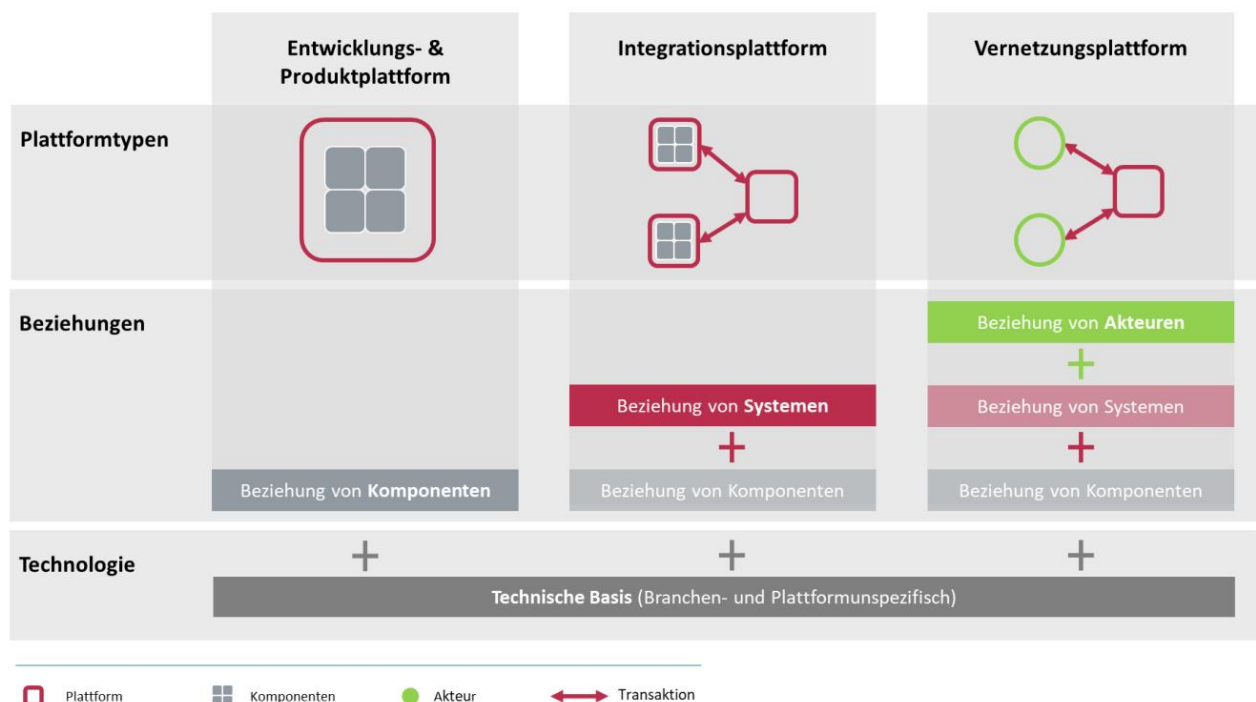
Entwicklungs- und Produktplattformen stellen ein Set an (technischen) Komponenten bereit, welches die Entwicklung von Produkten und/oder Services ermöglicht. Komponenten können dabei Software oder Softwaremodule und Dienstleistungen, wie z. B. die Bereitstellung von Hardware, sein. Das auf dieser Basis entstehende Produkt bzw. den Service stellt der Nutzer der Plattform (IT-Anbieter, Krankenkassen, Leistungserbringer etc.) dann seinen Kunden zur Verfügung.

Integrationsplattformen legen den Fokus auf die Verknüpfung verschiedener bereits bestehender Systeme und bieten entsprechend standardisierter Schnittstellen sowie ggf. zentrale Komponenten an.

Systeme können dabei unterschiedlichste Softwarelösungen und Plattformen sein. Der Nutzer hat Zugang zur Plattform i. d. R. über seine bestehenden IT-Systeme.

Vernetzungsplattformen ermöglichen die Interaktion zwischen verschiedenen Akteuren. Den Nutzern wird i. d. R. ein eigenes Nutzerinterface angeboten. Eine Integration von Systemen ist damit nicht unbedingt erforderlich, aber hilfreich. Durch diese Plattformen wird ein Mehrwert im System und nicht nur für den einzelnen Akteur geschaffen.

