Transformationsstudie Teil C2a

Leistungsstarke Gesundheitsregionen (LeiG)

Konzeption Strategie Pflege

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

Diese Case Study beschreibt die Konzeption zur Weiterentwicklung der häuslichen Pflege im Rahmen der Transformationsstrategie „Virtuell gestützte informelle und professionelle ambulante Pflege sowie Primärversorgung“. Sie knüpft an die im Projekt „Leistungsstarke Gesundheitsregionen“ (LeiG) durchgeführte Potenzialanalyse an und zeigt, wie informelle und professionelle Pflege systematisch zusammengeführt und digital unterstützt werden können.

Ausgangspunkt sind die zentralen Herausforderungen der Pflege: Die Zahl der Pflegebedürftigen steigt, während die familiären und professionellen Ressourcen abnehmen. Ambulante, stationäre und Kurzzeitpflegeangebote stoßen vielerorts an Kapazitätsgrenzen, gleichzeitig geraten die Finanzierungsgrundlagen der Pflegeversicherung unter Druck. Ziel ist es daher, Pflegebedürftige möglichst lange im häuslichen Umfeld zu versorgen, Angehörige zu entlasten und die pflegerische Versorgung digital und organisatorisch zu vernetzen.

Im Kapitel 2 **Versorgungsinhaltliche Ausrichtung** werden die Schwerpunkte der Pflegestrategie beschrieben. Pflegebedürftigkeit wird nicht als statischer Zustand verstanden, sondern als dynamischer Prozess, der durch Prävention und Teilhabe beeinflusst werden kann. Bewegung, Ernährung, kognitive Förderung und soziale Aktivierung werden als wirksame Hebel betrachtet, um die Selbstständigkeit der Pflegebedürftigen zu erhalten und Pflegeverläufe zu stabilisieren.

Auf dieser Grundlage wird im methodischen Rahmen des Transformationscanvas ein abgestuftes Maßnahmenpaket entwickelt. Es folgt einem klaren Stufenmodell: Zunächst werden informell Pflegende durch Beratungs- und Unterstützungsangebote gestärkt; darauf aufbauend erfolgt die Integration in eine digitale Therapiesteuerung mit Monitoring und Kommunikation; schließlich werden professionelle Pflegedienste in eine koordinierte, regionale Versorgung eingebunden. Kapitel 3 **Digitale Transformation im Ökosystem** sowie Kapitel 4 **Technologie und Architektur** erläutern, wie diese Integration technisch umgesetzt wird – über zwei aufeinander aufbauende Plattformen: „Versorgungszugang“ als Lotse, Lernraum und Vermittler für pflegende Angehörige sowie „Therapiesteuerung“ als operative Basis für Monitoring, Fallkommunikation und Workflow-Management.

Im Kapitel zu **Verträgen, Leistungsarten und Vergütung** werden die erforderlichen rechtlichen und finanziellen Strukturen beschrieben. Im Mittelpunkt stehen § 92b SGB XI (Integrierte Versorgung in der Pflege) und der korrespondierende § 140a SGB V (Besondere Versorgung). Beide Regelungen ermöglichen, pflegerische und medizinische Leistungen sektorenübergreifend zu verknüpfen und digitale Plattformen als Infrastrukturleistungen einzubeziehen. Ergänzend werden Module zu Telemonitoring, regionalen Gesundheitsplattformen und Akutpflegezentren aufgeführt, die gezielt neue Versorgungs- und Finanzierungswege eröffnen.

Das Kapitel zum **Geschäftsmodell und zur Implementierung** beschreibt, wie sich die Plattformlösungen dauerhaft betreiben lassen – etwa durch regionale Betriebsgesellschaften, gemeinschaftlich getragene Budgets oder Erfolgsbeteiligungen auf Basis von Qualitätskennzahlen. Der Fokus liegt auf nachhaltiger Steuerung, nicht auf befristeter Projektlogik.

Die abschließende **gesundheitspolitische Perspektive** verdeutlicht, dass die digitale Transformation der Pflege nur gelingt, wenn gesetzliche Rahmenbedingungen, technische Interoperabilität und regionale Governance-Strukturen zusammengedacht werden. Entscheidend sind die Anerkennung informeller Pflege als zentraler Bestandteil des Versorgungssystems, die Integration präventiver Leistungen in die Regelversorgung sowie der Aufbau digitaler Plattformen als geteilte Infrastruktur.

Damit zeigt die Case Study, dass die Weiterentwicklung der Pflege nicht primär durch mehr Personal oder Mittel, sondern durch bessere Koordination, digitale Integration und verbindliche Schnittstellen zwischen informeller und professioneller Pflege sowie ärztlicher Versorgung erreicht werden kann.

Inhaltsverzeichnis

Impressum I

Zusammenfassung II

Abbildungsverzeichnis VII

Tabellenverzeichnis IX

1 Vorwort, Einleitung, Projektkontext 1

1.1 Gegenstand – Transformationsstrategie 5: Virtuell gestützte informelle und professionelle ambulante Pflege sowie Primärversorgung 1

1.2 Methodik 3

1.2.1 Hierarchische Gliederung der Strukturelemente der Konzeption 3

1.2.2 Transformationscanvas 3

1.2.3 Methodischer Aufbau und Funktion der Fallgruppenlogik 4

2 Versorgungsinhaltliche Ausrichtung 9

2.1 Versorgungsinhaltliche Schwerpunkte der Konzeption 14

2.1.1 Früherkennung 14

2.1.2 Zugang zur Pflegeversorgung 15

2.1.3 Beratung und Unterstützung, Integration der Unterstützungsangebote 16

2.1.4 Integration ehrenamtlicher Unterstützungsangebote 17

2.1.5 Prävention in der Pflege 17

2.1.6 Technische Unterstützungsmöglichkeiten in der häuslichen Pflege 19

2.1.7 Mehrstufige Akutversorgung: „Pflege 116/117“ 19

2.1.8 Integration medizinische Versorgung 20

2.1.9 Verstärkter Einsatz von Telemedizin 22

2.1.10 Effizienz durch Kooperation 23

3 Digitale Transformation im Ökosystem 24

3.1 Wertschöpfung entlang der Prozesse aus Patientenperspektive 25

3.1.1 Drei fallgruppengerechte Zuschnitte der prozessualen und technischen Unterstützungspotenziale 28

3.2 Wertschöpfung der wesentlichen Prozesse zwischen Akteuren im Ökosystem 30

3.3 Setting I – Informelle Pflege im häuslichen Umfeld: Unterstützungsangebote zur Aktivierung der informellen Pflege 37

3.3.1 Aufbau einer pflegerischen Informationsplattform und Integration sozialmedizinischer Unterstützungsangebote 38

3.3.2 Einbindung nachbarschaftlicher Hilfe und bürgerschaftlichen Engagements 42
3.3.3 Aufbau eines digitalen Coaching- und Beratungsdienstes für informell Pflegende 46
3.3.4 Aufbau eines IoT-basierten, vernetzten Alarm- und Sensorsystems zur Unterstützung der häuslichen Pflege 51
3.3.5 Zugang für informell Pflegende auf die Therapiesteuerungsplattform 55
3.3.6 Aufbau regionaler Akutpflegezentren zur Erleichterung von Sektorenübergängen 58
3.4 Setting II – Betreuung durch und mit ambulante(n) Pflegedienste(n) 62
3.4.1 Digitale Zusammenarbeit zwischen informell und professionell Pflegenden über die Therapiesteuerungsplattform 64
3.4.2 Digitale Vernetzung von Hausarzt und ambulantem Pflegedienst über die Therapiesteuerungsplattform 67
3.4.3 Strukturierte Kooperation ambulanter Pflegeeinrichtungen zur Sicherung und Optimierung der regionalen Versorgung 70
3.4.4 Einführung und Anwendung telemedizinischer Systeme in der häuslichen Pflege 73
4 Technologie und Architektur 77
4.1 Technische Maßnahmen und Komponenten 80
4.1.1 Stufe 1. Informelle Pflege stärken, Zugänge erleichtern: Plattform Versorgungszugang für informell Pflegende als Lotse, Lernraum und Unterstützer 80
4.1.2 Stufe 2. Informell Pflegende in die Plattform Therapiesteuerung integrieren: multimodales Monitoring und Fallkommunikation als Brücke zur HA-Praxis (Setting I) 82
4.1.3 Stufe 3. Ambulante Pflege andocken: Integration in die Plattform Therapiesteuerung für eine koordinierte Versorgung im regionalen Team (Setting II) 84
4.2 Identitätsmanagement, Authentisierung und Zugriff 85
4.3 Zentrale Kommunikationsdienste – Integration TI-M und KIM 86
4.4 Web-Frontend und Systemintegration 87
4.5 Stufenweise Etablierung von Interoperabilität 88
4.5.1 Stufe 1. Synchronisierende Plattform Versorgungszugang und strukturiertes, wiederverwendbares Laien-Assessment durch informell Pflegende 88
4.5.2 Stufe 2. Multimodale, standardisierte Datensets, FHIR-Therapieplan und Videosprechstunden 89
4.5.3 Stufe 3. Terminologien und Klassifikationen der Pflege und PIO-Überleitungsbogen 90
4.5.4 Anbindung an den Terminologieserver des BfArM und das Fachportal bzw. Git-Repository der gematik 91
5 Verträge, Leistungsarten und Vergütung 92
5.1 Leistungsarten 92
5.2 Vertrags- und Vergütungsmodule 93

5.2.1 K1 – Therapiesteuerung als besondere Versorgung nach § 140a SGB V 96
5.2.2 K5 – Telemonitoring 97
5.2.3 K6 – Therapiesteuerung im stationären Sektor 97
5.2.4 K7 – Finanzierung telemedizinischer Infrastruktur 98
5.2.5 K8 – Regionale Gesundheitsplattform 98
5.2.6 K9 – Integration pflegerischer Maßnahmen und Akteure in die Therapiesteuerungsplattform 99
5.2.7 K10 – Pflegeberatung durch Pflege-Coaches über die Gesundheitsplattform 100
5.2.8 K11 – Telemonitoring und Alarmsysteme in der Pflege 100
5.2.9 K12 – Aufbau von Kapazitäten zur pflegerischen Übergangsversorgung (Akutpflegezentren) 101
5.2.10 K13 – Integration Ehrenamt und nachbarschaftliche Hilfe 102
6 Geschäftsmodell und Implementierung 103
7 Gesundheitspolitische Implikationen 109
7.1 Primärversorgungssystem rund um virtuelle Teams 109
7.2 Pflegeplanung technisch unterstützen, organisatorisch verankern und vergüten 109
7.3 Telepflege und Monitoring als Regelleistung verankern 109
7.4 Pflegeprävention und Reaktivierung systematisch fördern 110
7.5 Aufbau einer regionalen Pflegeplattform und technischer Standards 110
7.6 Integration des Öffentlichen Gesundheitsdienstes und kommunaler Akteure 110
7.7 Regionale Finanzierung von Strukturmaßnahmen zur Steuerung und Innovation 111
7.8 Institutionalisierung des LeiG-Verfahrens in der Pflege 111
Anhang: Grafiken X
Literaturverzeichnis XIX

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: **Transformationscanvas und seine Verwendung in der Konzeptionsphase** 3

Abbildung 2: **Pflege ist neben Multimorbidität entscheidender Kostenfaktor** 10

Abbildung 3: **Übersicht prozessbezogener Module** 25

Abbildung 4: **Ökosystem: Leistungsstärke auf Ebene der Organisation und Technologie** 32

Abbildung 5: **Zehn Maßnahmen zur Unterstützung der häuslichen Pflege** 36

Abbildung 6: **Maßnahmen 1 – 3 im Ökosystem** 38

Abbildung 7: **Maßnahme 1** 38

Abbildung 8: **Maßnahme 2** 42

Abbildung 9: **Maßnahme 3** 46

Abbildung 10: **Maßnahmen 4 – 6 im Ökosystem** 50

Abbildung 11: **Maßnahme 4** 51

Abbildung 12: **Maßnahme 5** 55

Abbildung 13: **Maßnahme 6** 58

Abbildung 14: **Maßnahmen 7 – 10 im Ökosystem** 62

Abbildung 15: **Maßnahme 7** 64

Abbildung 16: **Maßnahme 8** 67

Abbildung 17: **Maßnahme 9** 70

Abbildung 18: **Maßnahme 10** 73

Abbildung 19: **Zielarchitektur für das Versorgungsszenario „Pflege“** 79

Abbildung 20: **Herleitung nicht abgebildeter Leistungsbereiche im Vergütungssystem** 92

