

Transformationsstudie Teil C1

Leistungsstarke Gesundheitsregionen (LeiG)

Potenzialanalyse und Strategie



Impressum

_fbeta GmbH

Akazienstraße 31
10823 Berlin

Autoren

Karsten Knöppler
Tillman Vatter
Janik Trappe
Dr. Tim Scheplitz
Hannah Schick
Hans-Holger Bleß
Sandra Martick

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

Zusammenfassung

Der C1-Bericht markiert den analytischen Einstieg in die regionale Transformation und verbindet erstmals die in den Teilen A und B entwickelten strategischen Grundlagen mit der konkreten Versorgungsrealität in der Region Aachen. Er bildet damit die konzeptionelle Brücke zwischen der visionären Rahmensetzung und der späteren Entwicklung spezifischer Versorgungsarchitekturen und Geschäftsmodelle in C2. Der Bericht zeigt systematisch, wie aus komplexen Versorgungsbedingungen strukturierte Erkenntnisse gewonnen und daraus priorisierte Transformationsstrategien abgeleitet werden.

Zu Beginn erläutert der Bericht die **Methodik** der Potenzialanalyse und zeigt, wie Transformationscanvas, Grundhypothesen, qualitative Recherchen und regionale Workshops zusammengeführt wurden. Das methodische Vorgehen begründet die Logik, nach der Bedarfe bestimmt, Ursachen analysiert und Potenziale sichtbar gemacht werden –, und erklärt, weshalb die Potenzialanalyse den ersten Schritt des C1-Sprints darstellt.

Auf dieser Basis beschreibt das **Kapitel 3 zur regionalen Ausgangssituation** die funktionale Region Aachen als heterogenen Versorgungsraum. Struktur- und Versorgungsindikatoren offenbaren deutliche Unterschiede zwischen städtischen und ländlichen Teilräumen – sowohl in medizinischen Kapazitäten und Fachkräftenstrukturen als auch in pflegerischen Ressourcen. Das Kapitel schafft damit den räumlichen und strukturellen Kontext für die anschließenden Szenarioanalysen.

Kapitel 4 – Versorgungsgegenstand bildet den fachlichen Kern der Potenzialanalyse. Es untersucht drei zentrale Versorgungsszenarien: chronische Erkrankungen, Root Causes sowie pflegerische Versorgung. Die Analyse verdeutlicht, dass Versorgungsprobleme selten aus mangelnder Evidenz entstehen, sondern aus strukturellen Lücken, Fragmentierung, fehlender Koordination, begrenzten Präventionszugängen, inadäquaten Informationsflüssen und unzureichender Einbettung digitaler Prozesse. Jede Szenarienanalyse mündet in eine Bewertung der regionalen Gestaltungsspielräume. Deutlich wird, dass insbesondere die Versorgung chronisch Erkrankter, die lebensstilbezogene Prävention und die Pflege über starke krankheits- und sektorenübergreifende Hebel verfügen. Maßnahmen, die an diesen übergreifenden Herausforderungen ansetzen, entfalten in der Breite hohe Wirkung, da sie zentrale Ursachen von Morbidität und Versorgungsaufwand adressieren.

In **Kapitel 5 – Versorgungsökosystem** werden organisatorische, strukturelle und technologische Bedingungen im regionalen Versorgungsökosystem untersucht. Die Analyse der Akteursstrukturen zeigt eine deutliche Divergenz zwischen stark ausgebauten Kapazitäten im städtischen Raum und Engpässen in ländlichen Regionen. Gleichzeitig bestehen erhebliche Potenziale für multiprofessionelle Teams, neue Rollenprofile und koordinierende Versorgungsstrukturen. Die Betrachtung integrierter Versorgungsmodelle zeigt, dass zahlreiche regionale Projekte bereits funktionale Logiken enthalten, die sich für eine systemische Weiterentwicklung eignen – insbesondere digitale Vernetzung, delegierbare Aufgaben und mobile Versorgungsmodelle. Dennoch scheitert eine flächendeckende Implementierung häufig an fehlenden Anreizen, begrenzter Finanzierung und administrativen Hürden.

Die **technologische Potenzialanalyse** zeigt schließlich, dass die regionale IT-Landschaft funktional ausgereifte Systeme umfasst, diese aber überwiegend dokumentations- und abrechnungsorientiert sind. Der zentrale Wertschöpfungsprozess – die kontinuierliche, interprofessionelle Versorgung – bleibt weitgehend ungenutzt. Plattformen, Telemedizin, strukturierte Datenmodelle und interoperable Prozesse existieren in Ansätzen, jedoch ohne systemische Integration. Die Telematikinfrastruktur liefert hierfür wichtige Basisdienste, erfüllt aber allein nicht die Anforderungen an moderne, hybride Versorgungspfade. Daraus entsteht ein klarer Gestaltungsauftrag: regionale, interoperable Plattformstrukturen aufbauen, die Versorgung koordinieren, Rollen verbinden, Daten nutzbar machen und die technische Anschlussfähigkeit aller Akteure sichern.

Kapitel 6 – Transformationsstrategien integriert die Erkenntnisse in ein konsistentes Set regionaler Transformationsstrategien. Es umfasst zwei Basisstrategien – den Organisationsaufbau der Gesundheitsregion und die Integration der Telematikinfrastruktur – sowie sieben szenariospezifische Strategien, die auf die prioritären Herausforderungen in chronischer Versorgung, Root Causes, Pflege und Zugang zugeschnitten sind. Die strategische Logik verbindet sektorenübergreifende Koordination, digitale Infrastruktur, Prävention, Navigation und multiprofessionelle Versorgungsteams zu einer Gesamtarchitektur zukünftiger regionaler Versorgung.

Kapitel 7 priorisiert diese Strategien auf Basis eines einheitlichen Kriterienrasters und der regionalen Rückbindung. Dabei wird deutlich, dass die digitale Therapiesteuerung sowie die virtuell gestützte ambulante Pflege einen herausragenden Hebel für die Region darstellen. Beide Strategien verknüpfen digitale Prozesse, multiprofessionelle Zusammenarbeit und Versorgungspfade und entsprechen zugleich den drängendsten Bedarfen der Region.

Insgesamt zeigt der C1-Bericht, wie aus einer komplexen Versorgungslandschaft ein strukturiertes Verständnis regionaler Bedarfe entsteht. Er identifiziert zentrale Engpässe, zeigt funktionale und technologische Potenziale auf und leitet daraus eine konsistente, priorisierte Transformationsagenda ab. Der Bericht schließt die analytische Lücke zwischen strategischem Rahmen und operativer Ausgestaltung und bildet die Grundlage für die nächste Phase der konzeptionellen Ausgestaltung in C2.

Inhaltsverzeichnis

Zusammenfassung	II
Abbildungsverzeichnis	VI
Tabellenverzeichnis	VII
1 Einleitung	1
2 Methodik	3
2.1 Methodischer Gesamtansatz und Framework	3
2.2 Methodik der Potenzialanalyse	4
3 Regionales Setting	6
4 Versorgungsgegenstand	9
4.1 Versorgungsgegenstand: Chronische Erkrankungen	9
4.1.1 Versorgungsbedarf: Chronische Erkrankungen als zentrale Herausforderung für das Gesundheitssystem	10
4.1.2 Krankheitskontext: Versorgungsinhaltliche Prozess- und Strukturqualitätsanforderungen	13
4.1.3 Versorgungsinhaltliche Potenziale	15
4.1.4 Fazit: Handlungsoptionen der Gesundheitsregion im Bereich chronischer Erkrankungen	21
4.2 Versorgungsgegenstand: Root Causes	23
4.2.1 Versorgungsbedarf: Lebensstilfaktoren als zentrale Ursachen chronischer Erkrankungen	24
4.2.2 Präventions- und Versorgungskontext	26
4.2.3 Versorgungsinhaltliche Potenziale: Präventive Hebel und Wirkmechanismen	27
4.2.4 Fazit: Handlungsoptionen der Gesundheitsregion im Bereich Root Causes	31
4.3 Versorgungsgegenstand: Pflege	33
4.3.1 Pflegekontext und Bedarf	33
4.3.2 Pflegerische und medizinische Versorgungssituation	38
4.3.3 Versorgungsinhaltliche Potenziale	46
4.3.4 Fazit: Handlungsoptionen der Gesundheitsregion im Bereich Pflege	49
5 Versorgungssystem: Organisatorische und technische Potenzialanalyse	51
5.1 Akteure: Strukturanalyse Akteure in der Gesundheitsversorgung	51
5.2 Transaktionen: Integrierte Versorgungsangebote	53
5.2.1 Analyse bestehender integrierter Versorgungsangebote	53
5.2.2 Regionale Projekte der integrierten Versorgung	58

5.2.3	Fazit: Handlungsempfehlungen aus bestehenden integrierten Angeboten und regionalen Projekten für die Gesundheitsregion	60
5.3	Technologie: Digitalisierungsoptionen	62
5.3.1	IT-Landschaft: Strukturanalyse IT und Plattformen	62
5.3.2	Fazit: Leerstellen der IT-Systemlandschaft als Gestaltungsraum für die Gesundheitsregion	76
6	Transformationsstrategien	82
6.1	Basisstrategie I: Organisationsaufbau der Gesundheitsregion	83
6.2	Basisstrategie II: Integration der Telematikinfrastruktur	84
6.3	Transformationsstrategie 1: Virtueller regionaler Gesundheitsmarkt	85
6.4	Transformationsstrategie 2a: Virtuelles Team für die Therapiesteuerung	87
6.5	Transformationsstrategie 2b: Indikationsspezifische hybride Versorgungsangebote und Versorgungsmanagement	89
6.6	Transformationsstrategie 3: Verhältnisprävention mit zielgruppenspezifischen Kampagnen und Settingangeboten	91
6.7	Transformationsstrategie 4: Verhaltensprävention nach Lebensabschnitten mit hybriden Formaten, Gesundheitsakte und Co-Finanzierung	93
6.8	Transformationsstrategie 5: Virtuell gestützte informelle und professionelle ambulante Pflege sowie Primärversorgung	95
6.9	Transformationsstrategie 6: Virtuell gestützte stationäre Pflege und Primärversorgung	97
7	Ergebnisse Priorisierung	99
	Literaturverzeichnis	VIII

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Überblick Versorgungsgegenstand	9
Abbildung 2: Pflegebedürftige 2021 bis 2070	34
Abbildung 3: Pflegegehälter deutlich gestiegen	35
Abbildung 4: Pflegebedürftige nach Art der Versorgung 2001 bis 2021	36
Abbildung 5: Entwicklung familiärer Unterstützungskoeffizient 2000 bis 2050	37
Abbildung 6: Anzahl Pflegebedürftige, informell versorgt, 2023	43
Abbildung 7: Anzahl Pflegebedürftige, ambulant versorgt, 2023	44
Abbildung 8: Übersicht Systemtypen der IT-Landschaft im Fokus der Potenzialanalyse	63
Abbildung 9: Funktionale Abdeckung der zentralen Transaktionen durch zentrale Systemtypen	77
Abbildung 10: Übersicht Plattfortmtypen mit besonderem Potenzial für die Gesundheitsregion	79
Abbildung 11: Basisstrategien	84
Abbildung 12: Transformationsstrategie 1: Virtueller regionaler Gesundheitsmarkt	86
Abbildung 13: Transformationsstrategie 2a: Virtuelles Team für die Therapiesteuerung	88
Abbildung 14: Transformationsstrategie 2b: Indikationsspezifische hybride Versorgungsangebote und Versorgungsmanagement	90
Abbildung 15: Transformationsstrategie 3: Verhältnisprävention mit zielgruppenspezifischen Kampagnen und Settingangeboten	92
Abbildung 16: Transformationsstrategie 4: Verhaltensprävention nach Lebensabschnitten mit hybriden Formaten, Gesundheitsakte und Co-Finanzierung	94
Abbildung 17: Transformationsstrategie 5: Virtuell gestützte informelle und professionelle ambulante Pflege sowie Primärversorgung	96
Abbildung 18: Transformationsstrategie 6: Virtuell gestützte stationäre Pflege und Primärversorgung	98
Abbildung 19: Ergebnisübersicht Strategiebewertung	100

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Regionale Informationen	7
Tabelle 2: Prävalenzen chronischer Erkrankungen und Abweichungen in Prozent (Stand 2023, Anteil fair)	12
Tabelle 3: Prognosen für das Jahr 2040 in Abhängigkeit verschiedener Szenarien der Studie (Milan et al., 2021), in Mio. Patienten	13
Tabelle 4: Indikationsspezifische Potenziale	21
Tabelle 5: Nennung der fünf Root Causes in NVL	23
Tabelle 6: Vermeidbare Fälle durch Lebensstilinterventionen 30 bis 50 Prozent der inzidenten Fälle	25
Tabelle 7: Versorgungsinhaltliche Potenziale im Bereich Root Causes	30
Tabelle 8: Gestaltungsprinzipien einzelner Präventionsangebote	31
Tabelle 9: Potenzial für die Vermeidung von Krankheitsfällen durch Lebensstilinterventionen im Pflegebereich	41
Tabelle 10: Versorgungsstruktur Region Aachen	51
Tabelle 11: Ausgewählte Projekte der integrativen Versorgung in der Region	59
Tabelle 12: Typen telemedizinischer Anwendungen im Überblick	73
Tabelle 13: Transformationsstrategien im Überblick	83

1 Einleitung

Ausgangssituation. Warum das deutsche Gesundheitswesen neue Wege gehen muss

Das deutsche Gesundheitswesen steht vor einer Belastungsprobe, die in Umfang und Dynamik alle bisherigen Reformphasen übersteigt. Ein demografisch bedingter Anstieg chronischer Erkrankungen trifft auf strukturelle Engpässe in der ambulanten und pflegerischen Versorgung, steigende Kosten in Kranken- und Pflegeversicherung sowie deutliche Personalknappheit. Diese Gemengelage legt offen, dass klassische Rollen, Formen der Zusammenarbeit und Verfahren der Selbstverwaltung an systemische Grenzen gestoßen sind.

Zwar entstehen kontinuierlich Innovationen – von digitalen Lösungen über neue Organisationsformen bis hin zu sektorenübergreifenden Versorgungskonzepten – doch ihr Weg in die Fläche bleibt die Ausnahme. Die große Herausforderung besteht nicht in der Entwicklung guter Ideen, sondern im **Transfer**, in der **Skalierung** und in der **strukturellen Integration** solcher Innovationen in den Versorgungsalltag.

. Digital ist da – aber nur teilweise angekommen

Trotz einer zunehmenden Verfügbarkeit digitaler Anwendungen, telemedizinischer Angebote und datenbasierter Analysen entfaltet Digitalisierung ihr Transformationspotenzial bislang nur fragmentiert. Im zweiten Gesundheitsmarkt – geprägt durch Selbstzahlerangebote, Apps und Wearables – ist Innovation sichtbar und unmittelbar nutzbar.

Im ersten Gesundheitsmarkt hingegen fehlt es häufig an den operativen Voraussetzungen, um diese Lösungen wirksam in die Regelversorgung einzubinden: Interoperabilität, standardisierte Prozesse, verbindliche Rollenmodelle und geeignete Vertragsrahmen sind vielerorts unzureichend entwickelt. Die Folge ist ein Nebeneinander von Innovation und Tradition, das weder die Produktivität erhöht noch Versorgungslücken schließt.

. Warum die Potenziale nicht gehoben werden – ein Strukturproblem

Die Hemmnisse liegen weniger in einzelnen Technologien, sondern in einem vielschichtigen Geflecht aus Zuständigkeiten und fehlender Koordination. Produktinnovationen werden durch Anbieter vorangetrieben; Prozess- und Strukturinnovationen hingegen benötigen abgestimmte, regionale Strategien – etwas, das die bestehenden institutionellen Logiken kaum leisten können.

Zudem wirken mehrere Planungslogiken unverbunden nebeneinander:

- **Sozialversicherungslogiken**, die ambulante und stationäre Versorgung steuern,
- **kommunale Logiken**, die Daseinsvorsorge, Infrastruktur und Lebensräume gestalten,
- **Eigenverantwortungslogiken**, die den Gesundheitsstil und Prävention beeinflussen.

Was fehlt, ist ein integrierendes Modell, das diese Ebenen zusammenführt und regionale Versorgungsräume als Gesamtsystem versteht – mit klaren Verantwortlichkeiten, messbaren Zielen und realisierbaren Umsetzungsstrategien.

Zielsetzung. Integrierte, hybride Strukturplanung als neuer Ansatz

Die Transformationsstudie setzt deshalb auf eine neue Form regionaler Gesundheitsplanung: **integriert, hybrid, datenbasiert, digital unterstützt** und **sektorenübergreifend**.

Klassische Ansätze der Bedarfs- und Sozialplanung werden mit Methoden des digitalen Plattformmanagements, der agilen Organisationsentwicklung und der Versorgungsforschung verbunden.

Das Ziel: die Leistungsstärke von Gesundheitsregionen messbar zu erhöhen und digitale wie organisatorische Innovationen endlich in die Anwendung zu bringen.

Vorgehen. Der Health Transformation Hub als Rahmen

Der Health Transformation Hub ist eine Plattform für die Akteure des Gesundheitssystems, die unsere Gesundheitsversorgung durch aktives Handeln verbessern wollen und können. Hier kommen sie zusammen, um gemeinsam mit uns Lösungen zu entwickeln und umzusetzen. Das Ziel: Ein patientengerechtes, leistungsstarkes und zukunftsfestes Gesundheitssystem. Dafür werden Konzepte auf wissenschaftlicher Basis entwickelt. Diese werden mit Partnern aus der Praxis erprobt und unsere Kenntnisse gemeinsam in die politische Diskussion eingebracht.

Der Health Transformation Hub (HTH) ist eine Kooperation der Bertelsmann Stiftung und der BSt Gesundheit gGmbH. Die BSt Gesundheit gGmbH ist eine hundertprozentige Tochterfirma der Bertelsmann Stiftung.

. Ein Projekt mit überregionaler Bedeutung

Die Erkenntnisse der regionalen Prozesse werden systematisch gebündelt und fließen in eine bundesweite Transformationsstudie ein. Damit entsteht ein Wissenskorpus, der Politik, Verbände und Regionen bei der Weiterentwicklung der Gesundheitsstrukturen unterstützt.

2 Methodik

2.1 Methodischer Gesamtansatz und Framework

Die Transformationsstudie folgt dem im Projekt „Leistungsstarke Gesundheitsregionen (LeiG)“ etablierten methodischen Ansatz, der die Entwicklung einer leistungsstarken Gesundheitsregion als mehrstufigen, iterativen Prozess versteht. Grundlage ist ein modulares Framework, das die komplexe Versorgungsrealität in strukturierte Ebenen und Bausteine gliedert und damit Planung, Analyse und Umsetzung systematisch miteinander verknüpft.

Modulares Framework und Hypothesenbasis

Zu Beginn des LeiG-Projekts wurden 20 Grundhypothesen zur zukünftigen Ausgestaltung der Gesundheitsversorgung formuliert. Diese Hypothesen bilden die theoretische und analytische Basis für das Framework: Sie beschreiben erwartbare Entwicklungen, Spannungsfelder und Handlungsbedarfe im Versorgungssystem und strukturieren die Betrachtung der verschiedenen Dimensionen (z. B. Akteure, Versorgungsprozesse, Digitalisierung, Steuerung, Finanzierung).

Auf dieser Grundlage unterscheidet das Framework vier zentrale Ebenen:

- **Versorgungsszenarien:** indikationsübergreifende Versorgungssegmente, die typische Versorgungslagen und -logiken abbilden,
- **Transformationsstrategien:** übergeordnete strategische Lösungsansätze, die zentrale Potenziale innerhalb dieser Szenarien bündeln,
- **Maßnahmen:** operative Umsetzungsbausteine (Programme, Projekte, Initiativen),
- **Module:** fachliche, organisatorische, funktionale, technische, vertragliche und regulatorische Elemente, die die Maßnahmen inhaltlich und strukturell tragen.

Für den C1-Bericht sind insbesondere die Ebenen der Versorgungsszenarien und Transformationsstrategien relevant: Die Potenzialanalyse in den Szenarien und die darauf aufbauende Entwicklung und Priorisierung von Strategien bilden den Kern dieses Berichtsteils. Die nachgelagerte Maßnahmen- und Modulebene wird im Rahmen der weiteren Projektteile, insbesondere in C2, vertieft.

Drei Sprints – Rolle des C1-Berichts

Methodisch ist das Projekt in drei aufeinander aufbauende Sprints gegliedert:

1. Sprint 1 – Potenzialanalyse

Systematische Analyse der Versorgungssituation, Identifikation von Potenzialen und Herausforderungen sowie Ableitung erster Transformationsstrategien.

2. Sprint 2 – Strategie- und Maßnahmenkonzeption

Ausarbeitung ausgewählter Strategien, Entwicklung konkreter Transformationsmaßnahmen und Zuordnung zu Modulen (detailliert u. a. in Teil C2a und C2b beschrieben).

3. Sprint 3 – Implementierungsplanung

Planung von Umsetzungspfaden, Ressourcen, technischen Architekturen und Governance-Strukturen.

Der C1-Bericht umfasst in diesem Ablauf zwei methodische Schritte:

- die Potenzialanalyse in den betrachteten Szenarien und
- die darauf aufbauende Entwicklung und Priorisierung von Transformationsstrategien.

Die Strategien sind damit nicht nur ein Nebenprodukt der Analyse, sondern das zentrale Ergebnis von Sprint 1. Sie bilden zugleich die methodische Brücke hin zur weiteren Ausarbeitung von Maßnahmen und Modulen in den Folgeberichten.

2.2 Methodik der Potenzialanalyse

Die Potenzialanalyse und die Entwicklung der Transformationsstrategien folgen einem integrierten methodischen Ansatz, der qualitative Analyseverfahren, strukturierte Frameworks und die kontinuierliche Rückbindung an regionale Versorgungsrealitäten miteinander verbindet. Ausgangspunkt des Vorgehens ist der Transformationscanvas für Versorgungssysteme, der als zentrales Analyseinstrument dient. Er wird im Teil B der Transformationsstudie ausführlich beschrieben und methodisch hergeleitet. Im C1-Bericht dient er als analytischer Bezugsrahmen, der die Strukturierung der Versorgungsrealität entlang zentraler Dimensionen ermöglicht, ohne das vorliegende Kapitel mit detaillierten Modellbeschreibungen zu überfrachten. Der Canvas bildet die wesentlichen Dimensionen einer leistungsstarken Versorgung systematisch ab, vom Setting über die Struktur der beteiligten Akteure und Prozesse bis hin zu datenbezogenen, technischen, ökonomischen und regulatorischen Aspekten. Entlang dieser Dimensionen wird die Gesundheitsversorgung nicht nur aus fachlicher oder organisatorischer Einzelperspektive betrachtet, sondern in ihrer Gesamtheit als vernetztes Ökosystem verstanden. Diese Strukturierung ermöglicht es, Versorgungssituationen und Entwicklungspfade präzise zu erfassen und Potenziale sichtbar zu machen, die für eine zukunftsfähige Versorgung relevant sind.

Das methodische Vorgehen ist eng in den regionalen Kontext eingebettet. Die Region dient dabei nicht nur als Anwendungsgebiet, sondern als aktiver Erkenntnisraum, in dem theoretische Modelle mit realen Versorgungsbedingungen abgeglichen werden. Workshops, Interviews, Dokumentenanalysen und die Sichtung vorhandener Daten liefern hierfür die Grundlage. Durch diese konsequente Rückbindung entsteht ein differenziertes Verständnis dafür, welche Herausforderungen bestehen, welche Ressourcen bereits vorhanden sind und welche strukturellen Rahmenbedingungen die Transformation beeinflussen. Modellhafte Überlegungen aus dem Framework und dem Transformationscanvas werden so mit praktischen Einschätzungen aus der Region verbunden, wodurch sowohl regionale Spezifika als auch allgemeine Muster identifiziert werden können.

Die Vielzahl an qualitativen Informationen aus den Formaten wird in einem strukturierten Auswertungsschritt systematisch verarbeitet. Hierzu kommt eine mehrstufige qualitative Inhaltsanalyse zum Einsatz, in der Beiträge aus Workshops, Expertengesprächen und weiteren Materialien zunächst thematisch gebündelt und anschließend zu übergeordneten inhaltlichen Kategorien verdichtet werden. Diese Kategorien werden anschließend in Beziehung zu den analytischen Dimensionen des Transformationscanvas gesetzt und mit den zuvor formulierten Grundhypothesen des Frameworks abgeglichen. Auf diese Weise entsteht eine belastbare Grundlage, aus der Potenzialräume und inhaltliche Bausteine für die spätere Strategieentwicklung abgeleitet werden können.

Auf Basis dieser gewonnenen Erkenntnisse erfolgt die Entwicklung der Transformationsstrategien als abschließender Schritt der C1-Phase. Die Strategien bündeln jene Potenziale, die sich in der Analyse als besonders bedeutsam erwiesen haben, und beschreiben strukturelle Lösungsansätze, die geeignet sind, die Versorgung in der Region nachhaltig weiterzuentwickeln. Im Rahmen des C1-Berichts werden diese Strategien nicht nur entwickelt, sondern auch priorisiert. Die Priorisierung orientiert sich an der

regionalen Relevanz, dem erwartbaren Wirkungspotenzial, der Umsetzbarkeit unter den gegebenen Bedingungen sowie der Möglichkeit einer schrittweisen Skalierung. Dadurch entstehen Strategien, die sowohl fachlich fundiert als auch praktisch anschlussfähig sind und eine klare Orientierung für die nachfolgenden Konzeptionsschritte bieten.

Parallel zur regionalen Ausarbeitung wird die Übertragbarkeit der Ergebnisse geprüft. Die modulare Struktur des Frameworks ermöglicht es, die entwickelten Erkenntnisse über den konkreten Fall hinaus anschlussfähig zu gestalten. Die Analyse und Strategieentwicklung werden daher sowohl mit Blick auf die spezifischen Anforderungen der Region als auch im Hinblick auf die generelle Skalierbarkeit zukünftiger Versorgungsarchitekturen vorgenommen. Die Potenzialanalyse des C1-Berichts ist damit nicht als isolierte Bestandsaufnahme zu verstehen, sondern als strategisches Instrument zur strukturierten Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung, das sowohl regionale Impulse aufnimmt als auch überregionale Muster sichtbar und für spätere Schritte der Transformation nutzbar macht.

3 Regionales Setting

Die Region Aachen bildet den räumlichen Bezugspunkt der vorliegenden Potenzialanalyse. Sie ist ein vielfältig strukturierter Versorgungsraum, in dem urbane Zentren, mittelgroße Städte und ausgeprägt ländliche Räume aufeinandertreffen. Diese Heterogenität prägt die Versorgungssituation maßgeblich und stellt besondere Anforderungen an eine sektorenübergreifende, digital gestützte und koordinierte Weiterentwicklung der regionalen Versorgungsstrukturen. Gleichzeitig bietet die Region aufgrund ihrer Hochschul- und Forschungslandschaft, ihrer innovationsorientierten Akteursstruktur und der Vielzahl bestehender Gesundheitsprojekte ein günstiges Umfeld, um neue Lösungsansätze praxisnah zu entwickeln. Die im Projekt „Leistungsstarke Gesundheitsregionen (LeiG)“ gewonnenen Erkenntnisse fließen daher unmittelbar in die Potenzialanalyse ein.

Regionale Abgrenzung

Für die Analyse wurde die Region basierend auf bestehenden Versorgungsbeziehungen abgegrenzt. Sie umfasst den Regierungsbezirk Köln mit Fokus auf die Städteregion Aachen sowie die angrenzenden Kreise Euskirchen, Heinsberg und Düren. Die Städteregion Aachen bildet aufgrund ihrer Rolle als Innovations- und Transformationstreiber das Zentrum des Untersuchungsgebiets. Die umliegenden Kreise sind durch gemeinsame Projekte, eine teilweise Mitversorgung durch Einrichtungen der Städteregion und bestehende Kooperationsstrukturen funktional eng angebunden.

Die Abgrenzung orientiert sich damit nicht ausschließlich an administrativen Grenzen, sondern vor allem an realen Versorgungszusammenhängen und bestehenden interkommunalen Netzwerken. Der folgende Überblick zeigt die zur Planungsregion gehörenden Verwaltungsebenen:

Verwaltungsebenen	Regionale Ausprägung
Bundesland	Nordrhein-Westfalen
Regierungsbezirke	Regierungsbezirk Köln
Landkreise	Städteregion Aachen Stadt Aachen Euskirchen Heinsberg Düren

Regionale Strukturindikatoren

Zur Einordnung der Rahmenbedingungen der Region wurden zentrale demografische, strukturelle und versorgungsrelevante Kennzahlen betrachtet. Die Tabelle 1 bietet einen Überblick über wesentliche Indikatoren, die für die Analyse und die spätere Strategieentwicklung relevant sind:

Tabelle 1: Regionale Informationen

	NRW	Städteregion Aachen	Stadt Aachen	Euskirchen	Heinsberg	Düren	
Regionale Struktur ¹²³⁴⁵							
Fläche (km²)	34,110	706,92	160,85	1.238,72	627,92	941,48	
Stadtgliederung		10 Gemeinden	7 Stadtbezirke	11 Gemeinden	10 Gemeinden	15 Gemeinden	
Stand 2022 ¹²³⁴⁵⁶							
Bevölkerung							
Einwohner	18,15 Mio.	307.644	252.136	197.247	261.833	270.833	
Migrationshintergrund	33 %	17,66 %	22,34 %	9,15 %	13,5 %	13,13 %	
Bevölkerungsdichte Ew./km²	526	435	1.568	159	416	287	
Altersverteilung							
Anteil 0–17 Jahre	17,2 %	15,6 %	14 %	17 %	16,9 %	17,1 %	
Anteil 18–64 Jahre	61,3 %	63,6 %	67,6 %	60,6 %	61,3 %	60,9 %	
Anteil ab 65 Jahre	21,5 %	20,8 %	18,4 %	22,4 %	21,8 %	22 %	
Prognose 2030 ¹²³⁴⁵⁶							
Bevölkerung	18,14 Mio.	307.799	k. A.	199.229	262.043	268.728	
Bevölkerungsdichte Ew./km²	526	435		160	417	285	
Altersverteilung							
Anteil 18–64 Jahre	56,8 %	55,8 %	k. A.	55,5 %	56,2 %	56,3 %	
Anteil ab 65 Jahre	24,85 %	26,47 %	k. A.	27,06 %	26,36 %	25,6 %	
Versorgungsbedarf							
Morbiditätsindex ⁶		+ 0 % (1,0)	+ 8 % (1,08)	k. A.	+ 6 % (1,06)	+ 5 % (1,05)	+ 4 % (1,04)
Pflegegeldempfänger ⁷ (pro 100 000 Ew.)		3.653	5.639	3.477	4.853	5.551	5.234

¹ INFORMATION UND TECHNIK NORDRHEIN-WESTFALEN (IT.NRW) 2023e. Kommunalprofil Städteregion Aachen. Düsseldorf: Statistisches Landesamt.

² INFORMATION UND TECHNIK NORDRHEIN-WESTFALEN (IT.NRW) 2023a. Kommunalprofil Aachen, krfr. Stadt. Düsseldorf: Statistisches Landesamt.

³ INFORMATION UND TECHNIK NORDRHEIN-WESTFALEN (IT.NRW) 2023c. Kommunalprofil Kreis Euskirchen. Düsseldorf: Statistisches Landesamt.

⁴ INFORMATION UND TECHNIK NORDRHEIN-WESTFALEN (IT.NRW) 2023d. Kommunalprofil Kreis Heinsberg. Düsseldorf: Statistisches Landesamt.

⁵ INFORMATION UND TECHNIK NORDRHEIN-WESTFALEN (IT.NRW) 2023b. Kommunalprofil Kreis Düren. Düsseldorf: Statistisches Landesamt.

⁶ BARMER INSTITUT FÜR GESUNDHEITSSYSTEMFORSCHUNG. 2024. *Morbiditäts- und Gesundheitsatlas* [Online]. [Accessed 29.04.2025].

⁷ LANDESZENTRUM GESUNDHEIT NORDRHEIN-WESTFALEN. 2024. *Indikator 7.34: Reine Pflegegeldempfänger nach Pflegegrad* [Online]. [Accessed 29.04.2025].

Strukturelle Ausgangslage der Region

Die Region weist eine ausgeprägte strukturelle Vielfalt auf. Während die Stadt Aachen durch eine hohe Bevölkerungsdichte, eine international ausgerichtete Hochschullandschaft und ein breites medizinisches Leistungsangebot geprägt ist, bestehen insbesondere in den ländlichen Teilen der Kreise Düren, Euskirchen und Heinsberg deutliche Unterschiede hinsichtlich sozialer und infrastruktureller Ausgangsbedingungen. Einige Gebiete sind von geringeren ärztlichen Versorgungsgraden, längeren Wegen zu medizinischen Einrichtungen sowie strukturellen Belastungen wie eingeschränkter Mobilität oder geringerer sozioökonomischer Stabilität betroffen.

Hinzu kommt eine demografische Entwicklung, die insbesondere die ländlichen Räume stark beeinflusst: Der Anteil der älteren Bevölkerung wächst überdurchschnittlich, während gleichzeitig die Zahl berufstätiger Menschen zurückgeht. Dies führt zu steigenden Anforderungen an koordinierte, präventionsorientierte und digital gestützte Versorgungsangebote, die wohnortnah funktionieren müssen.

Parallel befindet sich die Region im wirtschaftlichen und gesellschaftlichen Wandel. Der Rückgang klassischer Industriebranchen, Arbeitskräftemangel und die Herausforderungen der digitalen Transformation betreffen auch die Gesundheitsversorgung. Gleichzeitig bietet die Region mit ihrer starken Hochschul- und Forschungslandschaft und einer zunehmenden Zahl technologieorientierter Unternehmen erhebliche Potenziale für neue Versorgungsmodelle und digitale Innovationen.

Versorgungskontext und Transformationsdruck

Die Versorgungsherausforderungen sind in der Region ausgeprägt. In verschiedenen Teilen der Planungsregion zeigen sich unterdurchschnittliche Hausarztversorgungsgrade, erhöhte Morbiditätsniveaus und ein überdurchschnittlicher Anteil pflegebedürftiger Menschen. Diese Belastungen treffen auf strukturelle Unterschiede zwischen städtischen und ländlichen Gebieten, was die Versorgungssteuerung zusätzlich erschwert.

Gleichzeitig entstehen neue Organisationsformen und Innovationsräume, beispielsweise Gesundheitskioske, kommunale Gesundheitsregionen und sektorenübergreifende Kooperationsmodelle. Sie bieten wertvolle Ansatzpunkte für fortschrittliche, digital gestützte Versorgungskonzepte. Das Universitätsklinikum (UK) Aachen übernimmt dabei eine besondere Rolle als Maximalversorger, telemedizinisches Fachzentrum und Innovationstreiber.

Für die Transformationsstudie bedeutet dies, dass die Region gleichzeitig einen hohen Handlungsdruck und günstige strukturelle Voraussetzungen für die Entwicklung zukunftsfähiger Versorgungslösungen aufweist. Dies prägt unmittelbar die Potenzialanalyse.

4 Versorgungsgegenstand

Im Rahmen dieses Kapitels der Potenzialanalyse werden die drei definierten Versorgungsgegenstände – chronische Erkrankungen, Root Causes und Pflege – systematisch und vergleichbar analysiert. Die Abbildung 1 folgt einer einheitlichen Struktur, die eine konsistente Ableitung von Potenzialen ermöglicht:

- (1) Versorgungsbedarf,
- (2) Krankheits- bzw. Versorgungskontext,
- (3) Versorgungsinhaltliche Potenziale sowie
- (4) Handlungsoptionen der Gesundheitsregion.

Abbildung 1: Überblick Versorgungsgegenstand



Quelle: _fbeta GmbH

4.1 Versorgungsgegenstand: Chronische Erkrankungen

Die Analyse der chronischen Erkrankungen folgt — wie im Gesamtbericht vorgesehen — einer einheitlichen Struktur, die eine konsistente und vergleichbare Ableitung von Potenzialen ermöglicht. Sie umfasst vier Unterkapitel:

Im ersten Unterkapitel 4.1.1 wird der **Versorgungsbedarf** beschrieben. Ausgehend vom allgemeinen Handlungsbedarf werden die acht betrachteten chronischen Erkrankungen sowohl bundesweit als auch regional eingeordnet und priorisiert. Dadurch wird sichtbar, welche Krankheitsbilder die größten Anforderungen an eine moderne Versorgung stellen und in welchen Bereichen regionale Besonderheiten von Bedeutung sind.

Das zweite Unterkapitel 4.1.2 widmet sich dem **Krankheits- bzw. Versorgungskontext**. Auf Grundlage der Leitlinien sowie der Ergebnisse der Stakeholder-Workshops werden zentrale Kategorien der Krankheitskontexte identifiziert, die die fachlichen Anforderungen an eine wirksame und qualitativ hochwertige Versorgung systematisch beschreiben. Diese Kategorien machen Gemeinsamkeiten und Unterschiede zwischen den acht Krankheitsbildern sichtbar und verdeutlichen, welche versorgungsinhaltlichen Elemente für eine moderne, gut organisierte Versorgung relevant sind. Diese Kategorien beschreiben den **Sollzustand** der Versorgung und verdeutlichen, welche Elemente für eine wirksame, zuverlässige und qualitativ hochwertige Versorgung relevant sind.

Im dritten Unterkapitel 4.1.3 werden **versorgungsinhaltliche Herausforderungen und Potenziale** entlang der zuvor gebildeten Kategorien dargestellt und um drei zusätzliche Bereiche ergänzt. Auf diese Weise werden wesentliche inhaltliche Bedarfe, strukturelle Herausforderungen und Entwicklungsmöglichkeiten herausgearbeitet, die sich aus der Versorgungspraxis ergeben und im regionalen Kontext besondere Bedeutung haben. In diesem Unterkapitel wird der **Istzustand** der Versorgung entlang der zuvor

gebildeten Kategorien dargestellt und um drei zusätzliche Bereiche ergänzt. Dadurch werden bestehende Versorgungsdefizite, strukturelle Herausforderungen sowie Potenziale zur Verbesserung identifiziert.

Im vierten Unterkapitel 4.1.4 werden die Ergebnisse für die Gesundheitsregion zusammengeführt und hinsichtlich ihrer Bedeutung für die zukünftige Weiterentwicklung der Versorgung eingeordnet. Damit entsteht ein kompaktes regionales Fazit, das die gewonnenen Erkenntnisse anschlussfähig für die strategische Weiterentwicklung der Gesundheitsregion macht.

4.1.1 Versorgungsbedarf: Chronische Erkrankungen als zentrale Herausforderung für das Gesundheitssystem

Chronische Erkrankungen gehören zu den größten Herausforderungen für moderne Gesundheitssysteme. Sie verursachen nicht nur einen erheblichen Anteil an Morbidität und Mortalität, sondern führen auch zu enormen sozioökonomischen Belastungen – etwa durch langfristige Behandlungsverläufe, eingeschränkte Erwerbsfähigkeit und stetig steigende Versorgungskosten. Die hohen Prävalenzen und Prognosen zeigen dringenden Handlungsbedarf für strukturierte Präventionsstrategien und integrierte Versorgungsansätze.

Im Kontext der chronischen Erkrankungen stehen insbesondere die sogenannten „nichtübertragbaren Erkrankungen“ (Non-Communicable Diseases, NCDs) im Fokus, zu denen unter anderem Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Diabetes mellitus Typ 2, chronische Atemwegserkrankungen und bestimmte Krebsarten zählen (Andrees et al., 2024). Infolge von Übergewicht, Bewegungsmangel, unausgewogener Ernährung, Tabak- und Alkoholkonsum sowie psychischer Belastung entwickeln sich chronische Krankheitsbilder häufig schon in früheren Lebensphasen (Booth et al., 2012).

In Deutschland sind laut Einschätzungen mehr als 40 Prozent der Bevölkerung von mindestens einer chronischen Erkrankung betroffen – mit steigender Tendenz (Stiftung Gesundheitswissen, 2021). Dies schlägt sich auch in der Krankheitslast und der Ausgabenstruktur des Gesundheitssystems nieder. Etwa die Hälfte der Krankheitskosten entfällt auf Erkrankungen des Kreislauf-, Verdauungs- und Muskel-Skelett-Systems sowie auf psychische und Verhaltensstörungen wie Demenz und Depression (Robert Bosch Stiftung, 2021). Die Arzneimittelausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung beliefen sich im Jahr 2023 auf 50,2 Milliarden Euro. Ein erheblicher Teil entfällt auf die langfristige Versorgung chronischer Erkrankungen, etwa durch kontinuierlichen Medikationsbedarf (opta data Zukunfts-Stiftung gGmbH, 2025). Die demografischen Entwicklungen sowie verhaltens- und umweltbedingte Faktoren werden diese Trends weiter verstärken. So sind bereits von 2015 bis 2020 die Krankheitskosten um 27,7 Prozent von 338.207 auf 431.805 Millionen Euro gestiegen, wobei die Behandlung chronischer Erkrankungen einen großen Teil dazu beiträgt (Gesundheitsberichterstattung des Bundes, 2024). Damit ist absehbar, dass chronische Erkrankungen künftig nicht nur medizinisch, sondern auch gesellschaftlich und ökonomisch noch stärker in den Fokus rücken werden.

Exemplarische Auswahl chronischer Erkrankungen für weitere Analysen

Im Weiteren wird der Fokus exemplarisch für alle chronischen Erkrankungen auf die folgenden acht gelegt: Asthma, chronisch obstruktive Lungenerkrankung (Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD)), unipolare Depressionen, Herzinsuffizienz, Hypertonie, koronare Herzkrankheit (KHK), Kreuzschmerzen und Diabetes.

Die Auswahl orientiert sich maßgeblich an den Nationalen Versorgungsleitlinien (NVL), die für besonders versorgungsrelevante Krankheitsbilder entwickelt wurden – etwa aufgrund ihrer Häufigkeit, Krankheitslast oder bestehender Versorgungsprobleme. Die NVL bieten evidenzbasierte, interdisziplinär abgestimmte Empfehlungen und spiegeln den Konsens relevanter Fachgesellschaften und Organisationen wider. Als zentraler Orientierungsrahmen für die qualitätsgesicherte Versorgung chronisch erkrankter Patientinnen und Patienten ermöglichen sie eine inhaltlich fundierte Auswahl, sodass kein Erfordernis für eine eigenständige Priorisierung bestand.

Demnach handelt es sich bei den genannten Erkrankungen um besonders prävalente chronische Krankheiten, die einen erheblichen Einfluss auf das Leben der betroffenen Person und auf die Gesellschaft haben sowie mit erheblichem Versorgungsbedarf und bedeutsamen sozioökonomischen Auswirkungen verbunden sind. Sie zählen zu den häufigsten Gründen für Arztbesuche, Arbeitsunfähigkeit, Krankenhausaufenthalte und Frühverrentung. Eine gezielte Verbesserung der Versorgung sowie auch der Prävention in diesen Bereichen birgt somit ein hohes Potenzial für eine gesteigerte Versorgungsqualität, bessere Lebensqualität der Betroffenen und eine Entlastung des Gesundheitssystems. Es wird davon ausgegangen, dass die jeweiligen Transformationspotenziale in ähnlicher Form auf weitere chronische Erkrankungen übertragbar sind. Die Prävalenzen der acht chronischen Erkrankungen sind in Tabelle 2 abgebildet.

Prävalenzen der acht chronischen Erkrankungen in der Region Aachen

In der Region Aachen zeigen sich für alle acht betrachteten chronischen Erkrankungen durchgehend überdurchschnittliche Prävalenzwerte im Vergleich zum Bundesgebiet. Ausschließlich die Prävalenzen von Diabetes mellitus Typ 2 liegen in der Region im Vergleich zu Nordrhein-Westfalen leicht unterhalb der Prävalenzen.

Besonders auffällig sind dabei die Erkrankungen COPD, Depressionen, Kreuzschmerzen und die koronare Herzkrankheit. Diese erhöhte Krankheitslast stellt eine erhebliche Herausforderung für die regionalen Versorgungsstrukturen dar. Die aufsummierten Prävalenzen der acht Erkrankungen führen rechnerisch zu mehr als 1,6 Millionen Fällen bei 1,3 Millionen Einwohnern, wobei sich die Fälle auf etwa 40 Prozent der Bevölkerung verteilen. Es verdeutlicht einen erheblichen Handlungsbedarf sowohl im Bereich der Prävention als auch bei der Weiterentwicklung der Versorgung chronischer Erkrankungen.

Tabelle 2: Prävalenzen chronischer Erkrankungen und Abweichungen in Prozent (Stand 2023, Anteil fair)

Prävalenzen	Bund	NRW	Region gesamt	Abweichung Region zu NRW	Abweichung Region zu Bund
Asthma	4,35 %	4,89 %	5,19 %	6,03 %	19,20 %
COPD	6,73 %	8,18 %	8,63 %	5,44 %	28,16 %
Depression	12,12 %	12,94 %	14,49 %	12,00 %	19,58 %
Herzinsuffizienz	4,97 %	4,83 %	5,13 %	6,21 %	3,22 %
Hypertonie	29,31 %	30,27 %	32,09 %	6,01 %	9,48 %
KHK	7,99 %	8,81 %	9,74 %	10,50 %	21,84 %
Kreuzschmerzen	31,60 %	33,45 %	35,29 %	5,50 %	11,68 %
Diabetes Typ 2	10,98 %	11,52 %	11,47 %	-0,41 %	4,49 %

Quelle: in Anlehnung an (Wissenschaftliches Institut der AOK (WIdO), 2025)

Prognosen der Prävalenzen

Für viele chronische Erkrankungen existieren bislang keine vollständig konsistenten Prognosen, zudem herrscht bisher keine Einigkeit, ob die steigende Lebenserwartung mit einer Expansion oder Kompression der Morbidität einhergeht. Doch vorliegende Daten weisen darauf hin, dass die Prävalenzen nahezu aller großen Volkskrankheiten in den kommenden Jahrzehnten steigen werden – zum Teil drastisch. Exemplarisch werden hier insbesondere die Ergebnisse von Milan, Fetzer und Hagist (2021) herangezogen und erläutert. Sie nutzen umfangreiche Krankenkassendaten sowie ein Markov-basiertes Krankheitslastmodell, um die zukünftige Entwicklung zentraler nichtinfektiöser Erkrankungen bis 2040 und 2060 zu projizieren. Die Studie simuliert sechs Szenarien, darunter die Expansion und Kompression der Morbidität sowie Szenarien mit erhöhter Prävention oder steigenden Genesungsraten. Die Studie deckt einen Großteil der priorisierten Krankheitsbilder ab – darunter, Depression, Herzinsuffizienz, koronare Herzkrankheit, Kreuzschmerzen sowie Diabetes. Die Prognosen der priorisierten Erkrankungen für das Jahr 2040 werden in Tabelle 3 dargestellt.

Die Ergebnisse zeigen für alle betrachteten Erkrankungen einen Anstieg der Prävalenzen, selbst unter Annahmen einer Morbiditätskompression. Das bedeutet, dass selbst wenn Krankheiten später auftreten oder die Lebenszeit ohne Erkrankung zunimmt, sich der absolute und relative Krankheitslastanstieg nicht vollständig verhindern lässt.

Besonders deutlich ist die Zunahme bei Herzinsuffizienz und kardiovaskulären Erkrankungen wie der KHK, die stark vom demografischen Wandel betroffen sind und prozentual am stärksten wachsen. Auch COPD nimmt spürbar zu. Depression und Diabetes steigen moderater, bleiben aber wegen ihrer hohen Ausgangsprävalenzen von zentraler Bedeutung. Eine der größten absoluten Krankheitslasten entsteht durch Kreuzschmerzen. Die einzige Modellvariante, die die langfristige Entwicklung sichtbar dämpft und zu Teilen reduzieren kann, ist eine substanzielle Reduktion der Inzidenzen durch effektive Prävention. Ohne konsequente Prävention und strukturelle Reformen droht eine Kapazitätsüberlastung. Das deutsche Versorgungssystem muss bereits kurzfristig auf eine steigende Zahl chronisch Erkrankter reagieren.