Abbildung 8: Plattform-Basistypen im Gesundheitswesen



Quelle: Knöppler et al. (2022), _fbeta GmbH

Neben dieser Basistypologie wurden weitere Merkmale zur Klassifizierung von Plattformen identifiziert, die in Abbildung 8 visualisiert. Hier wird ablesbar, dass ein entscheidendes Kennzeichen von Plattfortmtypen ist, zwischen wem oder was sie Beziehungen herstellen

Die Mehrzahl der Plattformen wurde in den letzten zwanzig Jahren als Vernetzungsplattformen angelegt, deren Zugang über einen eigenen webbasierten Login erfolgt. Doch bei Leistungserbringern im Gesundheitswesen stößt dieser Plattfortmtyp auf geringe Akzeptanz, sie favorisieren Integrationsplattformen, die ihre Primärsysteme verbinden. Eine geringe Bereitschaft zur Interoperabilität aufseiten der Primärsystemhersteller war in den letzten Jahren hier allerdings eine der zentralen Hürden für Infrastrukturinnovationen.

Plattform-Ökosystem

2. **Offenheit/Geschlossenheit des Ökosystems:** abhängig vom Umfang, in dem Fremdangebote in der eigenen Plattform oder eigene Angebote in andere Plattformen über interoperable Schnittstellen integriert werden können
3. **Einsatzzweck** (analog, digital, hybrid): abhängig davon, ob die bisherigen analogen Strukturen durch Vernetzung der Akteure unterstützt, neue digitale Strukturen ergänzt oder analoge und digitale Angebote entlang einer abgestimmten Versorgungskette kombiniert werden sollen
4. **Interoperabilität:** abhängig von der Kooperationsfähigkeit der Komponenten, Systeme und Akteure auf der technischen, syntaktischen, semantischen und politisch/organisatorischen Ebene

7.2 Wettbewerb – Service- und Verwaltungsprozesse bisher Einstiegsszenario für Plattformen

Die Angebots- und Wettbewerbsstrukturen für Gesundheitsversorgung und digitale Plattformen unterscheiden sich deutlich. Wesentlicher Unterschied ist, dass Versicherungs- und Versorgungsleistungen sowie die hierfür verantwortlichen Akteure unmittelbar durch das Sozialgesetzbuch (SGB) und untergesetzliche Regelungen definiert sind. Wettbewerbliche Plattformen und IT-Systeme sind generell jedoch nur mittelbar über die Strukturqualitätsanforderungen der Leistungserbringer definiert. Ausgenommen sind die IT-Systeme und Plattformen der nationalen E-Health Infrastruktur.

Während der Versorgungswettbewerb im deutschen Gesundheitswesen gesetzlich verankert ist, werden die Voraussetzungen für eine digitale Umsetzung des Versorgungswettbewerbs bislang nicht gesetzlich bzw. durch die nationale E-Health-Infrastruktur unterstützt. Insbesondere sind wesentliche Voraussetzungen für die Umsetzung von wettbewerblichen Versorgungsangeboten mit höherwertigen Formen des Versorgungsmanagements kaum geregelt.

Entlang der wettbewerblichen Plattform-Angebote hat sich bislang die größte Marktdynamik in den Wertschöpfungssphären zwischen Leistungserbringer und Bürger gezeigt, z. B. für Terminservices sowie Patientenakten. Internationale Beispiele aus unterschiedlichen Gesundheitssystemen, in denen Plattformen bereits stärker für das sektoren- und akteursübergreifende Versorgungsmanagement genutzt werden zeigen das Potenzial in den Wertschöpfungssphären aller Akteure – Leistungserbringer, Bürger und Kostenträger – für ein strukturiertes Versorgungsmanagement. Hierzu zählen sowohl stärker marktwirtschaftlich geprägte Gesundheitssysteme (z. B. USA) als auch staatlich bzw. öffentlich koordinierte Systeme mit hohem Digitalisierungsgrad (z. B. Dänemark oder Estland). In Deutschland scheint hier ein ungenutztes Optimierungspotenzial zu liegen.