Abbildung 21: **Zuordnung der zehn Maßnahmen zur Unterstützung der häuslichen und ambulanten Pflege zu relevanten Vertrags- und Vergütungsmodulen** 93

Abbildung 22: **Herleitung möglicher Vertragsarten im Pflegekontext** 94

Abbildung 23: **Detailbetrachtung infrage kommender Vertragsarten** 95

Abbildung 24: **Modellrechnung – Prävalenz-Effekte Pflege ambulant** 105

Abbildung 25: **Modellrechnung – Inzidenz-Effekte Pflegeintritte** 105

Abbildung 26: **Modellrechnung –Prävalenz-Effekte Pflege stationär** 106

Abbildung 27: **Modellrechnung – Inzidenz-Effekte Pflegeeintritte** 106

Abbildung 28: **Basisstrategien zur nachhaltigen Implementierung der Therapiesteuerung** 107

Abbildung 29: **Pflege** X

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: **Anwendung der Fallgruppenlogik bei der versorgungsinhaltlichen, organisatorischen und technischen Ausgestaltung der Maßnahmen zur digitalen Transformation des Ökosystems** 5

Tabelle 2: **Prozessorientierte Potenziale als mögliche Module für die regionale Transformation** 27

Tabelle 3: **Priorisierte pfadbezogene Module und Querschnittsmodule für das Umsetzungskonzept** 28

Tabelle 4: **Modulare Struktur der Maßnahmen in der Strategie Pflege im häuslichen Umfeld** 33

Tabelle 5: **Prozessorientierte Module im Überblick** XI

1 Vorwort, Einleitung, Projektkontext

1.1 Gegenstand – Transformationsstrategie 5: Virtuell gestützte informelle und professionelle ambulante Pflege sowie Primärversorgung

Im Sprint I – Potenzialanalyse –, des Projekts „Leistungsstarke Gesundheitsregionen“ wurden in drei Versorgungsszenarien die Potenziale regionaler Zusammenarbeit im Gesundheitssektor untersucht. Die identifizierten Defizite und Potenziale und die daraus abgeleiteten Handlungsoptionen wurden in sieben Transformationsstrategien zusammengefasst. Zwei dieser Strategien wurden für die Konzeption priorisiert. Dieses Dokument umfasst die Konzeption für die **Transformationsstrategie 5: Virtuell gestützte informelle und professionelle ambulante Pflege sowie Primärversorgung.**

Die demografische Entwicklung und der steigende Pflegebedarf machen eine grundlegend **neue Herangehensweise an die Versorgung im häuslichen Umfeld** notwendig. Die Transformationsstrategie 5 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. Im Kern sollen sechs Schwerpunkte verfolgt werden.

Ein erster Schwerpunkt ist die **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 pflegenden Angehörigen und anderer informell Pflegender.

Ein zweiter Baustein ist der **technologische Ausbau** der häuslichen Umgebung durch essenzielle Ambient Assisted Living Systeme. Sensoren für Vitalparameter, Bewegung oder Raumüberwachung bilden die Grundlage einer Ausstattung, die je nach Bedarf um Elemente wie Trinkverhaltenserfassung, Sicherheitsüberwachung oder Windelfüllstand ergänzt werden kann. Diese technischen Assistenzsysteme werden durch Alarmfunktionen ergänzt, etwa zur automatisierten Türöffnung im Notfall oder zur Verbindung mit Hausnotruf- 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.

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 der Strategie.

Die **hausärztliche Versorgung** wird aktiv eingebunden. Die Zusammenarbeit zwischen Hausarzt, Pflegefachkräften und informell Pflegenden 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.

Technologisch werden diese versorgungsinhaltlichen Schwerpunkte durch eine **digitale Plattform für die Pflege- und Therapieplanung** unterstützt. Diese ermöglicht eine Integration der oben genannten Elemente entlang des Versorgungsprozesses. Zudem Ist eine Zugangsplattform vorgesehen, die

Pflegebedürftigen und ihren Zu- und Angehörigen den Einstieg in die Selbstwirksamkeit und Versorgung erleichtert.

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.

1.2 Methodik

1.2.1 Hierarchische Gliederung der Strukturelemente der Konzeption

Die Grundkonzeption der „Leistungsstarken Gesundheitsregionen“ basiert auf der Idee einer digitalen Transformation des Gesundheitsökosystems.

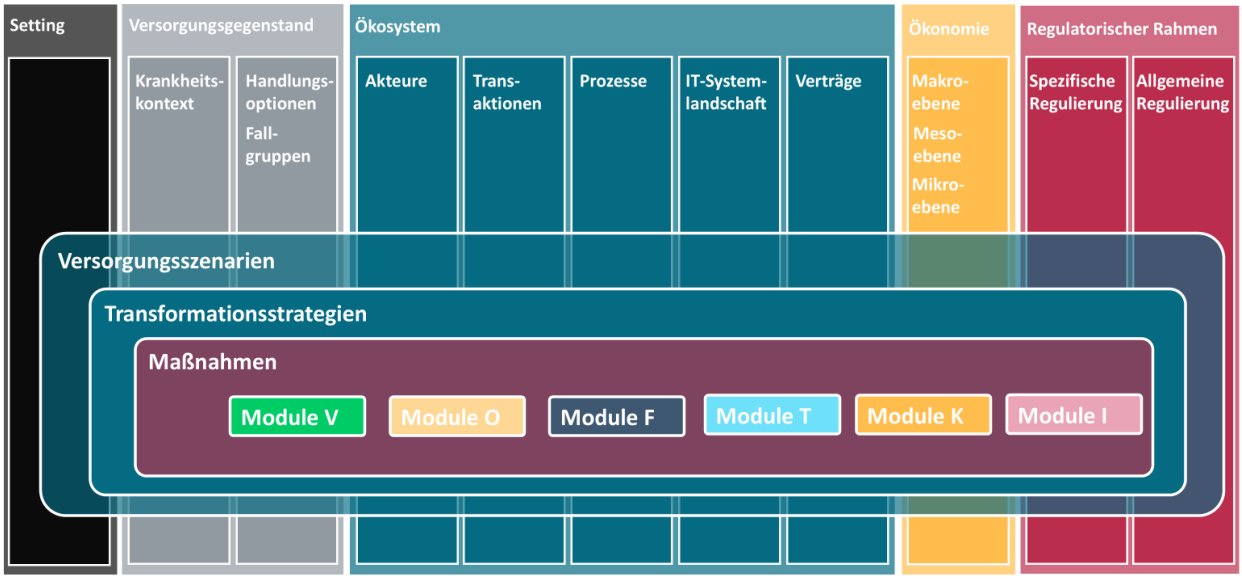
1.2.2 Transformationscanvas

Als Grundlage für Analyse, Strategieentwicklung und, wie in diesem Dokument beschrieben, Konzeption sowie Umsetzungsplanung wird das **Transformationscanvas für Versorgungsökosysteme** (siehe Abbildung 1) genutzt. Es ermöglicht, die Integration und digitale Transformation von Versorgung auf verschiedenen Detailebenen sichtbar zu machen: Dies umfasst sowohl klassische Methoden in der sektoralen oder fachlichen fokussierten Arbeit wie die Berücksichtigung von Leitlinien, Vergütungssystemen, der IT oder der Strukturplanung. Hierüber kann auch eine bürger- und nutzerzentrierte Sicht auf die Versorgung in ganzen Ökosystemen abgebildet und insbesondere deren Integration hergestellt werden. Das Transformationscanvas ist im Teil B der Transformationsstudie ausführlich beschrieben.

In den vertikalen Spalten des Canvas sind alle wesentlichen Perspektiven der Integration dargestellt – vom Setting, über Versorgungsgegenstand, Ökosystem (mit den Aspekten beteiligte Akteure, Transaktionen, Prozesse, verwendete oder benötigte IT-Systemlandschaft sowie vertragliche Grundlagen), Ökonomie bis zum regulatorischen Rahmen.

Horizontal bildet das Transformationscanvas vier Detailebenen ab, die bei der Analyse, Strategieentwicklung, Konzeption und Umsetzungsplanung einfließen: Dies sind – vom Allgemeinem zum Konkreten – Versorgungsszenarien, Transformationsstrategien, Maßnahmen und Module.

Abbildung 1: **Transformationscanvas und seine Verwendung in der Konzeptionsphase**



Quelle: _fbeta GmbH

1.2.3 Methodischer Aufbau und Funktion der Fallgruppenlogik

Die Fallgruppenlogik bildet das strukturierende Fundament der Transformationsstrategie „Virtuell gestützte informelle und professionelle ambulante Pflege sowie Primärversorgung“. Sie dient dazu, die Komplexität pflegerischer und primärärztlicher Versorgung in eine nachvollziehbare Systematik zu überführen, die strategische, organisatorische und technische Perspektiven eng miteinander verbindet. Ihr Ziel ist es, die vielfältigen Versorgungsbedarfe methodisch zu ordnen, konzeptionell zu priorisieren und so eine tragfähige Grundlage für die digitale Weiterentwicklung der Pflege zu schaffen.

Im Zentrum der Fallgruppenlogik steht die Idee, pflegerische Bedarfe und Versorgungssituationen anhand von typischen Fallkonstellationen und Schweregraden zu strukturieren. Fallgruppen fassen vergleichbare Bedarfsprofile zusammen und bilden damit ein konsistentes Raster für die Planung und Gestaltung von Versorgungs- und Unterstützungsstrukturen. Der Aufbau erfolgt entlang einer Schweregradlogik: Niedrigere Fallgruppen umfassen leichtere, häufig auftretende Pflegesituationen, während höhere Fallgruppen komplexere Fälle mit erhöhtem Koordinations- und Unterstützungsbedarf abbilden. Dadurch entsteht eine Systematik, die die Breite der pflegerischen Anforderungen abbildet und zugleich eine abgestufte Vorgehensweise in der Konzeptentwicklung ermöglicht.

Methodisch werden innerhalb der Fallgruppenlogik drei sich ergänzende Zuschnitte unterschieden, die gemeinsam den konzeptionellen Aufbau prägen:

1. **Versorgungsinhaltliche Fallgruppen und Schweregrade** definieren die pflegerischen Bedarfe, Versorgungsschwerpunkte und -intensitäten.
2. **Use Cases und Versorgungsjourneys** beschreiben typische Versorgungssituationen, Abläufe und Interaktionsprozesse zwischen informell und professionell Pflegenden sowie digitalen Systemen.
3. **Technologische Ausbaustufen** strukturieren die Weiterentwicklung der digitalen Infrastruktur und der unterstützenden Plattformlogiken.

Diese drei Zuschnitte sind miteinander verschränkt: Jeder Versorgungstyp wird durch typische Abläufe konkretisiert und entlang der technologischen Entwicklung schrittweise digital erweitert.

Die Fallgruppenlogik erfüllt dabei drei zentrale methodische Funktionen:

1. **Strukturierung und Systematisierung:** Sie schafft eine inhaltlich-logische Ordnung, die pflegerische Bedarfe, Versorgungsprozesse und potenzielle Unterstützungsinstrumente miteinander verknüpft und damit die Grundlage für eine kohärente Konzeptentwicklung bildet.
2. **Priorisierung:** Sie ermöglicht, in der Umsetzungsphase mit jenen Fallgruppen zu beginnen, die eine große Zahl von Pflegebedürftigen betreffen und dadurch ein hohes Wirkungs- und Umsetzungspotenzial besitzen.
3. **Schrittweise Skalierung:** Sie unterstützt den stufenweisen Ausbau der Versorgung, indem komplexere Fallgruppen mit wachsender Systemreife und technischer Integration sukzessive einbezogen werden. Dieses Vorgehen folgt dem Prinzip, zunächst Maßnahmen mit großem Hebeleffekt umzusetzen und darauf aufbauend die Versorgungsarchitektur fortlaufend zu verfeinern.

Auf dieser Grundlage fungiert die Fallgruppenlogik als methodisches Bindeglied zwischen Strategie, Praxis und Technologie. Sie gewährleistet, dass die Entwicklung pflegerischer Versorgungssysteme, digitaler Plattformlogiken und organisatorischer Prozesse einem gemeinsamen methodischen Rahmen folgt.

Dadurch entsteht ein kohärentes Vorgehen, das strategische Leitlinien mit operativer Umsetzbarkeit und technischer Anschlussfähigkeit verbindet.