Tabelle 3: Prognosen für das Jahr 2040 in Abhängigkeit verschiedener Szenarien der Studie (Milan et al., 2021), in Mio. Patienten

Erkrankungen	2018	Expansion 1	Expansion 2	Kompression 1	Kompression 2	Genesung	Prävention
COPD	3,4	4,9	5,3	4,7	4,3	4,7	3,4
Depression	10,3	10,6	11,3	10,3	10,5	10,1	9,1
Diabetes (Typ 1 und 2)	9,2	10,1	10,7	9,7	9,9	10,0	8,7
Kreuzschmerz	23,5	29,4	30,7	28,6	29	28,5	26,1
KHK	4,9	6,4	6,9	6,0	6,1	6,2	5,2
Herzinsuffizienz	3,7	5,6	6,1	5,3	5,2	5,4	4,3

Quelle: eigene Darstellung in Anlehnung an (Milan et al., 2021)

4.1.2 Krankheitskontext: Versorgungsinhaltliche Prozess- und Strukturqualitätsanforderungen

Im diesem Kapitel werden zunächst **Prozess- und Strukturqualitätsanforderungen** der acht betrachteten chronischen Erkrankungen systematisch entlang zentraler Kategorien der Krankheitskontexte miteinander verglichen. Ziel ist es, Unterschiede und Gemeinsamkeiten zwischen den Krankheitsbildern sichtbar zu machen.

Sämtliche Aussagen und Bewertungen in diesem Kapitel basieren auf einer vergleichenden Betrachtung der Nationalen Versorgungsleitlinien (NVL) der betrachteten Erkrankungen, die durch die Workshops bestätigt wurden.

Prävention und Früherkennung

Ein gesunder Lebensstil ist bei allen chronischen Erkrankungen der zentrale Schlüsselfaktor – in allen Phasen der Erkrankung. Ebenso entscheidend ist die frühzeitige Erkennung, um Krankheitsverläufe zu verlangsamen, Komplikationen zu vermeiden und das Versorgungssystem zu entlasten.

Ein gesunder Lebensstil hat bei sämtlichen chronischen Erkrankungen einen präventiven Effekt – sowohl primär, sekundär als auch tertiär. Lebensstilfaktoren wie Bewegung, Ernährung, Rauchen oder Alkohol sowie psychosoziale Belastungen sind maßgebliche Teile der Ursache, beeinflussen den Verlauf und bestimmen den Behandlungserfolg.

Die frühzeitige Erkennung chronischer Erkrankungen spielt eine zentrale Rolle für die Verlangsamung des Krankheitsverlaufs, die Vermeidung von Komplikationen und die langfristige Entlastung des Versorgungssystems. Für viele Erkrankungen besteht ein erhebliches Potenzial, durch systematische Früherkennungsmaßnahmen Krankheitsfolgen zu minimieren und die Lebensqualität der Betroffenen zu erhalten. Besonders bei Diabetes, Hypertonie, COPD und KHK kann eine frühe Diagnose dazu beitragen, Risikofaktoren rechtzeitig zu behandeln und das Fortschreiten der Erkrankung zu verlangsamen oder gar aufzuhalten. So sind bei Diabetes und Hypertonie in frühen Stadien oft noch Remissionen möglich, wodurch Folgeerkrankungen wie Nierenschäden, Retinopathien oder kardiovaskuläre Ereignisse verhindert werden können.

Auch bei Erkrankungen mit episodischem Verlauf – etwa Asthma und Depression – ist die frühzeitige Erkennung entscheidend, insbesondere um Rückfälle zu vermeiden und eine Chronifizierung zu verhindern.

Ein differenzierter Einblick in die Relevanz, den Versorgungskontext sowie der Defizite und Handlungsoptionen erfolgt im Kapitel 4.2.

Interdisziplinäre Versorgung

Eine gute Versorgung chronisch Erkrankter steht und fällt mit der interdisziplinären Zusammenarbeit – besonders bei Multimorbidität, auch wenn die überwiegende Behandlung im ambulanten Setting durch den Hausarzt möglich ist.

Die chronischen Erkrankungen werden zunächst überwiegend ambulant behandelt, meist durch den Hausarzt als primär behandelnder Arzt, bei schwereren Verläufen auch durch Fachärzte. Dennoch ist eine interdisziplinäre Zusammenarbeit bei allen Erkrankungen notwendig. Dabei sind nicht nur Abstimmungen zwischen Haus- und Fachärzten von Bedeutung, sondern auch mit Apotheken, Heilmittelerbringern und weiteren Gesundheitsanbietern erforderlich. Insbesondere im Kontext der Früherkennung und Vermeidung von Folgeerkrankungen wie bei Diabetes ist der Einbezug weiterer Fachgruppen essenziell. Zudem nimmt die Zusammenarbeit mit zunehmender Multimorbidität an Bedeutung zu.

Stationäre Behandlungen sind vor allem bei Herzinsuffizienz, KHK, COPD und schwerer Depression erforderlich, etwa bei akuten Komplikationen oder invasiven Eingriffen. Asthma, Diabetes, Hypertonie und Kreuzschmerz erfordern nur gelegentlich oder selten stationäre Versorgung. Die sektorenübergreifende Versorgung zwischen dem ambulanten Sektor und dem stationären Sektor ist jedoch nicht nur von Bedeutung, wenn die chronische Erkrankung Hauptdiagnose des stationären Aufenthalts ist, sondern auch wenn sie Nebendiagnose ist, was eine Zusammenarbeit bzw. verbesserte sektorenübergreifende Versorgung zentral macht, auch wenn die Erkrankung selbst nicht Grund eines stationären Aufenthalts ist.

Ab dem Zeitpunkt einer chronischen Erkrankung ist eine starke Transparenz der Therapieoptionen, Entscheidung und Anleitung zur Umsetzung erforderlich. Dies betrifft zunächst Hausarzt und Patient und ab höheren Schweregraden die fachärztliche Einbindung, sektorenübergreifende Koordination und interprofessionelle Zusammenarbeit. Dies gilt insbesondere auch bei kritischen Übergängen (z. B. nach stationären Aufenthalten) und bei Multimorbidität. Hier zeigen sich **organisatorische Anforderungen**, die über die Logik einzelner Diagnosen hinausgehen.

Adhärenz

Eine gute Adhärenz ist bei chronischen Erkrankungen das entscheidende Kriterium für den Behandlungserfolg – sie umfasst sowohl die konsequente Medikamenteneinnahme als auch notwendige Lebensstilveränderungen.

Besonders bei Diabetes mellitus Typ 2, Herzinsuffizienz, COPD, Asthma und Hypertonie ist eine gute Adhärenz essenziell, da diese Erkrankungen meist eine dauerhafte und komplexe Behandlung erfordern. Neben der regelmäßigen Medikamenteneinnahme umfasst Adhärenz hier auch Lebensstilveränderungen wie Bewegung, Rauchverzicht oder gesunde Ernährung. Bei Depressionen stellt mangelnde Adhärenz eine häufige Herausforderung dar, etwa wenn Medikamente abgesetzt oder Therapieangebote nicht wahrgenommen werden. Auch bei Kreuzschmerz ist die konsequente Umsetzung nicht medikamentöser Maßnahmen wie Bewegung und Selbstmanagement zentral für den Behandlungserfolg.

Wissensvermittlung

Die Vermittlung von Wissen variiert je nach Erkrankung, spielt jedoch bei nahezu allen chronischen Krankheitsbildern eine wichtige Rolle für den Behandlungserfolg, insbesondere bei hohen Anforderungen an das Selbstmanagement. Sie bildet die Grundlage für informierte Entscheidungen von Patienten, schafft ein gemeinsames Verständnis von Erkrankungen, Therapien und Präventionsmaßnahmen und befähigt die Betroffenen, ihre eigene Rolle im Behandlungsprozess aktiv wahrzunehmen.

Ziel ist es, Patientinnen und Patienten in die Lage zu versetzen, ihre Erkrankung zu verstehen, Symptome richtig einzuordnen, Therapien konsequent umzusetzen und im Alltag verantwortungsvoll damit umzugehen. Besonders bei Diabetes mellitus Typ 2, Herzinsuffizienz sowie bei Atemwegserkrankungen wie COPD und Asthma ist strukturierte Wissensvermittlung unverzichtbar, da hier tägliche Entscheidungen und korrektes Selbstmanagement den Krankheitsverlauf unmittelbar beeinflussen. Entsprechend sind bei Diabetes verbindliche Schulungsprogramme in den letzten Jahren etabliert worden, bei Asthma – insbesondere im Kindesalter – ebenfalls seit Langem verbreitet. Bei Herzinsuffizienz werden notwendige Kenntnisse meist durch pflegerische oder interdisziplinäre Teams vermittelt.

Bei Erkrankungen wie Hypertonie, KHK oder Depression ist die Rolle der Wissensvermittlung ebenfalls relevant, jedoch unterschiedlich ausgeprägt. Während es bei Hypertonie vor allem um Adhärenz zur medikamentösen Therapie und Lebensstilveränderungen geht, steht bei KHK die Sekundärprävention im Vordergrund, etwa im Rahmen der Rehabilitation. In der Depressionsbehandlung ist Psychoedukation wichtiger Bestandteil, bleibt jedoch häufig an die individuelle therapeutische Beziehung gebunden. Auch bei chronischem Kreuzschmerz ist Wissensvermittlung bedeutsam, etwa zur Entdramatisierung der Symptome und Förderung von Aktivität, wenngleich strukturierte Programme hier seltener vorhanden sind.

Eng verbunden mit der Wissensvermittlung ist das Selbstmanagement. Dessen Stellenwert ist besonders hoch bei Diabetes und Herzinsuffizienz, bedeutsam bei COPD, Asthma und Hypertonie, eher begrenzt bei KHK und Depression und meist von untergeordneter Relevanz bei Kreuzschmerz. Allen Erkrankungen gemeinsam ist jedoch, dass ohne ausreichendes Krankheitswissen kein wirksames Selbstmanagement möglich ist (Bundesärztekammer et al., 2024a, Bundesärztekammer et al., 2021, Bundesärztekammer et al., 2022, Bundesärztekammer et al., 2023c, Bundesärztekammer et al., 2023a, Bundesärztekammer et al., 2023b, Bundesärztekammer et al., 2024b, Bundesärztekammer et al., 2017).

4.1.3 Versorgungsinhaltliche Potenziale

Die Analyse der chronischen Erkrankungen macht deutlich, dass die Gesundheitsversorgung vor vielfältigen Herausforderungen steht, die von unzureichend integrierter Prävention über Versorgungsbrüche bis hin zu strukturellen und organisatorischen Defiziten reichen. Einige dieser Problemlagen sind indikationsübergreifend und betreffen nahezu alle betrachteten chronischen sowie weitere nichtübertragbare Erkrankungen, während andere Herausforderungen klar krankheitsspezifisch ausgeprägt sind oder aufgrund ihrer besonderen Relevanz vertiefend betrachtet werden müssen.

Die inhaltliche Auswertung orientiert sich dabei an zentralen Dimensionen wirksamer Versorgung, wie sie in der Versorgungsforschung etabliert sind: Anforderungen an **Qualität und Zusammenarbeit, Ressourcen und Kapazitäten, Aspekte des Zugangs und der Teilhabe sowie Entwicklungs- und Innovationspotenziale**, insbesondere im Hinblick auf Digitalisierung und sektorenübergreifende Versorgung. Diese Dimensionen dienen als analytische Grundlage, um übergreifende Muster zu

identifizieren, die für mehrere chronische Erkrankungen gleichermaßen bedeutsam sind und Ansatzpunkte für eine weiterentwickelte Versorgungsorganisation bieten.

Entlang dieser Orientierung werden im Folgenden zunächst die indikationsübergreifenden Potenziale dargestellt. Sie bündeln gemeinsame Herausforderungen und Entwicklungsbedarfe, die sich über mehrere Krankheitsbilder hinweg zeigen. Anschließend werden die krankheitsspezifischen Potenziale beschrieben, die besondere Merkmale, Bedarfe und Versorgungslücken einzelner Erkrankungen hervorheben. Die Darstellung umfasst die zentralen, in der Gesundheitsregion relevanten Potenziale und bildet eine inhaltliche Grundlage für die in Kapitel 6 abgeleiteten Transformationsansätze.

Indikationsübergreifende Potenziale

Prävention und Gesundheitsförderung

Prävention und Gesundheitsförderung sind nur unzureichend in die Versorgung integriert. Die Gründe wie die Folgen dessen sind mannigfaltig.

Aspekte zu Root Causes (Lebensstilfaktoren als Teil der Prävention, aber auch Aspekte der Gesundheitsförderung) werden in Kapitel 4.2 gesondert betrachtet.

Versorgungsengpässe

Depression ist die einzige Erkrankung, bei der die Verfügbarkeit von Therapieangeboten bereits jetzt deutschlandweit ein zentrales Problem darstellt, darüber hinaus bestehen Defizite in der Facharzt- und Notfallversorgung. Bei allen anderen Erkrankungen ist die Versorgung grundsätzlich sichergestellt – auch wenn es regionale Unterschiede geben kann.

Bei Menschen mit Depression zeigt sich besonders deutlich, dass die vorhandenen Therapieangebote vielerorts nicht ausreichen. Während die Versorgung bei anderen Erkrankungen grundsätzlich sichergestellt ist, kann es regionale Unterschiede geben. Auch die Facharztversorgung weist Lücken auf: In akuten Fällen sind kurzfristige Termine schwer zu bekommen, sodass Patientinnen und Patienten am Wochenende häufig auf Notaufnahmen ausweichen – selbst bei Beschwerden, die eigentlich nicht notfallrelevant sind. (Hinweis: Notfallversorgung als weiteres Szenario für die Gesundheitsregion wurde nicht priorisiert.)

Ein Ausweg liegt in einer konsequent regionalen Bedarfsplanung, die Versorgungslücken frühzeitig sichtbar macht und flexible Lösungen ermöglicht. Werden Versorgungsangebote sektorenübergreifend organisiert und regional gesteuert, lassen sich vorhandene Kapazitäten gezielter nutzen und Engpässe abfedern. So können für Menschen mit Depression passende Therapieplätze geschaffen, Facharzttermine besser koordiniert und Notaufnahmen entlastet werden.

Interdisziplinäre Versorgung

Die mangelnde interdisziplinäre Versorgung zählt zu den größten strukturellen Schwächen des Gesundheitssystems – besonders bei komplexen, chronischen und mehrfachen Erkrankungen führt das zu gravierenden Versorgungsdefiziten.

Alle Erkrankungen – insbesondere Depression, Herzinsuffizienz Kreuzschmerz – leiden unter unkoordinierten Versorgungsprozessen im deutschen Gesundheitssystem. Die sektorale Trennung zwischen ambulanter, stationärer und rehabilitativer Versorgung führt häufig zu Brüchen in der Patientenversorgung (Klauber et al., 2023). Sowohl intersektorale als auch intrasektorale Kooperationen sind vielfach unzureichend geregelt und werden zudem selten angemessen vergütet, wodurch die

Entwicklung eines patientenzentrierten, integrierten Versorgungssystems behindert wird (Schäfer and Willemijn L.A., 2016, Albrecht et al., 2020). Diese strukturellen Defizite behindern die Entwicklung eines patientenzentrierten und integrierten Versorgungssystems.

Ein wesentlicher Mangel besteht in der fehlenden Standardisierung von Behandlungs- und Kommunikationsprozessen. Technologische Lösungen wie elektronische Patientenakten oder sektorenübergreifende Informationssysteme sind zwar verfügbar, werden aber in der Praxis nur schleppend implementiert oder bleiben in ihrer Funktionalität begrenzt (Stachwitz and Debatin, 2023). Darüber hinaus fehlt es häufig an einer kontinuierlichen hausärztlichen Anbindung, die als zentrales Element einer koordinierten Versorgung gilt (Gerlach and Szecsenyi, 2011). Eine koordinierende Instanz, die den Behandlungsprozess über die Sektorengrenzen hinweg begleitet, ist in den meisten Fällen nicht etabliert. Die Weitergabe medizinischer Informationen erfolgt überwiegend über klassische Entlass- oder Arztbriefe, die oft verspätet eintreffen, unvollständig sind oder in ihrer Struktur keinen schnellen Informationsabruf erlauben. Dadurch können relevante klinische Erkenntnisse nicht systematisch in die Weiterbehandlung integriert werden (Kripalani et al., 2007, Ommen et al., 2007). Dies ist besonders problematisch bei Patientinnen und Patienten mit Multimorbidität und komplexen Krankheitsverläufen.

Während die Behandlung einzelner chronischer Erkrankungen in Leitlinien gut beschrieben ist und die medikamentösen Optionen in den letzten Jahren deutlich an Qualität gewonnen haben, wird die Versorgung bei Multimorbidität ungleich komplexer und der Bedarf an interdisziplinärer Versorgung zwischen Hausärzten, Fachärzten, Pflegekräften, Apotheken sowie weiteren Gesundheitsberufen steigt. Häufig bleibt jedoch die Versorgung auf die Behandlung einer einzelnen Erkrankung fokussiert. Das Ergebnis sind nicht abgestimmte Behandlungs- und Medikationspläne, die Versorgungsrisiken wie Arzneimittelwechselwirkungen verbunden mit einem Risiko für unerwünschte Ereignisse und Krankenhauswiederaufnahmen bergen. Diese krankheitszentrierte Logik zieht sich von der Forschung bis in die Praxis und verhindert ein patientenzentriertes, integriertes Vorgehen (Graeb et al., 2024).

Strukturierte Versorgungsprogramme wie die Disease-Management-Programme (DMP) sollten ursprünglich eine leitliniengerechte und interdisziplinäre Versorgung sichern. Tatsächlich stehen sie jedoch bislang nur für einen Teil der Erkrankungen zur Verfügung: Asthma, COPD, KHK und Diabetes. Für andere Erkrankungen wie chronischer Kreuzschmerz (trotz beschlossener Anforderungen) oder Hypertonie fehlen eigenständige Programme; sie werden lediglich im Rahmen bestehender DMP mitversorgt. Hinzu kommt, dass die Teilnahmequoten stark variieren. Während die Programme für Diabetes relativ gut akzeptiert sind, ist die Teilnahme bei anderen DMP geringer – und für viele relevante Krankheitsbilder fehlen überhaupt strukturierende Programme.

Zudem ist die Umsetzung der DMP heute nicht mehr zeitgerecht und die Umsetzung erfordert eine echte digitale Transformation. Die aktuelle Vorkonzeption des dDMP Diabetes zeigt hier Möglichkeiten auf. Die gesetzlichen Vorgaben für eine verpflichtende Umsetzung im Jahr 2026 sind für die Gesetzliche Krankenversicherung (GKV) gesetzt, jedoch bleiben die aktuellen untergesetzlichen Regelungen deutlich hinter den Möglichkeiten zurück.

Das als Referentenentwurf vorliegende „Gesundes-Herz-Gesetz“ (GHG) sah bereits vor, dass gesetzliche Krankenkassen verpflichtend strukturierte Behandlungsprogramme (DMP) anbieten müssen, sobald der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) entsprechende Anforderungen in einer Richtlinie festgelegt hat. Dies sollte insbesondere die Einführung eines neuen DMP für Patientinnen und Patienten mit hohem Risiko für kardiovaskuläre Erkrankungen einschließen. Ziel war es, die leitliniengerechte Versorgung in diesem Bereich zu stärken und die Umsetzung neuer DMP bundesweit zu beschleunigen. Das Gesetz ist jedoch nicht in Kraft getreten, da das Gesetzgebungsverfahren infolge der vorgezogenen Bundestagswahl 2025 nicht abgeschlossen wurde.

Mögliche Ansatzpunkte für eine bessere interdisziplinäre Versorgung liegen im Aufbau multiprofessioneller Netzwerke, die Kooperationen zwischen den Berufsgruppen fördern und durch regionale Standards zur Zusammenarbeit verbindlich gestützt werden könnten. Auch eine Stärkung der hausärztlichen Koordination etwa im Rahmen der Hausarztzentrierten Versorgung wäre denkbar, um die kontinuierliche Begleitung komplexer Krankheitsverläufe sicherzustellen. Darüber hinaus könnten regionale Lösungen zur Facharzt-Terminvermittlung helfen, Wartezeiten zu verkürzen und den Zugang zu spezialisierter Versorgung zu erleichtern. Ebenso bietet sich der gezielte Einsatz von Fallmanagern an, die eine sektorenübergreifende Steuerung übernehmen und Patientenpfade enger begleiten. Ergänzend ließen sich regionale Konsilstrukturen etablieren, um komplexe Fälle multiprofessionell abzustimmen und die Behandlung stärker an den individuellen Bedürfnissen auszurichten.

Adhärenz

Die unzureichende Adhärenz zählt zu den größten Versorgungsproblemen: Viele Patienten setzen medizinische Empfehlungen nicht konsequent um, unterschätzen ihre Eigenverantwortung und werden im Alltag zu wenig begleitet. Besonders in Verbindung mit komplexen Therapien wie Polymedikation steigt dadurch das Risiko für Verschlechterungen, zusätzliche Arztkontakte und eine Belastung des gesamten Versorgungssystems.

Ein zentrales Problem in der Versorgung stellt die unzureichende Adhärenz dar. Viele Patientinnen und Patienten setzen medizinische Empfehlungen sowohl zur Medikation als auch zum Gesundheitsverhalten nicht um. Insbesondere bei den Lebensstilfaktoren fehlt häufig die kontinuierliche Begleitung im Alltag, die erforderlich wäre, um gesundheitsbezogene Verhaltensänderungen langfristig zu etablieren (siehe auch Kapitel 4.2.3). Hinzu kommt, dass Patientinnen und Patienten ihr eigene Selbstwirksamkeit, aber auch Verantwortung unterschätzen und die Erwartungen, aktive Heilbehandlungen zu bekommen, sowie an deren Effektivität sehr hoch sind. Die Situation wird zusätzlich durch Polymedikation erschwert: Die gleichzeitige Einnahme mehrerer Arzneimittel erhöht nicht nur das Risiko unerwünschter Wirkungen, sondern auch die Wahrscheinlichkeit für Therapieabbrüche und Non-Adhärenz. Die Folgen sind weitreichend: Es kommt häufiger zu einer Verschlechterung der Erkrankung, zu zusätzlichen Arztbesuchen oder Krankenhauseinweisungen. Nicht selten führt dies zu einem Rückgriff auf alternative und zunehmend kostenintensivere Medikamente (Walsh et al., 2019, Cutler et al., 2018). Damit ist die fehlende Adhärenz nicht nur ein individuelles Risiko, sondern auch ein erheblicher Faktor für die Überlastung der Versorgungssysteme. Doch das Sozialsystem kennt keine Konsequenzen für die Nichteinhaltung von Empfehlungen: Initiativen wie Bonusprogramme setzen zwar Anreize, doch ein verbindlicher Rahmen für gesundheitsgerechtes Verhalten fehlt, sodass Patienten ihre Verantwortung oft zurücknehmen. Mögliche Ansatzpunkte zur Stärkung der Adhärenz ergeben sich durch den Einsatz von Gesundheitscoaches, die Patientinnen und Patienten kontinuierlich begleiten und bei der Umsetzung gesundheitsgerechten Verhaltens unterstützen. Hinzu kommt die Integration digitaler Lösungen, die durch digitale Erinnerungen, Monitoring oder niedrigschwellige Kontaktmöglichkeiten Therapietreue fördern. Darüber hinaus bieten sich regionale Initiativen an, die Programme zur Förderung von Selbstwirksamkeit in die Versorgung einbetten und gezielt auf die lokalen Bedarfe abgestimmt werden können.

Wissensvermittlung

Die Wissensvermittlung an Patienten ist im deutschen Gesundheitssystem unzureichend verankert, uneinheitlich organisiert und vielfach nicht an den Bedürfnissen der Betroffenen ausgerichtet. Dies führt zu erheblichen Defiziten in Adhärenz, korrekter Anwendung und Versorgungsqualität.

Selbst dort, wo strukturierte Schulungsprogramme existieren – etwa in Disease-Management-Programmen (DMP) –, werden sie nur unzureichend in Anspruch genommen und gelten vielfach als veraltet. Eine systematische Integration von Schulungen über verschiedene Indikationen hinweg oder unabhängig von speziellen Versorgungsprogrammen fehlt. Zudem ist nicht geregelt, welche Akteure für die Wissensvermittlung verantwortlich sind. Die vorhandenen Informationsangebote sind inhaltlich und sprachlich oft nicht ausreichend. Zwar stellen Organisationen wie die Deutsche Atemwegsliga mehrsprachige Materialien, etwa zur richtigen Inhalationstechnik, zur Verfügung, doch insgesamt mangelt es an niedrigschwelligen, leicht verständlichen Informationen. Selbsthilfekurse, Apps, Entlassbriefe oder Angebote sind häufig weder sprachlich angepasst noch in eine alltagsnahe Vermittlung eingebettet. Ehrenamtliche Aufklärungsangebote erreichen Patientinnen und Patienten in sozialen Einrichtungen teilweise besser als klassische medizinische Informationskanäle, während gleichzeitig soziale Medien – obwohl reichweitenstark – bislang kaum systematisch genutzt werden.

Besonders in der Primärprävention fehlt eine konsequente, frühzeitige Wissensvermittlung zu Risikofaktoren wie Bluthochdruck oder Diabetes. Auch das Bildungssystem vermittelt gesundheitsgerechtes Verhalten bislang nur unzureichend. In der Sekundärprävention zeigt sich, dass die Umsetzung ärztlicher Empfehlungen – etwa durch Motivation und Durchhaltefähigkeit – für den langfristigen Behandlungserfolg entscheidend ist, jedoch häufig scheitert. Fehlende Standardisierung und widersprüchliche Informationen führen zu Verunsicherung, Fehlentscheidungen oder gar Therapieabbrüchen. Gerade bei multimorbiden Patienten und an Schnittstellen zwischen ambulanter und stationärer Versorgung fehlen klare Strukturen, sodass relevante Informationen häufig nicht rechtzeitig oder nicht vollständig weitergegeben werden.

Die Folge ist eine Versorgung, in der Patientinnen und Patienten oft nicht über die notwendigen Kenntnisse verfügen, um ihre Erkrankung zu verstehen, Therapien korrekt umzusetzen oder ihre Rolle im Behandlungsprozess aktiv wahrzunehmen. Wissensvermittlung bleibt damit ein schwach ausgeprägtes und unzureichend koordiniertes Element der Versorgung – mit gravierenden Auswirkungen auf Adhärenz, Behandlungserfolg und Versorgungsqualität.

Soziale Ungleichheit

Ungleichheiten im Zugang zur Versorgung bleiben ein ungelöstes Problem – mit spürbaren Folgen für vulnerable Patientengruppen.

Sprachliche, kulturelle, finanzielle oder bildungsbedingte Barrieren erschweren vielen Menschen den Zugang zu einer angemessenen medizinischen Versorgung. Besonders deutlich wird dies bei Erkrankungen wie Diabetes bei denen eine kontinuierliche Betreuung und Selbstmanagement entscheidend für den Behandlungserfolg sind. Standardisierte Versorgungskonzepte nach dem Prinzip „Schema F“ werden den unterschiedlichen Lebensrealitäten der Patientinnen und Patienten dabei oft nicht gerecht. Sozial belastete Gruppen werden so systematisch benachteiligt – mit der Folge, dass Erkrankungen später erkannt, weniger effektiv behandelt und häufiger schwer verlaufend werden.

Digitalisierung

Digitalisierung bietet große Chancen für die Versorgung – wird bislang aber nur punktuell und unzureichend genutzt.

Viele digitale Versorgungsansätze wie Telekonsile oder Telemonitoring sind im Praxisalltag noch nicht etabliert, auch wenn die Potenziale (z. B. zur Verbesserung der Adhärenz, für Monitoring oder Selbstmanagement) gesehen werden. Für das Telemonitoring existieren bislang lediglich für Patientinnen

und Patienten mit Herzinsuffizienz strukturierte Versorgungsmöglichkeiten in der Regelversorgung. In anderen Bereichen mangelt es entweder an validen technischen Lösungen oder Konzepten oder an der notwendigen Evidenz, die häufig noch zu gering oder zu heterogen ist. Dies gilt ebenso für weitere digitale Behandlungsmöglichkeiten.

Auch die Potenziale von digitalen Gesundheitsanwendungen (DiGA), die sogenannten „Apps auf Rezept“ zur Verbesserung der Versorgung einzelner Erkrankungen, werden gesehen – insbesondere bei Depression, Hypertonie oder Herzinsuffizienz. Allerdings wird kritisiert, dass diese häufig kostenintensiv sind und viele Anwendungen eine geringe langfristige Nutzungsrate zeigen. Darüber hinaus bleiben zentrale Potenziale der Digitalisierung bislang weitgehend ungenutzt – etwa im Bereich der Gamification oder der digitalen Wissensvermittlung, die das Selbstmanagement und die Gesundheitskompetenz gezielt fördern könnten. Eine differenziertere Betrachtung der digitalen Infrastruktur und deren Potenziale befindet sich in Kapitel 5.3)

Indikationsspezifische Potenziale

Ausgehend von der Versorgung einzelner Erkrankungen lassen sich Potenziale ableiten, die derzeit die größten Herausforderungen in der jeweiligen Indikation adressieren. Diese reichen von der Förderung der sekundärpräventiven Maßnahmen, der Adhärenz und des Selbstmanagements der Erkrankung bis hin zur verbesserten Versorgungssteuerung und der gezielten Einbindung von Telemonitoring. Sie greifen demnach die obigen Kategorien erneut auf. Die Tabelle 4 stellt die Kernaussagen der wesentlichen Potenziale je chronischer Erkrankung dar.

Die Analyse der einzelnen Krankheitsbilder verdeutlicht, dass sich aus den bestehenden Versorgungsdefiziten jeweils spezifische Potenziale ableiten lassen, die in einer Gesundheitsregion gezielt adressiert werden können. Diese Potenziale spiegeln zwar häufig die zuvor beschriebenen übergreifenden Handlungsfelder wider, etwa Prävention, Patientenbefähigung, Adhärenzförderung oder Schnittstellenkoordination, setzen jedoch je nach Erkrankung unterschiedliche Schwerpunkte. Dadurch wird sichtbar, welche Aspekte im jeweiligen Krankheitskontext besonders relevant sind und wo die größten offenen Flanken bestehen.

Die jeweiligen Potenziale bzw. die Adressierung der Defizite können durch unterschiedliche, sowohl analoge als auch digitale Handlungsoptionen angegangen werden. Für die gezielte Verbesserung krankheitsspezifischer Defizite kann sowohl eine verbesserte Integration als auch eine gezielte Leistungsausweitung und Verbesserung der Angebotsstruktur in der Region eine Rolle spielen. Ein Beispiel hierfür ist der Ausbau von Herzsportgruppen im Handlungsfeld der gezielten Stärkung der Prävention bei kardiologischen Erkrankungen wie der KHK und Herzinsuffizienz. Dabei können die Defizite nicht nur durch eine Handlungsoption verbessert werden, sondern es ist ein Zusammenspiel mehrerer Interventionen erforderlich.

Tabelle 4: Indikationsspezifische Potenziale

Chronische Erkrankungen	Indikationsspezifische Potenziale
Asthma	Die Versorgung von Asthma kann durch bessere Patientenaufklärung und strukturierte Schulungsprogramme verbessert werden, um Adhärenz und Selbstmanagement zu stärken. Zudem sollten evidenzbasierte telemedizinische Konzepte entwickelt und in die Regelversorgung integriert werden, um Therapietreue und den Krankheitsverlauf engmaschig zu begleiten.
COPD	Für eine bessere Versorgung von COPD-Patienten ist eine systematische Tabakentwöhnung zentral, die aktuell zu wenig in die Versorgung integriert ist. Ergänzend sind innovative Schulungs- und Telemedizinangebote erforderlich, um Adhärenz, Selbstmanagement und Therapieeffektivität nachhaltig zu verbessern.
Diabetes	Die Versorgung von Diabetes kann durch bessere Früherkennung, koordinierte Nachsorge und niedrigschwellige Lebensstilangebote erheblich verbessert werden. Schulungen und innovative Ansätze in DMP sind notwendig, um Selbstmanagement und Adhärenz zu stärken und Folgeerkrankungen zu vermeiden.
Depression	Eine bessere Versorgung erfordert die Früherkennung sowie eine koordinierte, niedrigschwellige Steuerung der Patienten, um Über- und Fehlversorgung zu vermeiden. Der Ausbau ambulanter und digitaler Angebote sowie kultursensible Versorgungsformen sind notwendig, um Versorgungslücken zu schließen und die Lebensqualität der Betroffenen zu erhöhen.
Hypertonie	Die Versorgung von Hypertonie sollte systematisch auf die Förderung eines gesunden Lebensstils setzen, um medikamentöse Therapien möglichst lange hinauszuzögern. Ergänzend braucht es evaluierte digitale Angebote und den Einsatz von Telemonitoring, um Adhärenz und Verlaufskontrolle nachhaltig zu sichern.
Koronare Herzkrankheit (KHK)	Um die Versorgung bei KHK zu verbessern, müssen Schnittstellen zwischen Haus- und Fachärzten optimiert sowie Prävention und Adhärenz stärker gefördert werden. Alltagsnahe, niedrigschwellige Angebote zur Lebensstiländerung sind entscheidend, um Patienten langfristig zu unterstützen und Folgeerkrankungen zu vermeiden.
Herzinsuffizienz	Eine strukturierte Koordination beim Übergang von der stationären zur ambulanten Versorgung ist entscheidend, um Therapieabbrüche zu vermeiden. Zusätzlich sollten Telemonitoring sowie niedrigschwellige Präventions- und Lebensstilangebote stärker genutzt werden, um Patienten langfristig zu stabilisieren.
Kreuzschmerz	Eine wirksamere Versorgung erfordert die konsequente Umsetzung multimodaler Ansätze sowie eine nachhaltige Bewegungsförderung im Alltag und am Arbeitsplatz. Wichtig ist zudem, Patienten in ihrer Selbstwirksamkeit zu stärken und psychische Belastungen stärker in die Behandlung einzubeziehen.

Quelle: _fbeta GmbH

4.1.4 Fazit: Handlungsoptionen der Gesundheitsregion im Bereich chronischer Erkrankungen

Die Potenzialanalyse verdeutlicht, wie vielfältig die Versorgungsprobleme im Umgang mit chronischen Erkrankungen sind und wie groß der Handlungsbedarf ist. Dabei wird deutlich, dass die Defizite weniger in fehlenden Leitlinien oder im Mangel einzelner Versorgungsangebote liegen, sondern vielmehr in deren unzureichenden Verzahnung, eingeschränkter Zugänglichkeit und mangelnder Anpassungsfähigkeit an komplexe Lebens- und Krankheitssituationen. Hinzu kommt, dass viele Defizite aus mangelnder Adhärenz,

unzureichendem Selbstmanagement und unzureichender Integration präventiver Maßnahmen bestehen. Diese Probleme sind nicht nur in einzelnen Indikationen zu finden, sondern ziehen sich durch nahezu alle chronischen Erkrankungen und verstärken sich in der Versorgung multimorbider Patientinnen und Patienten.

Die krankheitsübergreifenden Herausforderungen sind demnach zentrale Hebel, deren Verbesserung eine hohe Wirksamkeit entfaltet. Durch die Entwicklung übergreifender Lösungen können Effizienz- und Skalierungseffekte genutzt werden, da Maßnahmen, die mehrere Krankheitsbilder betreffen, eine größere Reichweite erzielen, nachhaltiger wirken und sich kosteneffizienter implementieren lassen. Nicht zuletzt entfalten krankheitsübergreifende Maßnahmen auch eine politische und gesellschaftliche Hebelwirkung.

Die Ursachen sind vielschichtig und reichen von strukturellen und rechtlichen Rahmenbedingungen bis hin zu verhaltensbezogenen Faktoren. Nicht alle Ursachen und Versorgungsdefizite lassen sich innerhalb einer Gesundheitsregion vollständig beheben. Dennoch eröffnen sich Gestaltungsspielräume, in denen Lösungsansätze zur Verbesserung entwickelt und umgesetzt werden können. Besondere Chancen liegen in der Verbesserung der Versorgungskoordination und -steuerung. Durch den Aufbau regionaler Netzwerke können Schnittstellenprobleme – etwa beim Übergang von stationärer zu ambulanter Versorgung oder zwischen Haus- und Fachärzten – gezielt adressiert werden. Multiprofessionelle Teams lassen sich auf regionaler Ebene besser organisieren als im fragmentierten Gesamtsystem und durch gemeinsame Standards kann die Versorgung effizienter und zielgerichteter gestaltet werden. Gleichzeitig ermöglicht die Bündelung von Akteuren und Ressourcen vor Ort, Versorgung entlang der Lebensrealitäten und Bedürfnisse der Bevölkerung auszurichten. Strukturelle Verbesserungen wie digitale Infrastrukturen, koordinierte und niedrigschwellige Versorgungsangebote lassen sich in einer Gesundheitsregion leichter verankern und umsetzen. So entsteht ein Mehrwert, der im überregionalen System häufig nicht erreichbar ist. Damit wird die Region nicht nur zum Ort innovativer Versorgungsansätze, sondern auch zu einem Modell für nachhaltige, zukunftsfähige Gesundheitsversorgung.

Insgesamt zeigt sich: Der Gestaltungsspielraum einer Gesundheitsregion liegt vor allem darin, die Kräfte der regionalen Akteure zu bündeln, gemeinsame Standards zu schaffen und krankheitsübergreifende Themen strategisch zu adressieren. Auf diese Weise können Versorgungslücken geschlossen, Effizienzpotenziale gehoben und die Qualität der Versorgung nachhaltig verbessert werden.

4.2 Versorgungsgegenstand: Root Causes

Lebensstilfaktoren – insbesondere Ernährung, körperliche Aktivität, Tabakkonsum, Alkoholkonsum und psychische Belastung – gehören zu den zentralen Ursachen der wichtigsten chronischen Erkrankungen in Deutschland. Sie bestimmen maßgeblich die gesundheitliche Entwicklung der Bevölkerung und sind in nahezu allen Nationalen Versorgungsleitlinien (NVL) als erster Interventionsschritt verankert. Trotz ihrer hohen Bedeutung ist Prävention im deutschen Gesundheitssystem bislang strukturell unterentwickelt, unterfinanziert und kaum verbindlich in der Regelversorgung verankert.

Internationale Programme wie das US-amerikanische Diabetes Prevention Program (DPP) oder Präventionsansätze des britischen National Health Service (NHS) verdeutlichen das Potenzial konsequenter Lebensstilinterventionen und zeigen, dass frühe und systematische Präventionsstrategien zu erheblichen gesundheitlichen und ökonomischen Gewinnen führen können (Diabetes Prevention Program Research Group, 2012, National Health Service, 2025). In Deutschland fehlen dagegen übergreifende Strategien, verbindliche Zielvorgaben und ein integrierter Präventionspfad, der Risikoerkennung, Intervention und langfristige Begleitung systematisch verbindet.

Die Auswahl der fünf Root Causes basiert auf ihrer wissenschaftlich belegten Rolle bei der Entstehung und Progression der acht im Kapitel 4.1 betrachteten Volkskrankheiten. Während sich deren Therapieformen unterscheiden, zeigen sich bei den Lebensstilfaktoren weitgehend gemeinsame Wirkmechanismen und präventive Ansatzpunkte (siehe Tabelle 5).

Vor diesem Hintergrund versteht die Potenzialanalyse Lebensstilfaktoren als zentralen Versorgungsgegenstand. Sie bilden die wesentlichen „Root Causes“, deren Reduktion entscheidend zur Prävention, Verzögerung und verbesserten Behandlung chronischer Erkrankungen beitragen kann. Die folgenden Kapitel beschreiben zunächst den entsprechenden Versorgungsbedarf (Kapitel 4.2.1), bevor anschließend der Präventions- und Versorgungskontext (Kapitel 4.2.2), Versorgungsinhaltliche Potenziale (Kapitel 4.2.3) und ein Fazit (Kapitel 4.2.4) dargestellt werden.

Tabelle 5: Nennung der fünf Root Causes in NVL

Root Causes	Asthma	COPD	Depression	Kreuz- schmerz	Diabetes Typ II	Hypertonie	KHK	Herz- insuffizienz
Mentale Gesundheit	X	X	X	X	X	X	X	X
Körperliche Aktivität	X	X	X	X	X	X	X	X
Gesunde Ernährung	X	X	X	-	X	X	X	X
Tabakverzicht	X	X	X	X	X	X	X	X
Alkoholreduktion	-	-	-	X	-	X	X	X

Quelle: _fbeta GmbH In Anlehnung an (Bundesärztekammer et al., 2024a, Bundesärztekammer et al., 2021, Bundesärztekammer et al., 2022, Bundesärztekammer et al., 2023c, Bundesärztekammer et al., 2023a, Bundesärztekammer et al., 2023b, Bundesärztekammer et al., 2024b, Bundesärztekammer et al., 2017)

4.2.1 Versorgungsbedarf: Lebensstilfaktoren als zentrale Ursachen chronischer Erkrankungen

Lebensstilfaktoren sind die stärksten beeinflussbaren Treiber der großen Volkskrankheiten. Epidemiologische, klinische und gesundheitsökonomische Evidenz zeigt, dass sie sowohl das Entstehen als auch den Verlauf der häufigsten chronischen Erkrankungen prägen. Damit bestimmen sie den Versorgungsbedarf des deutschen Gesundheitssystems in erheblichem Ausmaß.

Bedeutung der Root Causes für Morbidität und Mortalität

Zahlreiche chronische Erkrankungen – darunter Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Diabetes mellitus Typ 2, bestimmte Krebserkrankungen, COPD, Depression und muskuloskelettale Erkrankungen – stehen in direktem Zusammenhang mit Lebensstilfaktoren. Eine Analyse des Deutschen Krebsforschungszentrums zeigt, dass Männer mit ungesundem Lebensstil im Durchschnitt 16,8 Lebensjahre und Frauen 9,87 Lebensjahre verlieren (Deutsches Krebsforschungszentrum Heidelberg, 2024). Zu den relevanten Risikofaktoren zählen Rauchen, Bewegungsmangel, Übergewicht, hoher Alkoholkonsum und unausgewogene Ernährung.

Die volkswirtschaftliche Bedeutung wird zusätzlich dadurch unterstrichen, dass die beiden häufigsten Todesursachen – Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Krebserkrankungen – zusammen 56,3 Prozent aller Todesfälle in Deutschland ausmachen (Statistisches Bundesamt (Destatis), 2025). Ein großer Teil dieser Fälle wäre durch Prävention beeinflussbar.

Ungesunde Lebensstilfaktoren sind zentrale modifizierbare Ursachen chronischer Erkrankungen und tragen wesentlich zu vorzeitiger Sterblichkeit, hoher Krankheitslast und steigenden Versorgungskosten.

Ungesunde Lebensgewohnheiten – darunter Rauchen, Bewegungsmangel, unausgewogene Ernährung, Übergewicht und hoher Alkoholkonsum – verkürzen die Lebenserwartung deutlich und erhöhen das Risiko für schwerwiegende chronische Erkrankungen. Sie beeinflussen nahezu alle großen nichtübertragbaren Krankheiten (NCDs) wie Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Diabetes mellitus Typ 2, bestimmte Krebsarten, COPD, Depression sowie muskuloskelettale Erkrankungen und prägen damit sowohl deren Entstehung als auch deren Verlauf.

Diese Risikofaktoren erklären einen erheblichen Anteil der Krankheits- und Todesfälle in Deutschland. Da die dadurch verursachten Erkrankungsgruppen zugleich zu den kostenintensivsten Bereichen des Gesundheitssystems zählen, führen lebensstilbedingte Erkrankungen nicht nur zu einer deutlich reduzierten Lebenserwartung, sondern auch zu einem massiv erhöhten Versorgungsbedarf und erheblichen gesamtgesellschaftlichen Kosten.

Präventionspotenziale und Vermeidungsraten

Die internationalen Evidenzen belegen hohe Vermeidungsraten durch Lebensstilinterventionen (Tabelle 6):

- Diabetes mellitus Typ 2: Reduktion der Neuerkrankungen um 58 Prozent durch strukturierte Lebensstilprogramme (DPP) (Diabetes Prevention Program Research Group, 2002, Peña et al., 2022)
- Herz-Kreislauf-Erkrankungen: Reduzierbarkeit um bis zu 40 bis 80 Prozent
- Krebserkrankungen: etwa 42 bis 50 Prozent der Fälle vermeidbar (Islami et al., 2018, Deutsches Krebsforschungszentrum Heidelberg, 2024)

- Schlaganfall: bis zu 90 Prozent vermeidbar (O'Donnell et al., 2016)

Die gesundheitsökonomische Analyse des US-amerikanischen Diabetes Prevention Program (DPP) zeigt zudem eine langfristige Kostenersparnis, da geringere Diabetes-Inzidenzen zu deutlich niedrigeren Folgekosten führen (Diabetes Prevention Program Research Group, 2012). Die Evidenz ist eindeutig: Prävention wirkt medizinisch und ökonomisch.

Tabelle 6: Vermeidbare Fälle durch Lebensstilinterventionen 30 bis 50 Prozent der inzidenten Fälle

Erkrankung	Vermeidbare Fälle	Quelle/Studienbasis
priorisierte Erkrankungen mit NVL		
Asthma bronchiale	ca. 30–50 % (bei Erwachsenen)	(Liang et al., 2023)
COPD	ca. 70 % (durch Rauchen verursachte Fälle)	(Lu et al., 2024)
Depression	ca. 22 % (bei Erwachsenen)	(Schuch et al., 2018)
Kreuzschmerzen (chronisch)	ca. 39 %	(GBD 2021 Low Back Pain Collaborators, 2023)
Diabetes Typ 2	ca. 90 % (bei Frauen)	(Hu et al., 2001)
Hypertonie	ca. 40–80 % (durch kombinierte Risikofaktoren)	(Hou and Yang, 2024)
Koronare Herzkrankheit (HKH)	66 %	(Barbaresko et al., 2018)
Herzinsuffizienz	69 %	(Barbaresko et al., 2018)
Weitere Erkrankungen zum Vergleich		
Krebs (gesamt)	ca. 42 %	(Islami et al., 2018)
Schlaganfall	ca. 90 %	(O'Donnell et al., 2016)
Demenz	ca. 40 %	(Livingston et al., 2020)

Quelle: _fbeta GmbH

Trotz der klaren Evidenz für die Wirksamkeit lebensstilbezogener Prävention wird sie im deutschen Gesundheitssystem bislang nur unzureichend umgesetzt. Die Ausgaben der gesetzlichen Krankenkassen für Präventionsleistungen lagen im Jahr 2022 bei lediglich 8,49 Euro pro Versichertem (Robert Koch-Institut, 2022) und bewegen sich damit knapp über dem gesetzlichen Mindestniveau. Gleichzeitig existieren keine eigenständigen Präventionsleitlinien, die sich ausschließlich der systematischen Vermeidung chronischer Erkrankungen widmen. Präventive Empfehlungen werden in medizinischen Leitlinien zwar erwähnt, aber kaum als verbindliche Behandlungsbestandteile ausgestaltet.

Hinzu kommt, dass Lebensstilinterventionen weder in der Regelversorgung noch in den Disease-Management-Programmen (DMP) strukturell verankert sind. Verbindliche Zielvorgaben fehlen ebenso wie Programme, die sich gezielt an gesunde, aber gefährdete Bevölkerungsgruppen richten. Auch in wichtigen Lebenswelten – etwa in Schulen, Kindertagesstätten oder stationären Pflegeeinrichtungen – erreichen präventive Maßnahmen weiterhin nur einen Bruchteil der Menschen, die davon profitieren würden. Diese strukturelle Unterrepräsentanz führt dazu, dass insbesondere Personen mit geringem sozioökonomischem Status, niedrigem Einkommen oder geringerer formaler Bildung kaum Zugang zu wirksamer Prävention haben und gesundheitliche Ungleichheiten weiter verstärkt werden.