7.3 Potenziale – Struktur- und Verfahrensverbesserungen für das Versorgungsmanagement

Mit den derzeitigen Krisen und dem demografischen Wandel steigen die Anforderungen an die Effizienz im Gesundheitswesen. Über integrierte Versorgungspfade können insbesondere Über- und Fehlversorgung vermieden werden. Die beste technische Unterstützung erfolgt dann, wenn alle Basistypen von Plattformen – Produkt- und Entwicklungs-, Integrations- und Vernetzungsplattform zum Einsatz kommen können.

Aus Perspektive der Akteure erfolgt die Wertschöpfung sektoral getrennt mit dem Fokus auf den eigenen Einflussbereich. Das gilt für Bürger, Leistungserbringer und Kostenträger in ähnlicher Weise. Im

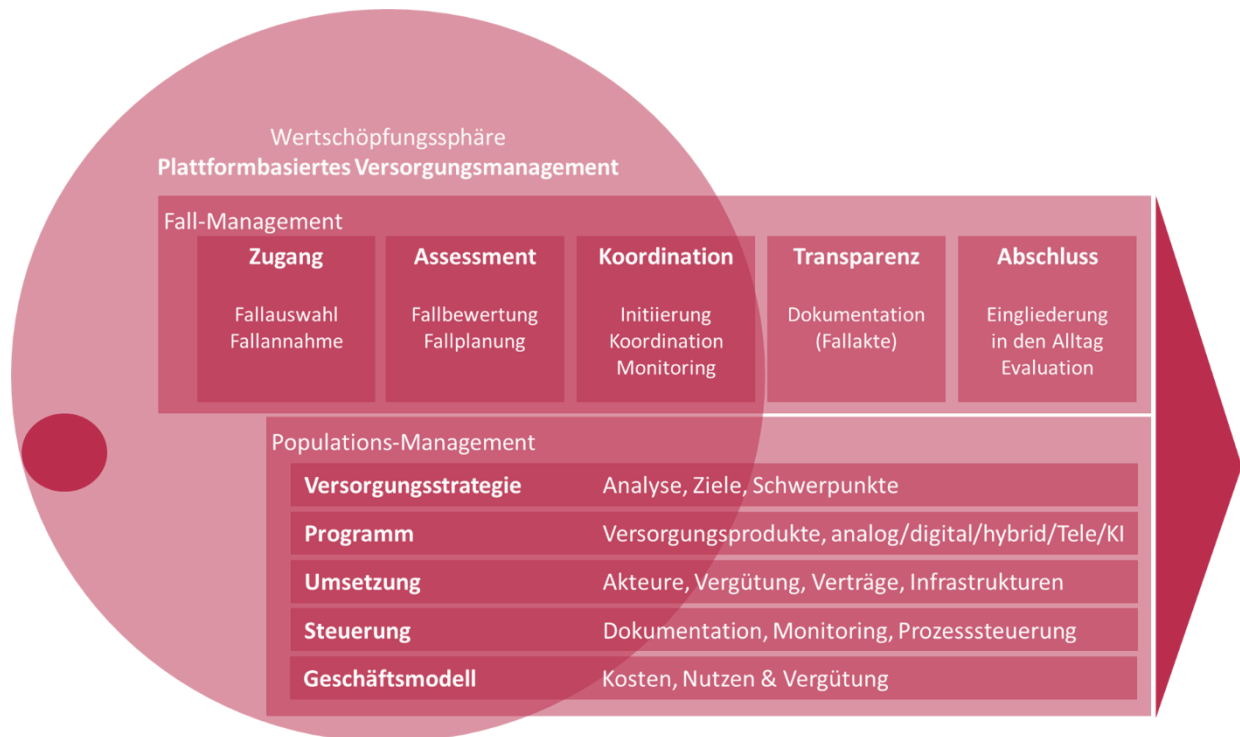
Zusammenspiel der Akteure in Form einer stärker vernetzten Versorgung können Leistungen über ihren gesamten Versorgungspfad und akteurübergreifend zu Versorgungsangeboten gebündelt und durch ein Versorgungsmanagement unterstützt werden. Einerseits findet sich hier das größte Potenzial von Plattformen, da der größte Abstimmungsbedarf in der Überlappung der Wertschöpfungssphären liegt. Andererseits findet ein Fall- und Bevölkerungsgesundheitsmanagement in der Regelversorgung bisweilen wenig statt bzw. wird über Selektivverträge nur zu einem geringen Anteil abgebildet.