Die Anwendung der Fallgruppenlogik erstreckt sich über drei miteinander verbundene Ebenen: Auf der Makroebene fungiert sie als strategisches Raster, das die Strukturierung der Versorgungslandschaft ermöglicht und Szenarien, etwa nach Pflegebedarf oder Betreuungssituation, differenziert. Auf der Mesoebene wird die Logik zur Operationalisierung genutzt, indem sie die Grundlage für die Entwicklung konkreter Maßnahmen, Module und Versorgungspfade bildet. Auf der Mikroebene schließlich wird sie in technische und prozessuale Strukturen übersetzt, etwa in Plattformlogiken, Interoperabilitätsstandards und Prozessschnittstellen.

Diese mehrdimensionale Herangehensweise gewährleistet, dass strategische Zielbilder, organisatorische Strukturen und technische Systeme eng aufeinander abgestimmt sind. Die Fallgruppenlogik ist damit kein theoretisches Konstrukt, sondern ein praxisorientiertes Strukturprinzip, das die schrittweise, priorisierte und nachvollziehbare Umsetzung der digitalen Transformation in der Pflege ermöglicht.

Tabelle 1: **Anwendung der Fallgruppenlogik bei der versorgungsinhaltlichen, organisatorischen und technischen Ausgestaltung der Maßnahmen zur digitalen Transformation des Ökosystems**

Kapitel	Rolle der Fallgruppenlogik	Ebene
2 Versorgungsinhaltliche Ausrichtung	**Strategisches Raster:** Einführung der Fallgruppenlogik als Strukturprinzip. Dient zur Differenzierung pflegerischer Szenarien (informelle und professionelle Pflege, Pflegegrade) und zur Definition priorisierter Fallgruppen nach Schweregrad. Bildet die Grundlage für die Maßnahmenplanung.	**Makro**
3 Digitale Transformation im Ökosystem	**Operationalisierung:** Ableitung konkreter Versorgungssituationen, Use Cases und Versorgungsjourneys je Fallgruppe. Grundlage für die Entwicklung von Maßnahmen, digitalen Anwendungen und Prozessmodulen.	**Meso**
4 Technologie und Architektur	**Stufenmodell:** Technische Umsetzung der Fallgruppenlogik in der Plattformarchitektur. Schrittweise Weiterentwicklung entlang der technologischen Ausbaustufen (z. B. Integration, Automatisierung, Assistenzsysteme). Fokus auf Interoperabilität und Schnittstellen.	**Mikro**

Quelle: _fbeta GmbH

1.2.3.1 Versorgungsszenarien in Gesundheitsökosystemen („**Szenarien**“)

Versorgungsszenarien machen die Entwicklung von indikationsübergreifenden Versorgungssegmenten mit homogenem Transformationspotenzial sichtbar und ermöglichen so die Prognose unterschiedlicher Szenarien. Sie basieren auf folgenden drei Prinzipien:

Zuschnitt auf indikationsübergreifende Versorgungssegmente:
Der Zuschnitt für die Ausgangs- und Potenzialanalyse sowie die Ableitung von Strategien erfolgt auf Basis von ca. zehn großen Versorgungssegmenten, die in Summe alle wesentlichen Bereiche der Gesundheitsfürsorge abbilden.

Fokus auf strukturell homogenen Potenzialen:
Die Versorgungssegmente sind so gewählt, dass sie versorgungsinhaltliche, organisatorische und technische Potenziale systematisch sichtbar machen. Dabei stehen nicht einzelne Erkrankungen im Mittelpunkt, sondern strukturelle Gemeinsamkeiten auf der Ebene der Infrastruktur und Versorgungslogik im Ökosystem.

Sichtbarmachung von Perspektiven:
Über die definierten Versorgungsszenarien werden bestehende und zukünftige Versorgungsbedarfe identifiziert, systematisiert und strategisch adressierbar gemacht.

1.2.3.2 Transformationsstrategien („**Strategien**“)

Die Transformationsstrategien bündeln zentrale Potenziale innerhalb eines Versorgungsszenarios, genauer gesagt steht die digitale Transformation des Versorgungsökosystems im Fokus. Im Sprint I – Potenzialanalyse – des Projekts „Leistungsstarke Gesundheitsregionen“ (LeiG) wurden über die drei Szenarien (Versorgung chronisch Erkrankter, Root Causes und Pflege) hinweg sieben Strategien entwickelt und priorisiert. In diesem Teil wird die hoch priorisierte **Transformationsstrategie 2a – „Virtuelles Team für die Therapiesteuerung“** (kurz: Therapiesteuerung) beschrieben.

Integration von Versorgung auf Infrastrukturebene
In Versorgungsökosystemen wird die digitale Transformation entlang einer modernen Fassung der Integrierten Versorgung (IV) hergeleitet, die fünf Ebenen umfasst, „Integrierte Versorgung 5.0“:

1. Integration von Organisation und Vergütung
2. Integration von Daten
3. Integration von digitalen, telemedizinischen und analogen Leistungen
4. Integration des Gesundheitshandelns des Patienten
5. Integration von Nachhaltigkeit in Therapieentscheidungen

Dieses Prinzip ist im Teil B der Transformationsstudie näher beschrieben.

Identifizierung von Versorgungsbedarfen in Randbereichen des Gesundheitsökosystems
Transformationsstrategien richten sich besonders auf Versorgungsbedarfe, die indikationsübergreifend immer wieder auftreten, aber durch sektorspezifisches Management bislang nicht ausreichend adressiert werden. Diese Bedarfe betreffen häufig strukturelle, fachgruppenübergreifende oder versorgungslogische Herausforderungen, die durch herkömmliche Managementansätze nur wenig beeinflusst werden können.
Dieses Prinzip ist als Methodik bei der Gestaltung von Plattformökosystemen im Teil B der Transformationsstudie näher beschrieben.

1.2.3.3 Maßnahmen zur Umsetzung („**Maßnahmen**“)

Die Maßnahmenebene übersetzt die Strategien in konkrete operative Schritte wie z. B. Programme, Projekte oder Umsetzungsinitiativen. Sie stellt den praxisnahen Handlungsraum dar, in dem die zuvor definierten Module zur Anwendung kommen und in tatsächliche Veränderungsprozesse überführt werden. Die Maßnahmen sind so gestaltet, dass sie zielgerichtet, überprüfbar und anpassungsfähig sind.

1.2.3.4 Sechs zentrale Modultypen(„**Module**“)

Die Modulebene beschreibt sechs zentrale Modultypen. Sie dienen dazu, die Zielsetzungen der Strategien in konkrete, umsetzbare Handlungselemente zu übersetzen – differenziert nach inhaltlicher, organisatorischer, funktionaler, technischer, vertraglicher und regulatorischer Ausprägung. Die Module bilden damit die strukturierende Verbindung zwischen Strategie, Prozessmodellierung, digitaler Architektur und Umsetzungspraxis.

1. **Versorgungsinhaltliche Module (V)**

   Versorgungsinhaltliche Module definieren die zentralen Themen, Zielbilder und bedarfsorientierten Inhalte der Pflege. Dazu gehören u. a. Pflegeverläufe, Unterstützungs- und Entlastungsangebote, Präventions- und Reaktivierungsansätze, Programme betreffend z. B. Demenz, Mobilität, Ernährung oder für informell Pflegende. Sie bilden das inhaltliche Fundament für die Transformation der Pflegeversorgung.

2. **Organisatorische Module (O)**

   Organisatorische Module beschreiben die Strukturen, Rollen, Schnittstellen und Versorgungsmodelle, die zur praktischen Umsetzung pflegerischer Konzepte notwendig sind. Dazu gehören z. B. regionale Pflegekoordination, kommunale Pflege- und Beratungsstrukturen, aufsuchende Unterstützungssysteme, agile Einsatzplanung in Pflegediensten, multiprofessionelle regionale Versorgungsteams sowie integrierte Übergangs- und Entlassungsprozesse an den Schnittstellen der Versorgungssettings (häuslich, ambulant, stationär).

3. **Funktionale Module (F)**

   Funktionale Module bilden den prozessualen Kern eines modernen Pflege- und Unterstützungsökosystems. Sie beschreiben pflegerische und alltagsnahe Abläufe, Interaktionen und Entscheidungsbedarfe entlang der Pflegeverläufe, etwa Bedarfserhebung, Pflegeplanung, Risikoeinschätzung, Monitoring, Krisenintervention, Aktivierungs- und Präventionsfunktionen oder die Unterstützung informell Pflegender. Sie zeigen auf, welche Leistungen erforderlich sind, um Kontinuität, Entlastung, Sicherheit und eine koordinierte Versorgung im häuslichen Umfeld sicherzustellen.

4. **Technische Module (T)**

   Technische Module bündeln digitale, datenbasierte und prozessunterstützende Komponenten der Pflegeversorgung. Dazu zählen Monitoring-Lösungen, Telepflege, digitale Pflegeakten zur Dokumentation, Assistenzsysteme, technische Tools zur Pflegeplanung, Plattformintegration, Interoperabilitätsmechanismen, Sensorik oder digitale Kommunikationssysteme. Die bisher verwendeten MT-Module werden vollständig als T-Module weitergeführt.

5. **Kontraktmodule (K)**

   Kontraktmodule beschreiben die rechtlich-finanziellen Grundlagen einer zukunftsfähigen Pflegeversorgung. Dazu gehören Modelle zur Vergütung von Koordination und Beratung, regionale Pflegebudgets, Finanzierungsmechanismen für digitale Leistungen, Verträge zur Schnittstellenkoordination, Vergütungslogiken für pflegerische Assessments sowie Regelungen zur Refinanzierung digitaler Infrastruktur.

6. **Implikationsmodule (I)**

   Implikationsmodule umfassen gesundheitspolitische, gesetzgeberische und regulatorische Voraussetzungen für die Transformation der Pflege. Dazu zählen Anpassungen in Präventions-

und Pflegegesetzen, Voraussetzungen für Telepflege und digitale Pflegeplanung, Regelungen zu Datenzugang und Interoperabilität, Qualitätsstandards, rechtliche Grundlagen für erweiterte Rollen und neue Kooperationsformen sowie die Strukturvorgaben für regionale Steuerungsmodelle.

Dieser Teil beschreibt die **zehn Maßnahmen** (mit den darin enthaltenen Modulen), die die Transformationsstrategie 5 bilden, die wiederum im Szenario „Pflege“ zu verorten ist.

In den folgenden Kapiteln 2 bis 5 werden diese zehn Maßnahmen entlang der Kategorien des Transformationscanvas und der zentralen Ergebnisse der korrespondierenden Expertenworkshops des Sprints II – Konzeption – des LeiG-Projekts nach versorgungsinhaltlichen, organisatorisch-technischen und vertraglich-ökonomischen Gesichtspunkten entwickelt und beschrieben.

Die Erarbeitung erfolgt mittels eines Mixed-Method-Ansatzes. Dieser umfasst die Auswertung der Potenzialanalyse in Sprint I sowie die Detaillierung in einer Reihe von Expertenworkshops zu allen relevanten Themen.

2 Versorgungsinhaltliche Ausrichtung

Pflege ist längst nicht mehr nur eine soziale Unterstützungsleistung, sondern ein zentraler Strukturträger des Gesundheitssystems. Sie steht an der Schnittstelle zwischen medizinischer Behandlung, Alltagsunterstützung und Prävention – und damit im Zentrum der Versorgung chronisch erkrankter und hochaltriger Menschen. Der steigende Pflegebedarf, der Rückgang familiärer Pflegepotenziale und die Engpässe bei Pflegefachkräften machen deutlich, dass neue Modelle der Zusammenarbeit, Koordination und digitalen Unterstützung erforderlich sind. Dieses Kapitel legt dar, wie sich Pflege durch systematische Integration und digitale Vernetzung von einer reaktiven Aufgabenstellung hin zu einer proaktiven, präventionsorientierten und koordinierten Versorgungsfunktion weiterentwickeln kann.

Die Fallgruppenlogik bildet auch hier das verbindende Strukturprinzip. Sie ermöglicht es, pflegerische Bedarfe nach Schweregrad, Unterstützungsintensität und Beteiligtenkonstellation zu differenzieren und die daraus abgeleiteten Maßnahmen passgenau zu gestalten. So wird sichtbar, wo informelle Pflege gestärkt, wo professionelle Pflege strukturell eingebunden und wo Primärversorgung integriert werden muss, um Kontinuität und Sicherheit der Pflege sowie die nachhaltige Stärkung der Selbstständigkeit pflegebedürftiger Menschen zu gewährleisten.