Die Diskrepanz zwischen der hohen Krankheits- und Sterblichkeitslast chronischer Erkrankungen und der gleichzeitig nur sporadischen Umsetzung evidenzbasierter Präventionsmaßnahmen erzeugt einen erheblichen Versorgungsbedarf. Lebensstilfaktoren müssen daher als zentrale Ursachen chronischer

Erkrankungen systematisch adressiert werden. Für die Gesundheitsregionen ergibt sich daraus ein klarer Handlungsauftrag: Der Ausbau struktureller Präventionsangebote, die Integration lebensstilbezogener Interventionen in bestehende Versorgungspfade sowie eine verbesserte Erreichbarkeit vulnerabler Gruppen sind entscheidende Stellschrauben, um Prävention wirksam und nachhaltig zu verankern. Nur durch einen koordinierten, strukturierten und langfristig angelegten Ansatz kann es gelingen, das Potenzial präventiver Maßnahmen umfassend auszuschöpfen und die Krankheitslast auf regionaler Ebene spürbar zu reduzieren.

4.2.2 Präventions- und Versorgungskontext

Lebensstilbezogene Prävention ist wirksam und gut untersucht, erreicht jedoch die Bevölkerung in Deutschland nur unzureichend. Die Analyse der Root Causes zeigt, dass der Versorgungsbedarf nicht allein aus epidemiologischen Daten entsteht, sondern maßgeblich durch konkrete Lebensrealitäten, Verhaltensmuster und strukturelle Hindernisse geprägt wird. Die Bedarfs- und Bedürfnisanalyse verdeutlicht, welche Faktoren verhindern, dass Präventionsangebote im Alltag angenommen werden, und welche Voraussetzungen erfüllt sein müssen, um gesundheitsförderliches Verhalten zu ermöglichen.

Verhaltensmotive und Alltagsrealitäten

Ein zentrales Ergebnis der Analyse ist, dass Wissen allein in den wenigsten Fällen zu einer nachhaltigen Verhaltensänderung führt. Viele gesundheitsrelevante Verhaltensweisen sind tief im Alltag verankert und folgen Routinen, Zeitstrukturen und dem Prinzip des geringsten Aufwands. Präventive Maßnahmen wirken häufig erst langfristig, während unmittelbare Belohnungen ausbleiben. Dieser sogenannte „Belohnungsaufschub“ wirkt als starke psychologische Barriere, die eine aktive Auseinandersetzung mit Gesundheitsverhalten erschwert (Marteau et al., 2011). Der Bedarf liegt daher nicht primär in mehr Information, sondern in alltagsnahen Anstößen, die Verhalten unmittelbar erleichtern.

Zielgruppenspezifische Bedürfnisse im Lebensverlauf

Die Analyse zeigt deutliche Unterschiede zwischen verschiedenen Lebensphasen. Bei berufstätigen Erwachsenen zwischen 35 und 65 Jahren ist der Alltag vielfach durch berufliche Anforderungen, Zeitdruck und Betreuungsverpflichtungen geprägt. Auch wenn die Bedeutung eines gesunden Lebensstils bekannt ist, wird Prävention häufig zugunsten akuter Alltagsprioritäten zurückgestellt. Gesundheit wird als wichtig, aber nicht dringlich wahrgenommen. Das erzeugt einen spezifischen Bedarf an Angeboten, die flexibel, zeitökonomisch und alltagskompatibel sind.

Bei älteren Menschen über 65 Jahren treten andere Bedürfnisse in den Vordergrund. Viele dieser Personen sind unsicher, welche Präventions- oder Vorsorgeleistungen ihnen zustehen, oder fühlen sich durch bestehende Informationskanäle nicht angesprochen. Fehlende Mobilität, gesundheitliche Einschränkungen und die Bedeutung eines vertrauensbasierten Zugangs erschweren zusätzlich die Nutzung von Präventionsangeboten. Für diese Gruppe entsteht ein klarer Bedarf nach wohnortnahen, barrierearmen und sozial eingebetteten Formen der Ansprache. Der persönliche Kontakt über vertraute Akteure – etwa Apotheken, Hausärzte, Pflegeeinrichtungen oder lokale Begegnungsorte – spielt dabei eine zentrale Rolle.

Zugangshürden und Bedarf nach Alltagsnähe

Ein wiederkehrender Befund ist, dass Präventionsangebote häufig nicht die Menschen erreichen, für die sie am relevantesten wären. Besonders ausgeprägt sind die Barrieren bei Personen mit niedrigem sozioökonomischem Status oder geringerer Gesundheitskompetenz. Viele dieser Menschen fühlen sich von bestehenden Informationsangeboten nicht abgeholt oder können deren Qualität schwer einschätzen. Dies betrifft insbesondere den sogenannten „zweiten Gesundheitsmarkt“, in dem Fitnessstudios,

Ernährungskurse oder Sportprogramme nur eingeschränkt vergleichbar sind und kaum qualitätsgesichert auftreten. Die potenziellen Nutzer benötigen daher verlässliche Orientierung und niedrigschwellige, transparente Informationen, um Angebote sinnvoll nutzen zu können.

Digitale Präventionsformate können für einige Zielgruppen entlastend wirken – etwa für zeitlich stark eingebundene Personen oder Menschen mit eingeschränkter Mobilität. Gleichzeitig bestehen Hürden wie fehlende digitale Kompetenz, Unsicherheiten im Umgang mit digitalen Anwendungen oder mangelnde Transparenz hinsichtlich des Nutzens und des Datenschutzes. Hier entsteht ein klarer Bedarf nach benutzerfreundlichen, evidenzbasierten und leicht zugänglichen digitalen Unterstützungsformaten sowie begleitenden Bildungsangeboten, um digitale Gesundheitskompetenz aufzubauen.

Bedürfnisse nach Motivation, sozialer Unterstützung und Orientierung

Verhaltensänderungen erfordern nicht nur strukturelle Bedingungen, sondern auch motivationale Unterstützung. Die Analyse zeigt, dass persönliche Ansprache, soziale Einbettung und Identifikationsangebote besonders wirksam sind. Gruppensettings, niedrigschwellige Bewegungsangebote, gemeinschaftliche Formate oder leichte, spielerische Elemente können Veränderungen erleichtern und Nachhaltigkeit fördern. Besonders bei älteren Menschen erfüllen Gruppenangebote zusätzlich eine soziale Funktion, da sie Einsamkeit reduzieren und soziale Teilhabe fördern.

Über alle Zielgruppen hinweg zeigt sich ein konsistenter Bedarf: Prävention muss verständlich, alltagsnah und erfahrbar sein. Menschen benötigen klare Orientierung, verlässliche Qualität und Angebote, die sich ohne hohen Aufwand in ihren Alltag integrieren lassen. Erst wenn Prävention diese Kriterien erfüllt, kann sie ihr gesundheitliches Potenzial entfalten.

4.2.3 Versorgungsinhaltliche Potenziale: Präventive Hebel und Wirkmechanismen

Die Analyse der Root Causes zeigt, dass die größten Potenziale nicht in einzelnen Maßnahmen, sondern in der systematischen und alltagsnahen Adressierung von Lebensstilfaktoren liegen. Prävention entfaltet ihre Wirkung besonders dann, wenn sie niedrigschwellig gestaltet, in Lebenswelten verankert und auf die Bedürfnisse unterschiedlicher Bevölkerungsgruppen ausgerichtet ist.

Die Potenzialanalyse verdeutlicht, dass sich die wirksamsten Hebel auf drei Ebenen verorten lassen:

- individuelle Verhaltensänderung,
- Zugang und Passung der Angebote sowie
- strukturelle Rahmenbedingungen innerhalb des Versorgungssystems.

Diese Ebenen beeinflussen sich gegenseitig und machen deutlich, dass präventive Interventionen nur dann erfolgreich sein können, wenn sie in einen systematischen und langfristigen Gesamtansatz eingebettet sind.

Das größte Präventionspotenzial liegt in der alltagsnahen und zielgruppenspezifischen Ansprache von Lebensstilfaktoren.

Viele bestehende Maßnahmen sind nicht ausreichend zielgruppenorientiert ausgestaltet und erreichen damit jene Bevölkerungsgruppen nicht, die besonders von Lebensstilinterventionen profitieren würden. Menschen mit geringer Bildung, niedrigem Einkommen oder Migrationsgeschichte nehmen Präventionsangebote deutlich seltener wahr. Studien zeigen, dass Personen mit hoher Bildung mindestens doppelt so häufig an Gesundheitsförderungs- und Präventionsangeboten teilnehmen wie

Menschen mit niedriger Bildung (Robert Koch-Institut, 2024). Die Analyse der Root Causes bestätigt diese Ungleichheit und macht sichtbar, dass viele Angebote zu wenig alltagsnah sind. Niedrigschwellige Formate, die im direkten Lebensumfeld ansetzen – etwa im Quartier, in Apotheken, an Arbeitsplätzen, in Vereinen oder über digitale Lösungen – bieten ein erhebliches Potenzial, Reichweite und Wirksamkeit zu erhöhen. Diese Formate müssen stärker auf spezifische Lebensrealitäten ausgerichtet werden, insbesondere bei Menschen mit familiären Verpflichtungen, hohem Zeitdruck oder eingeschränkter Mobilität.

Ein zentrales Potenzial besteht darin, Motivation und Selbstwirksamkeit für gesundheitsförderliche Verhaltensänderungen zu stärken.

Lebensstilbezogene Verhaltensänderungen scheitern häufig nicht am mangelnden Wissen, sondern an den Herausforderungen des Alltags, fehlenden Routinen, geringer Motivation oder Überforderung. Viele gesundheitsrelevante Verhaltensweisen sind über Jahre eingeübt und entziehen sich rein rationalen Appellen. Die Potenzialanalyse zeigt, dass Prävention vor allem dann wirkt, wenn sie durch konkrete Impulse, persönliche Ansprache, positive Erfahrungen oder soziale Unterstützung begleitet wird. Gamification-Elemente, Challenges, digitale Streaks oder Belohnungsmechanismen können insbesondere bei jüngeren und digitalaffinen Menschen Motivation aufbauen. Für ältere Menschen spielen Nähe, Vertrauen und persönliche Unterstützung hingegen eine wichtigere Rolle. Programme, die auf diese unterschiedlichen Bedürfnisse eingehen, bieten großes Potenzial, nachhaltige Verhaltensänderungen zu ermöglichen.

Die Stärkung der Gesundheitskompetenz ist ein wesentlicher Hebel für die Wirksamkeit präventiver Angebote.

Viele Menschen verfügen nicht über die Fähigkeiten, gesundheitsbezogene Informationen zu bewerten, geeignete Angebote zu finden oder Empfehlungen alltagsnah umzusetzen. Untersuchungen zeigen, dass nur rund ein Viertel der Bevölkerung in Deutschland über eine gute Gesundheitskompetenz verfügt, während geringe Gesundheitskompetenz mit höheren Krankheitsrisiken und rund 24 Milliarden Euro zusätzlichen Gesundheitskosten pro Jahr verbunden ist (AOK Bundesverband 2025). Alltagsnahe Gesundheitsbildung – etwa in Schulen, Betrieben, Nachbarschaften oder über niedrigschwellige digitale Informationsangebote – kann dazu beitragen, gesundheitsrelevante Entscheidungen besser zu verstehen und realistisch umzusetzen. Besonders wirksam ist die frühzeitige Vermittlung von Gesundheitskompetenz im Schulalter, da sich hier zentrale Verhaltensmuster für das spätere Leben verankern.

Der Arbeitsplatz ist ein zentraler Zugangspunkt für wirksame Präventionsangebote.

Große Teile der erwachsenen Bevölkerung verbringen einen erheblichen Anteil ihrer Zeit dort, wodurch der Arbeitsplatz einen natürlichen Zugangspunkt für gesundheitsförderliche Maßnahmen darstellt. Viele Unternehmen, insbesondere kleine und mittlere Betriebe, verfügen jedoch weder über Ressourcen noch über Strukturen, um wirksame betriebliche Gesundheitsförderung umzusetzen. Ein deutliches Potenzial liegt daher in der besseren Unterstützung dieser Betriebe – etwa durch standardisierte Programme, Beratungsangebote, die Einbindung von Betriebsärzten und eine stärkere Verknüpfung mit regionalen Gesundheitsanbietern. Betriebsärztinnen und -ärzte könnten eine zentrale Rolle einnehmen, indem sie präventive Maßnahmen frühzeitig anstoßen, individuelle Beratung anbieten und Kontinuität sicherstellen. Dieses Potenzial ist bislang nur unzureichend genutzt.

Präventive Maßnahmen müssen zielgruppenspezifisch und kultursensibel gestaltet werden, um bestehende Zugangsbarrieren abzubauen.

Menschen mit Migrationsgeschichte, ältere Menschen, pflegebedürftige Personen oder Menschen im ländlichen Raum benötigen passgenaue Formate. Mobile Angebote, wohnortnahe Treffpunkte, muttersprachliche Informationsformate oder kultursensitive Gruppenprogramme können Barrieren abbauen und die Wirksamkeit präventiver Maßnahmen deutlich erhöhen. Auch in der Altenpflege bestehen bislang kaum systematische Präventionsangebote, obwohl Bewegungsförderung, Ernährungsberatung oder Sturzprävention wesentlich zur Erhaltung von Mobilität, Autonomie und Lebensqualität beitragen können.

Digitalisierung eröffnet zusätzliche Potenziale für flexible, niedrigschwellige und individualisierte Präventionsangebote.

Digitale Anwendungen ermöglichen orts- und zeitunabhängige Teilnahme, kontinuierliches Monitoring und individuelle Begleitung. Gleichzeitig bestehen Hürden wie Unsicherheiten über Qualität, Datenschutzbedenken oder mangelnde digitale Kompetenzen. Die Potenzialanalyse zeigt deutlich, dass digitale Angebote dann wirksam werden, wenn sie niedrigschwellig, qualitätsgesichert, evidenzbasiert und leicht verständlich sind und durch digitale Gesundheitsbildung flankiert werden. Hybride Formate – also die Kombination aus digitalen Tools und persönlichen Begegnungen – sind besonders geeignet, unterschiedliche Zielgruppen zu erreichen und langfristige Bindung aufzubauen.

Insgesamt wird deutlich, dass die Potenziale weniger in neuen Einzelmaßnahmen liegen, sondern in der systematischen Verbesserung von Zugang, Motivation, Gesundheitskompetenz und Angebotsqualität. Prävention muss so gestaltet sein, dass sie in den Alltag der Menschen hineinpasst, ihre Lebensrealitäten berücksichtigt und Anreize schafft, gesundheitsförderliches Verhalten dauerhaft zu verankern. Die in der Analyse identifizierten Potenziale bilden wichtige Ansatzpunkte für Gesundheitsregionen, um Prävention gezielt auszubauen, Lücken zu schließen und wirksame Strukturen zur systematischen Adressierung von Lebensstilfaktoren zu schaffen.

Die in der Analyse identifizierten Herausforderungen verdeutlichen, dass Prävention nur dann wirksam sein kann, wenn strukturelle, organisatorische und verhaltensbezogene Barrieren gleichzeitig adressiert werden. Aus den beschriebenen Defiziten ergeben sich klare Potenziale, die für eine zukünftige Weiterentwicklung präventiver Leistungen in Gesundheitsregionen zentral sind. Sie betreffen nicht nur die Ausgestaltung einzelner Maßnahmen, sondern vor allem die Verbesserung von Transparenz, Zugang, Motivation, Gesundheitskompetenz sowie die Verankerung präventiver Angebote im Versorgungssystem. Die Tabelle 7 bündelt diese Potenziale systematisch und zeigt auf, an welchen Stellhebeln Gesundheitsregionen ansetzen können, um Prävention zielgruppenspezifisch, alltagsnah und wirksam weiterzuentwickeln.

Tabelle 7: Versorgungsinhaltliche Potenziale im Bereich Root Causes

Kategorie	Potenziale
1. Zielgruppenorientierte Prävention	• Präventionsangebote stärker an spezifischen Lebensrealitäten ausrichten (z. B. berufstätige 35- bis 65-Jährige, ältere Menschen 65+). • Mobilitätsaspekte stärker berücksichtigen (z. B. wohnortnahe Angebote, mobile Formate). • Altersspezifische und krankheitsspezifische Präventionsangebote entwickeln. • Kultursensitive Angebote ausbauen, besonders für Menschen mit Migrationsgeschichte.
2. Niedrigschwelliger Zugang & Umsetzung	• Gestaltung zentraler, alltagsnaher Zugangspunkte (z. B. Apotheken, Supermärkte, Quartierszentren). • Alltagsnahe und leicht verständliche Aufklärung ermöglichen. • Prävention stärker in bestehende Versorgung integrieren („mitnehmen“ statt „einladen“). • Digitale vs. Präsenzformate zielgruppenspezifisch gestalten und kombinieren.
3. Motivation & Teilnahme fördern	• Prävention spielerisch und erlebbar gestalten (Gamification, Challenges, Wettbewerbe). • Motivation durch Anreize (Bonusprogramme, Belohnungssysteme) stärken. • Impulse zur Selbstmotivation und Begleitung durch externe Coaches fördern. • Präventionsangebote spaßorientiert und sozial eingebettet gestalten.
4. Setting-Integration & Lebenswelten	• Gruppenangebote ausbauen (soziale Einbettung, motivationale Wirkung, soziale Teilhabe). • Bestehende Strukturen nutzen (Sportvereine, Nachbarschaften, Betriebe). • Früher Einstieg und kontinuierliche Sensibilisierung über den Lebensverlauf. • Angebote direkt in Lebenswelten verankern (Arbeit, Schule, Pflege, Quartier).
5. Gesundheitskompetenz & Bildung	• Gesundheitskompetenz systematisch verbessern (v. a. Ernährungskompetenz, Bewegung, Stressbewältigung). • Gesundheitsbildung in Schulen verankern (früh, alltagsnah, fächerübergreifend). • Verständliche, qualitätsgesicherte Gesundheitsinformationen bereitstellen.
6. Digitale Unterstützung & Motivation	• Digitale Präventionshilfen benutzerfreundlich, evidenzbasiert und datensicher gestalten. • Fitness-Apps, digitale Trainingspläne und hybride Formate als Brückentechnologien nutzen. • Digitale Gesundheitskompetenz gezielt fördern – besonders bei vulnerablen Zielgruppen. • Externe Unterstützung für digitale Motivation ermöglichen.
7. Betriebliche Gesundheitsförderung	• Unterstützung v. a. für kleine und mittlere Unternehmen beim Aufbau von BGM-Strukturen. • Betriebsärzte systematisch in präventive Prozesse einbinden. • Qualitätstransparenz für betriebliche Präventionsangebote herstellen.
8. Strukturelle & rechtliche Rahmenbedingungen	• Hürden zur Teilnahme an Präventionsangeboten reduzieren. • Gesundheitschecks und Screening-Angebote systematisch etablieren. • Schulungen zu Lebensstiländerung in bestehenden Programmen (z. B. DMP) verbessern. • Adipositas-DMP konsequent weiterentwickeln und implementieren.
9. Vertrauen, Kontinuität & Nachhaltigkeit	• Stabile, vertrauensvolle Arzt-Patienten-Beziehungen als Basis für Prävention nutzen. • Empfehlungen nachhaltiger gestalten durch kontinuierliche Begleitung.

Quelle: _fbeta GmbH

Neben diesen übergeordneten strukturellen Potenzialen ist entscheidend, wie konkrete Präventionsangebote gestaltet sind. Die Wirksamkeit hängt maßgeblich davon ab, ob Angebote zielgruppengerecht, niedrigschwellig, motivierend und in relevante Lebenswelten eingebettet sind. Die Analyse der Root Causes macht deutlich, dass besonders jene Formate erfolgreich sind, die Orientierung bieten, den Alltag berücksichtigen und sowohl individuelle Motivation als auch soziale Unterstützung stärken. Die Tabelle 8 fasst zentrale Gestaltungsprinzipien zusammen, die bei der Entwicklung oder Weiterentwicklung einzelner Präventionsangebote berücksichtigt werden sollten.

Tabelle 8: Gestaltungsprinzipien einzelner Präventionsangebote

Gestaltungsprinzipien einzelner Angebote	
Zielgruppenspezifische Ausrichtung	Personen mit geringem Gesundheitsbewusstsein, vulnerable und sozial benachteiligte Personen besonders beachten
	Mobilitätsaspekte der Zielgruppe berücksichtigen
	Altersspezifische Angebote
	Krankheitsspezifische Angebote
	Kultursensitive Angebote
	Digital vs. Präsenz: Zielgruppenorientiert gestalten bzw. einsetzen
Niedrigschwelliger Zugang und Umsetzung	Niedrigschwelliger Zugang und Gestaltung an zentralen Treffpunkten
	Aufklärung alltagstauglich, leicht verständlich und umsetzbar machen
	Prävention gezielt in die Versorgung mitaufnehmen
Motivation und Teilnahme fördern	Spaßorientiert
	Challenges/Wettbewerb und Gamification etablieren
	Anfassbar und erlebbar machen
	Motivation durch Anreize (Belohnungs-/Bonussystem)
	Selbstmotivation und Fremdmotivation fördern
Setting-Ansatz und Integration in Lebenswelten	Externe Unterstützung für Motivationsaufbau ermöglichen
	Gruppenangebote ausbauen
	Bestehendes nutzen, statt Neues schaffen
	Früher Einstieg und Sensibilisierung
Vertrauensaufbau und Nachhaltigkeit	Angebote gezielt im Setting anbieten
	Stabiles und vertrauensvolles Arzt-Patienten-Verhältnis entscheidend für eine nachhaltige Umsetzung von Empfehlungen

Quelle: _fbeta GmbH

4.2.4 Fazit: Handlungsoptionen der Gesundheitsregion im Bereich Root Causes

Die Analyse der Root Causes zeigt, dass die zentralen Herausforderungen im Bereich der lebensstilbezogenen Prävention weniger in fehlender Evidenz oder mangelnden Einzelmaßnahmen liegen, sondern vor allem in strukturellen, motivationalen und lebensweltbezogenen Barrieren. Die Ursachen für unzureichendes gesundheitsförderliches Verhalten sind komplex und eng mit alltäglichen Routinen, psychologischen Mustern und sozialen Bedingungen verknüpft. Gleichzeitig sind präventive Angebote im deutschen Versorgungssystem nicht systematisch verankert, schwer zugänglich oder zu wenig auf unterschiedliche Zielgruppen zugeschnitten. Dadurch bleibt ein großer Teil des nachweisbaren Potenzials ungenutzt.

Deutlich wird, dass die Potenziale einer verbesserten Präventionspraxis nicht in einzelnen Interventionen liegen, sondern im Zusammenspiel mehrerer Hebel: ein leichter Zugang zu Angeboten, mehr

Orientierung und Transparenz, eine frühzeitige und kontinuierliche Ansprache, eine systematische Förderung von Gesundheitskompetenz sowie niedrigschwellige, motivierende Formate, die sich in den Alltag integrieren lassen. Diese Faktoren wirken indikationsübergreifend und adressieren zentrale Ursachen chronischer Erkrankungen. Damit entsteht ein erheblicher gesundheitlicher und ökonomischer Hebel, der weit über einzelne Zielgruppen hinausreicht.

Nicht alle systemischen Defizite lassen sich innerhalb einer Gesundheitsregion vollständig lösen. Dennoch zeigen sich klare Gestaltungsspielräume: Durch eine bessere Vernetzung regionaler Akteure, durch die Schaffung alltagsnaher Zugangsstrukturen, durch verbindliche Qualität und zielgruppenspezifische Ansprache können viele bestehende Lücken geschlossen und präventive Angebote wirkungsvoll verankert werden. Gesundheitsregionen bieten zudem einen geeigneten Rahmen, um digitale Lösungen mit persönlicher Unterstützung zu kombinieren, lokale Ressourcen zu mobilisieren und Präventionsangebote konsequent an den Lebensrealitäten der Bevölkerung auszurichten.

Insgesamt wird deutlich, dass Gesundheitsregionen einen zentralen Beitrag dazu leisten können, die Potenziale der lebensstilbezogenen Prävention systematisch zu nutzen. Indem sie Strukturen koordinieren, Angebote bündeln, Qualität sichtbar machen und Prävention in zentrale Lebenswelten integrieren, entsteht ein wirksamer Hebel zur Reduktion chronischer Erkrankungen und zur Verbesserung der gesundheitlichen Chancengleichheit. Die Region kann damit zu einem Motor für nachhaltige, alltagsnahe und zielgruppenorientierte Prävention werden – und zu einem Modell für die strategische Weiterentwicklung des deutschen Gesundheitswesens.

4.3 Versorgungsgegenstand: Pflege

Hinweis: Das Themenfeld Pflege unterscheidet sich grundlegend von den Kapiteln 4.1 „Chronische Erkrankungen“ und 4.2 „Root Causes“. Während dort die gesundheitsbezogene Verhaltensänderung und die Behandlung bzw. Vermeidung von Erkrankungen im Mittelpunkt stehen, zielt Pflege primär auf den Erhalt von Funktionen, die Stabilisierung von Einschränkungen und die Sicherung der Teilhabe. Pflegebedürftigkeit ist in vielen Fällen nicht vollständig reversibel; entscheidend ist daher ein gut organisiertes Umfeld, das Selbstständigkeit ermöglicht, Belastungen reduziert und die Lebensqualität verbessert. Die Potenziale in der Pflege liegen folglich weniger in der Gesundheit, sondern in der Gestaltung förderlicher Strukturen, die Einschränkungen ausgleichen und die Versorgung nachhaltig unterstützen.

Dieses Kapitel folgt – wie die anderen Versorgungsgegenstände – einer einheitlichen Struktur.

Im ersten Unterkapitel 4.3.1 wird die pflegerische Versorgungssituation beschrieben. Dazu gehören der regionale Bedarf, die demografischen Entwicklungen sowie zentrale Herausforderungen in der professionellen und informellen Pflege.

Das zweite Unterkapitel 4.3.2 erläutert die fachlichen und strukturellen Einflussfaktoren, die den Eintritt in Pflegebedürftigkeit sowie die Versorgung im Alter prägen, und beschreibt typische Risikofaktoren, Verlaufsmechanismen und präventive Ansatzpunkte.

Im dritten Unterkapitel 4.3.3 werden die versorgungsinhaltlichen Potenziale entlang der drei zentralen pflegerischen Settings – informelle häusliche Pflege, ambulante Pflege und stationäre Langzeitpflege – dargestellt.

Das vierte Unterkapitel 4.3.4 fasst die Ergebnisse zusammen und leitet daraus zentrale Gestaltungsspielräume für die Gesundheitsregion ab.

Das Ziel der Potenzialbewertung im Szenario Pflege besteht darin, ein umfassendes Verständnis sowohl der aktuellen als auch der zukünftigen pflegerischen Versorgungssituation zu erlangen. Auf dieser Grundlage sollen Maßnahmen der Pflege verbessern, die vorhandenen Kapazitäten bedarfsgerecht und effizient nutzen und entwickelt werden, die die Qualität zugleich eine langfristig wirtschaftlich tragfähige Versorgung sicherstellen.

4.3.1 Pflegekontext und Bedarf

Die pflegerische Versorgung steht bereits heute unter erheblichem Druck. In allen Versorgungsbereichen – von der häuslichen Pflege über ambulante Dienste bis zur stationären Versorgung – übersteigt der Bedarf vielerorts die verfügbaren Kapazitäten. Gleichzeitig erschweren Personalknappheit, ökonomische Unsicherheiten und regionale Unterschiede eine stabile Versorgungsplanung.

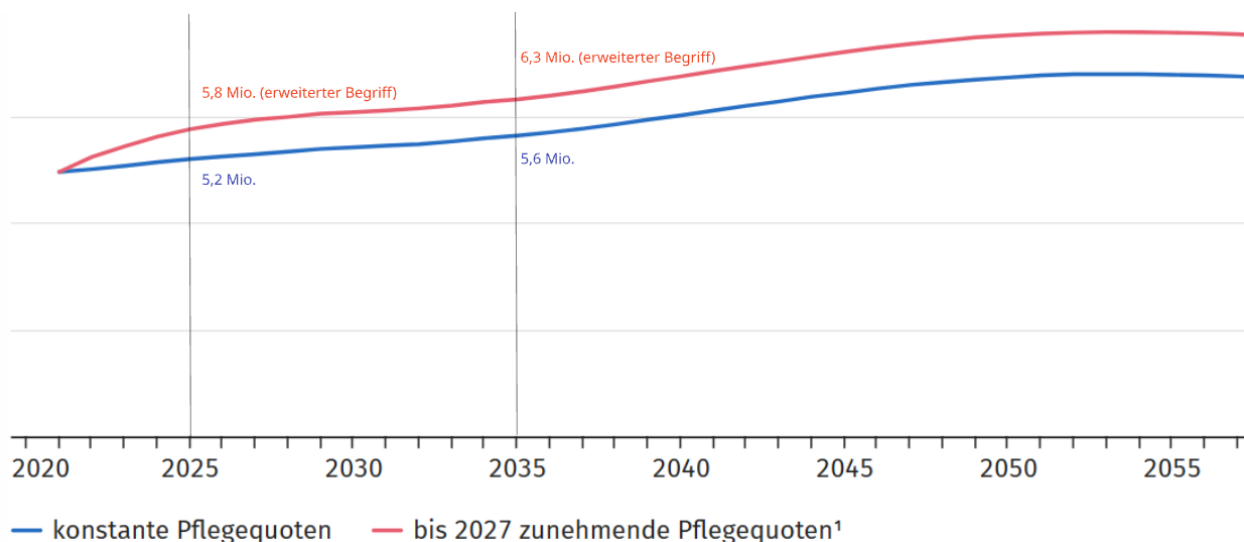
In den Untersuchungen der Potenzialanalyse wurden diese allgemeinen Feststellungen aus Praxissicht bestätigt und erweitert: Die Pflegeplanung der Kommunen berichtet mehrheitlich, den Bedarf größtenteils noch decken zu können, gleichzeitig werden aber Probleme mit mangelndem Interesse auf Investorenseite bei Ausschreibungen zu zusätzlichen Pflegekapazitäten gemeldet. Betreiber von Pflegeeinrichtungen begründen dies einerseits mit der Schwierigkeit, Personal für zusätzliche Pflegekapazitäten rekrutieren zu können, und als weitere Ursache nennen kommerzielle Anbieter die Ungewissheit, Investitionen angesichts niedriger Pflegesätze und fluktuierender Auslastung amortisieren

zu können. Auch Vertreter der freigemeinnützigen Träger von Pflegeeinrichtungen beklagen schwierige wirtschaftliche Rahmenbedingungen und eine weiterhin bestehende Personalknappheit bei Pflegefachpersonen und Hilfskräften. Die Berichte über lange Wartezeiten auf vollstationäre Pflegeplätze häufen sich und im Rahmen des Entlassmanagements wird bemängelt, dass Kurzzeitpflegeplätze nicht bedarfsgerecht bereitstehen.

Es gibt keine Anzeichen dafür, dass sich diese Situation in den kommenden Jahren verbessern wird. Obwohl der natürliche Alterungsprozess nicht verhindert werden kann, zeigen aktuelle Evidenzen, dass präventive und aktivierende Maßnahmen selbst im höheren Alter die Pflegebedürftigkeit deutlich verzögern können. Dies hat zunächst demografische Ursachen, das heißt die überdurchschnittliche Alterung der Bevölkerung. Sie wird sich in den kommenden Jahren dreifach bemerkbar machen:

Faktor 1 – zunehmende Pflegebedürftigkeit: Mit der steigenden Zahl von Personen in der hochaltrigen Kohorte von über 75 Lebensjahren steigt auch die Zahl der potenziell Pflegebedürftigen. Dies ist nicht nur ein relativer, sondern auch ein absoluter Anstieg, der sich nach den Zahlen des statistischen Bundesamtes erst ab Mitte des Jahrhunderts abflachen wird, wie die Abbildung 2 illustriert. Die blaue Linie zeigt hier die Fortschreibung der Entwicklung nach dem vor 2017 geltenden Pflegebedürftigkeitsbegriff (Pflegestufen), die rote Linie die Fortschreibung nach dem seit 2017 gültigen Pflegebedürftigkeitsbegriff (Pflegegrade). Bezogen auf diese Berechnungsgrundlage ist von einem Anstieg der Anzahl der Pflegebedürftigen von heute etwa 5,8 Millionen auf ca. 6,3 Millionen bis 2035 und bis zu 7,5 Millionen bis 2055 zu rechnen, was einem Anstieg um 9 bzw. knapp 30 Prozent entspricht.

Abbildung 2: Pflegebedürftige 2021 bis 2070



Quelle: Statistisches Bundesamt (Destatis) 2025

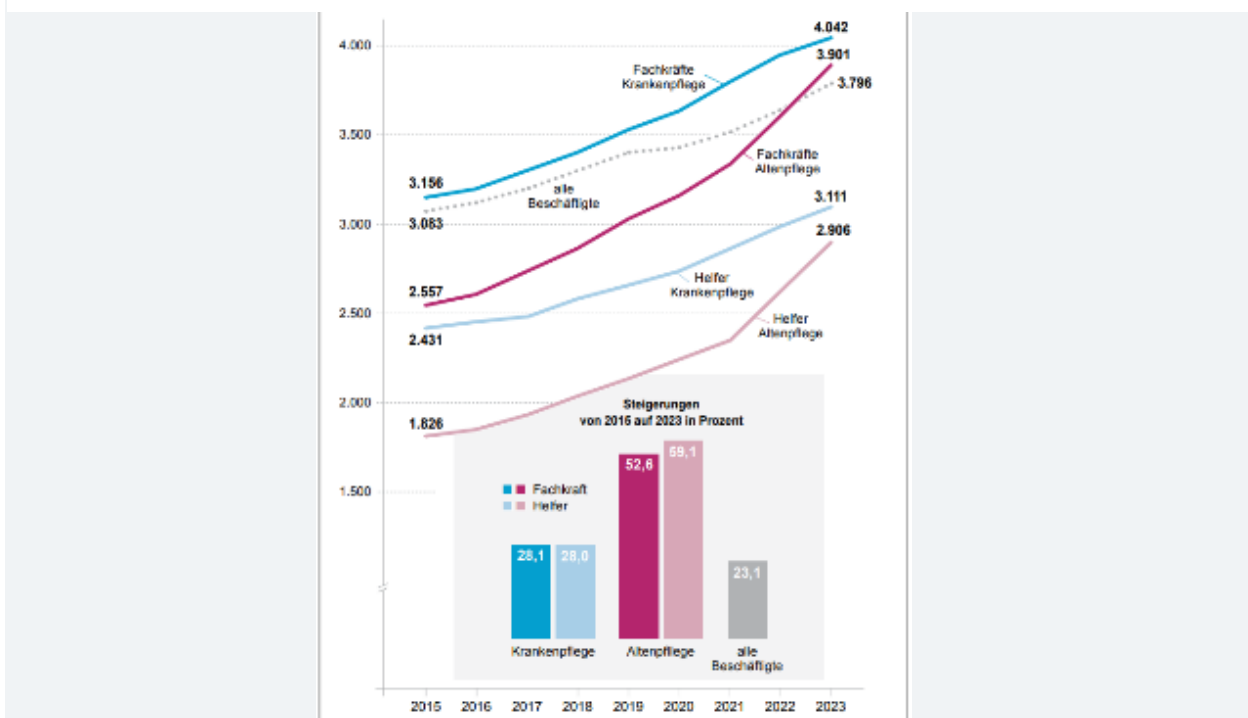
Erst ab Mitte des Jahrhunderts ist also mit einem Rückgang von Pflegebedürftigkeit zu rechnen. Bis dahin wird der Druck auf Einrichtungen der ambulanten und stationären Pflege und Familien weiter zunehmen.

Faktor 2 – weniger Pflegekräfte

Weniger professionelle Pflegekräfte: Ein zweiter demografischer Faktor kommt erschwerend hinzu: Auch die Beschäftigten in der Pflege werden älter. Die geburtenstarken Jahrgänge der „Baby Boomer“-Generation kommen jetzt ins Rentenalter, nachrückende Jahrgänge sind deutlich kleiner, was sich in der Beschäftigtenstruktur in der Pflege niederschlägt. Eine Analyse des Fachportals Pflegemarkt.com (auf Basis von Zahlen des Statistischen Bundesamtes und der Bundesagentur für Arbeit von 2024; vgl. (Meißner, 2024) weist zwar einen Anstieg der Beschäftigten zwischen 2019 und 2023 von etwas mehr als 30.000 Beschäftigten aus, beschreibt aber auch, dass der Anteil der Pflegekräfte unter 25 Jahren im selben Zeitraum um über 2.500 zurückgegangen ist, während die Zahl der Beschäftigten über 55 Jahren um fast 20.000 anstieg. Diese Analyse geht von einem Rückgang der Beschäftigten in der Pflege von ca. 190.000 Personen aus.

Die Bemühungen der letzten Jahre, Pflegearbeit aller Bereiche und Qualifikationsstufen attraktiver zu gestalten, waren nicht in ausreichendem Maße erfolgreich, trotz steigender Löhne und Gehälter (Abbildung 3) verlassen ausgebildete Pflegefachkräfte die Branche weiterhin in signifikanter Anzahl. Den Ergebnissen der Analyse zufolge liegt dies an den weiterhin verbreitet schweren Arbeitsbedingungen, Überlastung und Stress sowie dem Gefühl, den Pflegebedürftigen unter den gegebenen Bedingungen nicht gerecht werden zu können. Dazu muss angemerkt werden, dass sich die Fluktuationsraten zwischen verschiedenen Betrieben zum Teil deutlich unterscheiden, was eine Mitverantwortung der jeweiligen Arbeitgeber für dieses Problem nahelegt.

Abbildung 3: Pflegegehälter deutlich gestiegen



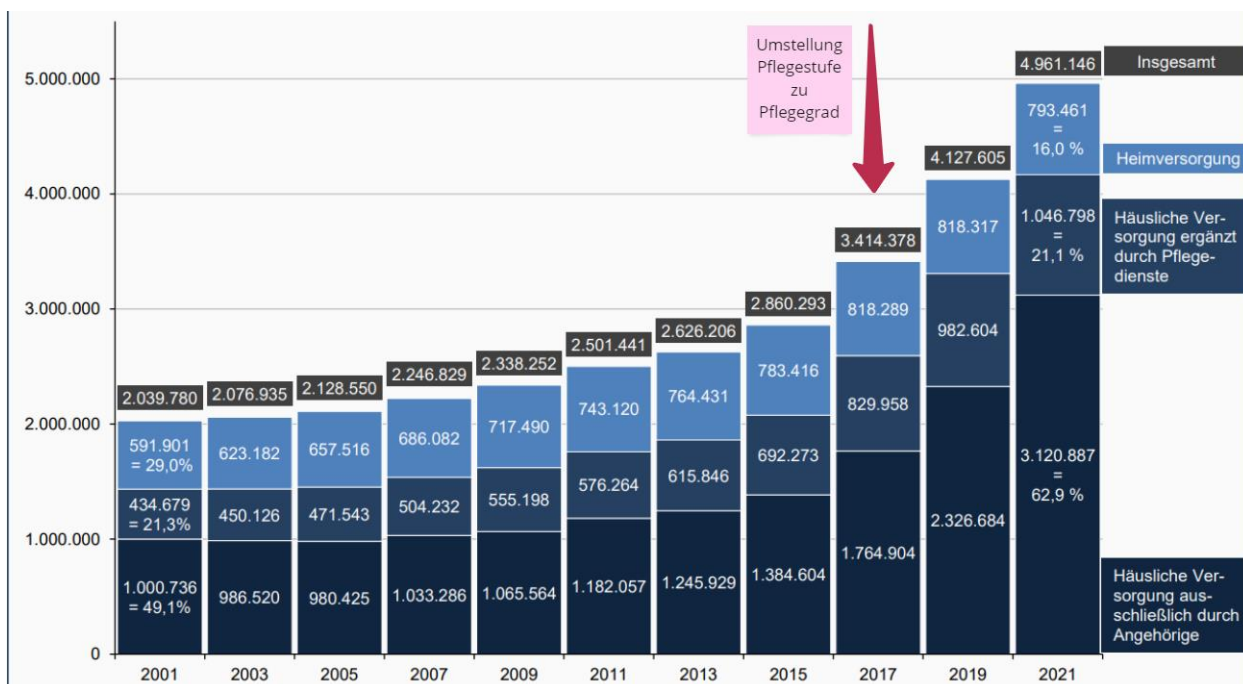
Quelle: (Rothgang and Müller, 2024)

Die Vereinheitlichung der Pflegeberufe hat zusätzlich dazu beigetragen, die Situation in Einrichtungen der Altenpflege zu belasten, da Stellen der klassischen Krankenpflege aus vielerlei Gründen häufig als attraktiver wahrgenommen werden.

Maßnahmen, die diesen Trends entgegenwirken sollen, müssen entsprechend einerseits zum Ziel haben, die Mitarbeiterzufriedenheit in der Pflege zu verbessern, vor allem vor dem Hintergrund des aktuellen politischen Klimas, das nicht nahelegt, den Mangel an qualifizierten und unqualifizierten Kräften über das Mittel der Zuwanderung ausgleichen zu können. Andererseits wurde in der Potenzialanalyse deutlich, dass die Attraktivität von Pflegeberufen für Berufsanfänger durch mehr und interessantere Tätigkeitsfelder und mehr Eigenverantwortung (natürlich bei entsprechender Entlohnung) gesteigert werden kann, um auf diesem Weg mehr junge Menschen für Pflegeberufe zu interessieren.

Weniger informell Pflegende: Der zweite demografische Effekt betrifft weder den Versorgungsbedarf noch die Kapazität der professionellen Leistungserbringer in der Pflege, sondern den Bereich, der schon heute den Löwenanteil (2021: 69,2 Prozent) der Pflegearbeit in Deutschland schultert: das persönliche Umfeld der Pflegebedürftigen, die vielen informell Pflegenden (Abbildung 4). Ein wesentlicher Teil der ehrenamtlichen Pflegetätigkeit wird von der Kohorte der sogenannten „jungen Alten“ zwischen 60 und 75 Jahren geleistet, meist selbst schon im Ruhestand. Informell Pflegende sind häufig selbst gesundheitlich belastet und weisen ein erhöhtes Risiko für eigene Erkrankungen oder Überlastung auf. Ohne präventive Unterstützung steigt die Wahrscheinlichkeit, dass informell Pflegende selbst früher pflegebedürftig werden.

Abbildung 4: Pflegebedürftige nach Art der Versorgung 2001 bis 2021



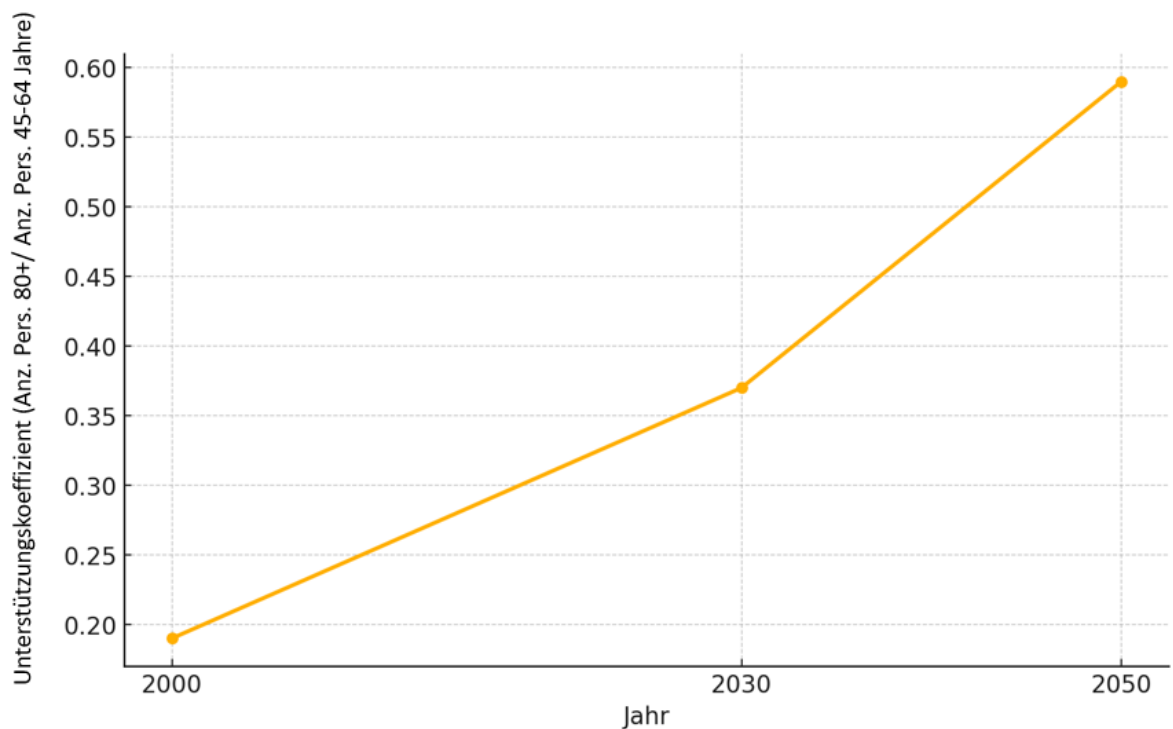
Quelle: (Institut Arbeit und Qualifikation der Universität Duisburg-Essen, 2022)

2022

Doch in wenigen Jahren werden auch viele aus dieser Kohorte selbst pflegebedürftig sein und nicht in gleicher Zahl und Leistungsfähigkeit aus nachfolgenden Jahrgängen ersetzt werden können: Denn erstens sind die Folgejahrgänge (dann schon der „Generation X“ zuzuordnen) spürbar weniger zahlreich, und zweitens verteilt sich wegen kleiner werdender Familien die Last der Pflege der Elterngeneration auf immer weniger Schultern (steigender familiärer Unterstützungskoeffizient).

Familiärer Unterstützungskoeffizient: Die in Summe kaum steigenden Kapazitäten in der ambulanten und stationären Pflegeversorgung erzwingen somit eine immer weiter steigende Verantwortung in der informellen Pflege durch Angehörige und das soziale Umfeld. Aus Prognosen des Bundesinstituts für Bevölkerungsforschung von 2015 geht hervor, dass 2050 auf 100 Personen im Alter von 45 bis 64 Jahren 59 Personen im Alter von 80 oder mehr Jahren kommen könnten (Grünheid, 2015) (Abbildung 5).

Abbildung 5: Entwicklung familiärer Unterstützungskoeffizient 2000 bis 2050



Quelle:(Grünheid, 2015); _fbeta GmbH

Ökonomische Treiber: ökonomischer Druck bei Preisentwicklung, Versicherung und Eigenanteilen. Aber noch weitere Entwicklungen verstärken den Druck auf die Pflege:

- **Längere Pflegedauer:** Nach Zahlen der Barmer-Pflegereports von 2024 (Barmer Institut für Gesundheitssystemforschung 2024) ist die durchschnittliche erwartete Pflegedauer mit Eintritt der Pflegedauer im Zeitraum von 2018 bis 2022 von 5,7 auf 7,5 Jahre gestiegen (was teilweise auch an der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffes 2017 liegt).
- **Ausgabenentwicklung Pflegeversicherung:** Mit Einführung des Pflegegelds erhöhen sich die durchschnittlichen Gesamtpflegekosten pro Pflegefall von knapp 50.000 Euro für diejenigen, die 2023 verstorben sind, auf über 75.000 Euro für Personen, die 2023 pflegebedürftig wurden (a. a. O.).
- **Eigenanteil für Familien:** Mit den Gesamtkosten steigen auch die Eigenanteile für die Betreuung in vollstationären Einrichtungen weiterhin deutlich.

Dominierende und weiter steigende Bedeutung der informellen Pflege

Fachkräftemangel, steigender Versorgungsbedarf und ökonomische Treiber führen dazu, dass die steigende Anzahl Pflegebedürftiger maßgeblich durch informell Pflegende aus dem persönlichen Umfeld aufgefangen werden muss. Und das, obwohl schon jetzt der überwiegende Teil der Pflegebedürftigen (84,0 Prozent) zu Hause versorgt wird und Pflegegeld erhält und/oder Pflegesachleistungen in Anspruch nimmt. Die Heimunterbringung trifft hingegen nur für 16,0 Prozent der Pflegebedürftigen zu. Die Pflegebedürftigen in häuslicher Pflege können zu 30 Prozent ergänzend zu der Pflege durch Familienangehörige mit einer Unterstützung durch ambulante Pflegedienste rechnen, in 70 Prozent der Fälle sind es allein die Ehepartner und/oder die Kinder oder andere nahestehende Familienangehörige, die die Pflege übernehmen.