Aus Public-Health-Perspektive liegt ungenutztes Potenzial darin, Versorgungsziele und Versorgungsszenarien gezielt über digitale Plattformen zu unterstützen. Solche Ziele und Szenarien ermöglichen den Zuschnitt auf gesundheitsökonomisch relevante Patientengruppen, die für ein Fall- und Bevölkerungsgesundheitsmanagement in Betracht kommen als auch gezielte IT-Umsetzung über Primärsysteme und Plattformen tragfähig machen. Die Versorgungsszenarien Chroniker, Multimorbidität, Prävention, Akut- und Notfälle sind typische Versorgungsszenarien im Gesundheitswesen mit einem hohen Ausgabenvolumen, welche als Muster dienen können.

Die entsprechenden Leistungsbausteine müssen sich entlang einer abgestimmten Versorgungskette standardisierter Versorgungsszenarien ausrichten. Die einzelnen Plattfortmtypen (Entwicklungs- und Produktplattformen, Integrationsplattformen, Vernetzungsplattformen) haben unterschiedliche Ansatzpunkte, bei denen sie ihren Nutzen entfalten. Durch den kombinierten Einsatz der Plattfortmtypen können ganze Versorgungsketten effektiv unterstützt werden. Mischformen aus analogen und digitalen Leistungen wie Blended Care bieten hier hohe Produktivität durch optimale Ressourcenallokation des eingesetzten Personals und digitaler Leistungen.

Innovationen in der Gesundheitsversorgung können beim Einsatz von Plattformen im Wesentlichen durch die Nutzung von Komponenten oder den erleichterten Zugang über Integrationsplattformen zu anderen IT-Systemen oder über Vernetzungsplattformen durch die direkte Vernetzung von Akteuren entstehen. Produktivitätssteigerungen in der Gesundheitsversorgung können beim Einsatz von Plattformen durch die Abbildung von übergreifenden Versorgungsketten entstehen. Hierdurch wird sowohl eine optimale Ressourcenallokation von analogen, digitalen und hybriden Leistungen möglich als auch eine ergebnisorientierte Optimierung aller verwendeten Leistungen und sonstigen Ressourcen.

Abbildung 10: Wertschöpfungskette Versorgungsmanagement



Quelle: Knöppler et al. (2022), _fbeta GmbH

Diese Potenziale der Digitalisierung scheinen angesichts des steigenden Versorgungsbedarfs und des Schwindens verfügbarer Fachkräfte essenziell für die Zukunft der Gesundheitsversorgung zu sein.

Das besondere Potenzial von Plattformen im Gesundheitswesen liegt in der Vernetzung von Versorgungs- und IT-Systemen unterschiedlicher Leistungs- und Versicherungssektoren und der technischen Abbildung von Leistungsketten/ Versorgungs- und Verwaltungsprozessen. Die Leistungsbausteine können analoger oder digitaler Form sein. Damit können sie sowohl für die Wertschöpfung der einzelnen Akteure untereinander (same-sided) als auch für die Akteure im Zusammenspiel (cross- oder multi-sided) einen Beitrag zur Potenzialentwicklung leisten.