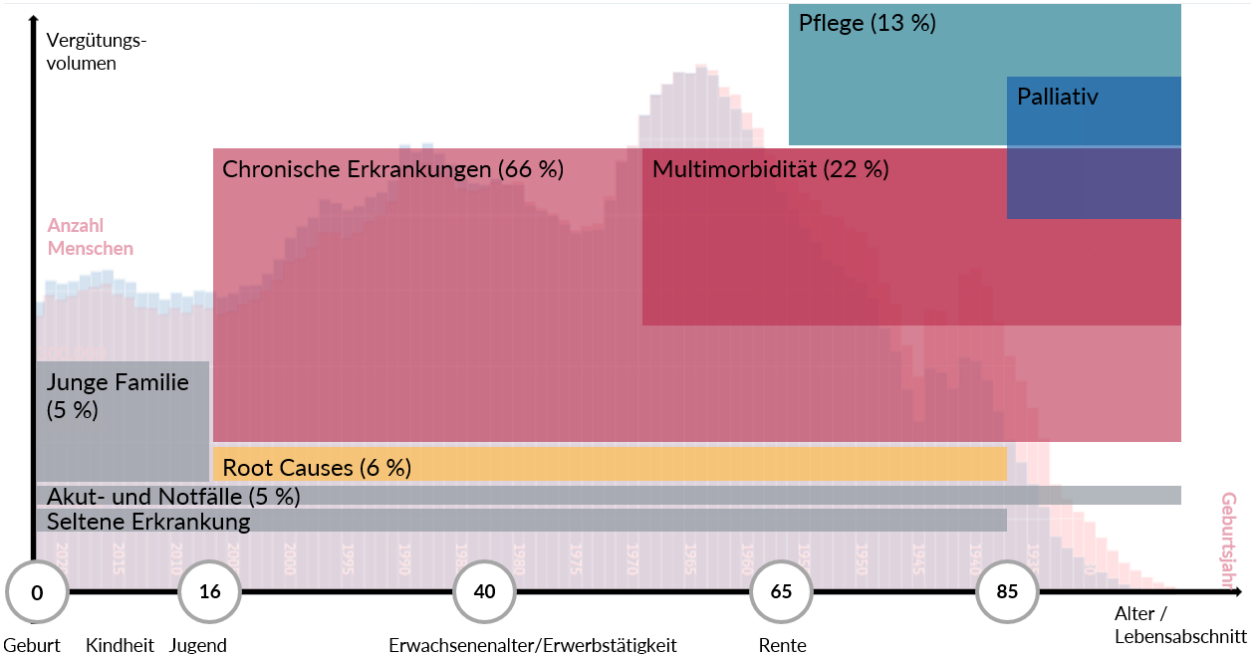
Kapitel 2 beschreibt damit das inhaltliche Fundament der Pflegestrategie und konkretisiert so die Transformationsstrategie 5 „Virtuell gestützte informelle und professionelle ambulante Pflege sowie Primärversorgung“. Es beschreibt bestehende Defizite in der heutigen Versorgung, sowie identifizierte Hebel der Verbesserung und legt dar, welche inhaltlichen Prioritäten daraus folgen. Die Ausgestaltung erfolgt entlang zentraler Versorgungsschwerpunkte – von der Früherkennung und Prävention über technische Unterstützungsoptionen und Beratungssysteme bis hin zu telemedizinischer Integration und sektorenübergreifender Kooperation.

Ausgangslage: Pflege als Versorgungsrealität und Systemengpass

Pflege war in Deutschland schon immer ein unverzichtbarer Bestandteil der Gesundheitsversorgung; durch demografische Veränderungen, komplexere Krankheitsverläufe und den Fachkräftemangel tritt ihre zentrale Rolle heute jedoch deutlicher hervor und prägt die Weiterentwicklung des Versorgungssystems maßgeblich. Der demografische Wandel, die Zunahme chronischer Erkrankungen und der Anstieg multimorbider Verläufe führen dazu, dass immer mehr Menschen über längere Zeiträume pflegerische Unterstützung benötigen. Bereits heute entfallen rund 13 Prozent der gesamten Gesundheitsausgaben – etwa 82,4 Milliarden Euro pro Jahr – auf pflegerische Leistungen (Bundesministerium für Gesundheit, 2023; Statistisches Bundesamt [Destatis], 2023a). Gleichzeitig steigt die Prävalenz der Pflegebedürftigkeit mit dem Lebensalter stark an: Unter 65-Jährige sind vergleichsweise selten betroffen, in der Altersgruppe 65–74 liegt der Anteil bereits deutlich höher, ab 75 Jahren steigt die Kurve steil an und erreicht bei den über 85-Jährigen etwa 40 Prozent (Bundesministerium für Gesundheit, 2024; Statistisches Bundesamt [Destatis], 2023a).

Diese Zahlen verdeutlichen eine Herausforderung für das Gesundheitssystem in doppelter Hinsicht: Zum einen werden die Versorgungsbedarfe schneller wachsen als die verfügbaren personellen und strukturellen Ressourcen. Zum anderen verschieben sich Ausgaben und Aufmerksamkeit an das Lebensende, wo die Pflege am aufwendigsten ist und die Koordination mit medizinischer Versorgung besonders anspruchsvoll wird.

Abbildung 2: **Pflege ist neben Multimorbidität entscheidender Kostenfaktor**



Quelle: _fbeta GmbH

Die strukturelle Anspannung zeigt sich bereits in der Gegenwart. Kommunen und Träger berichten von knappen Kapazitäten in ambulanter Pflege ebenso wie in Tages- und Kurzzeitpflege, die für ein sicheres Entlassmanagement aus dem Krankenhaus unverzichtbar sind. Stationäre Einrichtungen arbeiten vielerorts an wirtschaftlichen und personellen Grenzen. Ambulante Dienste übernehmen zunehmend Koordinationsaufgaben, für die die heutigen Prozesse und Schnittstellen nicht hinreichend ausgelegt sind. Unter diesen Bedingungen steigt das Risiko von Versorgungslücken, verzögerten Interventionen und unnötigen Eskalationen, die sowohl die Betroffenen als auch das System belasten.

Demografie, Multimorbidität und schwindende Tragfähigkeit informeller Pflege

Prognosen gehen davon aus, dass die Zahl der Pflegebedürftigen in Deutschland von heute rund 5,8 Millionen auf mehr als 6,3 Millionen bis 2035 und auf bis zu 7,5 Millionen bis 2055 steigt (Statistisches Bundesamt, 2024; Statistisches Bundesamt [Destatis], 2023a; Statistisches Bundesamt [Destatis], 2023b). Parallel dazu scheiden die geburtenstarken Jahrgänge aus dem Erwerbsleben aus, was nicht nur den Fachkräftemarkt verengt, sondern auch die Finanzierungsbasis der solidarischen Systeme belastet. Ein oft unterschätzter Faktor ist die Veränderung der informellen Pflege. In Deutschland wird ein Großteil der Pflegearbeit privat erbracht; Schätzungen gehen von ungefähr 80 Prozent aus (Fraunhofer-Institut für Angewandte Informationstechnik, 2023). Diese tragende Säule wird fragiler, weil die „jungen Alten“, die bislang als pflegende Angehörige zur Verfügung stehen, in den kommenden Jahren selbst häufiger pflegebedürftig sein werden. Die Folge ist eine Lücke zwischen wachsendem Bedarf und schrumpfender familiärer Unterstützung, die sich weder kurzfristig durch zusätzliche stationäre Plätze noch allein durch Effizienzgewinne im ambulanten Bereich schließen lässt. Ohne eine gezielte Neuaufstellung der Versorgungslogik drohen steigende Eigenanteile, Überlastung professioneller Dienste und eine Zunahme vermeidbarer Notfall- und Krankenhausereignisse.

Dynamik der Pflegebedürftigkeit und Rolle der Sekundärprävention

Pflegebedürftigkeit ist ein dynamischer Prozess, der sich über Jahre entfaltet. Funktionelle Einbußen, Mobilitätseinschränkungen, Sturzrisiko, Sarkopenie, Mangelernährung, kognitive Defizite und depressive Symptome entstehen nicht schlagartig, sondern entwickeln sich schrittweise und sind in frühen Phasen gut beeinflussbar. Die Evidenz zeigt, dass präventive und rehabilitative Maßnahmen – von strukturierter Bewegungstherapie und Ernährungsinterventionen über Sturzprävention und Medikationsmanagement bis zu kognitiver Aktivierung und sozialer Teilhabe – auch im höheren Lebensalter wirksam sind (Romero Starke et al., 2022). Entscheidend ist die systematische Integration dieser Instrumente in die Routine der Pflegeversorgung, insbesondere bei Menschen mit leichten bis moderaten Einschränkungen. Gerade bei den Pflegegraden 1 und 2 lassen sich Progressionen messbar verlangsamen, wenn aktivierende Pflege, geriatrische Rehabilitation und präventive Hausbesuche mit einem konsequenten Case-Finding für Risikolagen verbunden werden. In der Logik der „Kompression“ bedeutet dies, die Dauer der hochaufwendigen Pflegephasen zu verkürzen, ohne Lebenszeit einzubüßen, indem der Eintritt von Verschlechterungen verzögert und die Selbstständigkeit der Pflegebedürftigen länger erhalten wird.

Sekundärprävention ist in diesem Zusammenhang der stärkste Hebel. Sie setzt an konkreten klinischen und alltagsrelevanten Triggern an: auffällige Mobilitätstests, dokumentierte Stürze, ungewollter Gewichtsverlust, polypathologische Medikationsregime mit hohem Interaktionsrisiko, beginnende kognitive Einbußen oder Anzeichen sozialer Isolation. Aus solchen Triggern müssen definierte Interventionspfade folgen, die zeitnah greifen und deren Umsetzung nachvollziehbar dokumentiert wird. Wirksamkeit entsteht durch die konsequente Wiederholung dieser Routine, nicht durch sporadische Einzelangebote. Damit Prävention nicht an der Lebensrealität scheitert, braucht es qualifizierte Beratung, partizipative Zielvereinbarungen sowie eine verständliche Vermittlung des Nutzens für die Betroffenen und ihr Umfeld. Reine Risikoaufklärung genügt nicht; Verhaltensänderungen folgen einem Prozess, der methodisch begleitet werden muss.

Strukturelle Defizite der heutigen Versorgungsorganisation

Die aktuellen Versorgungsstrukturen sind auf episodische Problembehebung ausgerichtet, nicht auf die aktive Gestaltung von Verläufen. Schnittstellen zwischen Krankenhaus, ärztlicher Versorgung, ambulanten Pflegediensten und informell Pflegenden sind oft unzureichend definiert. Entlassmanagement, Nachsorgetermine und Medikationsabgleiche sind vielfach nicht verlässlich verknüpft, sodass Informationsverluste und Doppelarbeiten entstehen. Kurzzeitpflegeplätze fehlen vielerorts genau dann, wenn sie zur Entlastung und Stabilisierung nach einem stationären Aufenthalt benötigt werden. Ambulante Dienste sind mit Koordinationsaufgaben betraut, ohne über verbindliche Kommunikations- und Entscheidungswege mit Haus- und Facharztpraxen zu verfügen. Für pflegende Angehörige existieren zwar Beratungs- und Entlastungsangebote, diese sind jedoch häufig fragmentiert, schwer zugänglich und nicht systematisch mit Präventions- und Rehabilitationsangeboten verknüpft. Das Ergebnis ist eine Versorgung, die häufig zu spät reagiert, Eskalationen nicht verhindert und damit sowohl an Qualität als auch Wirtschaftlichkeit einbüßt.

Settings als Strukturierungsrahmen der Pflegeversorgung

Eine nachhaltige Neuaufstellung der Pflege erfordert einen klaren Strukturierungsrahmen, der die unterschiedlichen Versorgungsrealitäten nicht gegeneinanderstellt, sondern aufeinander bezieht. Im häuslichen Umfeld leisten informell Pflegende, Angehörige, Nachbarn und Freunde, den größten Beitrag. Damit diese Ressource tragfähig bleibt, müssen für sie Informationen verständlich bereitgestellt,

Schulungen regelhaft angeboten und verlässliche Entlastungs- und Vertretungsarrangements ermöglicht werden. Ziel ist nicht die Verlagerung professioneller Pflege, sondern die Stärkung der häuslichen Pflege als geschütztes Setting, in dem Präventions- und Aktivierungsimpulse wirksam werden können.