4.3.2 Pflegerische und medizinische Versorgungssituation

Die pflegerische und medizinische Versorgung älterer Menschen ist durch eine enge Verzahnung von funktionellen Einschränkungen, chronischen Erkrankungen und sozialen Kontextfaktoren geprägt. Pflegebedürftigkeit entsteht in den meisten Fällen nicht abrupt, sondern entwickelt sich schrittweise im Zusammenspiel von altersbedingten Veränderungen, multimorbiden Krankheitsbildern und psychosozialen Belastungen. Damit unterscheidet sich die Pflegeversorgung grundlegend von der kurativen Versorgung: Während medizinische Maßnahmen häufig auf Heilung oder Krankheitskontrolle abzielen, konzentriert sich Pflege auf die Stabilisierung vorhandener Einschränkungen, die Unterstützung der Selbstständigkeit und den Erhalt der Lebensqualität.

Die Versorgungssituation wird zusätzlich durch strukturelle Faktoren beeinflusst – etwa die zunehmende Hochaltrigkeit, Engpässe im ambulanten und stationären Bereich sowie eine steigende Belastung informell Pflegenden. Pflegebedürftigkeit nimmt ab dem 60. Lebensjahr stark zu, mit besonders hohen Prävalenzen im sehr hohen Alter. Zentrale Risikofaktoren wie Mobilitätsverlust, Stürze, kognitive Einschränkungen und Demenz wirken häufig wechselseitig und führen bei fehlender Unterstützung zu einem beschleunigten funktionellen Abbau. Gleichzeitig beeinflussen psychosoziale Faktoren, Wohnumfeld, Gesundheitskompetenz und der Zugang zu medizinischen Leistungen maßgeblich, wann und wie früh Menschen pflegerische Unterstützung in Anspruch nehmen.

Neben medizinischen Ursachen spielen Lebensstilfaktoren auch im höheren Alter eine relevante Rolle: Körperliche Aktivität, Ernährung, soziale Teilhabe und geistige Anregung beeinflussen die Entwicklung von Gebrechlichkeit, Mobilitätseinschränkungen und Demenz maßgeblich. Präventive und aktivierende Maßnahmen können selbst im hohen Alter Pflegebedürftigkeit verzögern oder deren Schwere reduzieren – werden jedoch häufig zu spät genutzt oder erreichen vulnerable Gruppen nicht.

Dieses Kapitel beschreibt die relevanten Risikofaktoren und Einflussgrößen des Eintritts in die Pflegebedürftigkeit, beleuchtet typische Verlaufsmechanismen und leitet daraus die Bedeutung präventiver, medizinischer und psychosozialer Maßnahmen für die Stabilisierung der Versorgungssituation ab. Die dargestellte Evidenz bildet die Grundlage für die anschließend abgeleiteten versorgungsinhaltlichen Potenziale und die Analyse spezifischer Settings im Kapitel 4.3.3.

Eintritt in die Pflegebedürftigkeit: Risikofaktoren & Ursachen, Lebensstileinflüsse und Prävention

Die Pflegebedürftigkeit steigt bereits ab Vollendung des 60. Lebensjahres nennenswert an. Die Pflegequote bemisst den Anteil der Pflegebedürftigen in Relation zur Gesamtbevölkerung in der gleichen Altersgruppe: Die höchsten Quoten liegen in der Altersgruppe 85 bis 90 Jahre mit 54,1 Prozent und in der Altersgruppe ab 90 Jahren mit 81,6 Prozent.

Risikofaktoren und Ursachen

Die größten Treiber der Pflegebedürftigkeit sind neben dem Alter insbesondere Störungen des Ganges und der Mobilität sowie Demenz. Diese Faktoren wirken häufig zusammen: Mobilitätseinschränkungen erhöhen das Sturzrisiko, wiederholte Stürze führen zu Krankenhausaufenthalten, Immobilität und einem beschleunigten funktionellen Abbau. Demenz wiederum verschlechtert Orientierung, Gleichgewicht, Alltagskompetenz und erhöht die Abhängigkeit im Alltag. In der Praxis zeigt sich, dass viele Pflegeverläufe nicht von einer einzelnen Erkrankung, sondern von der Wechselwirkung dieser drei Komponenten geprägt sind.

Einschränkungen der Mobilität entstehen vielfach durch vermeidbare Unfälle: Wichtiger Ansatzpunkt ist die Minimierung der Risiken.

Besonders häufig sind Stürze im häuslichen Umfeld, ausgelöst durch Stolperfallen, schlechte Beleuchtung oder mangelnde körperliche Aktivität. Auch Nebenwirkungen von Medikamenten – etwa Schwindel, Müdigkeit oder Blutdruckschwankungen – tragen wesentlich zu Mobilitätsverlust bei. Maßnahmen wie Wohnraumanpassung, Kraft- und Gleichgewichtstraining oder ein strukturiertes Medikationsmanagement können daher entscheidend dazu beitragen, Mobilität länger zu erhalten.

Die Erhaltung kognitiver Fähigkeiten geht einher mit einer geistig, sozial und körperlich aktiven Lebensführung. Diese sollte, wo immer möglich (Familie, soziales Umfeld, Begegnungsorte, Pflegeeinrichtungen), unterstützt werden.

Psychosoziale Faktoren wie die persönliche Haltung und soziale Situation können den Eintritt von Pflegebedürftigkeit beeinflussen: Die Wahrscheinlichkeit des Pflegebedarfs liegt in Fällen mit subjektiv schlechter wahrgenommener Gesundheit rund viermal höher. Nicht alleinlebende Personen treten erst später oder mit fortgeschritteneren Symptomen in die pflegerische Versorgung ein.

Es ist in vielen Fällen schwierig, potenziell pflegebedürftigen Menschen die Akzeptanz des neuen Lebensabschnitts zu vermitteln und die Bereitschaft zur Annahme von Hilfe zu fördern. Zentraler Ansatzpunkt ist die Verhinderung von Vereinsamung.

Viele Menschen verschieben den Eintritt in Unterstützungsangebote trotz klar erkennbarer Einschränkungen. Häufige Gründe sind Scham, der Wunsch nach Autonomie, Angst vor Fremdbestimmung oder fehlendes Wissen über Unterstützungsangebote. Wenn soziale Isolation hinzukommt, erhöht sich dieses Risiko deutlich: Rückzug führt zu körperlicher Inaktivität, schlechterer Selbstfürsorge und oft auch zu verzögerter Diagnostik. Frühzeitige Kontakttanlässe, niedrigschwellige Beratungsangebote und vertraute Bezugspersonen können die Bereitschaft erhöhen, Unterstützung anzunehmen.

Lebensstilfaktoren im Alter

Verbesserungspotenziale in allen Bereichen, insbesondere in den Bereichen körperliche Aktivität und Ernährung bzw. Körpergewicht

Lebensstilfaktoren wie körperliche Aktivität, Ernährung, Sozialkontakte und geistige Aktivität haben im höheren Alter einen maßgeblichen Einfluss auf das Risiko von Pflegebedürftigkeit. Zahlreiche nationale und internationale Studien zeigen, dass insbesondere regelmäßige Bewegung, ausreichende Proteinzufuhr, Gewichtsregulation und soziale Teilhabe die Entwicklung von Gebrechlichkeit und Mobilitätseinschränkungen verlangsamen können. Gleichzeitig nimmt die körperliche Aktivität mit zunehmendem Alter deutlich ab. Hier liegt ein wesentliches präventives Potenzial.

Potenzial präventiver Maßnahmen

Präventive Maßnahmen bleiben bis ins hohe Alter wirksam und sinnvoll – selbst bei Krankheit und Gebrechlichkeit. Zwar lässt sich Pflegebedürftigkeit dadurch nicht immer vollständig vermeiden, doch können solche Maßnahmen dazu beitragen, ihr Fortschreiten zu verlangsamen.

Multimodale Präventionsprogramme, etwa aus Bewegung, Ernährung und kognitiver Aktivierung, können das Fortschreiten von Pflegebedürftigkeit wirksam verlangsamen (Apóstolo et al., 2018). Präventive und frühdiagnostische Angebote werden insbesondere von Menschen mit niedrigem Bildungsstand oder eingeschränkter Orientierung im Versorgungssystem seltener genutzt. Dadurch entstehen Versorgungslücken, obwohl gerade diese Gruppe stark profitieren würde.

Die Tabelle 9 gibt einen Überblick über verschiedene Studien, die den Einfluss von Lebensstilinterventionen auf die Vermeidung oder Verzögerung von Pflegebedürftigkeit untersuchen. Die dargestellten Ergebnisse belegen, dass durch gezielte Interventionen in Bereichen wie Bewegung, Ernährung und kognitive Förderung das Risiko, pflegebedürftig zu werden, signifikant gesenkt werden kann. Diese Erkenntnisse verdeutlichen die Bedeutung präventiver Maßnahmen und zeigen auf, wie ambulante Pflege durch die Integration dieser Ansätze sowohl die Lebensqualität von Pflegebedürftigen verbessern als auch die Notwendigkeit für intensive pflegerische Betreuung langfristig reduzieren könnte.

Tabelle 9: Potenzial für die Vermeidung von Krankheitsfällen durch Lebensstilinterventionen im Pflegebereich

Vermeidbare Fälle	Quelle/Studienbasis
Eine systematische Übersichtsarbeit von 33 Studien zeigte, dass Multikomponenten-Programme (körperliche Aktivität, Ernährung, kognitive Förderung) das Risiko, von Prä-Frailty in volle Frailty zu übergehen, um bis zu 41 Prozent reduzieren können. Zusätzlich verbesserten diese Interventionen objektiv messbare körperliche Funktionen wie Gehgeschwindigkeit (Steigerung im Durchschnitt um 0,08 m/s) und die Muskelkraft (Handkraftsteigerung im Schnitt um 2,3 kg). Diese Effekte tragen wesentlich dazu bei, Pflegebedürftigkeit zu verzögern oder zu verhindern.	(Apóstolo et al., 2018)
Eine einjährige Bewegungsintervention bei Pflegeheimbewohnern führte zu einer signifikanten Verbesserung des Short Physical Performance Battery (SPPB) Scores um durchschnittlich 1,1 Punkte (von 5,6 auf 6,7 Punkte; $p < 0,01$). Dieser Anstieg entspricht einer Verbesserung der Mobilität und körperlichen Funktion, die das Risiko von Pflegeabhängigkeit messbar senkt . Gleichzeitig zeigte sich eine Verringerung der Sturzrate um 32 Prozent im Vergleich zur Kontrollgruppe.	(Simonsen Lentz et al., 2020)
Die MAPT-Studie mit 1.680 älteren Erwachsenen (≥ 70 Jahre) untersuchte den Einfluss einer multidimensionalen Lebensstilintervention – bestehend aus Ernährungsberatung, Bewegungsförderung und kognitivem Training – über drei Jahre. Im Vergleich zur Kontrollgruppe zeigte die Interventionsgruppe eine signifikant langsamere Verschlechterung der kognitiven Funktion (klinisch gemessen als +0,21 Punkte weniger Zunahme im Clinical Dementia Rating Sum of Boxes, $p = 0,03$). Zudem hatten Teilnehmer der Interventionsgruppe ein um 30 Prozent geringeres Risiko , eine klinisch relevante Verschlechterung der kognitiven und körperlichen Fähigkeiten zu erleiden (Hazard Ratio 0,70; 95 Prozent CI 0,52 bis 0,94). Diese Ergebnisse deuten darauf hin, dass durch gezielte Lebensstilmaßnahmen Pflegebedürftigkeit effektiv verzögert werden kann.	(Louwersheimer et al., 2016)
Die LIFE-Studie untersuchte den Einfluss eines strukturierten Programms für körperliche Aktivität auf die Verhinderung von Mobilitätsbehinderungen bei älteren Erwachsenen. Die Ergebnisse zeigten, dass ein gezieltes Bewegungsprogramm das Risiko für schwere Mobilitätsbeeinträchtigungen um 18 Prozent reduzierte im Vergleich zu einer Gruppe, die lediglich Gesundheitsbildung erhielt. Diese Ergebnisse unterstreichen die Bedeutung regelmäßiger körperlicher Aktivität als effektive Lebensstilintervention zur Verzögerung der Pflegebedürftigkeit und Förderung der Selbstständigkeit im Alter.	(Pahor et al., 2014)
Die FINGER-Studie untersuchte die Auswirkungen einer zweijährigen multidimensionalen Intervention auf die kognitive Beeinträchtigung und tägliche Funktionsfähigkeit älterer Menschen mit erhöhtem Risiko für Demenz. Die Ergebnisse zeigten, dass die Intervention, die körperliche Aktivität, gesunde Ernährung, kognitive Übungen und soziale Aktivitäten umfasste, das Risiko für kognitive Beeinträchtigungen um 25 Prozent reduzierte und die tägliche Funktionsfähigkeit der Teilnehmer signifikant aufrechterhielt. Diese Ergebnisse belegen die Bedeutung eines ganzheitlichen Lebensstilansatzes zur Prävention von Pflegebedürftigkeit und Förderung der Lebensqualität im Alter.	(Kulmala et al., 2019)

Quelle: _fbeta GmbH

Einige Risiken der Pflegebedürftigkeit lassen sich durch gezielte Maßnahmen verringern: Pflegebedürftigkeit geht oft mit körperlichen oder geistigen Einschränkungen einher, die verschiedene gesundheitliche Risiken mit sich bringen.

Einige dieser Risiken lassen sich jedoch durch gezielte Maßnahmen verringern. Insbesondere in den Bereichen Mobilität, Medikation, Hygiene, Kontinenz, Ernährung, Kognition, soziale Teilhabe und konfliktbelastete Pflegebeziehungen bestehen erhebliche präventive Potenziale. So kann Prävention

beispielsweise dazu beitragen, das Risiko von Stürzen, Infektionen, Ernährungs- und Flüssigkeitsmangel oder Hautproblemen zu senken.

Besonders großes präventives Potenzial wird bei pflegebedürftigen Menschen mit Pflegegrad 1 bis 3 und noch nicht erheblichen kognitiven Einschränkungen gesehen. Darüber hinaus spielen auch die Pflegesicherheit und der Schutz vor Gewalt eine zentrale Rolle in der Prävention.

Versorgungssituation nach Pflegesettings

Zur weiteren Beschreibung der pflegerischen Versorgungssituation bietet sich die Differenzierung in verschiedene Settings in der Pflegeversorgung an, die jeweils eigene Versorgungszusammenhänge und damit Handlungsoptionen beinhalten. Informelle häusliche Pflege, professionelle ambulante Pflege und vollstationäre Pflege wurden als die besonders relevanten Settings identifiziert. In diesen Settings findet der primäre Teil der pflegerischen Versorgung statt:

Informelle häusliche Pflege: Auf die häusliche Pflege ausschließlich durch Angehörige und andere informell Pflegende entfallen ca. 63 Prozent der pflegebedürftigen Fälle.

Professionelle ambulante Pflege: Auf die häusliche Pflege mit und durch ambulante Pflegedienste entfallen ca. 21 Prozent der pflegebedürftigen Fälle.

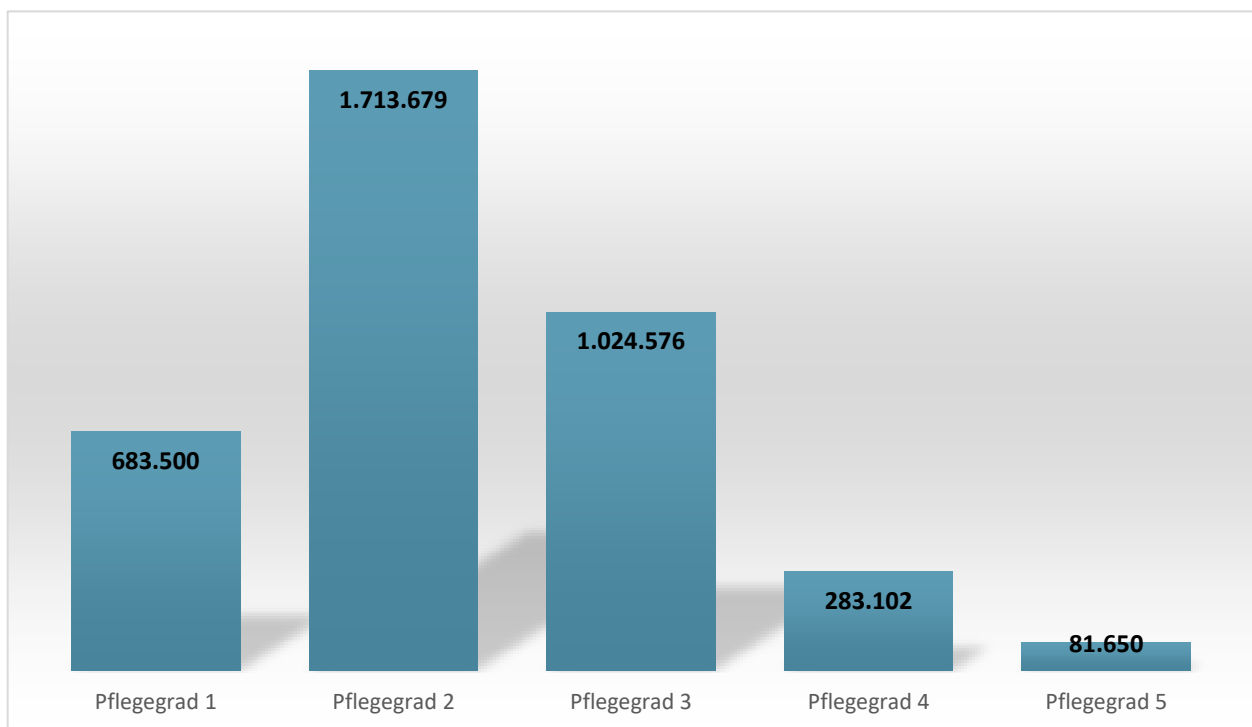
Vollstationäre Pflege: In der stationären Langzeitpflege finden sich ca. 16 Prozent der pflegebedürftigen Fälle.

Weitere hier nicht näher betrachtete Settings sind das betreute Wohnen, die Tagespflege, stationäre Kurzzeitpflege, Pflege mit Beatmung und Intensivpflege.

Setting 1: Häusliche Pflegeversorgung ausschließlich durch Angehörige und andere informell Pflegende

Im Jahr 2023 wurden gemäß den Zahlen des Statistischen Bundesamts in Deutschland ca. 3,78 Millionen Pflegebedürftige aller Pflegegrade allein durch ihre Angehörigen und andere informell Pflegende im häuslichen Umfeld pflegerisch versorgt (Abbildung 6). In allen Pflegegraden bis Pflegegrad 4 wird die Mehrzahl der Pflegebedürftigen allein durch informell Pflegende versorgt (Statistisches Bundesamt (Destatis), 2023a).

Abbildung 6: Anzahl Pflegebedürftige, informell versorgt, 2023



Quelle: In Anlehnung an (Statistisches Bundesamt (Destatis), 2023b); _fbeta GmbH

Auch wenn viele dieser Fälle erst seit der Pflegereform 2017 als Pflegebedürftige gezählt werden, wird klar, dass der überwiegende Teil der Pflegearbeit von informell Pflegenden geleistet wird. Unter Berücksichtigung des stagnierenden Ausbaus zusätzlicher Kapazitäten in der professionellen Pflege und des steigenden familiären Unterstützungskoeffizienten ist davon auszugehen, dass die Familien und das Umfeld Pflegebedürftiger mit weiterhin steigenden pflegerischen Aufgaben belastet sein werden.

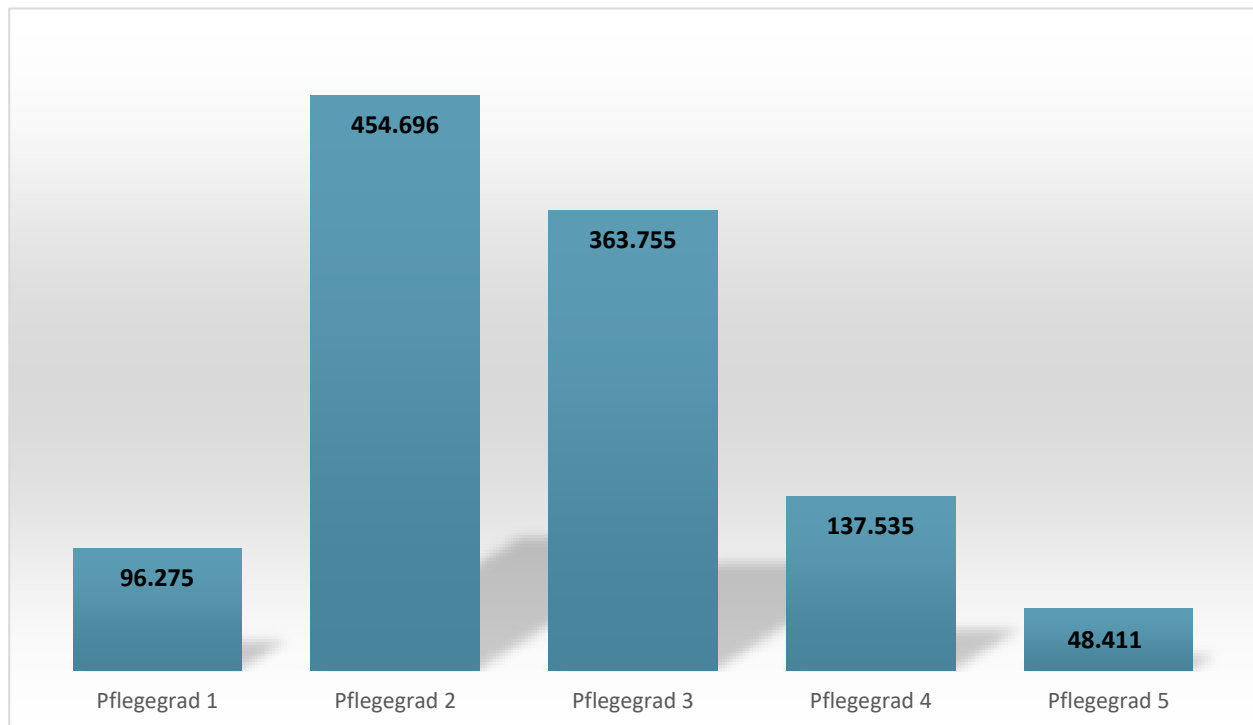
Es liegt auf der Hand, dass der Beitrag informell Pflegenden mittelfristig unverzichtbar bleiben wird, wenn es darum geht, Pflegebedürftige so lange wie möglich im häuslichen Umfeld zu versorgen. Dies kommt nicht nur den Pflegebedürftigen zugute, die damit ein höheres Maß an Selbstbestimmung und Zufriedenheit behalten, sondern entlastet auch die knappen Kapazitäten ambulanter und stationärer Pflegedienste.

Davon lässt sich ein wichtiges Sekundärziel ableiten: Informell Pflegenden müssen in die Lage versetzt werden, ihre Pflegearbeit möglichst kompetent, effektiv und unter Vermeidung unnötiger Belastungen für sie selbst erbringen zu können.

Setting 2: Häusliche Pflege mit oder durch ambulante Pflegedienste

Etwas mehr als 1,1 Millionen Pflegebedürftige wurden 2023 im häuslichen Umfeld entweder allein durch ambulante Pflegedienste oder von informell Pflegenden mit Unterstützung durch ambulante Pflegedienste versorgt (Statistisches Bundesamt (Destatis), 2023a). Viele der im Vorkapitel aufgelisteten Probleme und Handlungsoptionen treffen auch in der ambulanten Pflegeversorgung zu, wenn auch in eingeschränkterem Maße.

Abbildung 7: Anzahl Pflegebedürftige, ambulant versorgt, 2023



Quelle: _fbeta GmbH

Abschließende strategische Betrachtung:

Es ist das erklärte Ziel ambulanter Pflegedienstleistung, pflegebedürftigen Menschen so lange wie möglich ein selbstbestimmtes Leben in ihrem gewohnten und vertrauten Umfeld zu ermöglichen. Es ist aber nicht nachvollziehbar, warum sich die Tätigkeit qualifizierter Pflegefachleute in der ambulanten Pflege heute in der Regel in Haushaltshilfe erschöpft, während für pflegerische Aufgaben wie persönliche Zuwendung oder präventive, aktivierende Übungen kaum Zeit bleibt. Man kann hier von einer Fehlallokation von Ressourcen sprechen.

Insbesondere die Integration der medizinischen Versorgung ist auch in diesem Setting problematisch, könnte aber viel effektiver umgesetzt werden, da mit der betreuenden Pflegekraft eine qualifizierte Fachkraft als Ansprechpartner an der Seite des Pflegebedürftigen bereitsteht, die in der Lage wäre ärztliche Behandlungspläne mit Patienten und Angehörigen zu besprechen und an deren Umsetzung mitzuwirken.

Stationäre Pflegeversorgung

Mit zunehmender Pflegebedürftigkeit und fortschreitenden funktionellen Einschränkungen wird die Versorgung in einer stationären Einrichtung für einen Teil der Betroffenen unvermeidbar. In diesem Setting treten die bereits zuvor beschriebenen demografischen Belastungsfaktoren besonders deutlich zutage: Eine steigende Zahl hochbetagter Pflegebedürftiger trifft auf Einrichtungen, die vielfach mit Personalengpässen, wirtschaftlichen Unsicherheiten und einer wachsenden Komplexität der Versorgung konfrontiert sind. Dies betrifft sowohl die pflegerische Betreuung als auch die Integration medizinischer Leistungen im Alltag der Einrichtungen.

Die stationäre Pflege ist vielfach durch hohe Anforderungen an Mobilitätsunterstützung, Alltagsbegleitung und kognitive Stabilisierung geprägt. Ein erheblicher Teil der Bewohnerinnen und Bewohner weist Mehrfacherkrankungen, Demenz oder ausgeprägte Mobilitätseinschränkungen auf, wodurch der pflegerische Aufwand stark ansteigt und ein eng abgestimmtes Zusammenwirken von Pflegefachpersonen, therapeutischen Diensten und ärztlichen Akteuren erforderlich wird. Gleichzeitig bestehen – trotz gesetzlicher Vorgaben – häufig strukturelle Defizite in der Koordination mit der medizinischen Versorgung, etwa durch uneinheitliche Kommunikationswege, wechselnde behandelnde Ärztinnen und Ärzte oder unklare Verantwortlichkeiten bei Behandlungs- und Medikationsplänen.

Auch organisatorische Rahmenbedingungen beeinflussen die Versorgungssituation maßgeblich. Viele Einrichtungen stehen vor wachsenden wirtschaftlichen Herausforderungen, die sich aus steigenden Personal- und Sachkosten, schwankender Auslastung und begrenzten Refinanzierungsmöglichkeiten ergeben. Dies führt nicht selten zu zusätzlichen Belastungen für das Personal sowie zu Einschränkungen der Möglichkeiten, pflegerische, therapeutische oder technische Innovationen umzusetzen. Hinzu kommen administrative Aufwände, die aufgrund dokumentationsintensiver Vorgaben einen erheblichen Teil der Arbeitszeit binden und damit die direkte Betreuung der Pflegebedürftigen weiter reduzieren.

Insgesamt zeigt sich, dass die stationäre Pflege ein komplexes und besonders vulnerables Versorgungssystem darstellt, in dem medizinische Risiken, organisatorische Herausforderungen und ökonomische Belastungen eng miteinander verwoben sind. Eine umfassende Bewertung der Versorgungssituation erfordert daher sowohl die Betrachtung individueller Bedarfe der Bewohnerinnen und Bewohner als auch der strukturellen Bedingungen, unter denen stationäre Einrichtungen arbeiten. Die identifizierten Herausforderungen bilden zugleich die Grundlage für die Ableitung spezifischer Potenziale im folgenden Kapitel 4.3.3.

Versorgungsrechtliche Bedingungen

Pflegebedürftige und ihr Umfeld sind mit dem häufig als schicksalhaft wahrgenommenen Übergang in einen neuen, schwierigen Lebensabschnitt schwer belastet und in vielen Fällen schlecht auf diesen vorbereitet, besonders dann, wenn es wenig oder nur weit entfernten familiären Rückhalt gibt.

Die Trennung der Versorgungsleistungen in solche der Kranken- und Pflegekasse, die davon unabhängige Einstufung, die Vielzahl verschiedener Anbieter und Versorgungsformen, die Suche nach freien Kapazitäten in der Pflegeversorgung oder das Warten darauf, die Sorge um die bevorstehende finanzielle Belastung, der bürokratische Aufwand und die Unüberschaubarkeit einer Vielzahl von Einzelleistungen mit jeweils eigenen Bedingungen erleichtern diesen Übergang nicht, sondern lassen viele Betroffene in einem zusätzlichen Gefühl der Hilflosigkeit zurück.

Zwischen medizinischer und pflegerischer Versorgung bestehen darüber hinaus deutliche Koordinationsdefizite. Informationen werden nicht systematisch geteilt, Behandlungspläne liegen häufig nicht in einheitlicher Form vor und es fehlen verbindliche Kommunikationswege zwischen Hausärzten, Fachärzten, ambulanten Diensten und stationären Einrichtungen. Dadurch entstehen Verzögerungen,

Doppeluntersuchungen, Unsicherheiten in der Medikation sowie ein erhöhter Abstimmungsaufwand für Pflegekräfte und Angehörige.

Eine Verbindung der einzelnen Kostenträger besteht vorrangig durch Informationspflichten und weitere rechtliche Verpflichtungen der Zusammenarbeit, dennoch existiert eine klare Trennung der Leistungsbereiche, was intern zur Verschiebung von Kosten und Verantwortlichkeiten trotz vermeintlich gleicher Ziele führt. Für Betroffene sind Prozesse und Entscheidungen häufig nicht nachvollziehbar. Leistungen im Grenzbereich zwischen SGB V, SGB XI und zusätzlichen Bestimmungen der Länder bleiben unterentwickelt, auch wenn sie sowohl gesundheitsökonomisch und für die Betroffenen sinnvoll wären.

Dies betrifft Maßnahmen der Rehabilitation (Stichwort pflegerische Rehabilitation) und Prävention, die zu einem längeren Verbleib Pflegebedürftiger im häuslichen Umfeld beitragen könnten. So sind Präventionsleistungen gemäß § 5 SGB XI zwar fester Bestandteil der Pflegeversicherung, sie scheinen jedoch vorrangig in speziellen Handlungsfeldern Anwendung zu finden und werden insbesondere in Form der Vermeidung einer Verschlechterung der Pflegebedürftigkeit und/oder im stationären Setting erbracht. Im häuslichen Umfeld spielt eine strukturierte Präventionsarbeit eine untergeordnete Rolle. Auch im Bereich der Forschung gibt es Nachholbedarf.

Der Zugang zu Pflegeleistungen ist für viele Betroffene aufgrund komplexer Verfahren, unübersichtlicher Leistungsangebote und unterschiedlicher Kostenträgerstrukturen schwer nachvollziehbar. Besonders Personen mit sprachlichen Barrieren oder geringerer formaler Bildung haben Schwierigkeiten, geeignete Angebote zu identifizieren und zu nutzen.

4.3.3 Versorgungsinhaltliche Potenziale

Die Analyse der pflegerischen Versorgung zeigt, dass die bestehenden Herausforderungen in der Pflege nicht auf einzelne Versorgungsbereiche beschränkt sind, sondern entlang aller Settings auftreten. Die Potenziale zur Verbesserung der Versorgung lassen sich daher systematisch folgenden drei zentralen pflegerischen Settings zuordnen:

1. informelle häuslichen Pflege,
2. häusliche Pflege mit ambulanten Diensten oder durch diese
3. vollstationäre Langzeitpflege.

Jedes dieser Settings weist spezifische strukturelle und prozessuale Ansatzpunkte auf, die zur Stabilisierung der Versorgung, zur Entlastung pflegender Angehöriger und Fachkräfte sowie zur Verzögerung des Eintritts bzw. Fortschreitens von Pflegebedürftigkeit genutzt werden können.

Setting 1: Häusliche Pflegeversorgung ausschließlich durch Angehörige und andere informell Pflegende

Die überwiegende Mehrheit der Pflegebedürftigen wird zunächst und häufig langfristig im häuslichen Umfeld versorgt. Dieses Setting trägt die größte Last der pflegerischen Versorgung, ist aber gleichzeitig das am wenigsten professionalisierte und am stärksten belastete. Informell Pflegende sind entscheidend für den Verbleib im häuslichen Umfeld, verfügen jedoch häufig über begrenztes Wissen, wenig Vorbereitung und nur unzureichende Unterstützungsstrukturen.

Ein wesentliches Potenzial liegt daher in der frühzeitigen Risikoerkennung und Prävention. Prävention kann den altersbedingten Gesundheitsabbau zwar nicht vollständig verhindern, aber Mobilität, Kognition und Selbstständigkeit länger stabilisieren. Angebote wie aktivierende Pflege, Wohnraumanpassungen, Ernährungs- und Bewegungsprogramme sowie Tagespflege könnten wirksame Entlastung bieten, sind aber oft unterfinanziert oder im häuslichen Bereich kaum bekannt.

Zugleich besteht erheblicher Bedarf an besser verständlichen Informationen und niedrigschwelligen Beratungsstrukturen. Ein regionales Pflegeportal mit klaren Erläuterungen zu Leistungen und Abläufen, ergänzt durch persönliche, aufsuchende Beratung (z. B. Community Health Nurses oder Gesundheitskioske), könnte Orientierung schaffen und rechtzeitig in passende Unterstützungsangebote lotsen.

Technische Assistenzsysteme wie AAL-Technologien (Ambient Assisted Living), Sensorik oder Wearables sind grundsätzlich geeignet, Sicherheit und Selbstständigkeit zu erhöhen. Sie werden jedoch selten genutzt, da Finanzierung, technische Integration und praktische Einbindung in Versorgungsprozesse unzureichend sind.

Schließlich bestehen Potenziale in einer besseren Verzahnung von Pflege und medizinischer Versorgung, etwa durch Fallakten, telemedizinische Beratung oder koordinierte Hausbesuchsmodelle. Informell Pflegende stehen ansonsten häufig ohne strukturierten Zugang zu medizinischer Unterstützung da, insbesondere in akuten Situationen. Fehlende kurzfristige Entlastungsangebote in der Kurzzeit- und Verhinderungspflege verstärken dieses Risiko und führen nicht selten zu vermeidbaren Klinikeinweisungen.

Setting 2: Häusliche Pflege mit ambulanten Pflegediensten oder durch diese

Die ambulante Pflege nimmt eine zentrale Rolle in der häuslichen Versorgung ein und ergänzt oder ersetzt die Unterstützung durch Angehörige, wenn diese nicht ausreichen oder nicht verfügbar sind. Pflegebedürftige, die in diesem Setting versorgt werden, weisen häufig bereits einen höheren Unterstützungsbedarf auf, benötigen jedoch keine stationäre Betreuung. Ambulante Pflegedienste übernehmen damit eine Doppelfunktion: Sie sichern grundlegende pflegerische Leistungen und wirken als Bindeglied zwischen häuslicher Versorgung, ärztlicher Behandlung und weiteren sozialen Unterstützungsstrukturen. Gleichzeitig stehen sie vor besonderen strukturellen und organisatorischen Herausforderungen, die ihre Leistungsfähigkeit begrenzen.

Prävention und Früherkennung

Obwohl ambulante Pflegekräfte durch ihre regelmäßige Präsenz über besondere Potenziale zur Risikoerkennung verfügen, bleibt der präventive Handlungsspielraum im Alltag eingeschränkt. Zeitdruck, enge Leistungsdefinitionen und fehlende Vergütungsmechanismen führen dazu, dass präventive Maßnahmen, aktivierende Pflege oder Beobachtungen zu funktionellen Veränderungen kaum systematisch genutzt werden. Eine stärkere Integration von Assessments und einfachen Screening-Instrumenten könnte hier wesentlich zur Verzögerung von Pflegebedürftigkeit beitragen.

Zugang, Beratung und Lotsenfunktion

Pflegebedürftige ohne familiäre Unterstützung sind im besonderen Maße auf Orientierung angewiesen. Ambulante Dienste können jedoch nur begrenzt Beratungsaufgaben übernehmen; Beratungsleistungen sind im aktuellen System nur in sehr geringem Umfang refinanziert. Eine gezielte Lotsenfunktion – etwa durch Pflegelotsen, Gemeindeschwestern oder regionale Beratungsstellen – kann den Zugang erleichtern, Versorgungslücken vermeiden und häusliche Pflegearrangements stabilisieren.

Technische Unterstützung im häuslichen Umfeld

Die Potenziale digitaler und technischer Assistenzsysteme zeigen sich auch in diesem Setting. AAL-Lösungen, Sensorik oder telemedizinische Anwendungen können Sicherheit erhöhen und Versorgung erleichtern, werden jedoch aufgrund fehlender Integration, unklarer Finanzierung und begrenzter Kenntnisse in der Anwendung oft nicht genutzt. Eine strukturierte Einführung solcher Systeme würde sowohl Pflegebedürftige als auch Pflegedienste entlasten.

Einbindung des sozialen Umfelds

Fehlt familiäre Unterstützung, kann das soziale Umfeld stärker aktiviert werden, etwa in Form nachbarschaftlicher Hilfen oder ehrenamtlicher Begleitung. Solche Unterstützungsformen können ambulante Dienste entlasten, die sonst einen erheblichen Teil nichtpflegerischer Tätigkeiten übernehmen müssen. Eine koordinierende Plattform oder Fallakte kann helfen, soziale und professionelle Unterstützer miteinander zu verknüpfen.

Koordination mit der medizinischen Versorgung

Ambulante Pflegedienste sind häufig erste Beobachter kritischer gesundheitlicher Veränderungen, haben jedoch nur begrenzte Möglichkeiten, diese Informationen zeitnah in das medizinische System zu überführen. Fehlende abgestimmte Kommunikationswege, uneinheitliche Erreichbarkeiten der ärztlichen Versorgung sowie geringe rechtliche Handlungsspielräume erschweren eine wirksame Koordination. Eine verbindliche Kommunikationsstruktur – digital oder organisatorisch – würde hier erhebliche Effizienz- und Qualitätsgewinne ermöglichen.

Krisenintervention und Vermeidung von Hospitalisierung

In akuten Situationen fehlt ambulanten Pflegekräften oft der Zugang zu kurzfristigen, intermediären Versorgungsangeboten. Ohne niedrigschwellige Alternativen wie telemedizinische Ersteinschätzungen, kurzfristige Versorgungsplätze oder Krisenteams bleibt häufig nur der Notruf. Dies führt zu vermeidbaren Krankenhausaufnahmen, zusätzlichen Belastungen und hohen Kosten. Regionale Primärversorgungszentren könnten hier zu einer deutlichen Stabilisierung beitragen.

Setting 3: Stationäre Pflege

Die stationäre Pflege bildet das Rückgrat der Versorgung für Menschen mit hohem oder komplexem Unterstützungsbedarf, der in der häuslichen Umgebung nicht mehr adäquat gedeckt werden kann. Gleichzeitig treten in diesem Setting die strukturellen Herausforderungen der Pflegeversorgung besonders sichtbar zutage: Kapazitätsengpässe, wirtschaftliche Unsicherheiten, Fachkräftemangel und steigende Anforderungen wirken hier unmittelbar zusammen. Für Gesundheitsregionen ergibt sich daraus ein breites Spektrum an Potenzialen, um die Qualität und Effizienz der stationären Versorgung zu stärken.

Prävention und Aktivierung im stationären Kontext

Stationäre Einrichtungen verfügen grundsätzlich über gute Voraussetzungen, präventive und aktivierende Maßnahmen systematisch in den Alltag zu integrieren. Angebote zur Mobilitätsförderung, kognitiven Aktivierung oder sozialen Teilhabe sind im Vergleich zu häuslichen Settings leichter strukturiert umsetzbar. Dennoch bestehen große Unterschiede zwischen Einrichtungen hinsichtlich des Umfangs, der Qualität und der nachhaltigen Umsetzung solcher Maßnahmen. Eine systematische Integration präventiver Angebote – unterstützt durch Assessments und dokumentiert in einheitlichen Fallakten – könnte sowohl Pflegeverläufe stabilisieren als auch die Lebensqualität der Bewohnerinnen und Bewohner verbessern.

Zugang und Transparenz in der stationären Versorgung

Die Suche nach einem geeigneten Pflegeplatz stellt Angehörige häufig vor erhebliche Schwierigkeiten. Verfügbarkeiten sind begrenzt, die Verfahrenswege komplex und die Informationslage oft unübersichtlich. Digitale Vermittlungstools können zwar unterstützen, schaffen jedoch keine zusätzlichen Kapazitäten und ersetzen keine individuelle Beratung. Eine bessere Abstimmung zwischen Einrichtungen, Pflegeberatung und medizinischen Behandlern könnte die Übergänge erleichtern und Fehlentscheidungen reduzieren.

Technische und organisatorische Unterstützungssysteme

Stationäre Einrichtungen können besonders von technischen Innovationen profitieren, etwa durch digitale Dokumentation, intelligente Alarmsysteme, IoT-basierte (Internet of Things) Sicherheitslösungen oder KI-gestützte Unterstützung bei der Pflegedokumentation. Der Einsatz solcher Lösungen ist jedoch stark vom finanziellen Spielraum und der strategischen Ausrichtung der Einrichtung abhängig. Fehlende Expertise, unklare Finanzierungswege und heterogene Primärsysteme erschweren eine gezielte Einführung. Eine unabhängige Beratung und einheitliche digitale Standards könnten hier substantielle Verbesserungen erzielen.

Kooperation mit der medizinischen Versorgung

Die Zusammenarbeit zwischen Hausärzten, Fachärzten und stationären Einrichtungen ist vielerorts unzureichend strukturiert. Unterschiedliche Erreichbarkeiten, fehlende Ansprechpersonen und uneinheitliche Dokumentationswege führen zu erheblichen Koordinationsaufwänden. Ein klar definiertes Kooperationsmodell – verbunden mit festen Ansprechpartnern, abgestimmten Prozessen und einer gemeinsamen Fallakte – könnte die Versorgung wesentlich stabilisieren und unnötige Krankenhausaufenthalte reduzieren.

Krisenintervention und Übergangsversorgung

Besonders an Übergängen zwischen Krankenhaus und Pflegeeinrichtung entstehen Versorgungsbrüche. Ungeplante Entlassungen oder fehlende kurzfristige Übergangsangebote belasten stationäre Einrichtungen erheblich und führen zu Überforderungssituationen. Intermediäre Versorgungsformen wie Primärversorgungszentren oder mobile geriatrische Krisenteams könnten hier helfen, Versorgungskontinuität sicherzustellen und akute Belastungsspitzen abzufedern.

Arbeitsorganisation und Entlastung des Pflegepersonals

Administrative Tätigkeiten, komplexe Medikationsprozesse und unkoordinierte Abläufe führen zu einer hohen Arbeitsbelastung. Technische Unterstützung, klare Prozesse und digitale Werkzeuge können die Arbeitsbedingungen deutlich verbessern und damit auch die Attraktivität des Arbeitsplatzes erhöhen. Gerade im stationären Bereich zeigt sich, dass organisatorische Entlastung ein zentraler Hebel zur Fachkräftesicherung ist.

4.3.4 Fazit: Handlungsoptionen der Gesundheitsregion im Bereich Pflege

Die Analyse der pflegerischen Versorgung zeigt, dass die zentralen Herausforderungen nicht primär in einzelnen Leistungsdefiziten liegen, sondern in einer Kombination aus strukturellen Engpässen, demografischem Wandel, unzureichender Koordination und einer hohen Belastung sowohl informell Pflegenden als auch professioneller Akteure. Pflegebedürftigkeit entsteht meist schrittweise und ist eng mit funktionellen Einschränkungen, chronischen Erkrankungen und psychosozialen Faktoren verknüpft.

Entsprechend erfordert eine wirksame Versorgung nicht allein mehr Kapazitäten, sondern vor allem besser abgestimmte, präventiv ausgerichtete und alltagsnahe Unterstützungsstrukturen.

Deutlich wird, dass die Pflege entlang aller Settings – informelle häusliche Pflege, ambulante Versorgung und stationäre Pflege – systemische Schwächen aufweist, die sich gegenseitig verstärken: fehlende Orientierung im Leistungsangebot, mangelnde Prävention und Risikoerkennung, unzureichende Verzahnung von Pflege und medizinischer Versorgung, fehlende kurzfristige Entlastungsangebote sowie begrenzte Nutzung technischer und organisatorischer Unterstützungssysteme. Gleichzeitig zeigen die Analysen, dass in allen Bereichen relevante Potenziale bestehen, um Pflegebedürftigkeit zu verzögern, Versorgung zu stabilisieren und pflegende Angehörige sowie professionelle Pflegekräfte gezielt zu entlasten.

Die Gestaltungsspielräume einer Gesundheitsregion liegen daher insbesondere in der Koordination, Bündelung und intelligenten Ausrichtung bestehender Ressourcen. Dazu gehören der Aufbau regionaler Beratungs- und Lotsenstrukturen, die systematische Förderung präventiver und aktivierender Angebote, eine verbesserte Zusammenarbeit zwischen pflegerischen und medizinischen Akteuren sowie die Integration digitaler Unterstützungssysteme – von Fallakten über telemedizinische Dienste bis hin zu intelligenten Assistenztechnologien.

Nicht alle strukturellen Defizite der Pflege lassen sich innerhalb einer Region vollständig beheben. Doch gerade die Regionsebene bietet wirkungsvolle Ansatzpunkte, um Versorgung transparenter, zugänglicher und effizienter zu gestalten: durch abgestimmte Versorgungsprozesse, eine bessere Steuerung an Schnittstellen, eine sichtbare Unterstützung informell Pflegender und die konsequente Nutzung technischer und organisatorischer Innovationen.

Insgesamt zeigt sich: Gesundheitsregionen können einen zentralen Beitrag dazu leisten, pflegerische Versorgung zukunftsfähig auszurichten, indem sie Prävention stärken, Versorgungsübergänge stabilisieren, Handlungsspielräume für Pflegefachkräfte verbessern und Pflegearrangements im häuslichen und stationären Umfeld absichern. So entsteht im regionalen Rahmen ein gestaltbarer Hebel, der wesentlich zur Stabilisierung der Pflegeversorgung, zur Entlastung der Akteure und zur Sicherung der Teilhabe älterer Menschen beitragen kann.

5 Versorgungssystem: Organisatorische und technische Potenzialanalyse

Ziel dieses Kapitels ist es, die organisatorischen, strukturellen und technischen Potenziale der regionalen Gesundheitsversorgung systematisch zu analysieren. Die Untersuchung stützt sich auf regionale Versorgungsdaten, qualitative Workshops und Fokusgruppen sowie auf die Ergebnisse der drei Versorgungsszenarien. Im Zentrum steht dabei die Frage, wie Akteure, Versorgungsprozesse und digitale Infrastrukturen zusammenspielen und welche Voraussetzungen für die Entwicklung einer integrierten Gesundheitsregion erforderlich sind.

Die Analyse erfolgt in drei Schritten:

Erstens wird im Rahmen der Strukturanalyse der Akteure (Kapitel 5.1) untersucht, welche personellen und organisatorischen Ressourcen in der Region vorhanden sind und wo Engpässe bestehen. Zweitens werden in Kapitel 5.2 transaktionale Elemente der Versorgung betrachtet, insbesondere integrierte Versorgungsangebote, innovative Vertragsmodelle und regionale Projekte. Drittens erfolgt in Kapitel 5.3 eine Bewertung der digitalen Landschaft, die technische Voraussetzungen, Plattformstrukturen und bestehende Leerstellen der IT-Systemlandschaft umfasst.

Der Fokus liegt damit nicht auf der deskriptiven Darstellung einzelner Modelle, sondern auf der Bewertung ihrer Wirksamkeit, Anschlussfähigkeit und Umsetzbarkeit im regionalen Kontext. Das Kapitel schafft somit die Grundlage für die Ableitung konkreter Transformationsstrategien im Sinne einer zukünftigen Gesundheitsregion.