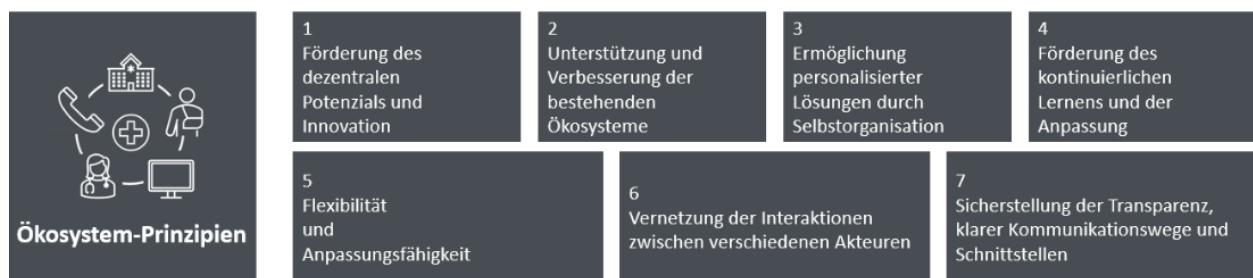
Plattformen unterliegen in Deutschland dann der Regulierung im Kontext des SGB, wenn sie Bestandteil der nationalen E-Health-Infrastruktur sind. Das sind u. a. die DTA-Verfahren, die Telematikinfrastruktur mit verschiedenen Fachanwendungen und die elektronische Patientenakte (ePA). Sonstige Plattformen fallen in der Regel nicht unmittelbar unter die Regulierungen des SGB. Mittelbare Anforderungen ergeben sich in dem Fall, dass die Finanzierung über Krankenkassen erfolgt. Dann sind diese verpflichtet, auf Angebote der gematik zurückzugreifen, soweit hier die entsprechenden Dienste oder Komponenten angeboten werden. Mittelbare Anforderungen ergeben sich zudem aus allgemeinen Vorgaben für die Datennutzung und andere Vorgaben, die die Akteure des Plattform-Ökosystems betreffen. Dazu gehören auch ggf. teils branchenunspezifische Anforderungen wie CE-Zertifizierung, Datenschutz, Datensicherheit und Medizinprodukteregulierung. Letztere sind für die Betrachtung in dieser Studie jedoch zunächst von zweitrangiger Bedeutung (Knöppler et al., 2022).

7.4 Plattform-Design – Der Wert von Plattformen liegt in der Akzeptanz: sieben Designprinzipien

Digitale Plattformökosysteme haben sich in anderen Branchen in den letzten Jahren stark entwickelt, sowohl was ihre Vielzahl der Plattformen betrifft als auch die große Akzeptanz. Auch gibt es zwischen diesen digitalen Ökosystemen teils freiwillig abgestimmte Interoperabilitätsstandards, sodass die Systeme zunehmend auch integriert genutzt werden können. Typische Beispiele sind u. a. Social-Media-Plattformen oder Tracking-Systeme im Bereich des Profi- und Amateursports in verschiedensten Sportarten.

In diesem Kontext sind Designprinzipien entstanden, durch deren Berücksichtigung der Erfolg und insbesondere die Akzeptanz der Plattformen bei den Nutzerinnen und Nutzern bestmöglich erreicht wird. Die folgenden sieben Prinzipien sind auch relevant, um Plattformökosysteme in der Gesundheitsversorgung zu verbessern (Cicero, 2018).

Abbildung 11: Sieben Prinzipien des Plattform-Designs digitaler Ökosysteme



Quelle: _fbeta GmbH

Prinzip 1 – Förderung des dezentralen Potenzials und Innovation

Einzelpersonen oder kleine Teams haben heute großes Potenzial, enorme Reichweiten zu erzielen, Produkte und Dienstleistungen zu schaffen und Systeme zu transformieren. Dieses Prinzip betont die Bedeutung, bei der Konzeption einer Plattformstrategie das dezentrale Potenzial, also die Möglichkeit, dass einzelne Akteure eigenständig innovative Lösungen entwickeln und in ein gemeinsames Plattformökosystem einbringen können, zu nutzen und zu fördern.

Prinzip 2 – Unterstützung und Verbesserung der bestehenden Ökosysteme

Plattformstrategien sollten darauf abzielen, bestehende Ökosysteme zu unterstützen und zu verbessern. Es ist nicht möglich, ein Ökosystem künstlich zu erschaffen; stattdessen sollten die Strategien darauf abzielen, vorhandene Potenziale und Wechselwirkungen zu mobilisieren. Dies beinhaltet die Integration vorhandener Gesundheitsdienste und IT-Infrastrukturen, um deren Effizienz und Wirksamkeit zu steigern.