In der häuslichen Pflege mit Unterstützung ambulanter Dienste verschiebt sich die Rolle zunehmend von der reinen Leistungserbringung hin zur Koordination von Verläufen. Dies setzt abgestimmte Pflege- und Behandlungspläne zwischen Pflegedienst und ärztlicher Versorgung voraus sowie ein standardisiertes Entlass- und Nachsorgemanagement nach Krankenhausaufenthalten. Die Zusammenarbeit mit der hausärztlichen Versorgung muss planvoll und verlässlich sein, damit Monitoring-Ergebnisse, Medikationsänderungen oder neue Diagnosen rasch in die Pflegeplanung zurückfließen. Das stationäre Setting bleibt für hochaltrige Menschen mit komplexen Bedarfen unverzichtbar. Hier geht es um Kapazitätssicherung, Qualität und eine enge Rückkopplung in die ambulanten Strukturen, um Wiederaufnahmen zu vermeiden und eine Stabilität in der Versorgung zusichern. Entscheidend ist der Gedanke des integrierten regionalen Systems: Jede Einrichtung und jedes Team arbeitet nicht isoliert, sondern als Teil einer abgestimmten Versorgungskette.

Szenarien und Transformationsbedarf

Ohne eine inhaltliche und organisatorische Neuaufstellung droht eine Spirale aus Überlastung, Kostenanstieg und Qualitätsverlust. Die informelle Pflege wird schwächer, professionelle Dienste geraten unter Druck, Versorgungslücken öffnen sich an genau den Stellen, an denen Stabilisierung am wirksamsten wäre: in der frühen Eskalationserkennung und an den Übergängen zwischen den Sektoren. Mit einer gezielten Transformation lässt sich ein gegenläufiger Effekt erzielen. Voraussetzung dafür ist eine konsequente Verknüpfung von Pflege, Prävention und medizinischer Versorgung. In der Praxis bedeutet dies, Risiken frühzeitig zu identifizieren, standardisiere Prozesse zwischen ambulanten und stationären Strukturen zu schaffen, Angehörige und andere informell Pflegende planvoll einzubinden, Kurzzeit- und Übergangspflege als systemrelevante Puffer zu nutzen und alle beteiligten Akteure in einer gemeinsamen Planung zusammenzuführen. Eine digital unterstützte, virtuell organisierte Zusammenarbeit erleichtert diese Koordination, ersetzt sie aber nicht; deren technische Ausgestaltung wird in Kapitel 4 dargestellt, die Vergütungslogik in Kapitel 5.

Versorgungsleitbild und Transformationslogik

Das in diesem Kapitel entfaltete Leitbild ist die integrierte Pflege als Bestandteil eines koordinierten regionalen Versorgungssystems. Im Zentrum stehen ein gemeinsamer, fallbezogener Pflege- und Behandlungsplan, klare Verantwortlichkeiten über alle Settings hinweg und definierte Schnittstellen für Entlassmanagement, Nachsorge und Medikationssicherheit. Prävention ist kein Zusatz, sondern integraler Bestandteil dieser Planung. Für die Zielgruppen mit geringem bis moderatem Unterstützungsbedarf werden aktivierende Pflege, geriatrische Rehabilitation und präventive Hausbesuche als Regelfall etabliert. Für komplexe Verläufe stehen Kontinuität und Vermeidung von Rehospitalisierungen im Vordergrund, unterstützt durch früh terminierte Nachsorge und priorisierten Zugang zur Kurzzeitpflege. Informelle Pflege wird als fester Bestandteil der Versorgungspfade verstanden, mit regelmäßiger Schulung, Beratung und psychosozialer Unterstützung. Damit entsteht eine Logik, die Verläufe aktiv gestaltet und Eskalationen vorbeugen kann.

Die Umsetzung verlangt Disziplin und Verbindlichkeit. Rollen müssen eindeutig definiert, Kommunikationswege standardisiert und Entscheidungsrechte transparent sein. Daten dürfen nicht an Sektorgrenzen enden, sondern müssen entlang des individuellen Verlaufs verfügbar sein.

Ergebnisbeobachtung dient nicht der Bürokratie, sondern der Steuerung. Relevante Indikatoren sind etwa das Erreichen definierter Stabilitätsziele, die Reduktion vermeidbarer Krankenhausaufnahmen, eine verlangsamt verlaufende Pflegegradprogression sowie patientenberichtete Ergebnisse und Erfahrungsmessungen. Auf dieser Basis lassen sich Pfade weiterentwickeln, regionale Varianten vergleichen und gute Praxis systematisch verbreiten.

Umsetzungstiefe als Maßstab für Erfolg

Das Pflege- und Gesundheitssystem in Deutschland leidet weniger an fehlenden Konzepten als an mangelnder Umsetzungstiefe. Diese entsteht, wenn Verantwortlichkeiten verbindlich sind, Standards gelebt und Ergebnisse sichtbar gemacht werden. Für die Pflege bedeutet dies insbesondere, Übergänge zwischen stationärer und hausärztlicher Versorgung, ambulanten Diensten und informeller Pflege so zu gestalten, dass Informationen vollständig, Fristen verlässlich und Ansprechpersonen eindeutig zugeordnet sind. Kurzzeit- und Übergangspflege werden als strategische Ressourcen verstanden, nicht als „Restposten“. Angehörige und andere informell Pflegende erhalten eine kontinuierliche Unterstützung entlang des Verlaufs. Internationale Erfahrungen zeigen, dass Systeme mit gestuftem Zugang und klarer Verantwortungszuordnung bessere Ergebnisse erzielen und Ressourcen effizienter nutzen (Girwar et al., 2021). Entscheidend ist, dass aus Projekten Routinen werden und regionale Lösungen so gestaltet sind, dass sie auf andere Regionen und Indikationen übertragbar bleiben.

Ausblick

Die in diesem Kapitel dargestellten versorgungsinhaltlichen Schwerpunkte konkretisieren die in Kapitel 1 entwickelte Fallgruppenlogik und verdeutlichen, wie die Pflege entlang der Fallgruppen und Settings inhaltlich ausgestaltet werden kann. Es zeigt auf, an welchen Punkten Prävention, Früherkennung, Beratung, technische Unterstützung und Kooperation gezielt ineinandergreifen müssen, um eine integrierte, digital gestützte Pflegeversorgung zu ermöglichen.

Auf dieser Grundlage setzt Kapitel 3 an: Es überführt die inhaltlichen Schwerpunkte in funktionale Versorgungsjourneys und beschreibt, wie die theoretischen Leitlinien der Pflegekonzeption in konkrete Versorgungspfade, Interaktionsmuster und Abläufe übersetzt werden. Kapitel 4 stellt darauf aufbauend die technische und infrastrukturelle Umsetzung dar – insbesondere die IT-Systemlandschaft, die Plattformlogiken und die Interoperabilitätserfordernisse. Kapitel 5 schließlich widmet sich den Vergütungs- und Steuerungsmechanismen, die notwendig sind, um die Pflege als integrierten Bestandteil des regionalen Versorgungssystems nachhaltig zu verankern.

Damit schließt sich der methodische Bogen: Aus der Analyse von Bedarf und Struktur (Kapitel 2) wird über die inhaltliche Operationalisierung (Kapitel 2.1 – 3) die funktionale und technische Umsetzung (Kapitel 4 – 5) abgeleitet. So wird die Transformation der Pflege von einem sektoralen Aufgabenfeld zu einer koordinierenden und vorausplanenden Versorgungsfunktion systematisch nachvollziehbar.

2.1 Versorgungsinhaltliche Schwerpunkte der Konzeption

Im Rahmen der Konzeptionserstellung wurden die Erkenntnisse der Potenzialanalyse in Sprint I des LeiG-Projektes für die Transformationsstrategie „Therapiesteuerung“ verdichtet, wie oben beschrieben strukturiert und mit Expertinnen und Experten der Leistungserbringer und Kostenträger aus der Region vertieft und diskutiert.

Dieses Kapitel fasst die Schwerpunkte der versorgungsinhaltlichen Aussagen aus dem Konzeptionsprozess, insbesondere dem Workshop „Versorgungsinhaltliche Weichenstellung Pflege“ vom 14. Mai 2025 zusammen. Die Gliederung orientiert sich an der **versorgungslogischen Abfolge des Pflegeprozesses** – von der Früherkennung bis zur Integration und Verbesserung der Effizienz der Versorgung. Dabei bilden die beiden Settings – **häusliche Pflege durch Angehörige und andere informell Pflegende (I)** und **häusliche Pflege durch ambulante Dienste (II)** – das grundlegende analytische Bezugssystem.

2.1.1 Früherkennung

Setting I: Häusliche Pflegeausschließlich durch Angehörige und andere informell Pflegende; Fallgruppe: neu pflegebedürftige Personen bzw. unmittelbar von Pflegebedürftigkeit bedrohte Personen

Ausgangslage

Sowohl für eine optimale pflegerische und medizinische Versorgung als auch im Sinne einer möglichst wirksamen Sekundär- und Tertiärprävention ist das frühzeitige Erkennen erster auftretender Anzeichen von Einschränkungen entscheidend. Ähnlich wie bei chronischen Erkrankungen sind auch im Falle beginnender Pflegebedürftigkeit Präventionsanstrengungen in frühen Phasen erstens leichter umsetzbar, da Patientinnen und Patienten zum einen eher in der Lage sind, die angebotenen Möglichkeiten selbst aktiv zu unterstützen, und zweitens die Erfolgsaussichten sowie die Wirksamkeit der zur Verfügung stehenden Präventionsmaßnahmen in frühen Stadien deutlich höher sind (Hasemann et al., 2022). Vor diesem Hintergrund sind Verbesserungen bei der Früherkennung von Pflegebedürftigkeit eine Voraussetzung für die Wirksamkeit der Transformationsstrategie.

Akteure und Zugangswege

Pflegebedürftigkeit wird über verschiedene Zugangskanäle sichtbar, wobei unterschiedliche Akteure eine zentrale Rolle bei der Erstwahrnehmung und Einschätzung möglicher Pflegebedarfe spielen. Neben dem familiären Umfeld sind Hausärztinnen und Hausärzte häufig die ersten, die auf gesundheitliche Einschränkungen aufmerksam werden. Auch die Geschäftsstellen der Krankenkassen sowie kommunale oder kassennahe Pflegeberatungen sind wichtige Anlaufstellen. Im Sozialraum übernehmen das Quartiersmanagement und die Gemeindesozialarbeit – sofern vorhanden – eine beobachtende und vermittelnde Funktion. Darüber hinaus spielen Seniorentreffs eine Rolle, da sie regelmäßigen Kontakt zu älteren Menschen ermöglichen und Veränderungen wahrnehmen können. Beim Entlassmanagement kommt dem Sozialdienst der Krankenhäuser eine wichtige Funktion zu, insbesondere da hier größere Fallzahlen betroffen sind. Ergänzend zeigt sich, dass viele Betroffene oder pflegende Angehörige erste Informationen zur Pflegesituation selbstständig suchen, etwa über das Internet („Dr. Google“). Belastbare Zahlen zur Häufigkeit und Verteilung dieser Zugangswege liegen derzeit nicht oder nur unvollständig vor.

Herausforderungen

Trotz der Vielzahl möglicher Kontaktpunkte erfolgt die Erkennung von Pflegebedarfen bislang wenig systematisch. Die Schnittstellen zwischen den beteiligten Akteuren sind nicht klar definiert, Informationen

werden häufig nicht weitergegeben oder zu spät erfasst. Dadurch entstehen Verzögerungen in der Einleitung geeigneter Maßnahmen, und präventive Handlungsspielräume bleiben ungenutzt.

Potenziale

Ein noch weitgehend ungenutzter Kanal zur Identifizierung potenzieller Pflegebedarfe stellt §25b SGB V „Datengestützte Erkennung individueller Gesundheitsrisiken durch die Kranken- und Pflegekassen“ zur Verfügung. Die Anwendung derartiger prädikativer Verfahren, wie aktuell von der AOK Bayern erprobt, ermöglicht eine vorausschauende Steuerung und frühzeitige Intervention.

Bezug zur Transformationsstrategie

Die Verbreitung, Verzahnung und Verbesserung von Verfahren zur Früherkennung von Pflegebedürftigkeit bilden einen wichtigen Ansatzpunkt für die Strategie zur digitalen Unterstützung der häuslichen Pflege.