5.1 Akteure: Strukturanalyse Akteure in der Gesundheitsversorgung

Die Versorgungsstruktur zeigt erhebliche regionale Unterschiede in Verfügbarkeit, Spezialisierung und Kapazitäten. Die folgende Übersicht fasst zentrale Parameter zusammen.

Tabelle 10: Versorgungsstruktur Region Aachen

Versorgungsstruktur	NRW	Städteregion Aachen	Stadt Aachen	Euskirchen	Heinsberg	Düren
Ärzte in amb. Einrichtungen⁸ (Ew. pro Arzt)						
Hausarzt	1.700	1.503	k. A.	1.554	1.599	1.580
Facharzt	1.156	1.385	701	1.573	1.511	1.545
Zahnarzt	1.442	1.638	1.099	1.811	1.815	1.905
Plätze in stat. Pflegeeinrichtungen⁹ (pro 100 000 Ew.)	5.079	5.434	5.708	5.827	5.662	6.225
Krankenhausangebote (Fachabteilungen)¹⁰ (Betten je 100.000 Ew.)						
Chirurgie	81	95	95	88	66	106

⁸ Landeszentrum Gesundheit Nordrhein-Westfalen 2024.

⁹ Landeszentrum Gesundheit Nordrhein-Westfalen 2024.

¹⁰ Landeszentrum Gesundheit Nordrhein-Westfalen 2024.

Innere Medizin	141	112	112	122	111	218
Kinderheilkunde	146	216	216	110	Keine Betten	185

Quelle: [_fbeta GmbH](#)

Die Daten verdeutlichen ein Spannungsfeld zwischen Über- und Unterversorgung, das sich sowohl fachbezogen als auch raumstrukturell manifestiert. So weist die Stadt Aachen eine deutlich überdurchschnittliche Facharztdichte auf; mit nur 701 Einwohnern pro Facharzt erreicht sie eine Versorgungssituation, die regionalen wie landesweiten Vergleichswerten voraus ist. Auch in der Kinderheilkunde besitzt die Städteregion Aachen mit 216 Betten pro 100.000 Einwohner eine besonders hohe Kapazität. Demgegenüber steht der Kreis Heinsberg, der in zentralen Versorgungsbereichen eine strukturelle Unterversorgung aufweist und als einziger Kreis der Region über keine stationären pädiatrischen Betten verfügt (Tabelle 10).

In der pflegerischen Versorgung ergibt sich ein gegensätzliches Bild: Während die ambulante und fachärztliche Versorgung teils deutliche Engpässe aufweist, liegen die Pflegeplatzkapazitäten insbesondere in Düren, Euskirchen und der Stadt Aachen deutlich über dem NRW-Durchschnitt. Dies verweist auf gut ausgebaute pflegerische Strukturen, macht jedoch zugleich deutlich, dass der steigende Bedarf die Personalfrage zunehmend verschärft.

Die Versorgungslandschaft der Region ist somit von einer starken räumlichen Divergenz geprägt. Die Großstadt Aachen verfügt über eine ausgeprägte medizinische Infrastruktur mit hoher Spezialisierungsdichte, während ländlich geprägte Räume insbesondere in Heinsberg und teilweise auch in Düren strukturelle Defizite in der ambulanten und stationären Grundversorgung aufweisen. Diese Ausgangslage bildet eine zentrale Grundlage für die Potenzialanalyse, da regionale Entwicklungsstrategien insbesondere an den Schnittstellen zwischen Über- und Unterversorgung ansetzen müssen.

Die Fachkräftesituation stellt einen der entscheidenden Faktoren der regionalen Gesundheitsversorgung dar. Die Region Aachen verfügt grundsätzlich über attraktive Standortfaktoren – darunter die Nähe zu mehreren Metropolregionen, eine hohe Lebensqualität sowie ein im Vergleich zu Köln und Düsseldorf günstigeres Wohnumfeld. Diese Elemente bilden günstige Bedingungen für die Gewinnung junger Fachkräfte und für die Etablierung moderner Arbeitsmodelle. Gleichzeitig führt die unmittelbare Konkurrenz zu den umliegenden Großstädten jedoch zu einem anhaltenden Wettbewerb um medizinische und pflegerische Fachkräfte, der insbesondere ländliche Teilräume zunehmend vor Herausforderungen stellt.

Besonders kritisch ist die Situation in der Allgemeinmedizin, der Pflege und in den therapeutischen Gesundheitsberufen. Die Zunahme von Teilzeitmodellen, begrenzte Nachbesetzungsmöglichkeiten in Einzelpraxen und der wachsende Bedarf im Bereich der Langzeitpflege verstärken die strukturellen Engpässe. Während größere ambulante Versorgungseinheiten in städtischen Räumen zunehmend an Bedeutung gewinnen und dort organisatorische Stabilität herstellen können, sind entsprechende Entwicklungen in ländlichen Gebieten aufgrund geringerer Versorgungsdichte und schwierigerer Personalgewinnung bislang nur eingeschränkt umsetzbar.

Die strukturelle Situation eröffnet jedoch auch strategische Chancen. Die Region besitzt Potenziale für den Ausbau multiprofessioneller Teams, die Einführung von erweiterten Rollen wie nichtärztlicher Praxisassistenten (NäPA) oder Physician Assistants sowie für die Entwicklung koordinierender Funktionen

im Rahmen integrierter Versorgungspfade. Die regionale Fachkräftesituation ist damit weniger durch ein generelles Defizit als vielmehr durch eine ungleich verteilte Ressourcenausstattung geprägt, die gezielt weiterentwickelt werden kann.

5.2 Transaktionen: Integrierte Versorgungsangebote

5.2.1 Analyse bestehender integrierter Versorgungsangebote

Integrierte Versorgungsangebote bieten einen vielversprechenden Ansatz zur Bewältigung der Herausforderungen im Gesundheitswesen. Besonders im Bereich der chronischen Versorgung, Pflege und Prävention können diese Modelle helfen, die Versorgungslücken zu schließen. Verschiedene innovative Modelle wie Gesundheitskioske, Primärversorgungszentren und digitale Anwendungen ermöglichen eine effektive Vernetzung und Steuerung der Versorgung. In diesem Kapitel werden einige ausgewählte integrierte Versorgungsmodelle zunächst vorgestellt. Im Anschluss werden deren Potenziale sowie die Marktdurchdringung in der Region betrachtet. Dabei liegt der Fokus auf deren Wirksamkeit, Skalierbarkeit und den Hürden, die für einen flächendeckenden Roll-out überwunden werden müssen.

Rechtliche Grundlagen der integrierten Versorgungsangebote: Selektivverträge

Als zentrale Elemente einer integrierten Versorgung gelten Selektivverträge, die die kollektivvertragliche Versorgung ergänzen. Hierzu zählen unter anderem integrierte Versorgungsverträge (§ 140a SGB V), strukturierte Behandlungsprogramme (§§ 137c, 137g SGB V), Modellvorhaben (§§ 63, 64 SGB V) sowie die hausarztzentrierte Versorgung (§ 73b SGB V) oder auch Qualitätsverträge (§ 110a SGB V) und die ambulante spezialfachärztliche Versorgung (§ 116b SGB V). Diese Verträge erlauben es, gezielt neue Versorgungspfade zu erproben, patientenzentrierte Strukturen aufzubauen und sektorenübergreifende Lösungen zu implementieren. Als zentrales Instrument zur Erprobung neuer Versorgungsformen und damit auch einer integrierten Versorgung wurde der Innovationsfonds errichtet. Darüber hinaus wurden in den letzten Jahren neue Organisationsformen etabliert, die eine integrierte Versorgung verfolgen. Zu diesen zählen Primärversorgungszentren, aber auch Gesundheitskioske. Auch weniger gesundheitsorientierte Organisationsformen können gesundheitsbezogene Themen adressieren und damit Teil integrierter Versorgungsangebote sein (Bundesamt für Soziale Sicherung, 2025).

Trotz der rechtlichen Möglichkeiten blieb die flächendeckende Umsetzung vieler dieser Modelle bislang hinter den Erwartungen zurück. Strukturelle Hemmnisse, begrenzte Übertragbarkeit erfolgreicher Projekte und fehlende Anreize erschweren eine breite Etablierung. Im Nachfolgenden wird eine Auswahl bestehender Lösungen näher betrachtet sowie deren Potenzial diskutiert.

§ 140a SGB V Besondere Versorgung

§ 140a SGB V ermöglicht individuelle, sektorenübergreifende Versorgungsverträge, um innovative Versorgungskonzepte umzusetzen. Trotz großen Potenzials scheitert die flächendeckende Umsetzung oft an geringer Beteiligung der Krankenkassen, hohem Verwaltungsaufwand und fehlenden Anreizen.

Selektivverträge nach § 140a SGB V ermöglichen die Entwicklung sektorenübergreifender und innovativer Versorgungslösungen, die über die Regelversorgung hinausgehen und eine stärkere Orientierung an regionalen Bedarfen erlauben. Sie sollen flexible Versorgungsformen ermöglichen, neue Versorgungspfade erproben und erfolgreiche Modelle in die Regelversorgung überführen. Damit stellen

sie ein grundsätzlich wirkungsvolles Instrument dar, um patientenzentrierte und koordinierte Lösungen zu entwickeln, die insbesondere bei chronischen Erkrankungen, Pflegebedürftigkeit oder komplexen Behandlungsverläufen einen strukturellen Mehrwert schaffen können.

Trotz dieses Potenzials ist die Marktdurchdringung von § 140a-Verträgen bundesweit wie regional ausgesprochen gering. Die Region Aachen bildet hierbei keine Ausnahme. Die Gespräche mit regionalen Akteuren sowie die Auswertung der Workshops zeigen, dass Selektivverträge in der Region nur punktuell genutzt werden und in ihrer Wirksamkeit stark begrenzt bleiben. Ein wesentlicher Grund dafür ist die geringe Beteiligung der Krankenkassen: Viele Vorhaben scheitern bereits daran, dass lediglich einzelne Kassen einem Vertrag beitreten, wodurch die Umsetzung auf einen kleinen Versichertenkreis beschränkt bleibt. Für Leistungserbringer entsteht dadurch ein hoher organisatorischer Aufwand, während die praktische Relevanz im Alltag gering bleibt – etwa in Pflegeeinrichtungen, in denen nur ein Teil der Bewohnerinnen und Bewohner in einen Vertrag eingeschrieben werden könnte.

Neben der niedrigen Beteiligungsquote wirken weitere strukturelle Hemmnisse. Die Vielzahl unterschiedlicher Vertragsmodelle, heterogene Dokumentationspflichten und komplexe administrative Anforderungen führen zu einer erheblichen zusätzlichen Belastung in Einrichtungen und Praxen. Insbesondere kleinere ambulante Strukturen verfügen nicht über die personellen und organisatorischen Ressourcen, um Selektivverträge mit vertretbarem Aufwand umzusetzen. Dies erklärt, warum innovative Ansätze, die im Rahmen einzelner Projekte erfolgreich erprobt wurden, nicht in die Breite getragen werden konnten.

Für die Region ist zudem eine weitere Besonderheit relevant: Viele niedergelassene Ärztinnen und Ärzte sowie Einrichtungen berichten, dass Selektivverträge nur selten zu einer spürbaren Verbesserung ihrer Versorgungssituation beitragen, da zentrale strukturelle Hebel – beispielsweise digitale Schnittstellen, abgestimmte Kommunikationswege oder multiprofessionelle Kooperationsstrukturen – im Rahmen der Verträge nicht systematisch gestärkt werden. Damit bieten § 140a-Verträge zwar inhaltliche Gestaltungsspielräume, erreichen jedoch in der regionalen Versorgungspraxis kaum strategische Wirkung.

Hausarztzentrierte Versorgung nach § 73b SGB V

Die hausarztzentrierte Versorgung (HZV) stärkt die koordinierende Rolle der Hausärzte und kann Versorgungsengpässe lindern, wird aber durch geringe Bekanntheit, administrative Hürden und komplexe Vertragslandschaften in der Umsetzung gehemmt.

Die hausarztzentrierte Versorgung (HZV) verfolgt das Ziel, die koordinierende Rolle der hausärztlichen Praxis systematisch zu stärken und die Versorgung chronisch kranker und multimorbider Patientinnen und Patienten strukturiert zu steuern. Indem der Hausarzt als primäre Anlaufstelle fungiert, sollen Informationsverluste vermieden, Doppeluntersuchungen reduziert und fachärztliche Ressourcen zielgenauer eingesetzt werden. Die Grundidee des Modells besteht darin, die Versorgung stärker entlang des tatsächlichen Behandlungsverlaufs auszurichten und dem Hausarzt eine verbindliche Lotsenfunktion im Versorgungssystem zu übertragen.

Im Kern beruht die HZV auf mehreren Prinzipien, die für die Weiterentwicklung einer regionalen Versorgungsarchitektur besonders relevant sind: Erstens etabliert das Modell eine klare Verantwortungs- und Koordinationsstruktur, die eine kontinuierliche Betreuung und eine bessere Abstimmung zwischen den Sektoren ermöglicht. Zweitens eröffnet es durch spezifische Vergütungsmodelle zusätzliche Spielräume für präventive, beratende und koordinierende Leistungen, die in der Regelversorgung häufig unterrepräsentiert sind. Drittens schafft die HZV durch die Fokussierung auf die hausärztliche Steuerung

die Voraussetzungen für eine effizientere Nutzung der fachärztlichen Versorgung, da Überweisungen gezielter erfolgen und dringliche Fälle priorisiert werden können.

Trotz dieser strukturellen Vorteile ist die Marktdurchdringung der HZV bundesweit wie regional weiterhin gering. Auch in der Region Aachen wird das Modell nur punktuell umgesetzt. Die Workshops zeigten deutlich, dass sowohl Patientinnen und Patienten als auch Leistungserbringer die HZV häufig nicht als relevante Option wahrnehmen. Auf Versichertenseite besteht oft ein mangelndes Verständnis für den Nutzen einer koordinierten hausärztlichen Versorgung; aufseiten der Leistungserbringer wirken vor allem administrative Hürden, heterogene Vertragslandschaften und Unterschiede zwischen den Krankenkassen hemmend. Viele Praxen verfügen nicht über die personellen Ressourcen, um die zusätzlichen Dokumentations- und Abrechnungsprozesse verlässlich zu bewältigen, wodurch die strukturellen Vorteile des Modells im Alltag kaum realisiert werden.

Politisch wurden mit dem Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz (GVSG) bereits erste Reformschritte eingeleitet. Die Abschaffung der hausärztlichen Budgetierung stellt eine Entlastung dar und erhöht die Attraktivität des hausärztlichen Berufsfelds insgesamt. Für die HZV verändert dies jedoch nur einen Teil der strukturellen Ausgangslage. Eine nachhaltige Stärkung des Modells erfordert zusätzliche Maßnahmen, die sowohl auf der Angebotsseite als auch auf der Patientenseite ansetzen. Dazu gehören eine Vereinheitlichung der HZV-Vertragswerke, eine Reduktion administrativer Anforderungen sowie der gezielte Ausbau digitaler Koordinierungsinstrumente, die die Steuerungsfunktion der Hausärzte unterstützen und die beteiligten Praxen organisatorisch entlasten.

Aus gesundheitspolitischer Perspektive erscheint zudem eine gezielte Förderung der Einschreibequote erforderlich. Dies könnte durch weitergehende finanzielle Anreize für teilnehmende Praxen, aber auch durch eine verbesserte Aufklärung der Versicherten über die Vorteile einer koordinierten Versorgung unterstützt werden. Der regionale Diskurs zeigt, dass viele Patientinnen und Patienten die potenziellen Vorteile einer kontinuierlichen hausärztlichen Steuerung nicht kennen und daher keinen Anlass sehen, sich einzuschreiben (AOK Bundesverband GbR, 2025, Hausärztinnen- und Hausärzteverband e. V., 2025).

Ambulante spezialfachärztliche Versorgung

Die ambulante spezialfachärztliche Versorgung (ASV) ermöglicht eine integrierte, hochspezialisierte Versorgung komplexer Erkrankungen durch interdisziplinäre Teams und zeigt, wie koordinierte Zusammenarbeit auch für die Versorgung chronisch Kranker nutzbar gemacht werden kann.

Die ambulante spezialfachärztliche Versorgung (ASV) stellt ein Versorgungsmodell dar, das weniger wegen seiner spezifischen Ausrichtung auf seltene und komplexe Erkrankungen für die regionale Weiterentwicklung relevant ist, sondern vor allem aufgrund der strukturellen Prinzipien, auf denen sie basiert. Die ASV zeigt exemplarisch, wie eine sektorenübergreifende Versorgung organisiert werden kann, wenn interdisziplinäre Zusammenarbeit und verbindliche Abstimmungsprozesse strukturell verankert sind.

Zentral ist dabei die institutionalisierte Zusammenarbeit zwischen verschiedenen Leistungserbringern, unabhängig ob sie der ambulanten oder stationärer Versorgung angehörig sind. Die ASV ermöglicht verschiedenen medizinischen Fachrichtungen, gemeinsam in multiprofessionellen Teams zu arbeiten, Diagnostik und Therapie abzustimmen und Versorgungsprozesse transparent und nachvollziehbar zu gestalten. Dieses Teamprinzip wird durch klare Rollenbeschreibungen, definierte Kommunikationswege sowie durch einen strukturierten Informationsaustausch getragen. Damit etabliert die ASV eine Form der integrierten Versorgung, die nicht auf individuelle Absprachen angewiesen ist, sondern auf verbindlichen, regelhaft implementierten Kooperationsmechanismen beruht.

Ein weiteres Strukturprinzip besteht in der Entkopplung der spezialisierten Behandlung von der Bedarfsplanung. Durch diese Öffnung erhalten Patientinnen und Patienten unabhängig von lokalen Kapazitätsgrenzen einen Zugang zu hochspezialisierten Leistungen. Die ASV zeigt damit, wie Zugangshürden reduziert werden können, wenn Versorgungsansprüche primär an der medizinischen Notwendigkeit ausgerichtet und nicht durch sektorale Zuständigkeiten begrenzt werden.

Schließlich verweist die ASV auf die Bedeutung gemeinsamer Abrechnungs- und Vergütungsmechanismen, die sowohl Vertragsärzten als auch Kliniken eine einheitliche Grundlage bieten. Diese gemeinsame Systemlogik erleichtert sektorenübergreifende Kooperation, da unterschiedliche Vergütungssysteme keine Hindernisse erzeugen und interdisziplinäre Teams einheitliche Anreize erhalten (Kassenärztliche Bundesvereinigung, 2025).

Gesundheitskioske

Gesundheitskioske sind eine niedrigschwellige Anlaufstelle für Gesundheitsfragen, Prävention und Beratung, die vor allem in sozial benachteiligten Stadtteilen oder strukturschwachen Regionen angesiedelt sind. Die bisherigen Erfahrungen mit Gesundheitskiosken sind durchweg positiv, wobei eine bessere Integration und Vernetzung in die bestehenden Strukturen als sinnvoll erscheint.

Gesundheitskioske sind niedrigschwellige Anlaufstellen für Menschen mit erschwertem Zugang zum Gesundheitssystem. Sie richten sich insbesondere an sozial benachteiligte Gruppen, Menschen mit chronischen Erkrankungen, ältere Personen sowie Menschen mit eingeschränkter Mobilität. Ziel ist es, gesundheitliche Chancengleichheit zu fördern und Barrieren im Zugang zu Information, Prävention und Versorgung abzubauen. Zu den zentralen Aufgaben zählen die Gesundheitsberatung, etwa durch Aufklärung über Vorsorge, Erkrankungen und Therapien in verständlicher Sprache, sowie Unterstützung bei der Navigation im Gesundheitssystem. Darüber hinaus bieten Gesundheitskioske präventive Angebote wie Gesundheitschecks, Impfkampagnen sowie Beratungen zu Ernährung, Bewegung, Sucht und psychischer Gesundheit. Sie helfen bei der Vermittlung von Arztterminen, dem Ausfüllen von Anträgen und der Koordination mit lokalen Gesundheitsanbietern. Zudem leisten sie interkulturelle und soziale Beratung, etwa durch Dolmetscherdienste, Unterstützung für Migranten und Geflüchtete sowie Sozialberatung in gesundheitlichen Fragen. Wichtig zu betonen ist, dass sie keine medizinischen Behandlungen übernehmen.

In der Städteregion Aachen wurde bereits ein Gesundheitskiosk eingerichtet, der als niedrigschwellige Anlaufstelle für Gesundheitsfragen, Beratung und Prävention dient. Das Modell kombiniert einen stationären Standort in der Stadt Aachen mit einem mobilen Angebot, das flexibel auf regionale Bedarfe reagieren kann. Das Gesundheitsmobil ermöglicht eine erhöhte Reichweite und die gezielte Ansprache von sozial benachteiligten Bevölkerungsgruppen sowie von Menschen in strukturell unterversorgten Stadtteilen. Die Arbeit des Gesundheitskiosks in der Region wird durchweg positiv bewertet. Beteiligte Akteure sehen in ihm eine spürbare Entlastung und ein wichtiges Instrument zur Förderung der gesundheitlichen Chancengleichheit. Auch Patientinnen und Patienten empfinden die Angebote als hilfreich und unterstützend. Die Kioske haben eine große soziale Reichweite, da sie allen Versicherten offenstehen.

Wie auch die Analysen zeigen, ist es sehr wichtig, vulnerable Gruppen zu erreichen und zu unterstützen, daher haben die Gesundheitskioske eine hohe Relevanz in Bezug auf die chronische Versorgung, aber auch für die Pflege und Prävention. Gesundheitskioske stehen jedoch noch am Anfang und stehen nicht bundesweit flächendeckend zur Verfügung. Derzeit gibt es in Deutschland unter anderem Gesundheitskioske in Hamburg, Bremen, Essen, Köln, Aachen, Solingen und im Unstrut-Hainich-Kreis in Thüringen. Insbesondere Städte und Kommunen in Nordrhein-Westfalen scheinen hier Vorreiter zu sein.

Dabei gleicht kein Kiosk einem anderen. Obwohl ursprünglich bis zu 1.000 solcher Einrichtungen geplant waren, wurde dieses Ziel aufgrund politischer und finanzieller Bedenken nicht umgesetzt. Einige Gesundheitskioske bleiben jedoch weiterhin bestehen und werden von lokalen Krankenkassen unterstützt. Für eine Verbreitung fehlt es derzeit noch an nachhaltigen, sozialleistungsträgerübergreifenden Finanzierungsstrategien sowie erneuten politischen Initiativen. Bisherige Nachteile bestehen demnach insbesondere in einer nicht flächendeckenden Verfügbarkeit auch innerhalb der Städte, in denen bereits welche vorhanden sind, trotz teilweise mobiler Lösungen, einer fehlenden Vernetzung und Integration sowie der nur geringen Anzahl an zu versorgenden Patienten durch geringe (personelle) Kapazitäten bei gleichzeitig aufwendigen Fällen (Wissenschaftliche Dienste Deutscher Bundestag, 2023).

Primärversorgungszentren

Primärversorgungszentren (PVZ) bieten durch interdisziplinäre Zusammenarbeit eine umfassende, koordinierte und niedrigschwellige Versorgung, insbesondere für chronisch kranke Menschen in unterversorgten Regionen, sind in Deutschland aber bislang nicht etabliert.

Primärversorgungszentren (PVZ) sind Einrichtungen, die eine umfassende und koordinierte medizinische Grundversorgung anbieten. Sie bündeln verschiedene Gesundheitsdienstleistungen unter einem Dach, um insbesondere in ländlichen oder unterversorgten Regionen eine kontinuierliche und patientenzentrierte Betreuung sicherzustellen. Ein wesentliches Merkmal von PVZ ist die enge Zusammenarbeit interdisziplinärer Teams. Hausärzte, Fachärzte, Pflegekräfte, Therapeuten und weitere Gesundheitsberufe arbeiten eng zusammen, um eine ganzheitliche Versorgung zu gewährleisten. Darüber hinaus verfügen PVZ über ein breites Leistungsspektrum. Neben der allgemeinen medizinischen Versorgung sind auch präventive Maßnahmen, Diagnostik, Therapie, Rehabilitation sowie ergänzende Leistungen wie Physiotherapie, psychologische Betreuung oder Sozialberatung Teil des Angebots. Der Fokus liegt dabei auf einer patientenzentrierten Versorgung, die besonders chronisch kranke Menschen langfristig begleitet, beim Selbstmanagement unterstützt und durch das komplexe Gesundheitssystem navigiert.

PVZ übernehmen außerdem eine koordinierende Rolle innerhalb der Versorgungslandschaft. Sie dienen als zentrale Anlaufstellen, koordinieren Überweisungen und arbeiten eng mit weiteren Leistungserbringern wie Krankenhäusern zusammen, um eine möglichst nahtlose Versorgung sicherzustellen. Ein weiterer wichtiger Aspekt ist der niedrigschwellige Zugang: Durch gute Erreichbarkeit, flexible Öffnungszeiten und unkomplizierte Abläufe werden bestehende Hürden abgebaut, sodass auch Menschen mit eingeschränktem Zugang zum Gesundheitssystem medizinische Leistungen in Anspruch nehmen können.

Ziel von Primärversorgungszentren ist es, eine kontinuierliche, präventive und integrierte Gesundheitsversorgung zu ermöglichen. In Ländern wie Österreich oder Skandinavien ist dieses Modell bereits weit etabliert. In Deutschland wird die Umsetzung aktuell im Rahmen von Modellprojekten erprobt, insbesondere mit dem Ziel, die Versorgung in strukturschwachen Regionen nachhaltig zu verbessern. Primärversorgungszentren scheinen vielversprechende Ansätze zu sein, deren Implementierung bisher noch aussteht (Robert Bosch Stiftung, 2021). So steht auch in der Region bisher kein PVZ zur Verfügung.

Quartiersmanagement

Quartiersmanagement stärkt durch Vernetzung, niedrigschwellige Angebote und bürgerschaftliches Engagement die soziale und gesundheitliche Versorgung vor Ort.

Quartiersmanagement ist ein integrativer Ansatz zur sozialen, infrastrukturellen und wirtschaftlichen Entwicklung von Stadtteilen oder Nachbarschaften. Es verfolgt das Ziel, die Lebensqualität in einem Quartier zu verbessern, indem es verschiedene Akteure wie Anwohner, Verwaltung, soziale Einrichtungen und private Initiativen vernetzt und aktiv in die Gestaltung des Wohn- und Lebensraums einbindet.

Neben der klassischen Stadtteilentwicklung gewinnt das Quartiersmanagement zunehmend an Bedeutung für die Gesundheitsversorgung, Prävention und die Unterstützung pflegebedürftiger Menschen. Es kann gezielt zur Förderung gesundheitsbezogener Angebote im Quartier beitragen, etwa durch Bewegungsangebote für verschiedene Altersgruppen, barrierefreie Wegeführungen oder die Schaffung gesundheitsfördernder Treffpunkte. Informationsveranstaltungen und Beratungsstellen im Quartier unterstützen zusätzlich die Aufklärung zu Gesundheits- und Präventionsthemen. Das Quartiersmanagement kann durch den Aufbau von generationenübergreifenden Begegnungsstätten und Angeboten zur Bekämpfung von Einsamkeit einen wertvollen Beitrag leisten. Auch Themen wie soziale Teilhabe und psychische Gesundheit können adressiert werden. Die Förderung von Selbsthilfegruppen und ehrenamtlichen Besuchsdiensten sowie die Entwicklung von Programmen zur seelischen Gesundheit, insbesondere für ältere Menschen und chronisch Erkrankte, sind weitere zentrale Aufgabenfelder (Bahr and Kremer-Preiß, 2018). Ein weiteres Handlungsfeld ist die Unterstützung pflegebedürftiger und älterer Menschen. Dazu gehören die Entwicklung seniorengerechter Quartiere mit kurzen Wegen zu Pflege- und Gesundheitseinrichtungen, der Aufbau von Nachbarschaftshilfen und Ehrenamtsnetzwerken sowie die Einrichtung lokaler Beratungsangebote, die Pflegebedürftige und Angehörige gleichermaßen entlasten.

Die Rolle des Quartiersmanagements wird bereits zunehmend in der Region erkannt und auch von der AOK unterstützt. Die Krankenkasse verfolgt das Ziel, bürgerschaftliches Engagement im Quartier aktiv zu fördern und entsprechende Strukturen zu stärken. Durch eine bessere Integration und Vernetzung können die Potenziale des Quartiersmanagements weiter angehoben werden und zu einer nachhaltig wirksamen Versorgung im unmittelbaren Lebensumfeld beitragen. Darüber hinaus wurde betont, wie wichtig es ist, Aspekte der gesundheitlichen Versorgung bereits bei der Planung und Entwicklung neuer Quartiere mitzudenken. Eine frühzeitige Integration gesundheitsbezogener Infrastruktur, etwa durch gut erreichbare Gesundheitsangebote oder Räume für Begegnung, Beratung und Prävention, kann wesentlich dazu beitragen, eine quartiersnahe und integrierte Versorgung dauerhaft zu sichern.

5.2.2 Regionale Projekte der integrierten Versorgung

Neben den vertraglichen Möglichkeiten und Organisationsformen mit integrierendem Charakter wurden regionale Projekte mit dem Schwerpunkt Innovationsfondsprojekte oder solche, auf die im Rahmen der Workshops explizit hingewiesen wurde, betrachtet. Darüber hinaus wurden Projekte der drei Szenarien näher betrachtet, die bereits eine Empfehlung für die Überführung in die Regelversorgung erhalten haben. Die Tabelle 11 beschreibt einige ausgewählte Projekte. Die Analyse der bestehenden Ansätze hat zum Ziel, bestehende Innovationen in der Region sichtbar zu machen, die bestehenden Lösungen und Ideen in der Region mit positiven Erfahrungen weitervoranzutreiben, aus den bestehenden Projekten zu lernen und Synergien zu nutzen.

Tabelle 11: Ausgewählte Projekte der integrativen Versorgung in der Region

Szenario	Projekt	Kurzbeschreibung
Pflege	SGB Reha	Projekt zur Erprobung eines multiprofessionellen Behandlungsansatz (Vernetzung und enge Absprachen) sowie der Erprobung eines therapeutisch-rehabilitativen Behandlungsansatzes
Pflege	Optimal@NRW	Projekt zur Vermeidung von Krankenhauseinweisungen von Pflegeheimbewohnern unter Rückgriff von Telekonsultationen (mit der zentralen Notaufnahme), Hausbesuchen durch NÄPas und weiteren digitalen Komponenten
Pflege	OBERBERG_FAIRsorgt	Projekt für eine koordinierte Versorgung pflegebedürftiger Personen im häuslichen Setting durch den Einsatz von Fallmanagern, einer digitalen Plattform zur Vernetzung aller Akteure und einem ärztlichen Bereitschaftsdienst
Pflege	RegePflege	Das Projekt „ReGe Pflege“ zielt darauf ab, die Prävention und Gesundheitsförderung für Menschen zu stärken, die zu Hause gepflegt werden, indem die Angebote bekannter gemacht werden und mithilfe von Multiplikatoren die Pflegebedürftigen für das Thema sensibilisiert und motiviert werden.
Pflege	CoCare	Projekt zur Vermeidung von Krankenhauseinweisungen von Pflegeheimbewohnern unter Rückgriff von Telekonsultationen, Hausbesuchen durch NÄPas und weiteren digitalen Komponenten
Pflege	AIDA/VisitON	Projekt „AIDA“ und der darauf aufbauende Selektivvertrag „VisitON“ zur Erprobung von Televisiten in Pflegeheimen
Chroniker	eliPfad	Projekt für eine sektorenübergreifende Versorgung nach einem Krankenhausaufenthalt durch enge Abstimmungen, Fallmanager und digitale Unterstützungen für multimorbide Patienten
Chroniker	RhePort.de	Projekt zur schnellen Terminvermittlung nach initialem Ausfüllen eines Fragebogens zur Triage bei Verdacht auf Rheuma (Mehrfachnennung in den Workshops)
Chroniker	P-SUP	Projekt zur Stärkung des Selbstmanagements und Gesundheitsverhaltens bei Patienten mit KHK und Diabetes
Chroniker	DM2Go	Abgelehnter Projektantrag zur Digitalisierung der DMP

Quelle: _fbeta GmbH

In der Region sind überwiegend Projekte im Bereich Pflege umgesetzt worden. Wie sowohl die übergreifende Betrachtung wichtiger Projekte als auch die regionale Betrachtung zeigt, sind Projekte zu einzelnen Indikationen für eine Gesundheitsregion weniger von Interesse. Zudem werden die prekäre Lage sowie der Handlungsdruck, aber auch die Handlungsbereitschaft im Bereich der Pflege deutlich. Die Auswertung der regionalen Projekte macht deutlich, dass sich über die unterschiedlichen Vorhaben hinweg bestimmte Funktionslogiken wiederholen, die für eine zukünftige regionale Versorgungsarchitektur von besonderer Bedeutung sind. Auffällig ist vor allem, dass viele Projekte auf einer Kombination aus delegationsfähigen, nichtärztlichen Tätigkeiten und digitalen Unterstützungsinstrumenten beruhen. In den meisten pflegebezogenen Initiativen spielen mobile, qualifizierte Versorgungsrollen wie nichtärztliche Praxisassistenzen eine zentrale Rolle, da sie eine kontinuierliche Betreuung vor Ort ermöglichen und die ärztliche Versorgung insbesondere in zeitkritischen Situationen entlasten. Ergänzend dazu zeigt sich, dass digitale Elemente – etwa

telemedizinische Konsultationen, telebasierte Entscheidungsunterstützung oder digitale Kommunikationsplattformen – in nahezu allen erfolgreich erprobten Projekten verankert sind und maßgeblich dazu beitragen, sektorenübergreifende Abstimmungsprozesse zu verbessern.

Gleichzeitig wird deutlich, dass die Überführung solcher Modelle in eine flächendeckende Struktur nicht primär an ihrer inhaltlichen Eignung scheitert, sondern an übergeordneten strukturellen Rahmenbedingungen. Wiederkehrende Hürden sind insbesondere die fehlende dauerhafte Finanzierung, die begrenzte Bereitschaft einzelner Krankenkassen zur Beteiligung sowie administrative Vorgaben, die die Umsetzung innovativer Versorgungsansätze einschränken. Das Beispiel des Projekts AIDA verdeutlicht, dass selbst funktional tragfähige telemedizinische Prozesse an Detailregelungen – in diesem Fall der Medikamentenvorhaltung in Pflegeheimen – scheitern können, wenn bestehende Regularien nicht an neue Versorgungsmodelle angepasst werden.

Parallel dazu weisen die Erfahrungen aus der Region auf einen grundlegenden strukturellen Wandel hin, der für die nachhaltige Umsetzung innovativer Versorgungslösungen zunehmend erforderlich wird. Viele der untersuchten Projekte zeigen, dass komplexe, digital gestützte und multiprofessionelle Versorgungsformen eine gewisse organisatorische Mindestgröße voraussetzen. Größere ambulante Einheiten können administrative Belastungen bündeln, interprofessionelle Zusammenarbeit systematisch verankern und Versorgungsprozesse stabil organisieren. Dies gilt insbesondere für städtische Räume, in denen eine ausreichende Fachkräftedichte den Aufbau solcher Strukturen ermöglicht. Hier zeigen erste Erfahrungen, dass feste Ansprechpersonen und funktional definierte Rollen – etwa für die kontinuierliche Betreuung chronisch erkrankter Patientinnen und Patienten – eine signifikante Entlastung der ärztlichen Versorgungsstrukturen bewirken.

In ländlichen Regionen stellt die Umsetzung größerer ambulanter Einheiten hingegen eine besondere Herausforderung dar. Die begrenzte Fachkräfteverfügbarkeit und die geringere Nachfragekonzentration erschweren den Aufbau umfassender Praxisstrukturen. Gleichzeitig zeigt die Analyse, dass gerade in diesen Gebieten innovative Versorgungsmodelle besonders wirksam sein können, wenn sie durch mobile Dienste, telemedizinische Angebote und klare regionale Vernetzungsstrukturen ergänzt werden. Eine Kombination aus lokalen Anlaufstellen, flexibel einsetzbaren mobilen Behandlungsteams und einer verbindlichen digitalen Vernetzung zwischen Praxen, Pflegeeinrichtungen und regionalen Gesundheitszentren erscheint deshalb als vielversprechender Ansatz, um auch in dünn besiedelten Räumen eine kontinuierliche und qualitativ hochwertige Versorgung sicherzustellen.

Insgesamt verdeutlichen die regionalen Projekte, dass die Region Aachen über eine breite Erfahrung mit innovativen, digital gestützten und multiprofessionellen Versorgungsansätzen verfügt, deren strukturelle Potenziale jedoch nur dann flächendeckend wirksam werden können, wenn bestehende regulatorische und organisatorische Rahmenbedingungen systematisch weiterentwickelt werden. Der Ausbau interprofessioneller Rollen, die Etablierung tragfähiger Finanzierungsmodelle und die strukturelle Stärkung ambulanter Versorgungseinheiten bilden dabei zentrale Voraussetzungen für die nachhaltige Weiterentwicklung des regionalen Versorgungssystems.

5.2.3 Fazit: Handlungsempfehlungen aus bestehenden integrierten Angeboten und regionalen Projekten für die Gesundheitsregion

Die Analyse bestehender integrierender Angebote und regionaler Projekte zeigt, dass bereits heute substanzielle rechtliche und organisatorische Gestaltungsspielräume bestehen, die – zielgerichtet genutzt und regional gebündelt – eine Gesundheitsregion nachhaltig stärken und das Potenzial dieser Gestaltungsräume auf ein neues Niveau heben können.

Selektivverträge nach § 140a SGB V werden zwar bislang nur begrenzt eingesetzt, verfügen jedoch über das Potenzial, insbesondere in der chronischen Versorgung und Pflege strukturelle Lücken zu schließen und innovative Modelle dauerhaft zu verankern. Voraussetzung dafür sind eine stärkere Ausrichtung auf gemeinsame regionale Ziele, die administrative Entlastung der Vertragspartner, eine breitere Beteiligung der Krankenkassen sowie ein klarer Rahmen, der Selektivverträge in eine übergeordnete regionale Versorgungsstrategie einbettet. So kann das Instrument von einer punktuellen Einzellösung zu einem strategischen Baustein der regionalen Versorgungstransformation weiterentwickelt werden. Auch aus der Hausarztzentrierten Versorgung lassen sich wertvolle Impulse gewinnen. Zwar erscheint eine flächendeckende Umsetzung der **hausarztzentrierten Versorgung (HZV)** nach aktueller Rechtslage und Praxis nur begrenzt realistisch, doch die zugrunde liegenden Prinzipien – Verantwortungsübernahme, koordinierende Steuerung, definierte Überweisungspfade und verlässliche Informationsflüsse – besitzen ein hohes Potenzial für die Entwicklung regionaler Versorgungsmodelle. Diese Elemente können unabhängig vom formalen Instrument als Leitlinien dienen, um insbesondere die Versorgung chronisch erkrankter Menschen strukturierter, verbindlicher und sektorübergreifend auszurichten. Ähnlich verhält es sich mit der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung: Auch wenn die **ambulante spezialfachärztliche Versorgung (ASV)** selbst nicht als geeignete Struktur für die chronische Versorgung gilt, verdeutlicht sie Grundprinzipien, die für die Entwicklung regionaler Versorgungspfade bedeutsam sind, etwa die verbindliche interprofessionelle Zusammenarbeit, die sektorenübergreifende Verantwortung für einen definierten Patientenweg, transparente Rollenverteilungen, standardisierte Kommunikation und einheitliche Vergütungsmechanismen. In angepasster Form können diese Prinzipien als Orientierungsrahmen für die zukünftige Ausgestaltung integrierter Versorgungsmodelle dienen.

Gleichzeitig zeigt sich, dass erfolgreiche Ansätze aus bestehenden Angeboten gezielt adaptiert und für die Region nutzbar gemacht werden können. **Gesundheitskioske** und **Quartiermanagement** haben sich als zentrale Akteure der Gesundheitsförderung, der Stärkung der Gesundheitskompetenz und des Ausgleichs sozialer Ungleichheiten etabliert und sollten dauerhaft in die regionale Versorgungsstrategie eingebunden, weiter gefördert und – wo sinnvoll – ausgebaut werden. Ihre Leistungen könnten perspektivisch für die gesamte Gesundheitsregion verfügbar gemacht werden, um die Versorgung insbesondere vulnerabler Gruppen zu stärken.

Darüber hinaus bestehen in der Region bereits zahlreiche **Projekte**, deren Strukturen und Erfahrungen wertvolle Grundlagen für ein langfristig tragfähiges regionales Ökosystem bilden. Die Gesundheitsregion kann hier als strategischer Akteur fungieren, der erfolgreiche Projektansätze verstetigt, skaliert und in die Fläche überführt. Einheitliche Standards, eine gemeinsame Infrastruktur und zentraler Support ermöglichen es, dass auch kleinere Einrichtungen oder Leistungserbringer an innovativen Modellen teilhaben können und dadurch die regionale Versorgung insgesamt gestärkt wird.

Insgesamt zeigt die Analyse, dass die Gesundheitsregion erhebliche Möglichkeiten besitzt, die vorhandenen Instrumente, bewährten Modelle und regionalen Erfahrungen zu einem kohärenten und wirksamen Gesamtsystem zu verbinden. Gelingt dies, entsteht ein integriertes, lernendes Versorgungssystem, das Menschen besser unterstützt, regionale Ressourcen gezielt nutzt, Innovationen für alle zugänglich macht und damit eine nachhaltige Weiterentwicklung der Versorgung in der gesamten Region ermöglicht.

5.3 Technologie: Digitalisierungsoptionen

5.3.1 IT-Landschaft: Strukturanalyse IT und Plattformen

Für die Potenzialanalyse wurde auch die bestehende IT-Systemlandschaft systematisch analysiert und mit der regionalen Versorgungspraxis gespiegelt. Ziel war es, herauszuarbeiten, wie die IT-Systeme die Versorgung in der Fläche prägen, welche funktionalen und transaktionalen Potenziale sie bieten – und wo zentrale Lücken für eine hybride, produktive und steuerungsfähige Versorgung bestehen. Die Analyse ist nach Systemtypen strukturiert, um abschätzen zu können, inwieweit heutige Systeme die oben genannten relevanten Versorgungsprozesse aktuell und kurzfristig unterstützen können (Abbildung 8). Im besonderen Fokus standen jene Systemtypen, die die heutige Versorgungslandschaft großflächig dominieren und die Schnittstellenarbeit der Akteure maßgeblich prägen:

- Primärsysteme (PVS, KIS, Pflege-IS, KKIS) bilden das IT-Rückgrat der Leistungserbringer bzw. der Krankenkassen und stellen die wesentliche IT-Arbeitsumgebung dieser Akteure,
- Telemedizinische Systeme, die sowohl die Interaktion zwischen Patienten und Leistungserbringern als auch die professionelle Kooperation unterstützen,
- Plattformlösungen, welche Bereitstellung, Vernetzung, Integration und Koordination von Versorgungsangeboten ermöglichen, und
- Telematikinfrastruktur (TI) als übergreifende digitale Basis – mit Spezifikationen, Anwendungen, Verzeichnissen und Diensten

Die Analyse der Primärsysteme konzentriert sich auf Praxisverwaltungssysteme (PVS), die von ambulanten Ärztinnen und Ärzten genutzt werden. Die Ergebnisse sind nahezu vollständig auf die PVS-Systeme der ambulanten Heil- und Hilfsmittelerbringer übertragbar. In beiden Bereichen liegt der Systemfokus auf der Praxisverwaltung, insbesondere auf der Dokumentation und der Abrechnung der erbrachten Leistungen. Die Anbindung der Heil- und Hilfsmittelerbringer an die Telematikinfrastruktur erfolgt in Deutschland zeitlich verzögert gegenüber den ambulanten Ärztinnen und Ärzten und befindet sich noch in einer frühen Einführungsphase.

Digitale Apps – etwa digitale Gesundheitsanwendungen (DiGA), digitale Pflegeanwendungen (DiPA), Lifestyle-Anwendungen oder kleinteilige „professional tools“ – sind weitere wertvolle digitale Bausteine eines digitalen Ökosystems, werden aber aufgrund ihrer Heterogenität und ihrer bisherigen Durchdringung nicht explizit einbezogen. Für einen Überblick zum Thema DiGA floss neben der eigenen Projekterfahrung insbesondere die Bewertung des Spitzenverbands Digitale Gesundheitsversorgung (SVDGV) mit ihrem aktuellen DiGA-Report in die Gesamtbetrachtung ein ((Spitzenverband Digitale Gesundheitsversorgung e.V., 2025)).

Apothekeninformationssysteme (Apo-IS) sind in dieser Analyse nur implizit berücksichtigt. Zwar stehen sie aktuell im Rahmen des bundesweiten Roll-outs des eRezepts und des digital gestützten Medikationsprozesses (dgMP) im besonderen Fokus, doch darüber hinaus fehlen bislang flächendeckende Konzepte für eine intersektorale Versorgungsintegration. Es existieren lediglich Einzelprojekte, etwa zur assistierten Telemedizin, die meist über zusätzliche Anwendungssysteme und nicht direkt innerhalb der Apo-IS umgesetzt werden. In ihrer Grundfunktion konzentrieren sich Apo-IS primär auf die Apothekenverwaltung, insbesondere die Warenwirtschaft und die Verarbeitung von Verordnungen inklusive der arzneimitteltherapiesicherheitsrelevanten Zusatzinformationen (AMTS-rZI).

Abbildung 8: Übersicht Systemtypen der IT-Landschaft im Fokus der Potenzialanalyse



Quelle: _fbeta GmbH

Potenziale im Zusammenhang mit der nationalen Telematikinfrastruktur

Trotz eines im Grundsatz klaren Zielbilds – mit zentralen Komponenten wie eRezept, elektronische Patientenakte (ePA), TI-Messenger (TIM), Kommunikation im Medizinwesen (KIM), Medizinischen Informationsobjekte (MIOs) und weiteren Bausteinen – ist die Umsetzung der Telematikinfrastruktur (TI) durch eine hohe konzeptionelle und terminliche Volatilität geprägt. Fachlich erfahrene Akteure haben sich längst daran gewöhnen müssen, dass Spezifikationen und Fristen regelmäßig verschoben, angepasst oder neu priorisiert werden. Diese Unschärfen erschweren die verbindliche Planung technischer Lösungen – sowohl hinsichtlich der Architektur als auch der operativen Umsetzbarkeit. Für Gesundheitsregionen entsteht daraus ein doppelter Handlungsauftrag: Einerseits müssen zentrale TI-Bausteine als konnektive Grundlage zwingend mitgedacht werden. Andererseits liegt es in der Verantwortung der Region, konzeptionelle Lücken zu füllen und gegebenenfalls zeitlich zu überbrücken – etwa durch temporäre Lösungen zur Vernetzung von Akteuren, die bisher außerhalb der bundesweiten TI-Priorisierung liegen, wie Einrichtungen der Gesundheitsförderung. So kann regionale Versorgung trotz bundespolitischer Unwägbarkeiten digital anschlussfähig bleiben.

Telematikinfrastruktur: Chancen nutzen, Lücken überbrücken

Der Ausbau der Telematikinfrastruktur TI schreitet voran, befindet sich im Feld aber noch auf dem Niveau elementarer Basisfunktionalitäten. Ebenfalls mindern Dynamiken der technischen und organisationalen Spezifikationen die Planungssicherheit für Gesundheitsregionen und deren Akteure. Für diese bedeutet das, Lücken durch ergänzende, anschlussfähige Lösungen zu schließen – nicht im Wettbewerb, sondern als Brücke zur TI.

Der Zwischenbericht zur Digitalisierungsstrategie (gematik, 2025) zeigt: Trotz klarer Fortschritte bei ePA, eRezept und Co. stehen wir erst am Anfang einer vernetzten, digital gestützten Versorgung.