Prinzip 3 – Ermöglichung personalisierter Lösungen durch Selbstorganisation

Um personalisierte Lösungen zu bieten, sollten Plattformen die Selbstorganisation innerhalb des Ökosystems fördern. Dies hilft, den Bedarfen einzelner Nutzerinnen und Nutzer gerecht zu werden und ermöglicht eine effiziente und angepasste Interaktion zwischen Produzenten und Konsumenten

Prinzip 4 – Förderung des kontinuierlichen Lernens und der Anpassung

In einer Welt, die durch Volatilität, Unsicherheit, Komplexität und Ambiguität (VUKA) geprägt ist, müssen Plattformen kontinuierliches und beschleunigtes Lernen fördern. Dies beinhaltet spielerische und schrittweise Lernprozesse sowie Wettbewerbs- und Kollaborationsmöglichkeiten.

Prinzip 5 – Flexibilität und Anpassungsfähigkeit

Plattformen sollten flexibel genug sein, um es den Nutzern zu ermöglichen, neue Verhaltensweisen und Innovationen auszuprobieren. Wenn sich neue, wiederkehrende Verhaltensweisen als nützlich erweisen, sollten diese institutionalisiert und gefördert werden. Ein Beispiel ist die zunächst pilotartige Nutzung neuer digitaler Kommunikations- und Kooperationsformen zwischen Patienten, Leistungserbringern und Kostenträgern. Erweisen sich diese als wirksam und akzeptiert, können sie in die regulären Versorgungsprozesse und Plattformstrukturen übernommen werden.

Prinzip 6– Vernetzung der Interaktionen zwischen verschiedenen Akteuren

Anstatt Lösungen zu produzieren, sollten Plattformen Interaktionen zwischen verschiedenen Akteuren organisieren und fördern. Dies umfasst u. a. Krankenhäuser, Ärztinnen und Ärzte, Patientinnen und Patienten, Versicherungen und Anbieter von IT-Technologien. Durch die Schaffung von Synergien und die Förderung von Win-Win-Situationen können wertvolle Kooperationen entstehen, die das gesamte System stärken.

Prinzip 7 – Sicherstellung der Transparenz, klarer Kommunikationswege und Schnittstellen

Transparente Finanz- und Produktinformationen sowie einfache und klare Schnittstellen für den Zugang zu internen Diensten und Produkten sind essenziell. Dies fördert eine effiziente Zusammenarbeit und minimiert Missverständnisse und Konflikte innerhalb des Plattformökosystems.

Durch die Anwendung dieser Prinzipien kann ein integriertes Ökosystem geschaffen werden, das effizienter und effektiver ist, indem es insbesondere gezielter auf die individuellen Bedarfe der Nutzerinnen und Nutzer eingeht und überdies kontinuierlich an neue Herausforderungen angepasst werden kann. Dies bildet die Grundlage für die Akzeptanz aller relevanten Nutzer und Einrichtungen.

Bei der Einführung der Telematikinfrastruktur (TI) scheinen diese Prinzipien in den letzten Jahrzehnten – im Gegensatz zu aktuellen Vorgehensweisen – zu wenig berücksichtigt worden zu sein. Hier stehen den Prinzipien auch einige regulatorische Vorgaben des SGB entgegen. Somit ist eine entsprechende Justierung des Vorgehens und der Regulierung an bestimmten Stellen für den Erfolg einer solchen Plattform-Architektur essenziell. Im Kontext der leistungsstarken Gesundheitsregionen können die hierfür relevanten Anforderungen und Prinzipien gemeinsam durch die zentralen Akteure in der Gesundheitsversorgung gestaltet werden, sodass, in Verbindung mit den darauf ausgerichteten digitalen Reifegradmodellen, eine bestmögliche Translationsfähigkeit in der Gesundheitsregion erzielt werden kann.

7.5 Soziotechnische Konzeption plattformbasierter Zielarchitekturen

Im Rahmen von Sprint II des LeiG-Projekts haben wir eine Methode eingesetzt, die speziell zur Modellierung einer plattformbasierten Zielarchitektur entwickelt wurde. Anders als verwandte Ansätze, die ausschließlich die technischen Mechanismen und Komponenten von Plattform-Architekturen fokussieren, und möglichst viele technische Details abbilden, wurde unsere Methode gezielt so entworfen, dass sie den Schulterschluss mit nicht-technischen, aber technisch assoziierten Themen ermöglicht.