2.1.2 Zugang zur Pflegeversorgung

Setting I: Häusliche Pflegeausschließlich durch Angehörige und andere informell Pflegende; Fallgruppe: neu pflegebedürftige Personen

Ausgangslage

Die erste Hürde für Pflegebedürftige und ihr Umfeld besteht in der Komplexität des Zugangs zu Pflegeleistungen: Bürokratische Verfahren, eine Vielzahl potenzieller Leistungen verschiedener Anbieter, spezifische Berechtigungsregelungen und nicht selbsterklärende Begrifflichkeiten erschweren die Orientierung. Besonders Sprachbarrieren verhindern, selbstständig die richtigen Informationen zu finden und Angebote zu nutzen.

Akteure und Zugangswege

Der Zugang zu Pflegeleistungen erfolgt über ein Nebeneinander vieler Akteure – Kranken-, und Pflegekassen, Beratungsstellen, Sozialdienste, kommunale Anlaufstellen und informelle Netzwerke. Eine klare Struktur oder einheitliche Anlaufstelle fehlt bislang.

Herausforderungen

Aktuell fehlt es in der Städteregion Aachen sowie die angrenzenden Kreise Euskirchen, Heinsberg und Düren an transparenten und verständlichen Beschreibungen der bestehenden Angebote. Zwar existieren zahlreiche Beratungsmöglichkeiten, diese decken jedoch nur Teile des Informationsbedarfs ab oder sind nicht flächendeckend verfügbar. Die Informationslage ist unübersichtlich und setzt häufig voraus, dass man sich im System bereits gut auskennt. Zudem ist eine direkte Kontaktaufnahme mit den zuständigen Stellen selten möglich – der Zugang erfolgt meist über zwischengeschaltete Beratungsinstanzen wie Beratungs- und Vermittlungsstellen.

Potenziale

Digitale Systeme können entscheidend dazu beitragen, den Zugang zu Pflegeleistungen zu verbessern durch:

- Konzentration der verschiedenen Angebote auf einer regionalen Zugangsplattform,
- barrierefreie Darstellung der Inhalte und Services in einfacher Sprache und zahlreichen Fremdsprachen,

- digitale Umsetzung der Workflows im Rahmen der Antragsstellung, des Pflegeassessments und anderer Zugangsprozesse zur Arbeitserleichterung der beteiligten Personen,
- Verankerung und Nutzung dieser Workflow-Unterstützung in Prozessen, bei denen Pflegebedürftigkeit festgestellt wird, wie z. B. bei geriatrischen Assessments oder im Rahmen des Entlassmanagements nach einem stationären Aufenthalt.

Bezug zur Transformationsstrategie

Die Schaffung einer einheitlichen, digitalen Zugangsplattform stellt einen zentralen Baustein der Strategie dar. Sie verbessert nicht nur Transparenz und Zugänglichkeit, sondern legt die Basis für eine datenbasierte Steuerung und ein integriertes Versorgungsmanagement.

2.1.3 Beratung und Unterstützung, Integration der Unterstützungsangebote

Setting I: Häusliche Pflegeausschließlich durch Angehörige und andere informell Pflegende; Fallgruppe: neu pflegebedürftige Personen

Ausgangslage

Auch nach erfolgreichem Zugang zu Pflegeleistungen besteht bei informell Pflegenden ein hoher Informations- und Unterstützungsbedarf. Es gibt zahlreiche Angebote verschiedener Träger (Pflegestützpunkte, kommunale Pflege- und Seniorenlotsen, Gesundheitskioske, Quartiersmanagement, Pflegeberatung nach §§ 37 und 45 SGB XI, Modellvorhaben wie „Familiale Pflege“), diese sind jedoch häufig nicht klar strukturiert oder schwer zugänglich.

Akteure und Zugangswege

Die bestehenden Unterstützungsstrukturen sind auf eine Vielzahl von Organisationen verteilt mit jeweils eigenen Zuständigkeiten, Kommunikationskanälen und Terminlogiken. Pflegende Angehörige und andere informell Pflegende müssen sich eigenständig im System orientieren und sind dadurch oft überfordert.

Herausforderungen

Beratungstermine sind häufig knapp, zeitlich eingeschränkt oder regional ungleich verteilt. Informationsangebote werden redundant bereitgestellt, ohne dass sie miteinander verknüpft sind. Dadurch entsteht ein fragmentiertes Unterstützungsangebot, das die Orientierung erschwert und zu Versorgungslücken führt.

Potenziale

Die Bündelung aller relevanten bestehenden Beratungs- und Unterstützungsangebote auf einer regionalen Zugangs- und Informationsplattform soll:

- eine zentrale, niederschwellige digitale Anlaufstelle bieten,
- Informations- und Unterstützungsangebote (z. B. Schulungen, Pflegeanleitungen, Kursangebote) abbilden,
- perspektivisch telefonische und Online-Beratungsdienste integrieren.

Bezug zur Transformationsstrategie

Die digitale Integration bestehender Beratungs- und Unterstützungsangebote stärkt Selbsthilfekompetenzen, entlastet Beratungsstellen und erhöht die Sichtbarkeit vorhandener Ressourcen.

Damit trägt sie wesentlich zur Zielsetzung der Strategie bei, informelle Pflege systematisch zu stärken und Versorgungsbrüche zu vermeiden.

2.1.4 Integration ehrenamtlicher Unterstützungsangebote

Setting I: Häusliche ausschließlich durch Angehörige und andere informell Pflegende

Ausgangslage

Ein regionales Pflegeportal wie oben beschrieben soll auch dazu dienen, ehrenamtliche Unterstützungsangebote im Sozialraum zu fördern, die Betroffene und Unterstützende in einem echten sozialen Netzwerk zusammenbringen. Über dieses Portal könnten Angebote zur Pflege sozialer Kontakte mit Freizeit- oder Bewegungsangeboten publiziert, Selbsthilfegruppen von Betroffenen oder informell Pflegenden organisiert oder Besuchsdienste koordiniert werden.

Akteure und Zugangswege

In der Region Aachen existieren unterschiedliche ehrenamtsbezogene Anlaufstellen, wie etwa die Ehrenamtsbörse Düren, die Freiwilligenagentur Aachen und die Ehrenamtsportale der Caritas und der Malteser in Deutschland. Diese Angebote variieren stark hinsichtlich Struktur und Zugänglichkeit.

Herausforderungen

Modelle aus anderen Regionen, etwa Quartier 2030 in Baden-Württemberg oder das Koordinierungszentrum Bürgerschaftliches Engagement in Bayern, zeigen, dass ein professionelles Freiwilligenmanagement im Hauptamt nachhaltigere Effekte erzielt. Die Entwicklung digital gestützter Strukturen und einer stärkeren Verzahnung von informellen mit professionellen Ehrenamtsplattformen und Freiwilligenagenturen wird als zukunftsweisend eingeschätzt.

Potenziale

Denkbar wäre hier auch ein digitaler Marktplatz für Angebote zur Unterstützung in der Haushaltsführung. Das Thema „haushaltsnahe Unterstützungsleistungen“ soll ergänzend in das Versorgungskonzept aufgenommen werden. Gerade im häuslichen Umfeld können solche Leistungen wesentlich zur Entlastung beitragen und eine drohende Pflegebedürftigkeit hinauszögern.

Bezug zur Transformationsstrategie

Die systematische Einbindung ehrenamtlicher Strukturen in eine digitale Plattform stärkt Netzwerke im Sozialraum, erweitert Versorgungsressourcen und unterstützt die strategische Zielsetzung einer integrierten, regional vernetzten Pflegeinfrastruktur.

2.1.5 Prävention in der Pflege

Setting I: Häusliche Pflegeausschließlich durch Angehörige und andere informell Pflegende

Ausgangslage

Präventionsarbeit kann auch in der Pflege wichtige Beiträge zur Verbesserung der Situation von Betroffenen leisten. Die frühzeitige Sensibilisierung und Aufklärung über bestehende Angebote, die Förderung von Eigeninitiative und Motivation sowie der Erhaltung von Mobilität und geistiger Gesundheit sind hier die wichtigsten Potenziale.

Akteure und Zugangswege

In der Präventionsarbeit sind Kranken- und Pflegekassen, ambulante Dienste, Kommunen und Pflegeberatungen zentrale Akteure. Informell Pflegende spielen eine wichtige Rolle bei der Vermittlung und Umsetzung präventiver Maßnahmen im häuslichen Umfeld.

Herausforderungen

- Bestehende Angebote zur Prävention werden eher von gesundheitsbewussten Personen in Anspruch genommen, Personen mit hohem Bedarf/höherem Bedarf werden nicht erreicht und zudem weniger von sozial Benachteiligten wahrgenommen. Eine gezielte Steuerung dieser Patientengruppen in Präventions- bzw. Gesundheitskompetenzprogramme findet kaum statt.
- Angebote im Bereich der Sekundär-/Tertiärprävention, die sich als wirksam erwiesen haben (u. a. eine aktivierende Pflege und Mobilisierung der Patienten oder präventive Angebote in der Tagespflege), sind teils unterfinanziert und daher nicht etabliert. Informell Pflegenden sind die Angebote häufig nicht bekannt und werden erst in Einrichtungen der Teil- oder Vollstationären Pflege genutzt, obwohl die Inanspruchnahme von Pflegebedürftigen mit niedrigeren Pflegestufen wirkungsvoller wäre.
- Häufig keine Beachtung findet die Prävention bei den informell Pflegenden selbst. Die Belastung, die mit der Pflegearbeit einhergeht, ist nicht nur mit einem erhöhtem Krankheitsrisiko für die Pflegepersonen verbunden, sondern hat auch einen Einfluss auf die Produktivität (Doppelbelastung durch Pflege und Erwerbstätigkeit) und damit auf den Arbeitsmarkt. In letzter Konsequenz besteht die Gefahr, dass informell Pflegende ohne präventive Unterstützung vermehrt und verfrüht selbst pflegebedürftig werden.
- Soziale Isolation und Einsamkeit können sowohl die körperliche als auch die psychische Gesundheit erheblich beeinträchtigen und langfristig das Risiko einer Pflegebedürftigkeit erhöhen. Präventive Maßnahmen, die gezielt auf den Abbau von Einsamkeit abzielen, können daher einen wichtigen Beitrag zur Erhaltung der Selbstständigkeit im Alter leisten.

Potenziale

Die beschriebenen Defizite werden in der Pflegekonzeption über verschiedene Ansätze aufgegriffen:

- Informationsdefiziten und dem Mangel an niederschwelligen Angeboten wird über die Informations- und Zugangsplattform entgegengewirkt, sodass größere Zielgruppen erreicht werden können.
- Informell Pflegende werden gezielt zu präventiven Maßnahmen geschult und beraten, auch dies erfolgt im Wesentlichen über die Zugangsplattform.
- Über die Therapiesteuerungsplattform werden präventive pflegerische und medizinische Maßnahmen im Versorgungsplan abgebildet.
- Der Aspekt der Einsamkeit sollte als eigenständiger Faktor in die Module zur Früherkennung und Vorsorge integriert werden.
- Anbieter von präventiven Maßnahmen im Alter und ihre Angebote werden (vgl. IGES-Projekt) auf der Zugangsplattform abgebildet.

Bezug zur Transformationsstrategie

Die Stärkung präventiver Pflege und die Integration in bestehende digitale Strukturen sind zentrale Voraussetzungen, um Pflegebedürftigkeit zu verzögern und die Selbstständigkeit älterer Menschen im häuslichen Umfeld zu erhalten und Belastungen für informell Pflegende zu reduzieren.

2.1.6 Technische Unterstützungsmöglichkeiten in der häuslichen Pflege

Setting I: Häusliche Pflege ausschließlich durch Angehörige und andere informell Pflegende

Ausgangslage

Zahlreiche Hersteller bieten technische Systeme an, die Pflegebedürftige darin unterstützen, länger ein selbstbestimmtes und sicheres Leben in den eigenen vier Wänden führen zu können, man spricht hier von Ambient Assisted Living (AAL). Darüber hinaus gibt es Geräte zur Sensorik und Vitaldatenüberwachung, die ein Patient am Körper trägt (Wearables).

Akteure und Zugangswege

Technische Unterstützung wird aktuell meist über individuelle Anschaffungen oder Beratung durch Hilfsmittelanbieter und Pflegedienste organisiert. Einheitliche Strukturen zur Empfehlung, Integration und Finanzierung fehlen.