Die Digitalisierung des Gesundheitswesens macht sichtbare Fortschritte – mit eRezept, ePA für alle, digitalen Gesundheitsanwendungen (DiGA), digitalen Identitäten (eID) sowie ersten Telemedizinangeboten sind zentrale Grundlagen gelegt. Der aktuelle Zwischenbericht zur Digitalisierungsstrategie (gematik, 2025) zeigt jedoch auch: Wir befinden uns noch auf der Ebene **elementarer Basisfunktionalitäten**. Viele Komponenten sind noch im Aufbau oder in frühen Roll-out-Phasen. Digitale Prozesse wie beispielsweise ein digital gestützter Medikationsprozess (dgMP), elektronische Überweisungen oder elektronische Verordnungen (eVerordnungen) sind (noch) nicht umgesetzt.

Die Konzeption technischer Lösungen in der Gesundheitsregion sollte sich klar am **Prinzip der Ergänzung** orientieren: Es geht nicht darum, bestehende Systeme zu ersetzen oder Doppelstrukturen aufzubauen, sondern durch intelligente, anschlussfähige Lösungen sinnvoll zu ergänzen. Ziel ist eine hybride Gesamtlösung für ein ganzheitliches Therapie- und Pflegemanagement, die sowohl übergreifende Plattformstrukturen als auch spezialisierte Expertensysteme – etwa für Workflowmanagement oder Entscheidungsunterstützung – umfasst. Dieser wertschöpfungsorientierte Ansatz wird weder aktuell noch in absehbarer Zukunft durch die Primärsysteme medizinischer und pflegerischer Leistungserbringer, Krankenkassen-IT, Telemedizinangebote oder TI-Anwendungen funktional abgedeckt. Eine Konkurrenzsituation entsteht daraus nicht – wohl aber ein hoher Anspruch an Schnittstellenmanagement, sowohl technisch als auch konzeptionell. Regionale Lösungen, die diesen Brückenschlag meistern, leisten einen essenziellen Beitrag zur Integration der Versorgung und erhöhen die reale Nutzbarkeit digitaler Infrastrukturen im Versorgungsalltag.

Begrenzte Reichweite aktueller TI-Artefakte und Persistenz koordinationsbezogener Versorgungslücken

Mit ePA, TIM, KIM und eRezept wachsen zentrale Artefakte der digitalen Gesundheitsversorgung – von strukturierter Dokumentation bis hin zu sicherer Kommunikation und Verordnung. Doch der eigentliche Wertschöpfungsprozess, die koordinierte Therapie- und Fallsteuerung über Akteurgrenzen hinweg, bleibt auf IT-Ebene größtenteils ungedeckt. Genau hier liegt das Gestaltungsfeld für Gesundheitsregionen.

Die **elektronische Patientenakte (ePA)** ist ein wichtiger Meilenstein für die hybride Gesundheitsversorgung in Deutschland – insbesondere durch die bevorstehende Ausweitung auf strukturierte und granulare Gesundheitsdaten. Mit Kommunikation im Medizinwesen (KIM) und TI-Messenger (TIM) insbesondere in künftigen Ausbaustufen entstehen reale Chancen für verbesserte Zusammenarbeit und intersektorale Informationsflüsse im Versorgungssystem. Dennoch bleibt der wichtigste Wertschöpfungsprozess der Gesundheitsversorgung – die individuell abgestimmte, gut koordinierte Therapie – auch weiterhin eine Leerstelle. Dieser Prozess lässt sich weder durch die ePA allein noch durch ihre begleitenden Dienste vollständig abbilden. Erste Roll-out-Erfahrungen, etwa aus Nordrhein-Westfalen, zeigen neben Fortschritten auch den enormen Aufwand, die ePA technisch und benutzerfreundlich sinnvoll in bestehende Versorgungsprozesse zu integrieren. Was fehlt, ist eine IT-Lösung, die über Dokumentation hinausgeht und echte Koordination, Kooperation und Fallsteuerung über Akteurgrenzen hinweg ermöglicht. Genau hier liegt das zentrale Gestaltungspotenzial für neue Plattformansätze in der Gesundheitsregion.

Der **TI-Messenger (TIM)** bringt sichere Echtzeitkommunikation in die Gesundheitsversorgung – textbasiert, perspektivisch auch mit Sprach- und Videoübertragung. Anders als klassische Messenger ist TI-M kein einzelnes Produkt, sondern ein vernetztes Ökosystem interoperabler Dienste, die den Spezifikationen der gematik entsprechen. TI-M kann in verschiedenen Varianten umgesetzt werden – etwa als TI-M Pro für Leistungserbringer, TI-M ePA für Versicherte (über Krankenkassen-Apps), TI-M Connect für Mehrwertanwendungen – und auch in DiGA integriert werden. Konzeptionell ist damit ein großer Mehrwert geschaffen: sektorenübergreifende, sichere Kommunikation auf einer gemeinsamen Infrastruktur. Doch die Umsetzung steckt noch in den Anfängen. Aktuell werden Ärztinnen und Ärzte, Versicherte und Apotheken angeschlossen. Die professionelle Pflege sowie Heil- und Hilfsmittelerbringer folgen voraussichtlich erst in den kommenden ein bis zwei Jahren. Weitere Akteursgruppen wie sonstige Leistungserbringer, Angehörige, Sozialfürsorge oder Betreuungsstellen sind langfristig vorgesehen. Gerade für die nachrangig priorisierten Akteure können Gesundheitsregionen den Roll-out des TIM vorbereiten und Übergangslösungen schaffen.

KIM – Kommunikation im Medizinwesen – ist der sichere E-Mail-Dienst innerhalb der Telematikinfrastruktur. Seit 2021 ermöglicht er den ausschließlich authentifizierten Teilnehmern der TI, darunter Ärztinnen und Ärzte, Apotheken, Kliniken, Labore, KVen und Krankenkassen, den rechtssicheren Versand strukturierter und unstrukturierter Dokumente. Im Gegensatz zum TI-Messenger, der auf Echtzeitkommunikation über Chat, Sprache und Video ausgerichtet ist, dient KIM der asynchronen, dokumentenzentrierten Kommunikation – etwa für die Übermittlung von eAU, eArztbriefen oder Rezeptanforderungen. Mit über 500 Millionen versendeten KIM-Nachrichten ist der Dienst produktiv etabliert – allerdings mit Einschränkungen: KIM ist nicht in allen Sektoren und Regionen gleichsam im Regelbetrieb verankert. Die Zahl der verschickten Nachrichten spiegelt vor allem die Nutzung einzelner Anwendungen wie eAU wider. Um KIM als digitales Rückgrat für den Dokumentenaustausch nachhaltig zu etablieren, braucht es eine breitere Anwendungspraxis und eine stärkere Integration in die Primärsysteme aller Sektoren.

Mit über 1 Milliarde eingelösten **eRezepten** und über 2,5 Millionen App-Downloads zeigt das eRezept, dass digitale Verordnungen im Alltag angekommen sind. Der aktuelle Fokus liegt auf Arzneimittelverordnungen, die elektronisch erstellt, übermittelt und eingelöst werden können – rechtssicher und TI-integriert. Die Erweiterung auf DiGA (2026), Heil- und Hilfsmittel (2027) ist geplant und markiert den schrittweisen Übergang zu digitalen Verordnungsprozessen. Dabei läuft die Einführung erwartungsgemäß nicht reibungslos – dennoch ist davon auszugehen, dass sich der Prozess in den nächsten zwei Jahren weitgehend einspielen wird. Parallel entsteht mit dem digital gestützten Medikationsprozess (dgMP) ein strukturierter Überblick über Verordnungen und Dispensierungen, abrufbar über die elektronische Medikationsliste (eML) in der ePA. Ziel ist ein fundierter elektronischer Medikationsplan (eMP), der auch Selbstmedikation und OTC-Präparate berücksichtigt. In Kombination mit der Integration der AMTS-rZI wird der dgMP zeitnah ein zentraler Baustein von Therapieplänen – wenngleich nur einer von mehreren.

Fehlende Verzeichnis-, Identitäts- und Interoperabilitätsservices als Hemmnis digitaler Versorgungskontinuität

Ohne gepflegte Verzeichnisse, sichere Identitäten, nutzerfreundliche Zugriffsverwaltungen und verbindlich angewendete IOP-Standards bleibt digitale Versorgung Stückwerk. Gesundheitsregionen können diese Lücken schließen und Interoperabilität im Versorgungsalltag verbindlich sowie real nutzbar machen.

Zentrale Verzeichnisse, sichere **Identitäten** und nutzerfreundliche Authentifizierungsprozesse sind Grundvoraussetzungen für eine digital vernetzte Versorgung. Aktuell basiert der Zugang zur Telematikinfrastruktur (TI) für Leistungserbringer überwiegend auf der SMC-B-Karte – technisch etabliert, aber wenig flexibel. In Zukunft braucht es alltagstauglichere Alternativen für die zunehmend heterogene Akteurslandschaft im Gesundheitswesen. Das Konzept digitaler Identitäten – wie die GesundheitsID für Versicherte – ist ein erster Schritt. Sie ermöglicht den kartenlosen Zugang zu TI-Diensten per Smartphone und soll ab 2026 die elektronische Gesundheitskarte ersetzen. Für Leistungserbringer jedoch fehlt bislang eine konsistente Strategie zur digitalen Identifikation. Gleichzeitig zeigt sich: Die kontinuierliche Pflege der Verzeichnisse ist eines der größten ungelösten Probleme. Ohne aktuelle, qualitätsgesicherte Daten verlieren selbst gute Systeme ihren Nutzen. Hier sind fachbereichsspezifische, regional organisierte Strukturen wie Berufsverbände und Fachgesellschaften gefordert. Gesundheitsregionen könnten eine Schlüsselrolle übernehmen, um informationsreiche, tagesaktuelle Verzeichnisse zu pflegen und technisch verfügbar zu machen.

In den letzten Jahren wurden in Deutschland zentrale Grundlagen für semantische und syntaktische **Interoperabilität** geschaffen: Terminologien wie SNOMED CT, LOINC oder ICD-10 sowie FHIR-Ressourcen (Fast Healthcare Interoperability Resources) nach Health Level 7 (HL7) bilden das semantische Rückgrat vieler Digitalisierungsprojekte. Mit dem Kerndatensatz der Medizininformatik-Initiative, medizinischen Informationsobjekten (MIOs) und Ontologien entsteht ein zunehmend standardisiertes Vokabular – ergänzt durch Fortschritte in der Pflege wie standardisierte Überleitungsbögen und Pflegediagnosen. Staatliche Strukturen wie das InteropCouncil und das Kompetenzzentrum für Interoperabilität (KIG) steuern diesen Prozess, sodass die Frage nicht mehr im „Ob“, sondern im „Wie“ liegt.

Doch die Umsetzung bleibt schwierig: Zehn MIOs sind in unterschiedlichen Stadien, pflegerische Informationsobjekte sollen folgen – der Weg von der Spezifikation in die Praxis ist jedoch lang. Besonders in der IT-Industrie mangelt es an Engagement, Standards konsequent zu implementieren. Interoperabilität scheitert daher weniger an fehlenden Grundlagen als an **mangelnder Verbindlichkeit**. Hier braucht es stärkere Selbstverpflichtung der Anbieter und regulatorische Impulse – nur dann entfalten Terminologien, FHIR-Profile und strukturierte Datenformate ihren Nutzen, etwa in der verbesserten Zusammenarbeit von Medizin und Pflege durch standardisierte Übergaben.

Limitierte Praxisverwaltungssysteme

Praxisverwaltungssysteme (PVS) bilden das digitale Rückgrat ambulant tätiger Leistungserbringer und bündeln eine Vielzahl grundlegender Funktionen für den Praxisalltag. Im Zentrum steht die **Patientenverwaltung** mit Stammdatenmanagement, Anmeldungen, Terminorganisation, Verlaufsdokumentation und Abrechnung nach dem einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM, für gesetzlich Versicherte) und der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ, für Privatversicherte). Ergänzt wird dies durch die Schnittstelle zur ePA, in die Befunde, Diagnosen, Medikationen und Behandlungsverläufe dokumentiert werden. Dabei sind PVS-interne Akten in Inhalt und Logik nicht mit der sektorenübergreifenden ePA gleichzusetzen. Hinzu kommen PVS-Fachmodule für spezifische medizinische Bereiche, beispielsweise einfacher Workflow- und Alarmsysteme und Services für Statistiken und Berichtswesen. Schnittstellen zu Medizintechnik, Laboren, Apotheken und zur Telematikinfrastruktur (TI) ermöglichen eine begrenzte Interoperabilität.

Praxisverwaltungssysteme

PVS sind das digitale Rückgrat der ambulanten Versorgung, bleiben aber stark auf die Binnenlogik einzelner Praxen beschränkt. Für intersektorale Versorgung, Fallmanagement und integrierte

Steuerung bieten sie weder ausreichende Funktionen noch stabile Interoperabilität. Genau hier braucht es regionale Plattformansätze, die PVS ergänzen, Schnittstellen harmonisieren und Versorgungsprozesse über Praxisgrenzen hinaus digital anschlussfähig machen.

PVS bieten durchaus ein breites funktionales Spektrum an. Dabei sind Praxismanagement, Patientenverwaltung, Dokumentation und Verwaltungsprozesse wie Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung (AU-Bescheinigung), Therapieverordnung, Rezeptstellung oder Überweisung zentral. Trotz dieses breiten Leistungsspektrums bleiben PVS jedoch weitgehend auf die **Binnenlogik einzelner Praxen** ausgerichtet – für komplexe, intersektorale Versorgungsszenarien sind sie funktional und strukturell nur eingeschränkt anschlussfähig. Ein produktives Fallmanagement oder kooperative Funktionen für eine integrierte Versorgung sind kaum etabliert. Ein wesentlicher Grund dafür ist, dass PVS-Systeme häufig keine Medizinprodukte darstellen und daher entsprechende Funktionalitäten nicht anbieten dürfen.

Der **Markt für PVS in Deutschland** wird bundesweit von wenigen großen Systemhäusern dominiert (Kassenärztliche Bundesvereinigung, 2025). CompuGroup Medical, Medatixx, Zollsoft und Deutsche Telekom HealthCare Solutions sind über alle Fachrichtungen hinweg marktführend vertreten. Gleichzeitig bestehen in einzelnen Fachbereichen kleinere, etablierte Anbieter mit hoher Marktdurchdringung – etwa CardioSoftware in der Kardiologie oder PSYPrax in der Neurologie und Psychiatrie. Auch regionale Unterschiede prägen den Markt: So erfreut sich etwa DURIA eG bundesweit wachsender Beliebtheit, insbesondere jedoch in Nordrhein-Westfalen. Gründe sind unter anderem eine vergleichsweise geringe Störanfälligkeit, eine hohe Nutzerbindung und die Nähe zur ärztlichen Selbstverwaltung.

Laut einer aktuellen Umfrage des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland (Müller et al., 2024, Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland (Zi), 2024) berichtet fast die Hälfte der Praxen von täglichen oder mehrmals **wöchentlichen Störungen** durch ihr PVS. Häufig genannt werden fehlerhafte Schnittstellen, lange Ladezeiten und Systemabstürze. Die Umfrage verdeutlicht, dass trotz der zentralen Rolle von PVS in der ambulanten Versorgung viele Systeme den Anforderungen der Praxen nicht gerecht werden. Insbesondere die Integration in die Telematikinfrastruktur (TI) und die Umsetzung digitaler Anwendungen wie der elektronischen Patientenakte (ePA) bereiten Schwierigkeiten. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) fordert daher verbesserte Bedingungen für einen Anbieterwechsel und eine stärkere Unterstützung der Praxen bei der Digitalisierung. Trotz einer wachsenden **Wechselbereitschaft** bei den Praxen (ca. zwei Drittel) bleibt der tatsächliche Anbieterwechsel selten – denn der Umstieg auf ein neues System stellt im laufenden Praxisbetrieb einen erheblichen organisatorischen und personellen Aufwand dar. Zwar existiert eine **standardisierte Wechselschnittstelle**, dennoch bedarf es nicht nur manuellen Aufwands zur technischen Umstellung, sondern auch eine substantielle Veränderung der gesamten Praxis-IT-Organisation. Ärztinnen, Ärzte und medizinische Fachangestellte (MFA) müssen sich neu einarbeiten – ein Change-Prozess, der häufig gescheut wird. In der Folge bleibt der Spielraum für technologische Weiterentwicklung eingeschränkt, selbst wenn strukturelle oder funktionale Defizite offensichtlich sind.

Praxisverwaltungssysteme (PVS) bewegen sich zwischen regulatorischer Vereinheitlichung und fachlicher Differenzierung. Einheitliche Anforderungen für TI-Anbindung und ePA bestehen zwar, doch die funktionale Ausprägung variiert je nach Fachrichtung erheblich. Während Einzelpraxen schlanke, anpassbare Systeme bevorzugen, benötigen medizinische Versorgungszentren (MVZ) komplexere Lösungen mit Mandantenfähigkeit und Rollenlogik. Trotz hoher TI-Readiness zeigen sich große Unterschiede bei Usability, Stabilität und Interoperabilität – problematisch für regionale Vernetzungsstrategien. Hinzu kommt der digitale Umgang mit Selektivverträgen, der oft zu einem Flickenteppich an Sonderlösungen führt und Praxisteams stark belastet.

Potenziale mit Blick auf klinische Informationssystemlandschaften

Im Rahmen des Projekts „Leistungsstarke Gesundheitsregionen (LeiG)“ rücken perspektivisch auch intersektorale Übergänge rund um stationäre Aufenthalte – insbesondere das Entlassmanagement – als prozessuale Schnittstellen in den Fokus. In diesem Zusammenhang kommt den Krankenhausinformationssystemen (KIS) eine besondere Bedeutung zu: Als zentrale digitale Plattformen innerhalb der Klinik ermöglichen sie die Verwaltung und Dokumentation nahezu aller klinischen Prozesse – von der Aufnahme über die Behandlungsplanung bis zur Entlassung.

Doch so leistungsfähig KIS in der intraorganisationalen Steuerung sind, so deutlich zeigen sich ihre Grenzen im intersektoralen Kontext: Schnittstellen zu ambulanten, pflegerischen oder präventiven Versorgungsbereichen sind häufig nur rudimentär ausgeprägt oder organisatorisch nicht etabliert. Damit bleiben Potenziale – etwa zur frühzeitigen Planung weiterführender Versorgungsbedarfe, zur digitalen Informationsweitergabe oder zur gemeinsamen Koordination – ungenutzt.

Krankenhausinformationssysteme

KIS sind gewachsene, nach wie vor oft siloartige Systemlandschaften, die sich erst langsam für intersektorale Kooperation öffnen. Genau hier können Gesundheitsregionen ansetzen: durch den Ausbau zu Interoperabilitätsplattformen die Mandantenfähigkeit stärken und regionale Workflows verbindlich gestalten. Mit diesem angestoßenen Change könnten KIS zum Nukleus eines schrittweise vernetzten, digitalen Versorgungökosystems werden.

Krankenhausinformationssysteme (KIS) bilden das digitale Rückgrat der stationären Versorgung und werden in Deutschland maßgeblich von **wenigen großen Anbietern** geprägt: Dedalus (ORBIS), CGM (CGM Clinical/KIS), Oracle Cerner (i.s.h.med), Telekom (iMedOne) und Nexus. Trotz technischer Unterschiede eint sie ein modularer Aufbau, der es Kliniken ermöglicht, Funktionen wie Patientenmanagement, klinische Dokumentation, Ressourcenplanung oder Entscheidungsunterstützung zu kombinieren.

Durch die Investitionen im Rahmen des Krankenhauszukunftsgesetzes (KHZG) und die begleitende Messung des DigitalRadar zeigt sich (Amelung, 2025): Der **digitale Reifegrad deutscher Krankenhäuser hat sich verbessert**. Besonders hohe Fortschritte wurden bei digitalen Kernprozessen wie klinischer Dokumentation, Pflegeplanung und Medikationsmanagement erzielt. Gleichzeitig verdeutlicht der DigitalRadar (Amelung, 2025) auch die weiterhin bestehenden Herausforderungen – insbesondere bei Interoperabilität, Prozessintegration und dem sektorenübergreifenden Datenaustausch. Doch nach dem KHZG ist vor dem KHZG. Der digitale Wandel wird weitergehen – und vermutlich jene Aspekte adressieren, in denen der DigitalRadar nur unzureichenden Fortschritt vermelden kann: Interoperabilität, intersektorale Anwendungsfälle und durchgängige digitale Workflows.

Die 14. Stellungnahme der Regierungskommission zur Krankenhausversorgung unterstreicht die zentrale **Rolle von Maximalversorgern und Universitätskliniken** für die Weiterentwicklung regionaler Versorgungslandschaften. Diese Bedeutung ist zwar vorrangig versorgungsinhaltlich gedacht – etwa in Hinblick auf spezialisierte Leistungen, Forschung und Lehre –, doch sie impliziert zugleich einen besonderen Stellenwert der digitalen Infrastrukturen durch KIS-Landschaften (Tom Bschor, 2025). Für das Projekt „Leistungsstarke Gesundheitsregionen (LeiG)“ rückt damit das Universitätsklinikum (UK) Aachen in den Fokus, dessen IT-Architektur auf dem System medico von CompuGroup Medical (CGM) basiert. Die Frage ist weniger ob, sondern wie Universitätskliniken ihre digitale Leistungsfähigkeit in den Dienst einer vernetzten Gesundheitsregion stellen können.

Ein potenzieller Hebel könnte der Ausbau der IT des Universitätsklinikums Aachen zu einer **Interoperabilitätsplattform** (IOP-Plattform) sein – als technisches Rückgrat für die intersektorale Fallübergabe und professionelle Fallkooperation. Solche Plattformen ermöglichen nicht nur strukturierten Datenaustausch, sondern binden auch Kommunikationsdienste, Datenmanagement und Prozesssteuerung in einem interoperablen Gesamtsystem zusammen. Anbieter wie x-tention oder InterSystems haben hierfür bereits erprobte Technologien entwickelt, die unter anderem auch Prozess-Engines beinhalten.

Die Ertüchtigung des Universitätsklinikums Aachen als IOP-Plattform ließe die Zusammenarbeit zwischen weiteren Kliniken der Landkreise, ambulanten Praxen, Pflegeeinrichtungen und Pflegediensten technisch stützen. Doch ein solcher Wandel ist kein Nebenprodukt, sondern bereits klinikintern ein Großprojekt. Zudem öffnet die beste IOP-Plattform zunächst nur die klinischen Systemkomponenten. Erst wenn auch die Primärsysteme der Versorgungspartner interoperabel angebunden sind, wird vernetzte Kooperation spürbar.

Ein weiterer Hebel liegt in der Stärkung der **Mandantenfähigkeit** bestehender KIS-Systeme – insbesondere im System des Universitätsklinikums Aachen. Durch mandantenfähige Architekturen lassen sich ausgewählte Funktionalitäten und intersektorale Workflows über harmonisierte Backend-Strukturen in die Breite der Region bringen – bei gleichzeitiger Anpassung der Frontends an die jeweiligen Anforderungen von Kliniken, MVZs oder ambulanten Praxen. Anbieter wie PlanOrg (Principa) zeigen mit schlanken, mandantenfähigen Systemarchitekturen bereits, wie sich webbasierte Zugangsmöglichkeiten zu professionellen Mehrwertdiensten effizient ausgestalten lassen. Gerade bei intersektoralen Workflows entscheidet sich der Erfolg im Detail: Zwischen einfachen Checklistenlösungen und echter, digital gesteuerter Prozessintegration liegt ein qualitativer Unterschied. Auch regulatorisch: Während Letzteres medizinproduktrelevant und hochgradig steuernd ist, bleiben klassische PVS-Systeme oft auf Checklisten für Verwaltungsprozesse beschränkt.

Potenziale im Umfeld vom Primärsystemen der Pflege

Sowohl stationäre als auch ambulante Pflegeeinrichtungen nutzen spezialisierte Pflegemanagementsysteme, um Pflegeplanung, Dokumentation, Abrechnung und Verwaltungsprozesse digital abzubilden. In Pflegeheimen, Übergangspflegeeinrichtungen, Kurzzeitpflege und Hospizen sichern diese Systeme die Pflegequalität und reduzieren administrativen Aufwand – zunehmend auch durch mobile Lösungen, die eine Dokumentation direkt am Pflegebett ermöglichen. Integrierte Medikationsmanagement-Module sorgen dabei für sichere Arzneimittelgabe, insbesondere in sensiblen Bereichen wie der Palliativpflege. Ambulante Pflegedienste setzen auf entsprechend zugeschnittene Softwarelösungen, die sowohl allgemeine Pflegeleistungen – etwa Grundpflege und hauswirtschaftliche Unterstützung – als auch spezialisierte medizinische Leistungen wie Wundversorgung, Medikamentengabe oder Beatmungspflege im häuslichen Umfeld unterstützen. Die Dokumentation unterscheidet dabei zwischen allgemeiner Pflege, die eher alltags- und unterstützungsorientiert erfasst wird, und spezieller Pflege, die medizinisch fundierte Maßnahmen und pflegerische Fachstandards abbilden muss. Cloubasierte Systeme ermöglichen zusätzlich eine mobile und zentrale Datenverarbeitung. So entsteht eine zunehmend differenzierte, technologiegestützte Versorgungsinfrastruktur, die den spezifischen Anforderungen beider Pflegeformen gerecht wird.

Die Systemlandschaft im Bereich der professionellen Pflege ist stark fragmentiert: Anbieter wie MediFox DAN, Cura-Soft oder HyCARE stehen für funktional umfassende Lösungen höherer Installationszahlen, doch der **Gesamtmarkt ist schwer zu überblicken** und geprägt von einer Vielzahl kleiner, teils proprietärer

Systeme. Viele dieser Lösungen sind modular aufgebaut und adressieren zentrale Anforderungen wie Dokumentation, Pflegeplanung oder Abrechnung – jedoch meist nur innerhalb des jeweiligen Systems.

Ein durchgängiger, **interoperabler Austausch mit anderen Sektoren bleibt die Ausnahme**: Standardisierte Schnittstellen zur Telematikinfrastruktur (TI), zu Apotheken, Laboren oder ärztlichen Einrichtungen sind häufig nur eingeschränkt vorhanden oder technisch nicht ausgereift. Dadurch entstehen Medienbrüche und Pflegeeinrichtungen agieren digital, aber isoliert.

Pflegesysteme

Die Primärsysteme der Pflege sind vielfältig, funktional zunehmend leistungsstark, aber oft isoliert. Interoperabilität zu Systemen anderer Sektoren und TI-Anbindung bleiben Schwachstellen. Großes Potenzial liegt in der Unterstützung bei der TI-Anbindung durch die Gesundheitsregion und die konsequente Nutzung vorhandener Interoperabilitätsstandards (IOP-Standards) der Pflege.

Die **Anbindung professioneller Pflegeeinrichtungen an die Telematikinfrastruktur (TI)** verläuft schleppend, obwohl sie gesetzlich seit dem 1. Juli 2025 verpflichtend ist. Laut einer Umfrage des Bundesverbands Gesundheits-IT (bvitg) und der Opta-data-Gruppe sind zwar 92 Prozent der Einrichtungen über die Verpflichtung informiert, jedoch haben bis dahin nur etwa 33 Prozent eine SMC-B-Karte (Security Module Card Typ B) beantragt, die für den TI-Zugang erforderlich ist (Bundesverband Gesundheits-IT, 2025). Die geringe Anzahl vergebener KIM-Adressen (ca. 2.000) verdeutlicht zusätzlich den Rückstand. Hauptgründe für die Verzögerung sind technische Herausforderungen, umständliche administrative Prozesse wie die Beantragung der SMC-B-Karte sowie fehlende Unterstützungsangebote. Die professionelle Pflege ist bereits stark belastet und verfügt kaum über die erforderlichen Ressourcen, sich intensiv mit der TI-Anbindung auseinanderzusetzen. Zudem wird die Umsetzung der TI-Anbindung oft als praxisfern wahrgenommen, was die Motivation zur Investition weiter mindert.

Angesichts dieser Herausforderungen erscheint es unwahrscheinlich, dass alle rund 36.000 ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen in Deutschland bis zum Stichtag an die TI angeschlossen sein werden. Experten fordern daher eine bessere Unterstützung der Einrichtungen, einschließlich klarer Informationen, praktischer Hilfestellungen und realistischer Zeitpläne, um die digitale Integration der Pflege erfolgreich umzusetzen. Ein Potenzial für die Gesundheitsregion.

In Nordrhein-Westfalen gibt es bereits eine Vielzahl innovativer digitaler und telemedizinischer Angebote für die professionelle Pflege – von Medikations-Apps über mobile Dokumentationslösungen bis hin zu telemedizinisch unterstützter Visite oder Fallbesprechung. Viele dieser Lösungen docken – teils über standardisierte, teils über proprietäre Schnittstellen – an die Primärsysteme der Pflegeeinrichtungen an und zeigen, dass technologische Integration prinzipiell möglich ist. **Doch trotz dieser positiven Entwicklungen gelingt es bislang nicht, eine harmonisierte und koordinierte Fallbetreuung über die verschiedenen Sektoren hinweg abzubilden.** Pflegerische und medizinische Versorgung bleiben häufig getrennt – sowohl in den Prozessen als auch in den Systemen. Statt kontinuierlich unterstützter Versorgung dominieren Silos, Medienbrüche und fragmentierte Systemlandschaften, die nicht nur die Produktivität mindern, sondern auch die Versorgungsqualität einschränken.

Für eine zukunftsfähige, vernetzte Pflegeversorgung liegt enormes Potenzial in der breiten Umsetzung semantisch standardisierter Pflegediagnosen innerhalb der Primärsysteme der professionellen Pflege (ambulant sowie stationär). Mit **international anerkannten Klassifikationen** wie NANDA (North American Nursing Diagnosis Association, Pflegediagnosen), NIC (Nursing Interventions) und NOC (Nursing Outcomes), die bereits Teil von SNOMED CT (Systematized Nomenclature of Medicine – Clinical Terms, übersetzt etwa: Systematisierte Nomenklatur der Medizin – Klinische Begriffe) sind, steht eine belastbare Grundlage

für intersektoralen und interorganisationalen Austausch zur Verfügung. Auch der **strukturierte Pflegeüberleitungsbogen**, wie er vom interoperCouncil bestätigt und entlang der Pflege-Journey verortet wurde, ist ein weiterer wichtiger Baustein. Doch all diese Standards bleiben wirkungslos, wenn sie nicht konsequent in den Primärsystemen der Pflege implementiert und im Alltag genutzt werden. Die semantische Basis für Interoperabilität ist vorhanden – jetzt müssen Pflegesysteme lernen, sie auch systematisch zu nutzen. Nur so entsteht aus digitaler Dokumentation echte kommunikative Anschlussfähigkeit.

Wandel der Krankenkasseninformationssysteme: Verwaltung, Begleitung, Steuerung und ergänzende Versorgungsangebote

Gesetzliche Krankenkassen befinden sich in einem grundlegenden Wandel: Sie entwickeln sich vom rein finanzierenden Kostenträger („Payer“) hin zum aktiven Gestalter und Begleiter von Versorgung („Player“). Wie die Brainwave-Studie 2023 zeigt, entstehen dabei zunehmend **versichertenzenzentrierte digitale Ökosysteme**, die sich über alle Phasen der Versorgung erstrecken – von der Prävention über Diagnostik und Therapie bis hin zum Monitoring. Ziel ist es, Versicherte nicht nur durch Selfservices bei administrativen Anliegen zu unterstützen, sondern ihnen echte Orientierung, Gesundheitsförderung und Versorgungssteuerung zu bieten (brainwave hub, 2023). Diese Entwicklung führt zu einem Paradigmenwechsel: Krankenkassen verstehen sich immer stärker als Gesundheitslotsen, die durch digitale Angebote proaktiv agieren – und nicht mehr nur auf Krankheit reagieren.

Krankenkasseninformationssystem

Krankenkassen entwickeln sich vom Kostenträger zum aktiven Gesundheitslotsen und bauen digitale Ökosysteme, die Prävention, Therapie und Monitoring verbinden. Zudem entsteht ein doppeltes Mitgestaltungspotenzial für Krankenkassen: Einerseits profitieren ihre Versicherten von vernetzten Versorgungslösungen, andererseits fördern interoperable IT-Strukturen für die Versicherten auch die Modernisierung eigener, historisch gewachsenen Systemlandschaften.

Die Digitalisierung der Krankenkassenlandschaft ist kein Alleingang: Die **digitale Angebotsvielfalt** der Kassen basiert zunehmend auf komplexen Kooperationsmodellen mit Service- und IT-Providern. Die Brainwave-Studie 2023 zeigt, dass elektronische Patientenakten, DiGA-Integrationen, Telemedizinangebote wie Videosprechstunden oder Online-Dermatologie-Plattformen (z. B. OnlineDoctor) heute zum Standard gehören. Doch während solche Funktionen inzwischen kassenübergreifend implementiert sind, wird die Differenzierung künftig durch personalisierte, datengetriebene Services entschieden: also durch Ökosysteme, die individuelle Bedürfnisse der Versicherten erkennen, passende Angebote bereitstellen und die Ergebnisqualität spürbar verbessern. Dadurch entstehen kassenspezifische Profilbildungen – gleichzeitig eröffnen sich über standardisierte Komponenten auch Chancen für kassenübergreifende Kooperationen, die Versorgungsqualität im System insgesamt stärken können.

Die IT-Architekturen größerer Krankenkassen bestehen aus hochkomplexen, historisch gewachsenen Systemlandschaften mit **teils über 100 bis 200 Subsystemen oder Systemkomponenten**, die traditionell auf interne Verwaltungsprozesse ausgerichtet sind. Die schrittweise Umstellung auf durchgängig digitale, sichere und versorgungsnahe Prozesse ist für viele Kassen nicht nur ein technologisches, sondern ein organisatorisches Transformationsprojekt mit tiefgreifenden architektonischen Implikationen.

Gerade mit Blick auf die Versorgungskontinuität gewinnen bestimmte IT-Bereiche an Bedeutung: Die strukturierte Umsetzung der ePA, leistungsfähige Schnittstellen zur Anwendung von Selektivverträgen, datenbasierte Gesundheitsempfehlungen sowie die bedarfsgerechte Steuerung von Zugängen zu Versorgungsleistungen sind von aktueller Relevanz, um Krankenkassen von passiven Kostenträgern zu aktiven Versorgungsakteuren weiterzuentwickeln. Die Herausforderung liegt darin, diese neuen Anforderungen in einer fragmentierten Systemumgebung zu bündeln – ohne neue Brüche zu erzeugen.

Potenziale der Telemedizin im Auftrag der Gesundheitsregion

Trotz zahlreicher Innovations- und Modellprojekte sowie einiger hybrider Anbieter auf dem Gesundheitsmarkt ist der Einsatz telemedizinischer Leistungen in der Region bisher nicht flächendeckend verankert. Die Praxis zeigt: Viele vielversprechende Ansätze scheitern an der Verstetigung nach Ablauf der Projektlaufzeit oder verbleiben in **selektivvertraglich begrenzten Nischen**. Eine systemische Integration in die Regelversorgung ist bislang nicht erkennbar – weder organisatorisch noch in der alltäglichen Versorgungsrealität nicht erkennbar. Damit bleiben Potenziale für Effizienz, Erreichbarkeit und sektorenübergreifende Versorgung weitgehend ungenutzt.

Telemedizin-Systeme

Telemedizinische Angebote sind bislang kaum systemisch in der Regelversorgung verankert – viele Projekte verlaufen nach Ende der Förderung im Sande. Die Gesundheitsregion kann als koordinierende Instanz Telemedizin organisatorisch, prozessual und technisch integrieren und so den Übergang von Insellösungen zu intersektoraler Telekooperation gestalten. Gerade Telekonsile, Teleboards oder Televisiten bieten enormes Potenzial für Qualität und Effizienz, wenn sie regional verbindlich etabliert werden, sowohl organisatorisch als auch IT-infrastrukturell.

Der Begriff „telemedizinische Leistungen“ umfasst ein breites, teils schwer abgrenzbares **Spektrum an Lösungen** – von patientenintegrierenden Anwendungen bis zu spezialisierten Anbietern wie Docs in Clouds, die komplexere telemedizinische Versorgungsszenarien abbilden (Tabelle 12). Die Vielfalt ist Chance und Herausforderung zugleich: Gerade hybride oder schwer typisierbare Angebote bergen ein hohes Potenzial für die Produktivität intersektoraler Versorgung, finden aber bislang keinen strukturierten Anschluss. Das Projekt „Leistungsstarke Gesundheitsregionen (LeiG)“ und die Gesundheitsregion sollte hier gezielt ansetzen – durch eine organisatorische und technische Integration solcher Angebote, die über klassische Modelllogiken hinausgeht und neue Formen der Zusammenarbeit ermöglicht. Im Vergleich dazu sind „einfache“ Videosprechstunden bereits heute gesetzlich verankert und bieten dadurch ein begrenzteres Gestaltungspotenzial für Regionen, beispielsweise in der flächendeckenden Akzeptanzförderung durch Informationskampagnen.

Besonders im Bereich der professionellen **Telekooperation** – etwa bei Telekonsilen, Teleboards, telemedizinischem Fallmanagement oder Televisiten – liegt derzeit ein ungenutztes Gestaltungspotenzial. Diese Leistungen sind bislang nur punktuell im Vergütungssystem verankert, obwohl sie durch ihre fachliche Tiefe und sektorenübergreifende Reichweite einen entscheidenden Beitrag zur Qualität und Produktivität der Versorgung leisten könnten. Der dafür notwendige (organisatorische, prozessuale und technische) Koordinationsaufwand wird bislang durch keinen Akteur allein gewährleistet. Genau hier kann die Gesundheitsregion einen wirksamen Hebel ansetzen: als übergreifende Koordinationsinstanz, die diese Lücke füllt und Telekooperation systemisch verankert.

Tabelle 12: Typen telemedizinischer Anwendungen im Überblick

Anwendungstyp	Beschreibung	Beispiele Anbieter/Projekte
Telemedizin (Oberbegriff)	Telemedizin bezeichnet die medizinische Versorgung unter Einsatz von Informations- und Kommunikationstechnologien (IKT), die bei den medizinischen Leistungen über räumliche Distanzen hinweg erbracht werden. Sie umfasst die digitale Übertragung medizinischer Informationen (z. B. Bild-, Sprach-, Text- und Vitaldaten) zwischen Patienten und Leistungserbringern oder zwischen medizinischen Fachkräften zur Diagnose, Therapie, Überwachung und Beratung. Ziel ist es, die Qualität, Verfügbarkeit und Effizienz der Versorgung zu verbessern – insbesondere in unterversorgten Regionen, bei chronisch Erkrankten oder in der Nachsorge.	-
Videosprechstunde	Die Videosprechstunde ist eine synchrone, bildgestützte Interaktion zwischen Ärzten und Patienten über eine gesicherte Videoverbindung. Sie dient der Anamnese, Beratung, Verlaufskontrolle und ggf. auch Diagnosestellung, sofern keine körperliche Untersuchung erforderlich ist. Sie ist die bekannteste Form der telemedizinischen Arzt-Patienten-Interaktion und gesetzlich anerkannt (§ 365 SGB V).	arztkonsultation ak, samed, Doctolib, RED Medical Systems, Teleclinic
Telecoaching	Telecoaching umfasst die digitale Begleitung und Anleitung von Patienten durch medizinisches Fachpersonal oder Coaches – etwa zur Verhaltensänderung bei chronischen Erkrankungen (z. B. Diabetes, Adipositas), zur Medikamentenadhärenz oder zur Motivation in Rehabilitationsphasen. Dies kann über Video, Telefon, Chat oder Apps erfolgen und wird meist im Rahmen strukturierter Programme angeboten.	HelloBetter
Telediagnostik	Unter Telediagnostik versteht man die Diagnosestellung durch Fachärzte auf Grundlage von digital übermittelten Befunden, Bildern oder anderen medizinischen Daten. Typisch ist z. B. die radiologische Befundung durch Teleradiologie oder die dermatologische Einschätzung per Bildübertragung. Sie erfolgt meist asynchron und setzt hohe Anforderungen an die Datenqualität und IT-Sicherheit.	Docs in Clouds, Dermanostik, MedEcon Ruhr
Telemonitoring	Beim Telemonitoring werden Vital- und Gesundheitsdaten (z. B. Blutdruck, Blutzucker, Herzfrequenz) an das medizinische Fachpersonal übermittelt. Es dient der kontinuierlichen Überwachung chronisch erkrankter Patienten, etwa bei Herzinsuffizienz oder Diabetes. Zunehmend ist auch das Gesundheitsverhalten der Betroffenen (Ernährung, körperliche Aktivität, Lebensqualität) im Fokus des Telemonitorings. Ziel ist eine frühzeitige Intervention bei Verschlechterung der Werte.	SHL Telemedizin GmbH, UK Aachen Telemedizin@NRW, Medulife GmbH, TmHI im HDZ NRW
Teletherapie	Hierunter fällt die Initiierung, Durchführung oder Anpassung therapeutischer Maßnahmen aus der Ferne – etwa durch teletherapeutische Anleitungen, digitale Verordnung von Medikamenten oder Begleitung in der Psychotherapie. Diese kann synchron (z. B. Videotherapie) oder asynchron (z. B. über digitale Therapieplattformen) erfolgen.	MindDoc, Caspar Health
Telekooperation	Die Telekooperation beschreibt die interprofessionelle Zusammenarbeit zwischen verschiedenen Leistungserbringern – z. B. Hausärzten, Fachärzten, Pflegekräften oder Apotheken – über digitale Kanäle zur Koordination der Patientenversorgung. Sie ermöglicht etwa die strukturierte Fallübergabe oder Rückfragen im Behandlungsprozess. Telekooperation fungiert als Oberbegriff und umfasst synchrone sowie asynchrone Kommunikations- und Informationsmaßnahmen.	Telepaxx Medcial Data, TELnet@NRW
Telekonsil	Ein Telekonsil ist eine strukturierte, meist ärztliche Kommunikation über einen konkreten medizinischen Fall, z. B. zwischen einer Klinik und einem Facharzt in einem Spezialzentrum. Ziel ist eine fachspezifische Zweitmeinung oder Mitbeurteilung zur Sicherung der Diagnostik oder Therapieentscheidung. Es kann synchron oder asynchron erfolgen.	Virtuelles Krankenhaus NRW, TELnet@NRW
Teleboard	Teleboards sind virtuelle Fallkonferenzen, in denen mehrere Experten (z. B. aus Onkologie, Radiologie, Chirurgie) gemeinsam einen Fall diskutieren. Sie ähneln interdisziplinären Tumorboards – jedoch digital durchgeführt. Ziel ist die interdisziplinäre Entscheidungsfindung, häufig in hochkomplexen Fällen.	onkoZert

Telemedizinisches Fallmanagement	Beim telemedizinischen Fallmanagement handelt es sich um die strukturierte digitale Koordination und Steuerung individueller Behandlungsverläufe über verschiedene Leistungserbringer hinweg – z. B. nach einem Krankenhausaufenthalt oder bei multimorbiden Patienten. Dabei werden Informationen gebündelt, Kontakte organisiert und Therapieempfehlungen dokumentiert. Ziel ist eine kontinuierliche, qualitätsgesicherte Versorgung über Sektorengrenzen hinweg.	CareSyntax, Medgate
Televisiten	Die Televisite ist eine ärztlich geführte, videobasierte Visite, bei der sich Ärzte per gesicherter Verbindung zu Patienten in der häuslichen Umgebung oder in stationären/pflegerischen Einrichtungen zuschalten. Sie kann sowohl regelmäßig geplant als auch situativ erfolgen (z. B. bei Verschlechterung des Zustands). Je nach Umsetzung besteht eine Televisite aus einer Kombination aus Videosprechstunde, Telekooperation und Telemonitoring Typische Anwendungsfälle: • Zuschaltung zu Pflegeheimen, betreutem Wohnen, Kurzzeitpflege oder ambulanten Pflegediensten • Beteiligung der Pflegekräfte an der Visite zur Übergabe von Vitaldaten, Symptombeschreibung oder Medikamentendokumentation • Integriert in Pflege- und Behandlungsprozesse, oft im Rahmen von vernetzten Versorgungsmodellen oder Selektivverträgen	Docs in Clouds, Vitaphone/TQSoft, TeleDoc (KVWL), AIDA

Quelle: In Anlehnung an (Bundesärztekammer, 2022, World Health Organization, 2010, Bundesministerium für Gesundheit, 2015); _fbeta GmbH.

Plurale Potenziale von Plattformen

Technische Plattformen gehören zu den zentralen Enablern der digitalen Transformation im Gesundheitswesen. Sie können Prozesse vereinfachen, Ressourcen effizienter nutzbar machen und sektorenübergreifende Zusammenarbeit überhaupt erst ermöglichen. Ihr größter Mehrwert liegt darin, fragmentierte Versorgung zu vernetzen, Zugänge zu Leistungen zu steuern und gleichzeitig datenbasierte Steuerungsimpulse zu erzeugen – vorausgesetzt, sie sind entsprechend konzipiert.

Plattformen

Plattformlösungen sind ein entscheidende Hebel für die digitale Transformation der Gesundheitsregion. Ihr Potenzial liegt in der Vernetzung fragmentierter Versorgung, der Steuerung von Zugängen und der Generierung datenbasierter Impulse. So können Gesundheitsregionen aus digitalen Werkzeugen integrierte Arbeitsräume entstehen lassen, die Versorgungspfad, Patientennavigation und Telekooperation nachhaltig verbinden.

Die _fbeta-Studie „Steigerung von Innovation und Produktivität im Gesundheitswesen durch Einsatz digitaler Plattformen“ (Knöppler et al., 2022) bietet mit ihrer Typologie aus Produktplattformen, Integrationsplattformen und Vernetzungsplattformen eine hilfreiche Grundstruktur, um die funktionale Tiefe und Reichweite von Plattformen zu differenzieren. Während Produktplattformen vorrangig digitale Leistungen oder Services bereitstellen und Integrationsplattformen technische Brücken zwischen bestehenden Systemen schlagen, entfalten Vernetzungsplattformen das höchste Potenzial: Sie schaffen **gemeinsame, interaktive Arbeitsräume für Akteure entlang realer Versorgungspfade**.

Doch der Plattformmarkt ist dynamisch – und unübersichtlich. Zwischen einfachen App-Marktplätzen und hochvernetzten Kooperationsinfrastrukturen finden sich zahlreiche Spielarten mit unterschiedlicher

„Mächtigkeit“. Für Gesundheitsregionen, die echte Produktivitätsgewinne erzielen wollen, kommt es daher nicht auf „Plattform“ als Schlagwort an – sondern auf den gezielten **Aufbau leistungsfähiger Vernetzungsplattformen**, die Versorgung nicht nur digitalisieren, sondern koordiniert weiterentwickeln.

Plattformen wie das Patienten-Navi der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns (116117.de), nui Care, Idana oder DoctorBox repräsentieren einen patientenzentrierten Plattfortmtyp, der nicht primär in Versorgungsprozesse eingreift, sondern **Information, Orientierung und ersten Zugang zur Versorgung** digital unterstützt. Sie bieten Inhalte, die auf persönliche Gesundheitsfragen zugeschnitten sind – von allgemeinen Informationen bis hin zu symptom-basierten Ersteinschätzungen, digitalen Anamnesen oder konkreten Terminvorschlägen. Gerade das Patienten-Navi der KVB zeigt exemplarisch, wie der gesetzlich organisierte Zugang zur ambulanten Versorgung über digitale Terminservicestellen patientenfreundlich gestaltet werden kann – mit strukturierter Ersteinschätzung, Triage-Funktionalitäten und gegebenenfalls Videosprechstunden. Der Nutzen: Patientinnen und Patienten erhalten frühzeitig, niedrigschwellig und zielgerichtet Zugang zu geeigneten Angeboten – und das Versorgungssystem wird durch eine intelligentere Steuerung spürbar entlastet. Solche Plattformen sind der **digitale Erstkontakt** – und oft die Weichenstellung für eine bedarfsgerechte Versorgung.