Sie eignet sich zwar auch für die Analyse – etwa für die IST-Beschreibung einer bestehenden Systemlandschaft – wird im LeiG-Projekt jedoch vorrangig als Gestaltungsmethode eingesetzt, um eine **logische Zielarchitektur** zu konzipieren. Ihre besondere Stärke liegt dabei darin, ein versorgungsinhaltliches Zielbild in eine technische Repräsentation zu überführen, die als gemeinsames Sprachmedium für den interdisziplinären Austausch zwischen Versorgung, Management und Technik dient. Auf dieser Grundlage können Techniker rein technische Architekturmethoden anwenden, die sämtliche IT-Aspekte vollständig und detailliert abbilden. Da diese jedoch oft wenig zugänglich für Nicht-Techniker sind und an Übersichtlichkeit verlieren, schafft unsere Methode genau hier einen klaren Mehrwert.

Grundstruktur. Aufbau der zweidimensionalen Kartierung

Das methodische Raster folgt einer **zweidimensionalen Kartierung** (siehe Abbildung 12): In den Spalten werden einerseits die **Akteure** der Systemlandschaft horizontal abgebildet. Auswahl und Subsumptionen der Akteure in Gruppen können frei angepasst werden. Die im Rahmen des LeiG-Projekts verwendete Konfiguration wurde im Zuge der Festsetzung und Detaillierung der Transformationsstrategien gewählt.

Das vertikale Raster ist interdisziplinär gegliedert. Die oberste Zeile beschreibt die Funktionen, die für die **Versorgung und die Marktgestaltung** zur Verfügung stehen sollen. Vereinfacht gesprochen werden hier die Funktionen oder Mehrwerte abgetragen, die im Feld zu einer spürbaren Verbesserung des Ökosystems beitragen sollen.

Die Beantwortung der Frage, welche **technischen Systeme** bzw. digitalen Komponenten dazu in Interaktion treten, ist das leitende Gestaltungsziel dieser Methode. Auf **drei Ebenen** wird die technische Sicht differenziert:

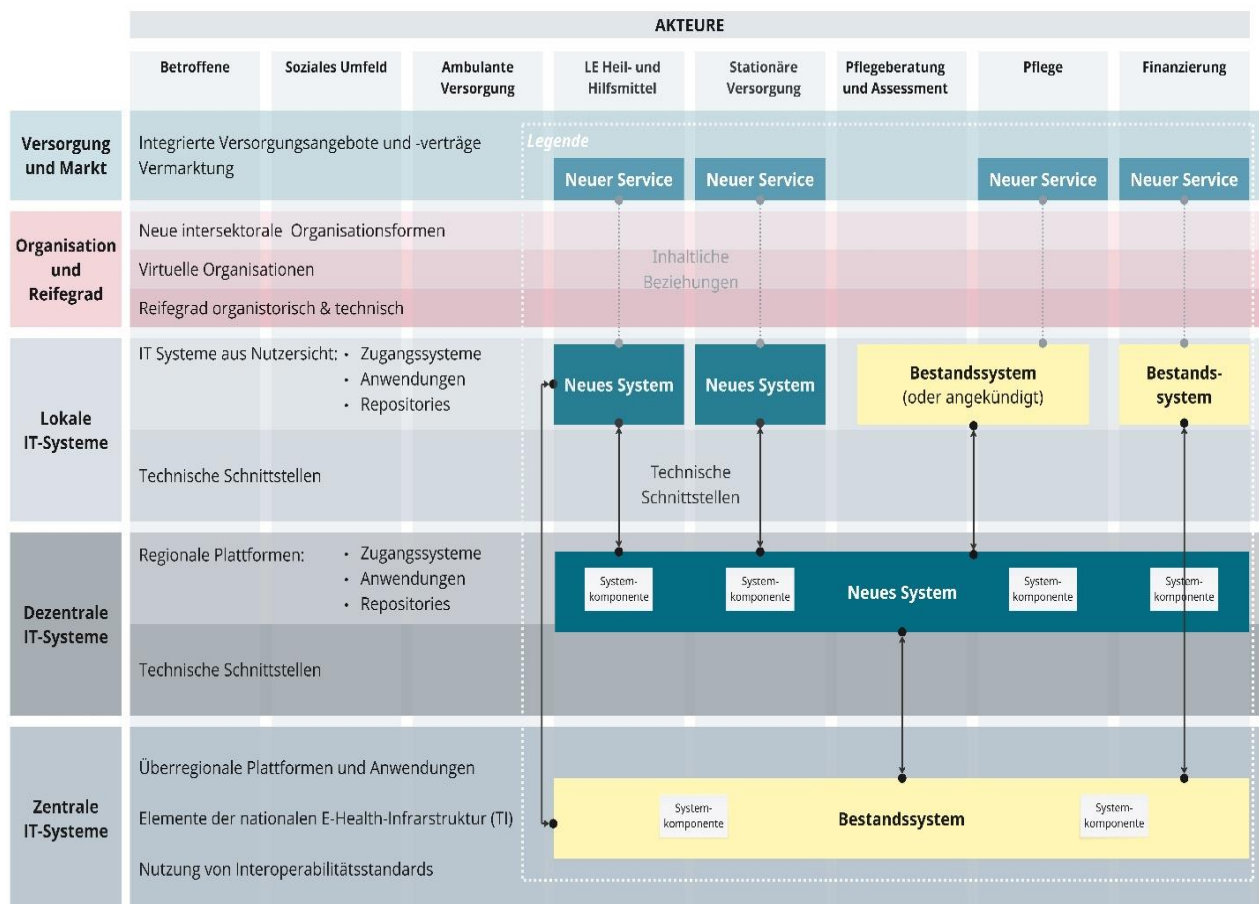
- **Lokale** IT-Systeme der jeweiligen Akteure,
- **Dezentrale** Systeme, z. B. Plattformen oder Infrastrukturen einer Gesundheitsregion oder eines Bundeslandes,
- **Zentrale**, überregionale IT-Systeme, insbesondere die nationale E-Health-Infrastruktur sowie bundesweite Interoperabilitätsstandards wie Bibliotheken standardisierter Terminologien.