Herausforderungen

Viele Angebote müssen privat finanziert werden und stellen Einzellösungen ohne Integration, die über keine technische Integration verfügen. Sie lassen sich daher nicht immer sinnvoll ergänzen oder von medizinischen bzw. pflegerischen Behandlern in die Versorgungsabläufe integrieren. Zudem bestehen Unsicherheiten über technische Möglichkeiten, Datenschutz und Finanzierungsoptionen.

Potenziale

Das Thema Hausnotruf ist ein wiederkehrender Bestandteil in der pflegerischen Beratung. Eine gezielte Schulung der Beratenden und praxisnahe Informationsangebote können helfen, Vertrauen zu schaffen und die Einsatzbereitschaft zu erhöhen. Technische Assistenzsysteme können Pflegebedürftigkeit verzögern, die Versorgungssicherheit erhöhen und pflegende Angehörige und andere informell Pflegende entlasten.

Bezug zur Transformationsstrategie

Die Integration technischer Unterstützungsangebote in digitale Plattformen ist ein zentraler Bestandteil der Strategie. Ziel ist eine nutzerfreundliche, interoperable Systemlandschaft, die Technik nicht als Zusatz, sondern als festen Bestandteil der Versorgung verankert.

2.1.7 Mehrstufige Akutversorgung: „Pflege 116/117“

Setting I: Häusliche Pflege ausschließlich durch Angehörige und andere informell Pflegende

Ausgangslage

Die Vorstufen einer Unterstützung Pflegebedürftiger in akuten Bedarfssituationen bestehen zunächst darin, informell Pflegenden die für ihre Tätigkeit erforderlichen Kenntnisse, Sicherheit und Ruhe im alltäglichen Umgang mit den ihnen anvertrauten Personen zu vermitteln.

Akteure und Zugangswege

Unterstützungsangebote für Akutsituationen werden derzeit dezentral durch Beratungsstellen, ambulante Pflegedienste, Hausärzte oder Notrufsysteme organisiert. Eine zentrale Koordinationsstruktur besteht bisher nicht.

Herausforderungen

Bei akuten Krisen fehlen häufig kurzfristig verfügbare Versorgungsangebote, etwa in der Verhinderungs-, Kurzzeit-, Tages- oder Nachtpflege. Dies führt dazu, dass überlastete informell Pflegende häufig den Rettungsdienst alarmieren, was ungeplante Hospitalisierungen zur Folge hat.

Potenziale

Eine abgestufte, digitale Akutversorgungsstruktur kann die Versorgungssicherheit erhöhen durch

- Erstinformationen über klar strukturierte, leicht zugängliche Informationsmaterialien, FAQs und Video-Anleitungen,
- Unterstützung durch KI-basierte Chat-Assistenz oder telefonische Fachberatung,
- Verbesserte digitale Zugangs- und Steuerungslogik zu bestehenden Versorgungsstufen bis hin zur Einbindung ambulanter Pflegedienste oder stationärer Versorgung.

Eine zentrale Koordinationsstelle („Pflege 116/117“) könnte Rufbereitschaften bündeln und Versorgungslücken schließen.

Bezug zur Transformationsstrategie

Die Einführung einer abgestuften, digital unterstützten Akutversorgungsstruktur verbessert Reaktionsgeschwindigkeiten, entlastet bestehende Notfallstrukturen und erhöht die Stabilität häuslicher Pflegearrangements.

2.1.8 Integration medizinische Versorgung

Setting I: Häusliche Pflegeausschließlich durch Angehörige und andere informell Pflegende

Ausgangslage

Informell Pflegende kämpfen mit den gleichen Schwierigkeiten wie alle Patienten, wenn es um den Zugang zu medizinischer Versorgung geht: ungünstige Sprechzeiten für Berufstätige, mangelnde Terminverfügbarkeit bei Haus- und vor allem Fachärzten, fehlende Kapazitäten für Hausbesuche, längere Wartezeiten beim ärztlichen Bereitschaftsdienst oder in Bereitschaftspraxen.

Akteure und Zugangswege

Haus- und Fachärzte, ambulante Pflegedienste und informell Pflegende agieren häufig unkoordiniert nebeneinander. Auch Heilmittelerbringer (z. B. Psychotherapeuten) sind bislang nur begrenzt in die Versorgungskoordination eingebunden.

Herausforderungen

Fehlende Kommunikationskanäle zwischen Haus- und Fachärzte, Pflegefachkräften und informell Pflegenden erschweren eine abgestimmte Versorgung, etwa:

- Fehlende gemeinsame Behandlungsplanung und unzureichende Transparenz über Behandlungsschritte,
- Unzureichende Abstimmung und Kommunikation zwischen Hausärzten, Fachärzten, Pflege und informell Pflegenden,
- Fehlende strukturierte Übergaben und Koordination zwischen Versorgungssektoren sowie begrenzte Einbindung von Heilmittelerbringern.

Aus diesen Herausforderungen ergeben sich zentrale Ansatzpunkte für eine verbesserte Koordination und Integration der Versorgung, die im Folgenden als Potenziale zur Weiterentwicklung beschrieben werden.

Potenziale

- Eine Integration hausärztlicher Versorgungsleistungen kann durch die Nutzung der Therapiesteuerungsplattform erfolgen, in der ein patientenspezifischer Behandlungsplan hinterlegt ist, der die pflegerischen Behandlungsschritte und Pflegediagnosen enthält und auch für Pflegebedürftige und deren Vertrauenspersonen einsehbar ist.
- Hausbesuche können auch durch qualifizierte, moderne Pflegeberufe (CHN, VERAH, NäPA) abgedeckt werden, gegebenenfalls verbunden mit telemedizinischen Angeboten und der Integration technischer Anwendungen zur Diagnoseunterstützung (vgl. Abschnitt 2.1.6).
- Eine konsequente Anwendung von Modellen zur Primärversorgung kann die Patientensteuerung unterstützen und damit zu einem verbesserten Zugang zu Facharzt-Terminen beitragen.
- Die Integration von Heilmittelerbringern kann über die Gewährung des Zugriffs auf die Therapiesteuerungsplattform verbessert werden: Physiotherapeuten beispielsweise müssten keine erneute Anamnese durchführen.

Bezug zur Transformationsstrategie

Die digitale Verknüpfung medizinischer und pflegerischer Versorgung über die Therapiesteuerungsplattform schafft Transparenz, verbessert die Behandlungsqualität und ermöglicht eine kontinuierliche Versorgungskette.

Setting II: Häusliche Pflege durch oder mit ambulante(n) Pflegedienste(n)

Ausgangslage

Die im Setting I genannten Aspekte sind auch in diesem Setting relevant. Es besteht jedoch ein wesentlicher Unterschied: Mit der Pflegefachkraft steht hier eine fachlich geschulte Person mit umfassenden Kompetenzen zur Versorgung von Pflegebedürftigen.

Akteure und Zugangswege

Ambulante Pflegedienste übernehmen zunehmend die Rolle einer koordinierenden Schnittstelle zwischen Patienten, informell Pflegenden und medizinischen Behandlern. Sie sind daher zentrale Akteure in der operativen Umsetzung der integrierten Versorgung.

Herausforderungen

Pflegefachkräfte ambulanter Dienste haben aktuell noch mit den gleichen Schwierigkeiten zu kämpfen wie informell Pflegende: Es fehlen synchrone oder asynchrone Kommunikationskanäle mit Ärztinnen und Ärzten sowie ein direkter Zugang zu Akutversorgungsstrukturen. Strukturierte und standardisierte Kommunikationsprozesse zwischen Hausärzten und der professionellen Pflege sind bislang nur unzureichend etabliert. Der Informationsfluss erfolgt häufig informell oder lückenhaft, was zu Versorgungsabbrüchen oder ineffizienten Abläufen bis hin zu vermeidbaren Hospitalisierungen führen kann.

Potenziale

Erste Versuche, z. B. Änderungen an Therapieplänen durch einen digitalen Austausch über das Kommunikationssystem KIM (Kommunikation im Medizinwesen) zwischen Hausärzten und anderen Beteiligten zu ermöglichen, zeigen konkrete Ansätze zur Verbesserung der sektorenübergreifenden Kommunikation. Über die Therapiesteuerungsplattform erhalten Pflegefachkräfte Zugriff auf die digitalen Therapie- und Behandlungspläne, um pflegerische Maßnahmen mit der vorgesehenen Therapie abzustimmen und die pflegerischen Maßnahmen dort zu hinterlegen.

Bezug zur Transformationsstrategie

Die Integration der professionellen Pflege in die digitale Kommunikations- und Behandlungsstruktur ist ein entscheidender Hebel der Strategie. Sie ermöglicht eine nahtlose, interprofessionelle Zusammenarbeit, stärkt die Steuerungsfähigkeit im Versorgungsprozess und reduziert Krankenhausaufenthalte.

2.1.9 Verstärkter Einsatz von Telemedizin

Setting II: Häusliche Pflege durch oder mit ambulante(n) Pflegedienste(n)

Ausgangslage

Während die hausärztliche Versorgung in Pflegeeinrichtungen in der Regel gut organisiert ist, bestehen in der Versorgung in der eignen Häuslichkeit erhebliche Defizite bei der fachärztlichen Betreuung. Hausbesuche durch Fachärztinnen und Fachärzte sind selten, logistisch aufwendig und wirtschaftlich oft nicht tragfähig.

Akteure und Zugangswege

Ambulante Pflegedienste fungieren häufig als Mittler zwischen Patientinnen und Patienten, Haus- und Fachärzten, verfügen jedoch nicht über geeignete digitale Kommunikationsmittel oder strukturierte Abläufe.

Herausforderungen

Die Vergütungsstruktur bildet telemedizinische Leistungen oder mobile Versorgung bislang nicht ausreichend ab. Fachärzte bieten daher selten regelmäßige Besuche an, was langfristig die Versorgungsqualität gefährdet, und Pflegedienste sehen sich u.a. mit den folgenden Herausforderungen konfrontiert:

- Fehlende Vergütungsanreize für ambulante Pflegedienste zur Nutzung telemedizinischer Leistungen,
- Unzureichende technische Anbindung an telemedizinische Infrastrukturen sowie
- Fehlende Qualifizierung im Umgang mit entsprechenden Anwendungen.

Potenziale

Pflegefachkräfte ambulanter Dienste sollten flächendeckend für den Einsatz telemedizinischer Systeme qualifiziert werden. Die Übertragung des Hausarztprinzips auf die ambulante Pflege kann Versorgungssicherheit und Kontinuität verbessern.

Bezug zur Transformationsstrategie

Telemedizin ist ein zentraler Hebel zur Integration von Pflege und Medizin. Sie ermöglicht eine zeitnahe, ortsunabhängige Kommunikation, reduziert Hospitalisierungen und stärkt die Versorgungsqualität im häuslichen Umfeld.

2.1.10 Effizienz durch Kooperation

Setting II: Häusliche Pflege durch oder mit ambulante(n) Pflegedienste(n)

Ausgangslage

Ambulante Pflegedienste arbeiten derzeit meist unabhängig voneinander, mit redundanten Fahrwegen, unklarer Gebietsaufteilung und geringer digitaler Abstimmung.

Akteure und Zugangswege

Ambulante Pflegedienste, Hausärzte und weitere Leistungserbringer sind in die Versorgung derselben Patientengruppen eingebunden. Der Zugang zu Leistungen erfolgt überwiegend über bestehende Versorgungsstrukturen und individuelle Abstimmungen zwischen den Akteuren. Eine systematische Koordination oder standardisierte Kooperations- und Kommunikationswege sind bislang jedoch nur begrenzt etabliert.

Herausforderungen

Ein erheblicher Teil der Arbeitszeit ambulanter Dienste entfällt auf Fahrzeiten, was die Effizienz mindert. Fehlende regionale Zuständigkeiten und unzureichende technische Unterstützung verschärfen das Problem.

Potenziale

Digitale Systeme können Wegezeiten optimieren und eine koordinierte Gebietsabdeckung sicherstellen. Kooperationen zwischen Pflegediensten ermöglichen Ressourcenteilung, Kapazitätsausgleich und somit eine höhere Versorgungseffizienz.

Bezug zur Transformationsstrategie

Kooperative, digital gestützte Organisationsformen sind zentrale Elemente der Strategie. Sie fördern eine ressourcenschonende Versorgung, stärken regionale Netzwerke ambulanter Dienste und tragen zur Sicherung der ambulanten Pflegekapazitäten bei.