Plattformen wie GerontoNet (vital.services) zeigen, wie regionale Versorgungsmodelle digital gestützt werden können: Durch die Verknüpfung medizinischer, pflegerischer und sozialer Akteure lassen sich Versorgungspfade älterer und chronisch kranker Menschen besser koordinieren und entlang gemeinsamer **digitaler Workflows** steuern. Dabei wird nicht nur informiert, sondern aktiv organisiert – in Echtzeit und intersektoral. Mit MEDI:CUS, der neuen **Gesundheitsdatenplattform** des Landes Baden-Württemberg, geht ein nächster Baustein für digitale Versorgungskontinuität an den Start: Die cloudbasierte Infrastruktur soll künftig den sicheren Austausch von Gesundheitsdaten zwischen Kliniken, Ärzten, Pflegekräften und Patienten ermöglichen – ergänzt um Funktionen wie Telekonsultationen, Befundübermittlung und Messenger-Dienste. Ziel ist eine datengestützte, vernetzte Versorgung, die Forschung und Praxis zusammenführt und zugleich die Datensouveränität der Bürgerinnen und Bürger wahrt.

Diese regionalen Vorreiter können die Basis bilden für das, was die Bertelsmann Stiftung in ihrer Analyse als nationale Gesundheitsplattform fordert: eine gemeinwohlorientierte, lernfähige Infrastruktur, die patientenzentriert, interoperabel und vertrauenswürdig aufgebaut ist. Integrierte Informationen, Navigation, persönliche Empfehlungen und Dienste – alles an einem Ort. Ein europäisches Vorbild dafür ist 1177.se in Schweden: Dort finden Bürgerinnen und Bürger nicht nur Gesundheitsinformationen, sondern auch Zugang zu digitalen Behandlungen, Terminbuchungen und personalisierte Inhalte – in einem durchgängig öffentlichen und integrierten digitalen Gesundheitsraum.

Plattformlösungen wie Dedalus pathways.doctor, Careflow Clinical Pathways oder Alcidion Miya Precision zielen darauf ab, medizinische Entscheidungen entlang **strukturierter Versorgungspfade** zu standardisieren und mit „real-world data“ sowie „patient-reported outcomes“ anzureichern. Sie bringen Ärztinnen und Ärzte, Pflegepersonal und Kliniken in gemeinsamen Workflows zusammen – über Zeitverlauf, Fachbereiche und oft auch Standorte hinweg. Ihr größtes Versprechen liegt darin, die Behandlungsqualität zu erhöhen und unnötige Varianz zu reduzieren. In der Praxis stoßen diese Plattformen jedoch regelmäßig an ihre Grenzen: Die sektorale Trennung, **fehlende einrichtungsübergreifende Datenflüsse und divergierende Verantwortlichkeiten** erschweren eine durchgängig integrierte Nutzung. Trotz guter technologischer Ansätze schaffen es diese Lösungen in Deutschland bislang kaum, klinische oder organisatorische Grenzen wirksam zu überwinden.

Während Plattformlösungen zur Entscheidungsunterstützung oft daran scheitern, über institutionelle Grenzen hinweg integriert zu wirken, gelingt **Telemedizin- und Monitoringplattformen** zunehmend der nächste Schritt: Sie begleiten nicht nur punktuelle Behandlungen, sondern stützen den zeitlichen Verlauf

und die Dynamik komplexer Versorgungspfade. Lösungen wie Siemens teamplay myCare Companion, M.Doc Smart Health Platform, ACTIMI, ZTM curafida oder myoncare integrieren heute bereits multimodale Ansätze, Therapiepläne und patientengenerierte Daten – und entwickeln sich so zu digitalen Prozessbegleitern der Versorgung. Sie verknüpfen Patienten, ambulante und stationäre Leistungserbringer sowie gegebenenfalls Krankenkassen und bieten eine kontinuierliche Sicht auf Gesundheitsverläufe. Der Mehrwert zeigt sich in frühzeitiger Reaktion auf Veränderungen, verbesserter Therapietreue und koordinierten Maßnahmen über Sektorengrenzen hinweg. Richtig eingebettet könnten solche Plattformen nicht nur Versorgung strukturieren, sondern auch Verantwortung verteilen – dort, wo heute noch Brüche und Unklarheit vorherrschen.

5.3.2 Fazit: Leerstellen der IT-Systemlandschaft als Gestaltungsraum für die Gesundheitsregion

Lücke der IT-Systemlandschaft klappt im wichtigsten Wertschöpfungsprozess

Die aktuelle IT-Systemlandschaft ist einerseits funktional sehr mächtig, aber andererseits noch nicht in der Lage, eine leistungsfähige Wertschöpfung derart zu unterstützen, dass die Mehrwerte bei Leistungserbringern, Krankenkassen und Betroffenen spürbar werden. Die Bevölkerung intersektoral und hybrid mit Gesundheit zu versorgen heißt: geteilte Wertschöpfungsketten und verteilte Mehrwerte durch vernetzte IT-Systemstrukturen zu fördern. Dazu lohnt der Blick auf die funktionale Unterstützung der Akteursbeziehungen (Transaktionen) durch vorhandene Systeme.

Transaktionen im Gesundheitswesen lassen sich in fünf zentrale Kategorien einteilen, die jeweils spezifische Funktionen erfüllen und digital abgebildet werden können: **Kommunikation, Daten, Verwaltung, Versorgung und Versicherung**. Kommunikation bildet den sicheren Austausch zwischen Akteuren ab – daten-, nachrichten- und dokumentenbasiert – über verschiedene Kanäle wie Kommunikation im Medizinwesen (KIM), TI-Messenger (TIM), Chat oder Video. Daten-Transaktionen umfassen medizinische und Abrechnungsdaten sowie zunehmend Vitaldaten aus Wearables – zentral für KI-gestützte, dynamische Versorgungssteuerung. Die Verwaltung umfasst nicht nur klassische Aufgaben der Krankenkassen wie Genehmigungen und Zahlbarmachungen, sondern auch dokumentationsbezogene Aufgaben aus Versorgung und Pflege – etwa das Festhalten von Versorgungsplänen, Maßnahmen oder Praxisorganisation. Versorgung hingegen zielt stärker auf die aktive und proaktive Gestaltung der Patientenversorgung ab. Für das Projekt „Leistungsstarke Gesundheitsregionen (LeiG)“ steht hier insbesondere die Steuerung von Versorgungsangeboten in den Szenarien chronische Erkrankungen, Pflege und Lebensstilfaktoren im Mittelpunkt. Verwaltung und Versorgung stehen dabei in engem Zusammenhang: Während die Versorgung die Umsetzung und Weiterentwicklung von Angeboten fokussiert, übernimmt die Verwaltung deren Dokumentation und organisatorische Absicherung. Versicherungstarife bilden die Basis der Abrechenbarkeit und beeinflussen über Modelle wie Bonus- oder Selbstbehaltstarife auch die Eigenverantwortung der Versicherten. Insgesamt zeigen die Kategorien, wie fachliche Prozesse und ihre IT-seitige Abbildung ineinandergreifen – besonders im Rahmen einer vernetzten, digitalen Versorgung.

Im Ergebnis erlaubt die oben genannte Potenzialanalyse eine grundsätzliche, funktionale Bewertung zentraler Systemtypen der regionalen IT-Landschaft. Sie zeigt, inwieweit bestehende Systeme derzeit und kurzfristig die Transaktionen in **Kommunikation, Daten, Verwaltung, Versorgung und Versicherung** funktional abbilden und so ein produktives Arbeiten der Akteure im Gesundheitswesen ermöglichen. Die Einschätzung basiert auf Analyseerkenntnissen und ist vereinfacht – sie kann spezifische Systemdetails oder regionale Unterschiede nur begrenzt abbilden.

Fazit der Strukturanalyse IT

In der Fläche begleiten und dokumentieren bestehende Systeme die Versorgung zuverlässig, leisten aber kaum Beiträge zur aktiven Steuerung oder pfadgestützten Behandlung. Wirkungsvolle, hybride Ansätze kommen selten über Pilotcharakter hinaus. Hier besteht das größte Gestaltungspotenzial für die Gesundheitsregion: durch eine plattformbasierte Versorgungsinfrastruktur mit spezialisierten Services und Schnittstellen ein integrationsfreudiges und defragmentierendes Ökosystem schaffen.

Vor dem Hintergrund der differenzierten Transaktionen eines leistungsfähigen Gesundheitsökosystems zeigt die Potenzialanalyse eine **deutliche Schwäche dort auf, wo der wichtigste Wertschöpfungsbeitrag im Gesundheitswesen liegt**: bei der proaktiven medizinischen und pflegerischen Versorgung. Gerade diese zentrale Funktionalität wird von der IT-Systemlandschaft bislang am wenigsten abgedeckt (Abbildung 9). Während viele Systeme dokumentierende und administrative Aufgaben gut unterstützen, bestehen insbesondere bei der Gestaltung und Steuerung von ganzheitlichen Versorgungsplänen, der interoperablen Kooperation sowie der Nutzung dynamischer Workflows erhebliche Potenziale. Primärsysteme wie Praxisverwaltungssystemen (PVS), Krankenhausinformationssysteme (KIS) oder Pflegeinformationssysteme (Pflege-IS), mit denen Leistungserbringer täglich arbeiten, sind stark auf dokumentierende, organisatorische und abrechnende Prozesse ausgerichtet und beherrschen auch das grundlegende Datenmanagement. Pfadgestützte Versorgung findet sich hingegen selten – und wenn, dann meist intrasektoral oder innerhalb einzelner Organisationen. Salopp: **Die IT-Systemlandschaft kann nahezu alles, was die Versorgung begleitet oder ermöglicht, Versorgung selbst jedoch nur kaum.**

Abbildung 9: Funktionale Abdeckung der zentralen Transaktionen durch zentrale Systemtypen

Transaktionen	PVS	KIS	Pflege-IS	KKIS	Telemedizin	Plattformen	Apps	TI
Kommunikation	o	o	-	-	+	+	o	o
Daten	+	+	+	+	+	+	+	o
Dokumentation, Verwaltung & Abrechnung	+	+	+	+	+	+	o	+
Versorgung	-	o	-	-	+	+	+	-
Chronische Erkrankungen	o	o	o	-	+	+	+	-
Pflege	-	o	+	-	+	+	o	-
Lebensstilfaktoren	-	-	-	o	o	o	+	-
Versicherung	o	o	-	+	-	-	-	-

Legende: + gute Abdeckung; o mittlere Abdeckung; - geringe Abdeckung

Quelle: _fbeta GmbH

Systemtypen, die funktional besser auf die Transaktion „Versorgung“ einzahlen – etwa Telemedizinlösungen, Plattformen oder spezialisierte Apps – sind nicht ausreichend integriert oder weisen einen begrenzten, nicht nachhaltigen Wirkungsraum auf. Sie agieren vielfach als Insellösungen, die keine breite Abdeckung der Versorgungsrealität der Leistungserbringer ermöglichen, und enden allzu

häufig in Pilotstadien. Diese Fragmentierung erschwert koordinierte, sektorenübergreifende Versorgung erheblich.

Auch die Telematikinfrastruktur (TI) kann diese Lücke nicht füllen. Sie ist auch nicht dafür gedacht. Die TI stellt keine Versorgungslösung im engeren Sinne dar, sondern liefert kritische Infrastrukturkomponenten, die Voraussetzung für integrierte Versorgungslösungen sein können – wie etwa sichere Identitäten, Kommunikationswege oder Datenzugriffe. Umso dringlicher ist es, diese Grundelemente mit funktionalen, interoperablen Versorgungssystemen zu verbinden, um eine proaktive und produktive Versorgung zu ermöglichen.

Ein differenzierter Blick auf die Versorgungsszenarien zeigt zudem: Für Pflege und chronische Erkrankungen bestehen zumindest punktuelle digitale Versorgungslösungen in den Primärsystemen – etwa durch Workflowsysteme und spezifische Softwaremodule für fachbereichsspezifische Therapien. Für Lebensstilfaktoren hingegen fehlt es fast vollständig an Systemunterstützung. Sie sind kaum in die bestehenden Versorgungslogiken eingebettet und gelten häufig noch als randständig. Dabei sind gerade hier präventive und gesundheitsfördernde Maßnahmen entscheidend, um die Krankheitslast zu reduzieren – was ihren digitalen Rückstand umso kritischer macht.

Besonderes Potenzial plattformbasierter Lösungen für die Gesundheitsregion

Im regionalen Versorgungskontext entstehen technische Plattformpotenziale, die etablierte Akteure wie Kassen, Leistungserbringer oder Kommunen allein nicht realisieren können – zu hoch ist der Aufwand und zu gering der exklusive Nutzen. Da sich der Mehrwert über viele Beteiligte verteilt, braucht es eine Logik gemeinschaftlicher Verantwortung, die Gesundheitsregionen koordinierend übernehmen können. Plattformen entfalten ihr Potenzial besonders dort, wo Versorgung fragmentiert ist und neue Kooperationsformen nötig sind (Abbildung 10). Sie schaffen Mehrwert durch Vernetzung, Intermediation und nutzerfreundliche Zugänge. Mit den Plattfortmtypen **TP1 Zugang zur Versorgung**, **TP2 Steuerung der Therapie** und **TP3 Professionelle TI-Anbindung** markieren sich zentrale Innovationsräume für die Gesundheitsregion.

Abbildung 10: Übersicht Plattfortmtypen mit besonderem Potenzial für die Gesundheitsregion

Typ	TP1 – Zugang zur Versorgung	TP2 – Steuerung der Therapie	TP3 – Professionelle TI-Anbindung
Zweck	Bedarfs- und ressourcengerechte Navigation zu regionalen und virtuellen Angeboten	Personalisierte und salutogenetische Versorgung, Pflege und Betreuung mit kontinuierlicher Anpassung	Förderung des regionalen Roll-outs der TI-Anbindung und Lösungen für Akteure außerhalb des Bundes-Fokus
Funktionen	- Übersicht Versorgungsangebote persönlich, telemedizinisch, digital; inkl. Verfügbarkeiten und Details - Medizinische Ersteinschätzung inkl. Patientenkontext über div. Kanäle (telefonisch, telemedizinisch, Chat) - Bedarfsermittlung ggf. inkl. Bedürfnisermittlung - Vermittlung inkl. Terminvereinbarung zu passenden Versorgungsangeboten	- Erfassung und Dokumentation von Patienten- und Nutzungsdaten; Anbindung von Sensoren - Therapiepläne, Therapieziele und Verlaufskontrolle inkl. Feedbackloops zu Betroffenen und LE - Adaption der Therapie in Einzelinterventionen und ganzheitlichen Versorgungsplänen - Professionelle Fall- und Aufgabenübergaben inkl. Terminvermittlung - Workflowmanagement - Patientenfrontend für Information und Teilhabe	- Zugang und Nutzung ePA - Nutzung TIM und KIM - Digitale Identitäten, Zentrale Verzeichnisdienste - Digitale Terminverwaltung - Verordnungsmanagement eRezept, eAU, eVerordnung, Versicherungsnachweis - Zugriff Terminologien <i>Für Akteure, die (noch) nicht verpflichtend durch Primärsysteme angebunden sind ODER bei denen die Umsetzung durch Primärsysteme (noch) unzureichend ist</i>
Bsp.	1177 (Schweden); doonline KVB	myoncare; indikationsspezifische Plattformen für Diabetologie (Esysta), Kardiologie (iAtrios, Noah Labs), Mental Health (Selfapy)	-
Bsp.-Case LeiG	Schneller, bedarfsgerechter Zugang zu medizinischen, therapeutischen und pflegerischen Leistungen bei einsetzender Pflegebedürftigkeit oder wesentlicher Veränderung des Pflegegrades	Ganzheitliche kardiologische Versorgung durch Stärkung des interprofessionellen Versorgungsteams, Förderung des Gesundheitsverhaltens und datenbasierte Adaption der Therapiemaßnahmen	Vernetzung von Zu- & Angehörigen, Therapeut:innen, professioneller Pflege, Therapeuten und neuen regionalen Organisationsformen für ganzheitliche Fallbetreuung

Quelle: _fbeta GmbH

TP1: Zugang zur Versorgung – Bedarfs- und ressourcengerechte Navigation zu regionalen und virtuellen Angeboten

Plattformen vom Typ TP1 ermöglichen einen schnellen und bedarfsgerechten Zugang zu medizinischen, pflegerischen und therapeutischen Leistungen – sowohl regional als auch virtuell. Durch Funktionen wie die strukturierte Übersicht von Versorgungsangeboten, medizinische Ersteinschätzungen, Bedarfsermittlung und gezielte Vermittlung wird die Navigation im Versorgungssystem deutlich vereinfacht. Der Fokus liegt auf einer niedrigschwelligen, ressourcenschonenden und zielgerichteten Steuerung der ersten Schritte – insbesondere für Pflegebedürftige oder Menschen mit sich veränderndem Pflegebedarf.

TP2: Steuerung der Therapie – Personalisierte und salutogenetische Versorgung, Pflege und Betreuung mit kontinuierlicher Anpassung

TP2-Plattformen unterstützen eine personalisierte und kontinuierlich angepasste Versorgung von Menschen mit chronischen oder komplexen Erkrankungen. Sie ermöglichen eine strukturierte Erfassung von Gesundheits- und Nutzungsdaten, dokumentieren Therapiepläne und Ziele und binden Betroffene aktiv in Feedbackprozesse ein. Durch professionell organisierte Aufgabenübergaben, adaptierbare

Interventionen und intelligentes Workflowmanagement fördern diese Plattformen interprofessionelle Zusammenarbeit und stärken salutogenetische Therapieansätze.

TP3: Professionelle TI-Anbindung – Förderung des regionalen Roll-outs der TI-Anbindung und von Lösungen für Akteure außerhalb des Bundesfokus

Plattformen des Typs TP3 schaffen die technischen Voraussetzungen für die Einbindung bislang unzureichend angebundener Akteure in die Telematikinfrastruktur. Sie adressieren speziell Regionen und Berufsgruppen, die bislang außerhalb des TI-Roll-outs liegen oder bei denen die Umsetzung durch Primärsysteme noch lückenhaft ist. Mit Fokus auf ePA-Zugang, eRezept, digitale Identitäten, Terminologiezugriff und zentrale Verzeichnisse unterstützen diese Plattformen eine zuverlässige, interoperable digitale Struktur als Fundament für moderne, vernetzte Versorgung.

Die Plattformtypen TP1, TP2 und TP3 sind als pragmatische Orientierung gedacht und sollen eine gemeinsame Sprache schaffen, um Plattformpotenziale in der Region einzuordnen. Sie sind keine starre Systematik, sondern erlauben flexible, kontextbezogene Anpassungen und machen Diskussionen über Infrastruktur, Rollen und Einsatzmöglichkeiten konsensfähig. Wichtig ist dabei, dass keine einzelne Plattformlösung alle Versorgungsprobleme adressieren kann – vielmehr wird die Zukunft durch Pluralität und Interoperabilität geprägt sein. Besonders wirksam werden die Plattformtypen, wenn ihre Wechselwirkungen bewusst genutzt werden: Innerhalb eines Typs können Synergien entstehen, etwa wenn Steuerungslogiken (TP2) sowohl in der Versorgung chronisch Erkrankter als auch in der ambulanten Pflege greifen. Gleichzeitig ergeben sich wertvolle Schnittstellen zwischen den Typen – zum Beispiel, wenn aus einer Therapiesteuerung (TP2) direkt ein Zugang (TP1) zu ergänzenden Angeboten ermöglicht wird. Diese Interaktionen erhöhen Versorgungskomfort, Effizienz und Reaktionsfähigkeit des Gesamtsystems und sollten in der weiteren Konzeption gezielt berücksichtigt werden.

Technologieübergreifende Implikationen für die Gesundheitsregion

Regionaler Support für Umsetzung zentraler Dienste der TI

Die Gesundheitsregion sollte als struktureller Förderer und Bindeglied zwischen Bundesebene und regionaler operativer Versorgung wirken. Sie trägt dazu bei, zentrale, digitale Services schneller flächendeckend umzusetzen und Mehrwerte spürbar zu machen.

Die Gesundheitsregion kann Integration, Umsetzung und Verstetigung existierender bzw. geplanter, digitaler Services gezielt fördern. Sie kann als Moderator und Förderer das Zuständigkeitsvakuum zwischen der Bundesebene (BMG, gematik, KIG, KBV, BAK, G-BA, KHG etc.), der Selbstverwaltung auf Landesebene und den operativ tätigen Leistungserbringern schließen. Die durch die gematik in den Modellregionen entstehenden Netzwerke und transformationsfreudigen Strukturen können so verstetigt werden. Die Gesundheitsregion kann entscheidend dazu beitragen, den aktuellen Roll-out insbesondere von ePA, eRezept und TI-Messenger in die Fläche zu skalieren, künftige Roll-outs oder Updates in der gesamten Region zu begleiten und das Troubleshooting produktiv laufender Services zu moderieren.

Kampagnen zu Akzeptanz- und Nutzungsförderungen

Bekanntheit bestehender Systeme steigern, Kompetenzen schulen und Praxistauglichkeit stärken, um mehrschichtige Ursachen einer unzureichenden Nutzung und Akzeptanz entgegenzutreten.

Die unzureichende Nutzung vorhandener IT-Systeme hemmt die Transformation hin zu einer integrierten, hybriden Gesundheitsversorgung, obwohl viele Systeme funktional grundsätzlich geeignet wären. Die

Ursachen sind vielschichtig: Neben eingeschränkter Nutzerfreundlichkeit und fehlender funktionaler Verzahnung spielen auch mangelnde Bekanntheit, erschwelter Zugang, fehlende Kompetenzen im Umgang mit digitalen Anwendungen sowie ein ungünstiges Aufwand-Nutzen-Verhältnis eine Rolle. Eine Gesundheitsregion kann hier gezielt ansetzen, indem sie Akzeptanz- und Nutzungsbarrieren systematisch analysiert und praxisnahe Maßnahmen entwickelt – etwa durch Aufklärungs- und Werbekampagnen, gezielte Schulungen, technische Verbesserungen oder die Optimierung von Prozessen. So kann sie bestehende Lösungen besser verankern, ihre Nutzung im Versorgungsalltag erhöhen und damit einen spürbaren Produktivitätsschub in der regionalen Versorgung erzielen.

Konsortium zur IT-Umsetzung

Konsortium ist „key“! Nur gemeinschaftlich lassen sich interoperable Plattformen entwickeln, Standards harmonisieren und Expertensysteme mit verteilten Mehrwerten umsetzen. In dieser Verantwortung prägt die Region aktiv die IT-Systemgestaltung des Ökosystems.

Bestehende IT-Systeme und Komponenten der Telematikinfrastruktur decken nur einen Teil der Bedarfe ab – zentrale funktionale Lücken bleiben bestehen und werden auch künftig nicht von Einzelakteuren geschlossen. Besonders fehlen zugängliche Expertensysteme für alle Akteure, harmonisierte semantische Standards mit verbindlichen Schnittstellenspezifikationen sowie technische Plattformen, die Zugang, Steuerung und Vernetzung ermöglichen. Diese Elemente sind jedoch entscheidend, um Versorgung koordiniert, interoperabel und nachhaltig digital zu gestalten. Genau hier liegt das Potenzial für Gesundheitsregionen: Sie können in konsortialer Verantwortung die Entwicklung, Umsetzung und den produktiven Betrieb solcher Systeme übernehmen und damit die Transformation gezielt steuern. Welche Lösungen konkret benötigt werden, hängt von den jeweiligen Versorgungsszenarien und regionalen Strategien ab. Auf diese Weise wird die Gesundheitsregion zum Motor einer funktional geschlossenen, vernetzten Versorgungsarchitektur.

Regionale IOP-Förderung

Die Gesundheitsregion könnte die fehlende Verbindung zwischen bundesweiten IOP-Vorgaben und regionaler Umsetzung schließen. Sie unterstützt Kampagnen zur Akzeptanzförderung und sorgt für die technische wie prozessuale Adaption von Standards.

Die Harmonisierung technischer, semantischer, prozessualer und organisatorischer Interoperabilität bleibt auf regionaler Ebene bislang eine Leerstelle. Zwar treiben Bundesakteure wie Kompetenzzentrum für Interoperabilität (KIG), InteropCouncil oder gematik Spezifikationen voran, doch fehlt es an einer Instanz, die diese Entwicklungen mit den heterogenen IT-Systemen und Bedarfen der Region verzahnt. Ohne eine solche Koordination bleiben Integrationen fragmentiert und die strategische Weiterentwicklung hybrider Versorgung erschwert. Ein „regionales Kompetenzzentrum für Interoperabilität“ könnte diese Lücke schließen, indem es bundesweite Roadmaps regional aufgreift, mit regionalen Best Practices harmonisiert und das Change-Management begleitet. Auch Aufgaben wie Schnittstellen-Management, Risiko- und Community-Management ließen sich dort bündeln. Auf diese Weise entsteht keine Doppelstruktur zu Bundesakteuren, sondern eine gezielte Ergänzung, die die Umsetzbarkeit von Interoperabilität in der Praxis stärkt und eine vernetzte, digitale Versorgung nachhaltig absichert.

6 Transformationsstrategien

Um den vielfältigen Herausforderungen im Gesundheitswesen wie dem demografischen Wandel, der Zunahme chronischer Erkrankungen und wachsenden Versorgungsengpässen wirksam zu begegnen, wurden die Transformationsstrategien auf Basis der Analyseergebnisse (Versorgungsbedarf, Versorgungskontext, Potenziale), des regionalen Versorgungsökosystems sowie der Ergebnisse der Stakeholder-Workshops entwickelt. Sie bestehen aus zwei Basisstrategien sowie sieben szenariospezifischen Transformationsstrategien, die eine strukturierte Bewertung und Ableitung geeigneter Ausbaustufen ermöglichen.

Die Ergebnisse der Potenzialanalysen aus den drei Versorgungsgegenständen – chronische Erkrankungen, Root Causes sowie Pflege und Primärversorgung – und die Erkenntnisse zum regionalen Versorgungsökosystem wurden zusammengeführt und in einen übergeordneten fachlichen Bezugsrahmen eingeordnet. Auf dieser Grundlage konnten wiederkehrende Muster, gemeinsame Handlungsbedarfe und zentrale Ansatzpunkte identifiziert werden, die für eine regionale Weiterentwicklung von besonderer Bedeutung sind.

Diese Muster und Handlungsoptionen bilden die Grundlage für die Ableitung der sieben Transformationsstrategien: Sie bündeln die identifizierten Potenziale so, dass mehrere Versorgungsdimensionen gleichzeitig adressiert werden und regionale Versorgungsstrukturen gezielt weiterentwickelt werden können. Damit stellen die Transformationsstrategien die logische Weiterführung der Potenzialanalysen dar und übersetzen die herausgearbeiteten Herausforderungen in integrierte und praxisnahe Weiterentwicklungspfade für die Gesundheitsregion.

Die **Basisstrategien** dienen als Fundament der regionalen Gesundheitsversorgung. Hierzu zählen der **Organisationsaufbau der Gesundheitsregion** sowie die **Integration der Telematikinfrastruktur**. Beide Elemente schaffen zentrale Voraussetzungen für eine moderne, digital unterstützte und sektorenübergreifend koordinierte Versorgung.

Darauf aufbauend wurden sieben **Transformationsstrategien** identifiziert, die sich an spezifischen Versorgungssituationen und Problembereichen orientieren (Tabelle 13). Diese Strategien ermöglichen eine gezielte Weiterentwicklung regionaler Versorgungsstrukturen entlang von vier zentralen Handlungsfeldern:

1. **Zugang zur Gesundheitsversorgung**
2. **Versorgung chronisch erkrankter Menschen**
3. **Root Causes**
4. **Pflege und Primärversorgung**

Tabelle 13: Transformationsstrategien im Überblick

Bereich	Strategie	Beschreibung
Zugang in die Gesundheitsversorgung	Transformationsstrategie 1	Virtueller regionaler Gesundheitsmarkt: Zugang in die Versorgung und in grundlegende Organisationsprozesse
Chronische Erkrankungen	Transformationsstrategie 2a	Virtuelles Team für die Therapiesteuerung
Chronische Erkrankungen	Transformationsstrategie 2b	Indikationsspezifische hybride Versorgungsangebote und Versorgungsmanagement
Root Causes	Transformationsstrategie 3	Verhältnisprävention
Root Causes	Transformationsstrategie 4	Verhaltensprävention
Pflege	Transformationsstrategie 5	Virtuell gestützte informelle und professionelle ambulante Pflege und Primärversorgung
Pflege	Transformationsstrategie 6	Virtuell gestützte stationäre Pflege und Primärversorgung

Quelle: _fbeta GmbH

Im Folgenden werden die zwei Basisstrategien und die einzelnen Transformationsstrategien detailliert vorgestellt.

Basisstrategien zur regionalen Transformation des Gesundheitswesens

Neben den szenariospezifischen Transformationsstrategien bilden zwei grundlegende Basisstrategien das strukturelle Fundament für die Weiterentwicklung regionaler Gesundheitsversorgung (Abbildung 11). Diese Strategien sind nicht prioritär zu verstehen, sondern gelten als essenzielle Voraussetzungen für sämtliche weiteren Maßnahmen. Sie adressieren den langfristigen Aufbau tragfähiger Organisationsstrukturen in der Region sowie die umfassende Integration digitaler Infrastrukturen.

6.1 Basisstrategie I: Organisationsaufbau der Gesundheitsregion

Ziel der Basisstrategie I ist es, **nachhaltige Strukturen für die gemeinschaftliche Weiterentwicklung** der Gesundheitsregion zu schaffen. Dafür braucht es verbindliche und transparente Beteiligungsprozesse, bei denen relevante Akteure aus Versorgung, Verwaltung, Politik und Zivilgesellschaft eingebunden werden. Aufgaben, Kompetenzen und Verantwortlichkeiten müssen klar definiert und dauerhaft verankert werden, um eine tragfähige Governance-Struktur zu gewährleisten.

Ein zentrales Element ist die Formulierung einer gemeinsamen Vision für die Gesundheitsregion, auf deren Grundlage strategische Ziele vereinbart werden können. Diese Vision dient nicht nur der inhaltlichen Ausrichtung, sondern auch der Motivation und Orientierung der beteiligten Akteure. Darüber hinaus soll eine **schlanke, effektive Organisation für die Umsetzung** aufgebaut werden, um Ressourcen zielgerichtet zu nutzen und eine kontinuierliche Weiterentwicklung zu ermöglichen.

6.2 Basisstrategie II: Integration der Telematikinfrastruktur

Die zweite Basisstrategie fokussiert die **Nutzung der entstehenden Telematikinfrastruktur (TI)** zur Unterstützung und Verbesserung der Versorgung in der Region. Ziel ist es, die vorhandenen digitalen Daten und Funktionen so zu integrieren, dass sie einen tatsächlichen Mehrwert für Patientinnen und Patienten sowie Leistungserbringer in der Region schaffen.

Dazu gehört die aktive Förderung und Unterstützung aller Akteure bei der Anbindung an die Telematikinfrastruktur, insbesondere solcher, für die dies erstmalig erfolgt. Gleichzeitig gilt es, **die Möglichkeiten der TI strategisch zu nutzen**, etwa durch die Integration in bestehende regionale Versorgungsstrategien (z. B. LeiG-Strategien), wobei Doppelstrukturen bewusst vermieden werden sollen. Diese strukturierte digitale Anbindung bildet eine zentrale Grundlage für moderne und vernetzte Versorgungsmodelle.

Abbildung 11: Basisstrategien



Quelle: _fbeta GmbH

6.3 Transformationsstrategie 1: Virtueller regionaler Gesundheitsmarkt

Der virtuelle regionale Gesundheitsmarkt stellt die erste Transformationsstrategie dar, um den Zugang zur Gesundheitsversorgung strukturiert, niedrigschwellig und nutzerorientiert zu gestalten. Im Zentrum steht die Etablierung einer digitalen wie auch physischen Plattform, die es Bürgerinnen und Bürgern ermöglicht, sich im komplexen Gesundheitssystem besser zurechtzufinden und gezielt Zugang zu passenden Angeboten zu erhalten. Die Strategie zielt dabei sowohl auf die Erhöhung der individuellen Gesundheitskompetenz als auch auf die systematische Koordination von Versorgungsprozessen auf regionaler Ebene.

Ein zentrales Element ist die **sozialmedizinische Befähigung** der Bevölkerung. Durch praxisnahes, zielgruppenspezifisches Grundwissen zu Themen wie chronischen Erkrankungen, Pflege und Prävention sollen Menschen befähigt werden, selbstbestimmter mit ihrer Gesundheit umgehen zu können. Dabei werden auch Inhalte wie Versicherungsstatus, Vorsorgeuntersuchungen, Hausarztbindung (über HZV) und der Umgang mit Gesundheitsakten vermittelt. Diese Förderung der Gesundheitskompetenz ist eng gekoppelt mit niedrigschwelligen **Screening-, Ersteinschätzungs- und Beratungsangeboten**, die sowohl digital (z. B. Telemedizin, Webportale) als auch vor Ort (z. B. in Gesundheitskiosken oder durch Community Health Nurses) verfügbar sind.

Besondere Relevanz besitzt die strukturelle Verankerung dieser Angebote im lokalen Raum: Ein Netzwerk aus Quartiersmanagement, Ortsteilvertretungen und Community Health Nurses (CHN) unterstützt wohnortnahe Screeningangebote sowie sozialmedizinische Ersteinschätzungen. In enger Verzahnung mit bestehenden Krankenkassen, Gesundheitskiosken und dem Case Management wird so ein niedrigschwelliger Erstkontakt zur Versorgung ermöglicht. Gleichzeitig erleichtert eine digitale Zugangsplattform das Anlegen und Pflegen persönlicher Gesundheitsakten, in denen auch regelmäßige Nachuntersuchungen und individuelle Therapieverläufe dokumentiert werden können.

Zur erfolgreichen Umsetzung dieser Strategie bedarf es zudem einer aktiven **Aktivierung und Befüllung des Marktplatzes**. Hierzu zählen der Aufbau von Akteursverzeichnissen, das Management regionaler Angebote und Aktivitäten sowie die Pflege analoger Anlaufstellen durch Krankenkassen, Gesundheitsämter, Betriebe und weitere Organisationen. Insbesondere in sozialen Brennpunkten tragen Gesundheitskioske zur Stabilisierung des Zugangs und zur Förderung gesundheitlicher Chancengleichheit bei.

Ergänzend dazu sorgt eine koordinierte **Organisation des Marktplatzes** durch abgestimmte regionale Zuständigkeiten für die Qualität und Aktualität der Inhalte. Regelmäßige Gesundheitskonferenzen dienen als operatives Steuerungsinstrument und fördern den kontinuierlichen Austausch zwischen den beteiligten Akteuren.

Insgesamt leistet die Strategie des virtuellen regionalen Gesundheitsmarktes einen entscheidenden Beitrag dazu, **strukturelle Hürden im Zugang zur Versorgung zu verringern, Ressourcen besser zu bündeln und eine präventiv orientierte, personenzentrierte Gesundheitsversorgung** auf regionaler Ebene zu ermöglichen (Abbildung 12).

Abbildung 12: Transformationsstrategie 1: Virtueller regionaler Gesundheitsmarkt



Sozialmedizinische Befähigung und Gesundheitskompetenz zur Navigation im Gesundheitswesen

Praxisnahes Wissen zu chronischen Erkrankungen, Pflege und Prävention. Gesundheitskompetenz je nach Zielgruppe zu Versicherung, Hausarzt, Vorsorge und Lebensstil.



Screening, Ersteinschätzung und Beratung (Tele, Web, vor Ort)

Screening im Quartier mit sozialer und medizinischer Ersteinschätzung. Anbindung an Beratung, Gesundheitskioske und Versorgung. Persönliche Akte und Konsile über Plattform.



Aktivierung und Befüllung des Marktplatzes

Aufbau und Pflege von Akteursverzeichnissen, Angeboten und Aktivitäten durch Krankenkassen, Quartiersmanagement, ÖGD, Betriebe und Gesundheitskioske in sozialen Brennpunkten.



Organisation

Content Management des Marktplatzes über abgestimmte regionale und inhaltliche Zuständigkeit für den Inhalt.

Gesundheitskonferenzen zur Organisation der operativen Zusammenarbeit.

Quelle: _fbeta GmbH

6.4 Transformationsstrategie 2a: Virtuelles Team für die Therapiesteuerung

Chronische Erkrankungen sind in der Regel komplex, verlaufen über lange Zeiträume und erfordern eine koordinierte Mitwirkung verschiedener Akteure der Gesundheitsversorgung. Die Strategie *Virtuelles Team für die Therapiesteuerung* zielt darauf ab, für Patientinnen und Patienten mit mehrdimensionalem Versorgungsbedarf, insbesondere bei Beteiligung von mindestens zwei ärztlichen und weiteren Leistungserbringern eine strukturierte, digitale Steuerung der Therapieprozesse zu etablieren (Abbildung 13).

Zentrales Element ist die Einführung eines **digitalen Therapieplanungsmoduls**, das auf Fallakten basiert. Hier können Diagnosen, Befunde sowie individuelle Versorgungsverträge (z. B. aus Hausarztverträgen oder Selektivverträgen) hinterlegt werden. Die Plattform erlaubt die Hinterlegung von medizinischen Leitlinien, aus denen über KI-gestützte Logik Therapiepläne vorgeschlagen werden. Diese Pläne werden anschließend von behandelnden Ärzten freigegeben und bei Bedarf justiert. Der Fokus liegt dabei nicht nur auf medikamentösen, sondern auch auf nichtmedikamentösen Therapieelementen wie Ernährung, Bewegung und Gesundheitsverhalten.

In der Patientenansicht ermöglicht die Plattform Aufklärung, Orientierung und aktive Mitwirkung an dem Therapieprozess. Dies stärkt die Eigenverantwortung, verbessert die Adhärenz und fördert die Sekundärprävention. Gleichzeitig können pflegende Angehörige oder Betreuer eingebunden werden. Über ein persönliches Frontend (Web oder App) haben Patientinnen und Patienten die Möglichkeit, ihren Behandlungsverlauf zu verfolgen, tägliche Ereignisse zu dokumentieren und auf persönliche Gesundheitsdaten zuzugreifen.

Für Leistungserbringer bietet das System eine Übersicht und Koordinationshilfe. Die Integration präventiver Angebote wird erleichtert, parallele unkoordinierte Prozesse werden vermieden und die Zusammenarbeit mit anderen Behandlern wird strukturiert unterstützt. Dies ist insbesondere relevant für Hausärzte, Fachärzte, Pflegeeinrichtungen und Therapeuten, die häufig mit denselben Patienten in verschiedenen Kontexten arbeiten. Ergänzend bietet ein **Versorgungsmanagement-Dashboard** tagesaktuelle Einblicke in relevante Versichertenkohorten etwa zur Verlaufskontrolle oder Qualitätssicherung.

Die digitale Infrastruktur sieht die Anbindung an IoT-Geräte (z. B. Sensorik, Vitaldaten), krankheitsspezifische Apps (z. B. DiGAs), Kassensysteme (DMP, HZV) und die Telematikinfrastruktur vor. Bereits bestehende Systeme können genutzt werden, eine Neuentwicklung ist nicht notwendig – entscheidend ist die intelligente Verknüpfung vorhandener Schnittstellen und Datenquellen.

Organisatorisch bilden **virtuelle Therapieräume** den Rahmen, in dem relevante Akteure fallbezogen zusammenarbeiten. Diese orientieren sich am Modell der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung (ASV), sind jedoch digitalisiert, flexibler und in die regionale Versorgungsstruktur eingebettet. Die Zusammenarbeit erfolgt standortübergreifend, interdisziplinär und bei Bedarf auch über verschiedene Sektoren hinweg, einschließlich ambulanter und stationärer Versorgung sowie telemedizinischer Elemente.

Insgesamt trägt die Strategie wesentlich dazu bei, **Patientinnen und Patienten bedarfsgerecht zur richtigen Zeit mit der richtigen Intervention zu erreichen**. Sie verbessert die **Effizienz der Versorgung**, **fördert den Therapieerfolg** und unterstützt ein **integriertes, koordiniertes Behandlungsgeschehen** bei Erkrankungen.

Abbildung 13: Transformationsstrategie 2a: Virtuelles Team für die Therapiesteuerung



Quelle: _fbeta GmbH

6.5 Transformationsstrategie 2b: Indikationsspezifische hybride Versorgungsangebote und Versorgungsmanagement

Die Versorgung chronisch kranker Menschen erfordert zunehmend maßgeschneiderte, indikationsspezifische Angebote, die sowohl medizinischen als auch alltagsbezogenen Anforderungen gerecht werden. Die Transformationsstrategie 2b zielt daher auf die Entwicklung und Steuerung **hybrider Versorgungsangebote**, die digitale, telemedizinische und analoge Elemente flexibel kombinieren (Abbildung 14). Grundlage ist ein systematisches **Versorgungsmanagement**, das sich am individuellen Bedarf der Patientinnen und Patienten und an den strukturellen Gegebenheiten der Region orientiert.

Kern der Strategie ist ein aktives **Produktmanagement für Versorgungsmodule**, das nahtlos an Versorgung, Prävention, IT und Marketing anschließt. Dabei werden indikationsspezifische Versorgungspfade, etwa für Diabetes oder Herz-Kreislauf-Erkrankungen, als **hybride Angebote** konzipiert, die aus digitalen Leistungen, Telemedizin, persönlichen Beratungen und gesundheitsfördernden Maßnahmen bestehen. Solche Module werden auf Basis einer zentralen Therapieplattform entwickelt, die verschiedene Schnittstellen und Datengrundlagen integriert.

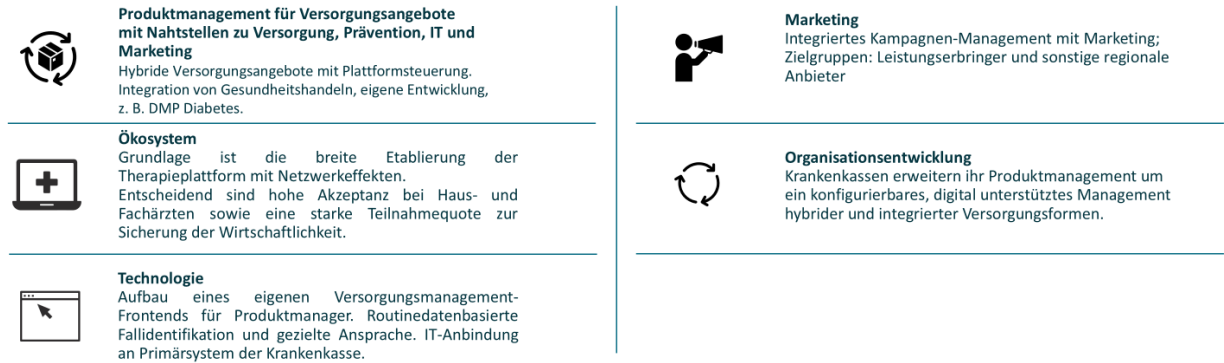
Zur erfolgreichen Umsetzung wird ein ganzheitliches **Ökosystem** aufgebaut. Dieses basiert auf der breiten Nutzung der Therapieplattform, die als strukturierende Instanz für alle Beteiligten dient. Um eine hohe Akzeptanz zu erreichen, wird besonders auf die Einbindung von Haus- und Fachärzten vor Ort geachtet. Eine enge Zusammenarbeit mit diesen Leistungserbringern sichert nicht nur Qualität und Kontinuität der Versorgung, sondern auch wirtschaftliche Effizienz durch gezielte Steuerung und hohe Teilnehmerquoten. Als Beispiel für ein erstes Versorgungsmodul dient das digitale Disease-Management-Programm (DMP) für Diabetes.

Zur Unterstützung der Akzeptanz bei Patienten und Leistungserbringern werden **gezielte Kampagnen** durchgeführt. Diese sind auf verschiedene Zielgruppen ausgerichtet und verfolgen das Ziel, hybride Versorgungsformen sichtbarer zu machen, Vertrauen aufzubauen und die Teilnahme zu erhöhen. Dabei ist ein integriertes Kampagnen- und Marketingmanagement vorgesehen, das eng mit regionalen Akteuren abgestimmt wird.

Parallel dazu werden Krankenkassen in ihrer Rolle als Koordinatoren und Produktverantwortliche gestärkt. Durch den Aufbau eigener **Produktmanagementeinheiten** können sie hybride Versorgungsformen individuell konfigurieren und steuern. Dafür wird ein digitales Versorgungsmanagementsystem entwickelt, das als zentrales Frontend dient. Technisch wird es an die Primärsysteme der Kassen angebunden und enthält Funktionen wie Identifikationsalgorithmen für Verdachtsfälle und Module zur gezielten Ansprache.

Die Strategie verbindet damit **medizinisch fundierte Inhalte mit organisatorischer Flexibilität, technologischer Integration und wirtschaftlicher Steuerung**. Sie bietet einen Rahmen, um regionale Versorgungslösungen effizient, nachhaltig und indikationsgerecht weiterzuentwickeln.

Abbildung 14: Transformationsstrategie 2b: Indikationsspezifische hybride Versorgungsangebote und Versorgungsmanagement



Quelle: _fbeta GmbH

6.6 Transformationsstrategie 3: Verhältnisprävention mit zielgruppenspezifischen Kampagnen und Settingangeboten

Verhältnisprävention, also Maßnahmen zur Verbesserung der gesundheitsförderlichen Rahmenbedingungen, ist in der Praxis nach wie vor stark auf einzelne Betriebe oder Branchen beschränkt. Oftmals fehlen jedoch einrichtungsspezifische Strukturen oder ausreichende Konzepte zur Umsetzung. Genau hier setzt diese Transformationsstrategie an: Sie zielt auf die Entwicklung **zielgruppenspezifischer Kampagnen** und **Settingangebote**, die sowohl in Quartieren als auch in Organisationen verankert werden können (Abbildung 15).

Im Vordergrund steht eine **differenzierte Ausrichtung der Präventionsmaßnahmen**, orientiert an Lebensphasen und Alltagswelten. So benötigen Berufstätige andere Präventionsangebote als Rentner oder pflegebedürftige Menschen. Während Maßnahmen im Arbeitsumfeld vor allem auf die Vereinbarkeit mit dem Berufsalltag abzielen (z. B. Check-ups, Bewegungsprogramme, Stressbewältigung), geht es im Quartierskontext eher um niedrigschwellige Angebote zur Förderung von Bewegung, gesunder Ernährung und sozialer Teilhabe.

Digitale Tools spielen dabei eine zunehmend wichtige Rolle: Über **soziale Medien** lassen sich Zielgruppen heute gezielt und alltagsnah ansprechen – etwa durch themenspezifische Kampagnen, Influencer-Formate oder Gesundheits-Challenges. Diese digitalen Elemente können über **BGM-Plattformen** (Betriebliches Gesundheitsmanagement) oder regionale Kanäle organisiert und verbreitet werden.

Die Umsetzung erfordert eine enge **regionale Koordination**, sowohl am Arbeitsplatz als auch im Quartier. Betriebe, Vereine, Bürgerzentren und weitere Einrichtungen stimmen sich hinsichtlich ihrer spezifischen Maßnahmen ab und integrieren sie in gemeinsame Präventionsstrategien. Dabei kommen Plattformlösungen zum Einsatz, die eine strukturierte Planung und Dokumentation ermöglichen.

Ein weiterer Baustein ist die **inhaltliche Abstimmung übergreifender Kampagnen**. Themen wie Ernährung, Bewegung, mentale Gesundheit oder Suchtverhalten (z. B. Alkohol, Tabak) werden in harmonisierten Maßnahmenbündeln integriert, die gemeinsam von Krankenkassen, Gesundheitsämtern und anderen Institutionen getragen werden. Die Kombination aus übergreifender Strategie und lokaler Umsetzung sichert Reichweite und Wirksamkeit gleichermaßen.

Im Quartier liegt der Fokus auf niedrigschwelligen, alltagsnahen Angeboten. Besonders pflegebedürftige Menschen oder ältere Mitbürger profitieren von integrierten Maßnahmen, die Bewegung und soziale Kontakte fördern. Die Anbindung an bestehende **Quartiersmanagementstrukturen** sowie die Nutzung vorhandener Netzwerke (z. B. Seniorenvereine, Nachbarschaftshilfen) trägt dazu bei, Ressourcen effizient zu nutzen.

Die Strategie zeigt auf, wie **Verhältnisprävention** aus dem betrieblichen Kontext als einem zentralen Lebensbereich berufstätiger Personen herausgelöst und in eine breit angelegte, differenzierte Präventionsarchitektur überführt werden kann. Ziel ist es die Gesundheitsförderung dauerhaft, wirksam und nah an den Menschen zu verankern.