Auf jeder dieser Ebenen wird nicht versucht, sämtliche existierenden oder geplanten Systeme vollständig abzubilden. Stattdessen konzentriert sich die Methode bewusst auf die für die Gesamtarchitektur essenziellen Systemtypen. Diese Auswahl dient der Komplexitätsreduktion, die für den oben beschriebenen Zweck der Methode – den interdisziplinären Austausch und die Entwicklung einer verständlichen, strategisch ausgerichteten Zielarchitektur – von zentraler Bedeutung ist. Innerhalb dieser reduzierten Darstellung wird beschrieben, welche Bestandssysteme und welche neuen Systeme zur künftigen Systemlandschaft gehören sollen und welche technischen Schnittstellen zwischen den

Komponenten bestehen oder neu geschaffen werden müssen. Bei umfangreichen Systemen, z. B. regionalen Plattformen, werden ausgewählte Systemkomponenten separat dargestellt.

Zwischen der funktionalen und der technischen Ebene ist eine **organisatorische Ebene** vorgesehen. Hier geht es um den soziotechnischen **Reifegrad** und die notwendigen organisatorischen Veränderungen, die als Bindeglied sicherstellen, dass die gewünschten Funktionen und Services durch die künftige Systemlandschaft tatsächlich umgesetzt werden können. Dies kann z. B. die Etablierung einer neuen Managementgesellschaft als juristische Person für eine intersektorale Kooperation erfordern. Gegebenenfalls ist diese Managementgesellschaft um eine virtuelle Organisation – als virtuelle Leistungserbringerstruktur – zu ergänzen. Gleichzeitig muss die erforderliche technische und organisatorische Reife bei allen beteiligten Einzelakteuren erreicht werden, um sowohl die neu organisierte Versorgung, neue Wettbewerbsstrukturen als auch die IT-Systemlandschaft wirksam und nachhaltig betreiben zu können.

Abbildung 12: Methodisches Raster zur Konzeption plattformbasierter Zielarchitekturen



Quelle: fbeta GmbH

Literaturverzeichnis

s. Literaturverzeichnis Teil A