Abbildung 15: Transformationsstrategie 3: Verhältnisprävention mit zielgruppenspezifischen Kampagnen und Settingangeboten



Hintergrund

Klassische Verhältnisprävention in Betrieben ist nur noch begrenzt nötig. Wichtiger sind zielgruppenspezifische Angebote nach Lebensphasen, z. B. arbeitsplatznahe Prävention oder quartiersbezogene Ansprache im Alter. Digitale Kampagnen mit Influencern erleichtern die Umsetzung.



Inhaltliche Ausrichtung, übergreifende Kampagnen und Organisation

Abstimmung von Präventionsschwerpunkten zu harmonisierten Kampagnen durch Kassen, ÖGD, BGM und weitere Akteure. Organisation über Collaboration-Plattform und gezielte Social-Media-Kampagnen mit Influencern.



Regionale Organisation am Arbeitsplatz

Regionale Abstimmung der Settingmaßnahmen mit Einrichtungen und Organisationen. Verzahnung einrichtungsspezifischer Maßnahmen mit Kampagnen. Integration in digitale BGM-Plattformen und Gesundheitschecks durch Betriebsärzte.



Regionale Organisation im Quartier

Regionale Organisation über Quartier, Vereine und Bürgerzentren. Zielgruppenspezifische Ansprache per Social Media. Angebote nach Lebensphase und Fähigkeit differenziert. Förderung sozialer Integration und Bewegung für Pflegebedürftige im Quartier.

Quelle: [_fbeta GmbH](#)

6.7 Transformationsstrategie 4: Verhaltensprävention nach Lebensabschnitten mit hybriden Formaten, Gesundheitsakte und Co-Finanzierung

Die klassische Verhaltensprävention, also gesundheitsfördernde Maßnahmen, die auf das Verhalten von Menschen abzielen, stößt in ihrer bisherigen Form zunehmend an Grenzen. Standardisierte Präventionskurse und Angebote mit begrenzter digitaler Einbindung wirken häufig wenig ansprechend oder lassen sich nur schwer in den Alltag integrieren. Ziel dieser Strategie ist es daher, **Verhaltensprävention entlang von Lebensphasen neu zu gestalten**. Im Mittelpunkt stehen flexible, digitale und lebensnahe Formate, die sich an individuellen Bedürfnissen orientieren (Abbildung 16).

Insbesondere Angebote auf dem **zweiten Gesundheitsmarkt**, beispielsweise über Abonnementmodelle wie Urban Sports, bieten hier neue Möglichkeiten. Wearables, automatisierte Trainingspläne und digitale Impulse im Alltag schaffen einfache Zugänge zu gesundheitsförderndem Verhalten. Ergänzt werden diese Angebote durch Kurse am Arbeitsplatz oder bewegungsorientierte Formate in der Nachbarschaft. Auch Social-Media-Kampagnen mit Bezug zu Gesundheitsthemen und gezielter Ansprache einzelner Zielgruppen gewinnen an Bedeutung, vor allem durch den Einsatz bekannter Persönlichkeiten.

Für eine kontinuierliche Unterstützung über verschiedene Lebensabschnitte hinweg wird eine **Kombination von Einzelmaßnahmen** empfohlen. Dazu zählen regelmäßige Gesundheits-Check-ups, die Pflege einer digitalen Gesundheitsakte und digital unterstützte Lebensstilinterventionen mit konkreten Umsetzungsschritten. Ergänzend werden E-Learning-Module zur Wissensvermittlung, personalisierte Rückmeldungen über Wearables und lokale Aktivitäten mit digitaler Organisation vorgeschlagen. Diese Maßnahmen ermöglichen eine individuelle und langfristig angelegte Begleitung.

Motivierende Elemente wie spielerische Anreize und Bonussysteme fördern zusätzlich die Teilnahme. Diese sogenannten „Gamification-Ansätze“ sind beispielsweise auf Therapieplattformen oder in Programmen gesetzlicher Krankenkassen umsetzbar. Gleichzeitig gibt es auf dem Markt bereits zahlreiche Modelle mit finanziellen Vorteilen, etwa das Jobrad als steuerlich geförderte Gesundheitsmaßnahme oder Apps zur Anleitung und Dokumentation gesundheitsbezogener Aktivitäten.

Die Finanzierung stellt in vielen Fällen eine Hürde dar. Genehmigungsprozesse sind häufig kompliziert, Zuständigkeiten unklar und die Förderlandschaft zersplittert. Dennoch bestehen verschiedene Wege zur Umsetzung, zum Beispiel über betriebliche Gesundheitsförderung, Krankenkassenangebote oder Eigenfinanzierung durch Nutzer. Eine bessere **Abstimmung und Bündelung dieser Möglichkeiten** kann den Zugang deutlich erleichtern.

Verhaltensprävention soll mit dieser Strategie zeitgemäß, attraktiv und in den Alltag integrierbar gestaltet werden. Durch die Verbindung von digitalen Instrumenten, persönlichen Maßnahmen und gemeinschaftlichen Aktivitäten entsteht ein flexibles und wirkungsvolles System, das Menschen in verschiedenen Lebensphasen unterstützt und zu einem gesünderen Lebensstil motiviert.

Abbildung 16: Transformationsstrategie 4: Verhaltensprävention nach Lebensabschnitten mit hybriden Formaten, Gesundheitsakte und Co-Finanzierung



Klassische und neue Formate

Klassische Präventionskurse sind nur noch bedingt zeitgemäß. Der zweite Gesundheitsmarkt bietet moderne, alltagsnahe Formate wie Wearables, Abo-Modelle, Arbeitsplatzkurse, Social Media und Quartiersangebote. Diese sind auch für den ersten Gesundheitsmarkt relevant.



Genehmigung und Finanzierung

Genehmigungsprozesse und Finanzierung sind oft kompliziert. Verschiedene Finanzierungswege wie Steuervorteile für betriebliche Maßnahmen (z. B. Jobrad), BGM-Apps, Gesundheits-Check-ups über Betriebsarzt und Bonustarife mit Krankenkassenanreizen. Eigenfinanzierung für Kleidung und Zubehör.



Gezielte Kombination von Einzelmaßnahmen zur kontinuierlichen prozessualen Begleitung über Episoden und Lebensabschnitte

Digitale Gesundheitsakte, Check-ups und Lebensstilplanung über Therapieplattform. Personalisierung per Wearables, eLearning, Gamification und Bonussysteme. Lokale Angebote und Social-Media-Kampagnen für zielgruppengerechte Ansprache.



Organisation

Betriebliches Gesundheitsmanagement und Präventionsmaßnahmen werden wenig kombiniert, trotz vorhandener Finanzierungsmöglichkeiten entlang relevanter Themen.

Quelle: [_fbeta GmbH](#)

6.8 Transformationsstrategie 5: Virtuell gestützte informelle und professionelle ambulante Pflege sowie Primärversorgung

Die demografische Entwicklung und der steigende Pflegebedarf machen eine **neue Herangehensweise an die Versorgung im häuslichen Umfeld** notwendig. Diese Strategie zielt auf die Vernetzung und Unterstützung von informell Pflegenden, professionellen Pflegediensten und hausärztlicher Versorgung durch digitale und technische Lösungen. Dabei steht die Integration von Alltagshilfen, ambulanter Pflege und Primärversorgung im Zentrum (Abbildung 17).

Ein zentraler Baustein ist der **technologische Ausbau** der häuslichen Umgebung durch sogenannte „Ambient-Assisted-Living-Systeme“ (AAL). Sensoren für Vitalparameter, Bewegung oder Raumüberwachung bilden die Grundlage einer Ausstattung, die je nach Bedarf um Elemente wie Trinkverhaltenserkennung, Sicherheitsüberwachung oder Windelfüllstand ergänzt werden kann. Diese Technik wird durch Alarmfunktionen ergänzt, etwa zur automatisierten Türöffnung im Notfall oder zur Verbindung mit Hausnotrufsystemen und Rettungsdiensten.

Parallel dazu wird die **hauswirtschaftliche Unterstützung** durch regionale Dienstleister eingebunden. Lieferdienste oder Haushaltshilfen übernehmen Aufgaben wie die Versorgung mit Lebensmitteln oder die Unterstützung bei alltäglichen Erledigungen. Auch hier wird angestrebt, digitale Plattformen für die Koordination und Buchung dieser Leistungen zu nutzen.

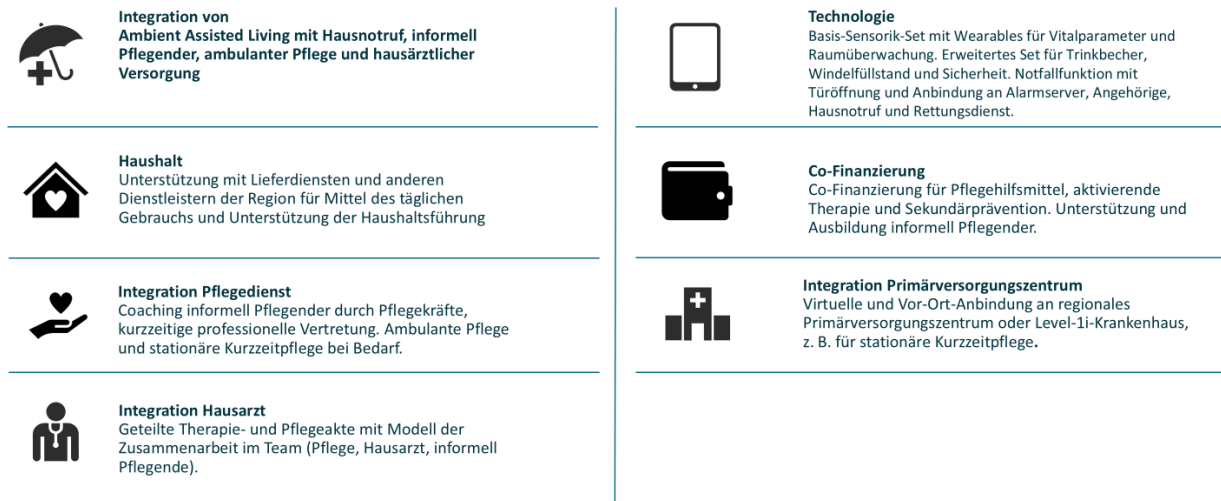
Ein weiterer Schwerpunkt liegt auf der **Unterstützung und Entlastung informell Pflegender**. Diese Personen werden durch Coaching und Schulungsangebote begleitet. Zusätzlich wird eine professionelle Pflegevertretung im Bedarfsfall ermöglicht. Ambulante Pflegedienste stehen als Ergänzung zur Verfügung, ebenso wie stationäre Kurzzeitpflege bei Überlastung oder zeitweiliger Abwesenheit der Angehörigen.

Zur Finanzierung der Maßnahmen ist ein flexibler Ansatz vorgesehen. Pflegehilfsmittel und Maßnahmen der aktivierenden Therapie oder der Sekundärprävention können durch **Co-Finanzierung** unterstützt werden. Auch die Ausbildung und kontinuierliche Unterstützung informell Pflegender ist Teil des Modells.

Die **hausärztliche Versorgung** wird aktiv eingebunden. Die Zusammenarbeit zwischen Hausarzt, Pflegefachkräften und Angehörigen erfolgt auf Basis einer gemeinsamen digitalen Akte. Diese dient sowohl der Koordination als auch der Dokumentation von Therapie- und Pflegeschritten. Darüber hinaus wird die Anbindung an ein regionales Primärversorgungszentrum geschaffen, welches sowohl ambulante als auch stationäre Leistungen wie Kurzzeitpflege koordinieren kann.

Insgesamt stärkt diese Strategie das Ziel, **pflegebedürftige Menschen möglichst lange in ihrem vertrauten Umfeld zu versorgen**. Durch die Kombination aus technischer Unterstützung, organisatorischer Koordination und digitaler Vernetzung entsteht ein modernes Versorgungssystem, das auf individuelle Bedürfnisse zugeschnitten ist und pflegende Angehörige wirksam entlastet.

Abbildung 17: Transformationsstrategie 5: Virtuell gestützte informelle und professionelle ambulante Pflege sowie Primärversorgung



Quelle: _fbeta GmbH

6.9 Transformationsstrategie 6: Virtuell gestützte stationäre Pflege und Primärversorgung

Viele stationäre Pflegeeinrichtungen haben bislang nur eingeschränkt Zugang zu digitaler Infrastruktur und moderner Versorgungsorganisation. Personal- und Ressourcenmangel, hohe Fluktuation, der zunehmende Einsatz von Leiharbeitskräften und wirtschaftlicher Druck verhindern häufig langfristige Investitionen (Abbildung 18). Ziel dieser Strategie ist es, den **stationären Pflegebereich zukunftsfähig aufzustellen**, indem technische, bauliche, organisatorische und personelle Entwicklungen gemeinsam gedacht und in einem strukturierten Maßnahmenpaket umgesetzt werden.

Im Zentrum steht ein **Reifegradmodell mit sieben aufeinander abgestimmten Maßnahmen**, das Einrichtungen dabei unterstützt, Schritt für Schritt in eine moderne, digital unterstützte Versorgung überzugehen.

Die **erste Maßnahme** umfasst die Einführung intelligenter digitaler Systeme für die Pflegedokumentation. Dazu gehören sprachgesteuerte Eingabehilfen, mobile Endgeräte und gegebenenfalls der Einsatz von Brillen mit integrierten Funktionen. Diese Technik entlastet das Pflegepersonal bei der Erfassung und Verwaltung von Informationen.

Die **zweite Maßnahme** beinhaltet den Ausbau eines vernetzten Sensorsystems in der Einrichtung. Sensoren überwachen sicherheitsrelevante Aspekte wie Rauchentwicklung, Sturzereignisse, Raumtemperatur oder Bewegung. Die Daten werden automatisiert an ein internes Alarmsystem weitergeleitet und in einer zentralen digitalen Infrastruktur verarbeitet.

Die **dritte Maßnahme** bezieht sich auf die räumliche Gestaltung der Einrichtungen. Pflegeheime sollen sich architektonisch stärker an wohnlichen Strukturen orientieren. Gemeinschaftsküchen, offene Wohnbereiche und dezentrale Einheiten fördern Selbstbestimmung und soziale Teilhabe der Bewohner.

Die **vierte Maßnahme** betrifft die hausärztliche Anbindung. Ziel ist es, digitale Schnittstellen zwischen Pflegeeinrichtung und Hausarztpraxis zu etablieren. Klare Prozesse und vertragliche Regelungen stellen sicher, dass ärztliche Versorgung kontinuierlich, verlässlich und koordiniert erfolgt. Dies umfasst auch die Einbindung in telemedizinische Angebote und digitale Therapieplanung.

Die **fünfte Maßnahme** fokussiert auf die Organisation innerhalb der Einrichtung. Hierzu gehören moderne Führungsansätze, Teamarbeit, klare Rollenverteilungen und digital unterstützte Dienstplanung. Diese strukturellen Veränderungen schaffen mehr Stabilität im Alltag und verbessern die Arbeitsbedingungen für das Pflegepersonal.

Die **sechste Maßnahme** zielt auf die Reduktion von Leiharbeit durch gezielte Personalbindung. Angebote für Ausbildung, Weiterentwicklung und langfristige Arbeitsverhältnisse fördern die Motivation und verringern die Abhängigkeit von externem Personal. Eine stabile Personalstruktur ist Voraussetzung für Verlässlichkeit und Qualität in der Versorgung.

Die **siebte Maßnahme** beschäftigt sich mit der wirtschaftlichen Tragfähigkeit. Einrichtungen sollen ihre Leistungen effizient und voll ausgelastet erbringen können. Eine stabile Auslastung in Kombination mit festen Beschäftigungsverhältnissen senkt die Kosten, erhöht die Planungssicherheit und ermöglicht Investitionen in Qualität und Innovation.

Die Umsetzung dieser sieben Maßnahmen schafft eine solide Grundlage für eine moderne stationäre Pflege, die digitale Technologien sinnvoll integriert und gleichzeitig den Menschen in den Mittelpunkt stellt. Durch die Verbindung von Technik, Raumgestaltung, Versorgungssicherheit, Personalentwicklung und wirtschaftlicher Stabilität entsteht ein umfassendes Transformationsmodell für die stationäre Versorgung.

Abbildung 18: Transformationsstrategie 6: Virtuell gestützte stationäre Pflege und Primärversorgung



Integration von Pflegesystem, Sensorik und Alarmsystem stationärer Pflege und hausärztlicher Versorgung
Virtuelles oder Anbindung an physisches Primärversorgungszentrum



Schnelle regionale Innovationsadaption in der stationären Pflege

Diese Maßnahmen (innovative Pflegeinfrastruktur) sind entscheidend für eine erfolgreiche Neuausrichtung und können als Reifegradmodell in regionalen Einrichtungen umgesetzt werden. Modellentwicklung und Roll-out können gemeinsam gefördert werden.



Innovationsstau und geringe Wirtschaftlichkeit

Viele Pflegeeinrichtungen haben die digitale Transformation noch nicht umgesetzt. Mitarbeitermangel, hoher Leihkräftebedarf und Minderauslastung beeinträchtigen die Wirtschaftlichkeit und hindern an der Modernisierung.



Innovative Pflegeinfrastruktur: Moderne Technologien und Prozesse für effiziente Versorgung

Moderne Pflegeinfrastruktur mit KI-gestütztem Dokumentationssystem, optimierten Prozessen und umfangreicher Sensorik. Offene Raumgestaltung, hausärztliche Integration und eine teamorientierte Unternehmenskultur fördern Effizienz und Wirtschaftlichkeit. Volle Auslastung festangestellter Pflegekräfte sichert Investitionsfähigkeit.

Quelle: _fbeta GmbH

7 Ergebnisse Priorisierung

Im Sprint 1 des Projekts „Leistungsstarke Gesundheitsregionen (LeiG)“ wurden im Rahmen der Potenzialanalyse zunächst Versorgungsdefizite, Potenziale und Transformationsstrategien identifiziert. Den Abschluss von Sprint 1 bildete ein Workshop mit regionalen und fachlichen Akteuren, in dem die erarbeiteten Strategien gemeinsam bewertet und priorisiert wurden. Grundlage war eine Nutzerwertanalyse, die die Strategien systematisch entlang eines standardisierten Kriterienrasters bewertete. Dieses Raster umfasste die Dimensionen Reichweite (Chroniker, Lebensstil, Pflege), Nutzen (Akzeptanz & Nutzung, medizinischer Nutzen, Verfahrens- und Strukturverbesserung) sowie Umsetzungsaspekte (Machbarkeit, Kosteneffizienz).

Die Ergebnisse zeigen ein klares Bild: An die Spitze gesetzt wurde **Strategie 2a – Virtuelles Team für die Therapiesteuerung**, die mit einem Gesamtscore von **2,88** den höchsten Wert erreicht (Abbildung 19). Sie adressiert das zentrale Problem fragmentierter Behandlungsverläufe bei chronischen Erkrankungen. Mit digitalem Therapieplan, fallgruppenorientierter Steuerung, Monitoring und Telekonsilen schafft sie die Basis für koordinierte, sektorenübergreifende Versorgung. Besonders hoch bewertet wurden die Reichweite bei Chronikern (3,75), der medizinische Nutzen (3,17) und die Verbesserung von Verfahren und Strukturen (3,50). Auch wenn Machbarkeit (2,17) und Kosteneffizienz (1,83) zunächst zurückhaltender eingeschätzt wurden, gilt 2a als der stärkste Hebel für eine nachhaltige, qualitätsorientierte Transformation.

Als zweite Priorität wurde **Strategie 5 – virtuell gestützte informelle und ambulante Pflege/Primärversorgung** mit einem Gesamtscore von **2,64** ausgewählt. Sie ergänzt die Therapiesteuerung komplementär, indem sie informelle Pflege, ambulante Versorgung und telemedizinisch unterstützte Dienste in ein gemeinsames Versorgungsmodell einbindet. Stärken liegen vor allem im **Pflegevolumen (3,82)** und der **Akzeptanz & Nutzung (3,09)**. Damit eröffnet Strategie 5 einen praxisnahen Zugang, um die Versorgungsbasis in den Regionen zu verbreitern und häusliche Versorgungslagen gezielt zu stabilisieren.

Die übrigen Strategien – Verhaltensprävention (4; 2,50), Verhältnisprävention (3; 2,47), indikationsspezifische Versorgung (2b; 2,48) sowie Versorgungszugang (1; 2,30) und virtuell gestützte stationäre Pflege (6; 2,34) – bleiben für die weitere Entwicklung relevant, wurden jedoch zurückgestellt. Sie entfalten ihr Potenzial vor allem dann, wenn eine plattformbasierte Steuerungs- und Koordinationslogik etabliert ist und erste Umsetzungs- und Skalierungserfahrungen vorliegen.

Die Empfehlung des Workshops an den Steuerungskreis lautet daher, die nächsten Projektschritte auf **Strategie 2a (Therapiesteuerung)** und **Strategie 5 (ambulante Pflege/Primärversorgung)** zu konzentrieren. Beide profitieren in besonderem Maße von der regionalen Ausrichtung des Projekts „Leistungsstarke Gesundheitsregionen (LeiG)“ und bilden zusammen die Grundlage für den Aufbau einer regionalen Gesundheitsplattform. Erst auf dieser Basis können die weiteren Strategien schrittweise ergänzt werden – abhängig vom Reifegrad, den erreichten Ergebnissen und der Praxistauglichkeit des plattformbasierten Ansatzes.

Abbildung 19: Ergebnisübersicht Strategiebewertung

	Strategie	Fallpotenzial			Nutzen			Machbarkeit (1-5)	Kosteneffizienz (1-5)	Gesamtscore je Maßnahme (s)
		Chroniker	Lebensstil	Pflege	Akzeptanz und Nutzung	medizinischer Nutzen	Verfahrens- und Strukturverbess- erung			
	Gewichtung	10 %	10 %	10 %	10 %	20 %	20 %	10 %	10 %	100%
1	Virtueller regionaler Gesundheitsmarkt: Zugang in die Versorgung und grundlegende Organisationsprozesse	2,79	2,64	2,50	1,93	2,14	2,71	1,79	1,64	2,30
2a	Virtuelles Team für die Therapiesteuerung	3,75	2,33	2,83	2,58	3,17	3,50	2,17	1,83	2,88
2b	Indikationsspezifische hybride Versorgungsangebote und Versorgungsmanagement	3,25	2,33	2,17	2,00	2,67	2,92	2,08	1,83	2,48
4	Verhaltensprävention nach Lebensabschnitten mit hybriden Formaten, Gesundheitsakte und Kofinanzierung	3,44	3,67	2,00	2,00	2,67	2,22	2,33	1,78	2,50
3	Verhältnisprävention mit zielgruppenspezifischen Kampagnen und Setting-Angeboten in Quartieren und Organisationen	2,89	3,33	1,56	2,33	2,67	2,44	2,44	1,89	2,47
5	Digital gestützte informelle und professionelle ambulante Pflege und Primärversorgung	2,64	1,64	3,82	3,09	2,55	2,82	2,45	2,00	2,64
6	Digital gestützte stationäre Pflege und Primärversorgung	1,67	1,33	3,83	2,67	2,25	3,00	1,83	1,58	2,34
B1	Organisationsentwicklung Gesundheitsregion									-
B2	Integration Telematikinfrastruktur									-
Gesamtscore je Kriterium (s)		2,92	2,47	2,67	2,37	2,59	2,80	2,16	1,79	1,96

Quelle: _fbeta GmbH

Literaturverzeichnis

- [1] ALBRECHT, M., AL-ABADI, T., CZIHAL, T. & MANGIAPANE, S. 2020. Sektorenübergreifende Versorgung und Vergütung. In: KLAUBER, J., GERAEDTS, M., FRIEDRICH, J., WASEM, J. & BEIVERS, A. (eds.) *Krankenhaus-Report 2020: Finanzierung und Vergütung am Scheideweg*. Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg.
- [2] AMELUNG, V., ANGELKORTE, MIKE, AUGURZKY, BORIS, BRAUER, ROBERT, ELEGBUSI, SOPHIE, ENGEL, MANUEL, FRITZSCHE, FRANK, GEISSLER, ALEXANDER, HAERING, ALEXANDER, HARING, MALTE, HASSE, FRIEDERIKE, HOLLENBACH, JOHANNES, HUSSEIN, ABDUL, MATERNE, KERSTIN, O'CONNOR, RONAN, PEUKERT, JENS, PÜSCHNER, FRANZISKA, ROHWER, STEFFEN, SNOWDON, ANNE, STEUBER, CHRISTOPH, THUN, SYLVIA, VOLLRATH, ISABEL, WRIGHT, ALEX, 2025. Digital Radar Zwischenbericht Ergebnisse der ersten nationalen Reifegradmessung deutscher Krankenhäuser. *Bundesministerium für Gesundheit*.
- [3] ANDREES, V., BEI DER KELLEN, R., AUGUSTIN, M., GALLINAT, J., HARTH, V., HOVEN, H., KÜHN, S., LAUTENBACH, A., MAGNUSSEN, C., MOHR, N., TWERENBOLD, R., SCHÄFER, I., WASCHKI, B., ZYRIAX, B. C. & AUGUSTIN, J. 2024. Spatial characteristics of non-communicable diseases and their associations to social conditions in a large urban cohort in Germany-Results from the Hamburg City Health Study. *PLoS One*, 19, e0301475.
- [4] AOK BUNDESVERBAND GBR. 2025. *Hausarztzentrierte Versorgung* [Online]. Available: <https://www.aok.de/gp/vertraege/arztpraxen/hzv> [Accessed 16.04.2025].
- [5] APÓSTOLO, J., COOKE, R., BOBROWICZ-CAMPOS, E., SANTANA, S., MARCUCCI, M., CANO, A., VOLLENBROEK-HUTTEN, M., GERMINI, F., D'AVANZO, B., GWYTHYER, H. & HOLLAND, C. 2018. Effectiveness of interventions to prevent pre-frailty and frailty progression in older adults: a systematic review. *JBI Database System Rev Implement Rep*, 16, 140-232.
- [6] BAHR & KREMER-PREIß 2018. Aufgaben und Rollen in der Quartiersarbeit
- [7] Praxishilfe zur Klärung der unterschiedlichen Rollenprofile in der sozialräumlichen Vernetzungsarbeit. *Bertelsmann Stiftung*.
- [8] BARBARESKO, J., RIENKS, J. & NÖTHLINGS, U. 2018. Lifestyle Indices and Cardiovascular Disease Risk: A Meta-analysis. *American Journal of Preventive Medicine*, 55, 555-564.
- [9] BARMER INSTITUT FÜR GESUNDHEITSSYSTEMFORSCHUNG. 2024. *Morbiditäts- und Gesundheitsatlas* [Online]. [Accessed 29.04.2025].

- [10]BOOTH, F. W., ROBERTS, C. K. & LAYE, M. J. 2012. Lack of Exercise Is a Major Cause of Chronic Diseases. *Comprehensive Physiology*.
- [11]BRAINWAVE HUB 2023. Die Digitalisierungsstrategien der AOKen, TK, BARMER und DAK.
- [12]BUNDESAMT FÜR SOZIALE SICHERUNG. 2025. *Vertragstransparenzstelle* [Online]. Available: <https://vertragstransparenzstelle.bundesamtsozialesicherung.de/content/table.xhtml?faces-redirect=true&q=&vertragsform=WERT4> [Accessed 16.04.2025].
- [13]BUNDESÄRZTEKAMMER 2022. Hinweise und Empfehlungen zur ärztlichen Fernbehandlung. Berlin.
- [14]BUNDESÄRZTEKAMMER, KASSENÄRZTLICHE BUNDESVEREINIGUNG & ARBEITSGEMEINSCHAFT DER WISSENSCHAFTLICHEN MEDIZINISCHEN FACHGESELLSCHAFTEN 2017. Nationale Versorgungsleitlinie (NVL) Nicht-spezifischer Kreuzschmerz, 2. Auflage.
- [15]BUNDESÄRZTEKAMMER, KASSENÄRZTLICHE BUNDESVEREINIGUNG & ARBEITSGEMEINSCHAFT DER WISSENSCHAFTLICHEN MEDIZINISCHEN FACHGESELLSCHAFTEN 2021. Nationale Versorgungsleitlinie (NVL) COPD.
- [16]BUNDESÄRZTEKAMMER, KASSENÄRZTLICHE BUNDESVEREINIGUNG & ARBEITSGEMEINSCHAFT DER WISSENSCHAFTLICHEN MEDIZINISCHEN FACHGESELLSCHAFTEN 2022. Nationale Versorgungsleitlinie (NVL) Unipolare Depression.
- [17]BUNDESÄRZTEKAMMER, KASSENÄRZTLICHE BUNDESVEREINIGUNG & ARBEITSGEMEINSCHAFT DER WISSENSCHAFTLICHEN MEDIZINISCHEN FACHGESELLSCHAFTEN 2023a. Nationale Versorgungsleitlinie (NVL) Chronische Herzinsuffizienz, Version 4.
- [18]BUNDESÄRZTEKAMMER, KASSENÄRZTLICHE BUNDESVEREINIGUNG & ARBEITSGEMEINSCHAFT DER WISSENSCHAFTLICHEN MEDIZINISCHEN FACHGESELLSCHAFTEN 2023b. Nationale Versorgungsleitlinie (NVL) Hypertonie.
- [19]BUNDESÄRZTEKAMMER, KASSENÄRZTLICHE BUNDESVEREINIGUNG & ARBEITSGEMEINSCHAFT DER WISSENSCHAFTLICHEN MEDIZINISCHEN FACHGESELLSCHAFTEN 2023c. Nationale Versorgungsleitlinie (NVL) Typ-2-Diabetes – Version 3.
- [20]BUNDESÄRZTEKAMMER, KASSENÄRZTLICHE BUNDESVEREINIGUNG & ARBEITSGEMEINSCHAFT DER WISSENSCHAFTLICHEN MEDIZINISCHEN FACHGESELLSCHAFTEN 2024a. Nationale Versorgungsleitlinie (NVL) Asthma, Version 5.

- [21]BUNDESÄRZTEKAMMER, KASSENÄRZTLICHE BUNDESVEREINIGUNG & ARBEITSGEMEINSCHAFT DER WISSENSCHAFTLICHEN MEDIZINISCHEN FACHGESELLSCHAFTEN 2024b. Nationale Versorgungsleitlinie (NVL) Chronische KHK, Version 7.
- [22]BUNDESMINISTERIUM FÜR GESUNDHEIT 2015. E-Health-Gesetz.
- [23]BUNDESVERBAND GESUNDHEITS-IT 2025. Telematikinfrastruktur in der Pflege: Die nächste Hürde nehmen.
- [24]CUTLER, R. L., FERNANDEZ-LLIMOS, F., FROMMER, M., BENRIMOJ, C. & GARCIA-CARDENAS, V. 2018. Economic impact of medication non-adherence by disease groups: a systematic review. *BMJ Open*, 8.
- [25]DEUTSCHES KREBSFORSCHUNGSZENTRUM HEIDELBERG 2024. Lebensstil und Lebenserwartung. *In: DEUTSCHES KREBSFORSCHUNGSZENTRUM (ed.). Heidelberg: Deutsches Krebsforschungszentrum Heidelberg,.*
- [26]DIABETES PREVENTION PROGRAM RESEARCH GROUP 2002. Reduction in the Incidence of Type 2 Diabetes with Lifestyle Intervention or Metformin. *New England Journal of Medicine*, 346, 393-403.
- [27]DIABETES PREVENTION PROGRAM RESEARCH GROUP 2012. The 10-year cost-effectiveness of lifestyle intervention or metformin for diabetes prevention: an intent-to-treat analysis of the DPP/DPPOS. *Diabetes Care*, 35, 723-30.
- [28]GBD 2021 LOW BACK PAIN COLLABORATORS 2023. Global, regional, and national burden of low back pain, 1990-2020, its attributable risk factors, and projections to 2050: a systematic analysis of the Global Burden of Disease Study 2021. *Lancet Rheumatol*, 5, e316-e329.
- [29]GEMATIK 2025. Umsetzungsstand der Digitalisierungsstrategie für das Gesundheitswesen und die Pflege. Berlin.
- [30]GERLACH, F. M. & SZECSENYI, J. 2011. Hausarztzentrierte Versorgung: Inhalte und Qualität sind entscheidend. *Dtsch Arztebl International*, 108, 996-8.
- [31]GESUNDHEITSBERICHTERSTATTUNG DES BUNDES 2024. Gesundheitsausgaben in Mio. €. *In: GESUNDHEITSAUSGABEN IN DEUTSCHLAND IN MIO. €. GLIEDERUNGSMERKMALE: JAHRE, A. D. E., ART DER LEISTUNG, AUSGABENTRÄGER (ed.). Gesundheitsberichterstattung des Bundes.*

- [32] GRAEB, F., BERGER, B., ALF, F., REIBER, P., ESSIG, G. & WOLKE, R. 2024. Medikamentenversorgung und Polypharmazie in der Langzeitpflege. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*.
- [33] GRÜNHEID, E. 2015. *Regionale Aspekte des demografischen Wandels*, Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung.
- [34] HAUSÄRZTINNEN- UND HAUSÄRZTEVERBAND E. V. 2025. Hausarztverträge.
- [35] HOU, Y. & YANG, S. 2024. Association of risk factors for high blood pressure across 46 low- and middle-income countries: A multi-country cross-sectional analysis. *J Glob Health*, 14, 04087.
- [36] HU, F. B., MANSON, J. E., STAMPFER, M. J., COLDITZ, G., LIU, S., SOLOMON, C. G. & WILLETT, W. C. 2001. Diet, Lifestyle, and the Risk of Type 2 Diabetes Mellitus in Women. *New England Journal of Medicine*, 345, 790-797.
- [37] INFORMATION UND TECHNIK NORDRHEIN-WESTFALEN (IT.NRW) 2023a. Kommunalprofil Aachen, krfr. Stadt. Düsseldorf: Statistisches Landesamt.
- [38] INFORMATION UND TECHNIK NORDRHEIN-WESTFALEN (IT.NRW) 2023b. Kommunalprofil Kreis Düren. Düsseldorf: Statistisches Landesamt.
- [39] INFORMATION UND TECHNIK NORDRHEIN-WESTFALEN (IT.NRW) 2023c. Kommunalprofil Kreis Euskirchen. Düsseldorf: Statistisches Landesamt.
- [40] INFORMATION UND TECHNIK NORDRHEIN-WESTFALEN (IT.NRW) 2023d. Kommunalprofil Kreis Heinsberg. Düsseldorf: Statistisches Landesamt.
- [41] INFORMATION UND TECHNIK NORDRHEIN-WESTFALEN (IT.NRW) 2023e. Kommunalprofil Städteregion Aachen. Düsseldorf: Statistisches Landesamt.
- [42] INSTITUT ARBEIT UND QUALIFIKATION DER UNIVERSITÄT DUISBURG-ESSEN 2022. Pflegebedürftige nach Art der Versorgung 2001 - 2021. sozialpolitik-aktuell.de.
- [43] ISLAMI, F., GODING SAUER, A., MILLER, K. D., SIEGEL, R. L., FEDEWA, S. A., JACOBS, E. J., MCCULLOUGH, M. L., PATEL, A. V., MA, J., SOERJOMATARAM, I., FLANDERS, W. D., BRAWLEY, O. W., GAPSTUR, S. M. & JEMAL, A. 2018. Proportion and number of cancer cases and deaths attributable to potentially modifiable risk factors in the United States. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*, 68, 31-54.

- [44]KASSENÄRZTLICHE BUNDESVEREINIGUNG. 2025. *Ambulante spezialfachärztliche Versorgung* [Online]. Available: <https://www.kbv.de/html/asv.php> [Accessed 16.04.2025].
- [45]KLAUBER, WASEM, BEIVERS & MOSTERT 2023. Schwerpunkt: Personal. In: JÜRGEN KLAUBER, JÜRGEN WASEM, ANDREAS BEIVERS & CARINA MOSTERT (eds.) *Krankenhaus-Report 2023*. Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg.
- [46]KNÖPPLER, K., EGGERS, T., MORGENSTERN, K.-U., SCHLETTE, S., MARTICK, S., KRAUSE, U., STOCKERT, R. & WAMPRECHT, L. 2022. *Steigerung von Innovation und Produktivität im Gesundheitswesen durch Einsatz digitaler Plattformen*, Berlin, _fbeta GmbH.
- [47]KRIPALANI, S., LEFEVRE, F., PHILLIPS, C. O., WILLIAMS, M. V., BASAVIAH, P. & BAKER, D. W. 2007. Deficits in communication and information transfer between hospital-based and primary care physicians: implications for patient safety and continuity of care. *Jama*, 297, 831-41.
- [48]KULMALA, J., NGANDU, T., HAVULINNA, S., LEVÄLAHTI, E., LEHTISALO, J., SOLOMON, A., ANTIKAINEN, R., LAATIKAINEN, T., PIPPOLA, P., PELTONEN, M., RAURAMAA, R., SOININEN, H., STRANDBERG, T., TUOMILEHTO, J. & KIVIPELTO, M. 2019. The Effect of Multidomain Lifestyle Intervention on Daily Functioning in Older People. *J Am Geriatr Soc*, 67, 1138-1144.
- [49]LANDESZENTRUM GESUNDHEIT NORDRHEIN-WESTFALEN. 2024. *Indikator 7.34: Reine Pflegegeldempfänger nach Pflegegrad* [Online]. [Accessed 29.04.2025].
- [50]LIANG, H., JING, D., ZHU, Y., LI, D., ZHOU, X., TU, W., LIU, H., PAN, P. & ZHANG, Y. 2023. Association of genetic risk and lifestyle with incident adult-onset asthma in the UK Biobank cohort. *ERJ Open Res*, 9.
- [51]LIVINGSTON, G., HUNTLEY, J., SOMMERLAD, A., AMES, D., BALLARD, C., BANERJEE, S., BRAYNE, C., BURNS, A., COHEN-MANSFIELD, J., COOPER, C., COSTAFREDA, S. G., DIAS, A., FOX, N., GITLIN, L. N., HOWARD, R., KALES, H. C., KIVIMÄKI, M., LARSON, E. B., OGUNNIYI, A., ORGETA, V., RITCHIE, K., ROCKWOOD, K., SAMPSON, E. L., SAMUS, Q., SCHNEIDER, L. S., SELBÆK, G., TERI, L. & MUKADAM, N. 2020. Dementia prevention, intervention, and care: 2020 report of the Lancet Commission. *The Lancet*, 396, 413-446.
- [52]LOUWERSHEIMER, E., WOLFSGRUBER, S., ESPINOSA, A., LACOUR, A., HEILMANN-HEIMBACH, S., ALEGRET, M., HERNÁNDEZ, I., ROSENDE-ROCA, M., TÁRRAGA, L., BOADA, M., KORNUHUBER, J., PETERS, O., FRÖLICH, L., HÜLL, M., RÜTHER, E., WILTFANG, J., SCHERER, M., RIEDEL-HELLER, S., JESSEN, F., NÖTHEN, M. M., MAIER, W., KOENE, T., SCHELTENS, P., HOLSTEGE, H., WAGNER, M., RUIZ, A., VAN DER FLIER, W. M., BECKER, T. & RAMIREZ, A. 2016. Alzheimer's disease risk

variants modulate endophenotypes in mild cognitive impairment. *Alzheimers Dement*, 12, 872-81.

- [53] LU, W., AARSAND, R., SCHOTTE, K., HAN, J., LEBEDEVA, E., TSOY, E., MAGLAKELIDZE, N., SORIANO, J. B., BILL, W., HALPIN, D. M. G., RIVERA, M. P., FONG, K. M., KATHURIA, H., YORGANCIOĞLU, A., GAPPA, M., LAM, D. C. L., RYLANCE, S. & SOHAL, S. S. 2024. Tobacco and COPD: presenting the World Health Organization (WHO) Tobacco Knowledge Summary. *Respiratory Research*, 25, 338.
- [54] MARTEAU, T. M., OGILVIE, D., ROLAND, M., SUHRCKE, M. & KELLY, M. P. 2011. Judging nudging: can nudging improve population health? *BMJ*, 342, 228.
- [55] MEIßNER. 2024. *Prognose zeigt Rückgang bei Pflegekräften – in 10 Jahren 5.000 Pflegekräfte weniger bei weiter steigendem Bedarf* [Online]. pm pflegemarkt.com GmbH,. Available: <https://www.pflegemarkt.com/fachartikel/beschaeftigte-entwicklung-prgnose-pflege/> [Accessed 16.04.2025].
- [56] MILAN, V., FETZER, S. & HAGIST, C. 2021. Healing, surviving, or dying? - projecting the German future disease burden using a Markov illness-death model. *BMC Public Health*, 21, 123.
- [57] MÜLLER, D., NIEPORTE, T. & GRAF VON STILLFRIED, D. 2024. Praxisverwaltungssysteme: Deutschlandweite Ergebnisse zu Usability, Nutzerzufriedenheit und Wechselbereitschaft aus 10.245 Bewertungen. *GMS Medizinische Informatik, Biometrie und Epidemiologie*, 20.
- [58] NATIONAL HEALTH SERVICE. 2025. *NHS Prevention Programme* [Online]. Available: <https://www.england.nhs.uk/ourwork/prevention/> [Accessed 16.04.2025].
- [59] O'DONNELL, M. J., CHIN, S. L., RANGARAJAN, S., XAVIER, D., LIU, L., ZHANG, H., RAO-MELACINI, P., ZHANG, X., PAIS, P., AGAPAY, S., LOPEZ-JARAMILLO, P., DAMASCENO, A., LANGHORNE, P., MCQUEEN, M. J., ROSENGREN, A., DEGHAN, M., HANKEY, G. J., DANS, A. L., ELSAYED, A., AVEZUM, A., MONDO, C., DIENER, H. C., RYGLEWICZ, D., CZLONKOWSKA, A., POGOSOVA, N., WEIMAR, C., IQBAL, R., DIAZ, R., YUSOFF, K., YUSUFALI, A., OGUZ, A., WANG, X., PENAHERRERA, E., LANAS, F., OGAH, O. S., OGUNNIYI, A., IVERSEN, H. K., MALAGA, G., RUMBOLDT, Z., OVEISGHARAN, S., AL HUSSAIN, F., MAGAZI, D., NILANONT, Y., FERGUSON, J., PARE, G. & YUSUF, S. 2016. Global and regional effects of potentially modifiable risk factors associated with acute stroke in 32 countries (INTERSTROKE): a case-control study. *Lancet*, 388, 761-75.
- [60] OMMEN, O., ULLRICH, B., JANSSEN, C. & PFAFF, H. 2007. [The ambulatory-stationary interface in medical health care: problems, model of explanation, and possible solutions]. *Med Klin (Munich)*, 102, 913-7.

- [61]OPTA DATA ZUKUNFTS-STIFTUNG GGMBH 2025. 7. Statistisches Jahrbuch zur gesundheitsfachberuflichen Lage in Deutschland 2025.
- [62]PAHOR, M., GURALNIK, J. M., AMBROSIUS, W. T., BLAIR, S., BONDS, D. E., CHURCH, T. S., ESPELAND, M. A., FIELDING, R. A., GILL, T. M., GROESSL, E. J., KING, A. C., KRITCHEVSKY, S. B., MANINI, T. M., MCDERMOTT, M. M., MILLER, M. E., NEWMAN, A. B., REJESKI, W. J., SINK, K. M. & WILLIAMSON, J. D. 2014. Effect of structured physical activity on prevention of major mobility disability in older adults: the LIFE study randomized clinical trial. *Jama*, 311, 2387-96.
- [63]PEÑA, A., OLSON, M. L., HOOKER, E., AYERS, S. L., CASTRO, F. G., PATRICK, D. L., CORRAL, L., LISH, E., KNOWLER, W. C. & SHAIBI, G. Q. 2022. Effects of a Diabetes Prevention Program on Type 2 Diabetes Risk Factors and Quality of Life Among Latino Youths With Prediabetes: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Network Open*, 5.
- [64]ROBERT BOSCH STIFTUNG 2021. Voraussetzungen und Möglichkeiten der Implementierung und Ausgestaltung von Primärversorgungszentren im deutschen Gesundheitswesen.
- [65]ROBERT KOCH-INSTITUT 2022. Dashboard zu Gesundheit in Deutschland aktuell - GEDA 2019/2020. In: KOCH-INSTITUT, R. (ed.). Berlin.
- [66]ROBERT KOCH-INSTITUT 2024. GEDA: Gesundheit in Deutschland aktuell.
- [67]ROTHGANG, H. & MÜLLER, R. 2024. BARMER Pflegereport 2024. Berlin: BARMER.
- [68]SCHÄFER & WILLEMIJN L.A. Primary care in 34 countries : perspectives of general practitioners and their patients. 2016.
- [69]SCHUCH, F. B., VANCAMPFORT, D., FIRTH, J., ROSENBAUM, S., WARD, P. B., SILVA, E. S., HALLGREN, M., PONCE DE LEON, A., DUNN, A. L., DESLANDES, A. C., FLECK, M. P., CARVALHO, A. F. & STUBBS, B. 2018. Physical Activity and Incident Depression: A Meta-Analysis of Prospective Cohort Studies. *Am J Psychiatry*, 175, 631-648.
- [70]SIMONSEN LENTZ, P., HAVELUND RASMUSSEN, A., YURTSEVER, A. & MELGAARD, D. 2020. Missing Diagnosis, Pain, and Loss of Function in Older Adults with Rheumatoid Arthritis and Insufficiency Fractures: A Qualitative Study of the Patient's Perspective. *Geriatrics (Basel)*, 5.
- [71]SPITZENVERBAND DIGITALE GESUNDHEITSVERSORGUNG E.V. 2025. Zweiter DiGA-Report des SVDGV: Nahezu eine Million Mal profitieren Patient:innen von der Versorgung mit DiGA.
- [72]STACHWITZ, P. & DEBATIN, J. F. 2023. Digitalisierung im Gesundheitswesen: heute und in Zukunft. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, 66, 105-113.

- [73]STATISTISCHES BUNDESAMT (DESTATIS). 2023a. *Pflege* [Online]. [Accessed 16.04.2025].
- [74]STATISTISCHES BUNDESAMT (DESTATIS). 2023b. Pflegevorausberechnung: 1,8 Millionen mehr Pflegebedürftige bis zum Jahr 2055 zu erwarten. *Destatis*, 30. März 2023.
- [75]STATISTISCHES BUNDESAMT (DESTATIS). 2025. *Todesursachen* [Online]. Statistisches Bundesamt (Destatis),. Available: https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Todesursachen/_inhalt.html [Accessed 22.04.2025].
- [76]STIFTUNG GESUNDHEITSWISSEN 2021. Menschen mit chronischen Erkrankungen. Berlin: Stiftung Gesundheitswissen.
- [77]TOM BSCHOR 2025. Krankenhausversorgung in Deutschland 2035 Zielbild der Reformen – zukünftige Aufgaben und Bedeutung der Krankenhäuser. In: REGIERUNGSKOMMISSION FÜR EINE MODERNE UND BEDARFSGERECHTE KRANKENHAUSVERSORGUNG (ed.) *Vierzehnte Stellungnahme und Empfehlung der Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung*.
- [78]WALSH, C. A., CAHIR, C., TECKLENBORG, S., BYRNE, C., CULBERTSON, M. A. & BENNETT, K. E. 2019. The association between medication non-adherence and adverse health outcomes in ageing populations: A systematic review and meta-analysis. *Br J Clin Pharmacol*, 85, 2464-2478.
- [79]WISSENSCHAFTLICHE DIENSTE DEUTSCHER BUNDESTAG 2023. Gesundheitskioske in Deutschland, in den USA und in Finnland.
- [80]WISSENSCHAFTLICHES INSTITUT DER AOK (WIDO) 2025. Gesundheitsatlas Deutschland. *Gesundheitsatlas Deutschland*.
- [81]WORLD HEALTH ORGANIZATION 2010. Telemedicine: Opportunities and developments in Member States. *Report on the second global survey on eHealth*. Geneva.
- [82]ZENTRALINSTITUT FÜR DIE KASSENÄRZTLICHE VERSORGUNG IN DEUTSCHLAND (ZI) 2024. Usability von Praxisverwaltungssystemen (PVS) wichtiger Gradmesser für Nutzerzufriedenheit.