3 Digitale Transformation im Ökosystem

Die in Kapitel 2 dargelegten versorgungsinhaltlichen Schwerpunkte zeigen, wie Pflege in einer integrierten, digital gestützten Versorgungslandschaft neu ausgerichtet werden kann. Sie beschreiben die fachliche und strukturelle Logik einer modernen Pflege, die Prävention, Koordination und professionelle Unterstützung zu einem durchgängigen System verbindet.

Kapitel 3 überführt diese inhaltlichen Zielbilder in die Ebene der konkreten Umsetzung. Es beschreibt, wie die digitale Transformation der Pflege im regionalen Ökosystem gestaltet werden kann, also wie die zuvor skizzierten Versorgungsideen, Rollenbilder und Steuerungsmechanismen in funktionale Module und digitale Prozesse übersetzt werden.

Damit schließt Kapitel 3 unmittelbar an die Pflegekonzeption an: Es zeigt, wie die versorgungsinhaltlichen Schwerpunkte technisch, organisatorisch und prozessual operationalisiert werden und in die Gesamtarchitektur der digitalen Plattform und der regionalen Steuerungslogik integriert werden können. Die folgenden Abschnitte verdeutlichen, wie Versorgungskontinuität, Kommunikation und Dateninfrastruktur im Pflegekontext zusammenwirken und welche Bausteine für eine zukunftsfähige, virtuell gestützte Pflegeversorgung erforderlich sind.

Dabei wird zunächst die Wertschöpfung entlang der zentralen Pflegeprozesse betrachtet. Diese Zwischenstufe dient dazu, die in Kapitel 2 entwickelten fachlich-inhaltlichen Zielbilder in ein systematisches Verständnis von Prozesslogik und Wirkzusammenhängen zu überführen. Die Analyse der Wertschöpfungsketten ermöglicht es, die Entstehung von Mehrwert entlang der Versorgungskette zu identifizieren, für Pflegebedürftige, informell Pflegende, Fachkräfte sowie das Versorgungssystem insgesamt. Dadurch wird verdeutlicht, an welchen Stellen gezielte digitale Interventionen den größten Nutzen entfalten können. Auf dieser Grundlage lassen sich die daraus entwickelten Maßnahmen in ihrer funktionalen Bedeutung und Wirkung verorten.

3.1 Wertschöpfung entlang der Prozesse aus Patientenperspektive

Der methodische und konzeptionelle Ansatz des LeiG-Projektes setzt die Gesundheitsregion als Konsortium dort in die Gestaltungshoheit, wo derzeit Wertschöpfung und Leistungsfähigkeit strukturell verloren gehen (Verantwortungsvakuum). Diese Potenziale zur Verbesserung von Transaktionen und Prozessen in Qualität und Effizienz wurden im Sprint I (Potenzialanalyse) systematisch erhoben. Entlang typischer Patientenreisen (Patient Journeys) in der Pflege und bei chronischen Erkrankungen sowie bei der Prävention wurden wiederkehrende Probleme identifiziert, in einer übergreifenden Journey gebündelt und als logisch abgrenzbare Module formuliert – zehn entlang des Versorgungspfads, fünf mit infrastrukturellem Fokus. Die methodische Herleitung und detaillierte Beschreibung der **M-Module** ist im Sprint I **–** Potenzialanalyse (Teil C1 der Transformationsstudie) – dargestellt und bildet die Grundlage für die nachfolgende kontextspezifische Ausgestaltung im Rahmen der Therapiesteuerung. Diese Module zeigen, wo Koordination, Steuerung und digitale Integration fehlen – sowohl organisatorisch als auch technologisch. Über 50 technische Potenziale für die Gestaltung der regionalen IT-Systemlandschaft wurden diesen Modulen zugeordnet und definieren den Optionsraum für die Region. Durch gezielte digitale Ergänzungen (Expertensysteme) oder systemübergreifende Intermediärstrukturen (Plattformen) können Fragmentierung abgebaut, Versorgungskontinuität gefördert und sektorenübergreifende Leistungsfähigkeit gesteigert werden.

Abbildung 3: **Übersicht prozessbezogener Module**

Quelle: _fbeta GmbH

Diese Module verstehen sich als abgrenzbarer, in sich homogener Transformationsbedarf innerhalb des regionalen Ökosystems. Sie gelten grundsätzlich gleichermaßen für die Versorgung Pflegebedürftiger wie auch für Patienten mit chronischen Erkrankungen. Dennoch zeigen sich vor dem Hintergrund des regionalen Settings und der abgrenzbaren Fallgruppen Unterschiede in Gewichtung und Ausgestaltung der Module. Daher stellen sie belastbare Potenziale dar (Sprint I) und markieren den Ausgangspunkt für die tiefergehende, kontextspezifische Konzeption (Sprint II).

Phasen der Patientenreisen quergedacht. Module für Versorgungskontinuität und Infrastruktur im Gleichklang

Strukturell lassen sich die 15 M-Module[1] wie folgt differenzieren: Zehn Module fokussieren auf typische Phasen in der Versorgung von Pflegebedürftigen und Patienten mit chronischen Erkrankungen. Sie schlagen intersektorale Lösungen vor, die relevante Übergänge oder teamorientierte Versorgungsmodelle adressieren und somit als transaktions- und prozessorientierte Brücken zwischen Menschen und Technik fungieren. Die übrigen fünf Module widmen sich dem Aufbau vorrangig technischer Infrastrukturen, unabhängig von bestimmten Versorgungsphasen. Sie motivieren insbesondere die Entwicklung generischer, flexibel einsetzbarer Expertensysteme sowie zentraler IT-Basisinfrastrukturen. Damit ergänzen sie die phasenbezogenen Module durch technische Querschnittslösungen als strategisches Fundament.

Die hier dargestellten pfadbezogenen Module sowie die Querschnittsmodule wurden auf Basis der im Methodenteil (siehe unter Abschnitt 1.2.3.4) beschriebenen Systematik (V-, O-, T- und K-Module) entwickelt, sind jedoch spezifisch für das Szenario „Pflege“ ausgestaltet. Sie übertragen das modulare Transformationsprinzip auf die pflegerische Versorgung und adressieren deren besondere Anforderungen an Kontinuität, Kooperation und technische Unterstützung.

Die folgende Tabelle 3 bildet die Module ab, die für die Konzeption der regionalen Transformation des Ökosystems entlang der hier fokussierten Strategie ausgewählt wurden.

[1] Inhaltliche Details zu diesen Modulen sind dem Ergebnisdokument „Potenzialanalyse“ (Teil C1 der Transformationsstudie) zu entnehmen.

Tabelle 2: **Prozessorientierte Potenziale als mögliche Module für die regionale Transformation**

ID	Modulname	Intersektorale Wertschöpfung	Akteure
Pfadbezogene Module			
M-1	Früherkennung und Vorsorge	Frühes Eingreifen reduziert spätere, teure Akut- und Langzeitbehandlungen.	Betroffene, HA/FA, Pflege, Apotheken, Heil- und Hilfsmittel, Krankenkassen
M-2	Assessment, Fallklärung, Erstdiagnose und Erstveranlassung	Schnelle Bedarfsermittlung verhindert Versorgungsbrüche.	HA/FA, Kliniken, Pflege, Heil- und Hilfsmittel, Pflegeberatung
M-3	Finanzierungsnavigation bevorstehender Leistungen	Reduktion von Fehlnutzung oder Unterversorgung.	Betroffene, Krankenkassen, Pflegeberatung, alle LE
M-4	Weiterführende Diagnostik und Interventionsplanung	Vermeidung von Therapiefehlern durch bessere Koordination.	HA/FA, Kliniken, Pflege, Heil- und Hilfsmittel
M-5	Sicherheit und Notfälle	Senkung von Notfallaufenthalten durch frühe Risikoerkennung.	Pflege, Notfall- und Rettungsdienste, Betroffene
M-6	Integrierte Gesundheitskompetenz, Lebensstiländerung, Selbsthilfe und Qualitätszirkel	Senkung krankheitsbedingter Kosten durch Empowerment.	Betroffene, HA/FA, Krankenkassen, Heil- und Hilfsmittel
M-7	Kontinuierliches Monitoring und Interventionsanpassungen	Geringere Belastung durch Hospitalisierung, individualisierte Versorgung.	HA/FA, Heil- und Hilfsmittel, Pflege
M-8	Telemedizin in der kontinuierlichen Therapie und Betreuung	Flexibilisierung der Versorgung bei gleichbleibender Qualität.	HA/FA, Kliniken, Pflege, Heil- und Hilfsmittel, Krankenkassen
M-12	Gesundheitssteuerung – aktive prozessuale Vernetzung	Ressourcenoptimierung durch klare Prozesssteuerung.	HA/FA (Steuerung), Pflege, Heil- und Hilfsmittel, Gesundheitsförderung
M-14	Dispatching akuter Versorgungsanlässe	Vermeidung unnötiger Notfallinanspruchnahme.	HA/FA, Pflege, mobile Dienste, Notfalldienste
Querschnittsmodule			
M-9	Passive Vernetzung wesentlicher LE	Verringerung von Informationsverlust und Fehlversorgung.	HA/FA, Kliniken, Apotheken, Pflege
M-10	Passive Vernetzung besonderer LE	Einbindung nichtärztlicher Träger in den Datenfluss.	Heil- und Hilfsmittel, Gesundheitsförderungseinrichtungen, soziale Träger
M-11	Asynchrone Fallkommunikation	Effizienzsteigerung bei Abstimmung und Fallbearbeitung.	HA/FA, Kliniken, Pflege, Heil- und Hilfsmittel, Apotheken
M-13	Versorgungsmanagement	Dynamische Steuerung der Versorgung über verschiedene Vertragspartner.	HA/FA, Krankenkassen
M-15	KI-unterstützte Fall- und Pflegedokumentation	Mehr Zeit für Behandlung und Pflege statt Dokumentationsaufwand.	HA/FA, Pflege, Heil- und Hilfsmittel

Quelle: _fbeta GmbH

Tabelle 3: **Priorisierte pfadbezogene Module und Querschnittsmodule für das Umsetzungskonzept**

Nr.	Modulbezeichnung	Priorität
Pfadbezogene Module		
M-1	**Früherkennung und Vorsorge**	**x**
M-2	**Assessment, Fallklärung, Erstdiagnose und Erstveranlassung**	**x**
M-3	**Finanzierungsnavigation bevorstehender Leistungen**	**x**
M-4	**Weiterführende Diagnostik und Interventionsplanung**	**x**
M-5	**Sicherheit und Notfälle**	**x**
M-6	**Integrierte Gesundheitskompetenz, Lebensstiländerung, Selbsthilfe und Qualitätszirkel**	**x**
M-7	**Kontinuierliches Monitoring und Interventionsanpassungen**	**x**
M-8	**Telemedizin in der Therapie und Betreuung**	**x**
M-12	**Gesundheitssteuerung – aktive prozessuale Vernetzung von allen Beteiligten**	**x**
M-14	**Dispatching akuter Versorgungsanlässe**	**x**
Querschnittsmodule		
M-9	**Passive Vernetzung (Akte) von wesentlichen Leistungserbringern mit Patienten**	**x**
M-10	Passive Vernetzung (Akte) von besonderen Leistungserbringern mit Patienten	
M-11	**Asynchrone Fallkommunikation**	**x**
M-13	Versorgungsmanagement	
M-15	KI-unterstützte Fall- und Pflegedokumentation	

Quelle: _fbeta GmbH

3.1.1 Drei fallgruppengerechte Zuschnitte der prozessualen und technischen Unterstützungspotenziale

Aus dem breiten Optionsraum technischer Potenziale zu den M-Modulen gilt es, für das Versorgungsszenario „Pflege“ einen gezielten und tragfähigen konzeptionellen Zuschnitt zu entwickeln. Die zentrale Frage lautet dabei, welche der M-Module und der mit ihnen verbundenen technischen Potenziale in welcher **Kombination** den größten Mehrwert **für die priorisierten Fallgruppen**[2] bieten – im Einklang mit der im Projekt definierten Transformationsstrategie. Ferner sollte dieser Zuschnitt jenes Zuständigkeitsvakuum adressieren, das weder durch die etablierten, gesetzlich definierten Verantwortlichkeiten der Einzelakteure noch durch einen freien Wettbewerb abgedeckt ist. Dieser Zuschnitt muss nicht nur den übergeordneten Maßnahmen der Transformationsstrategie einer Gesundheitsregion zur Verbesserung der Versorgungs- und Pflegesituation Rechnung tragen, sondern auch mit den akteursseitigen, organisatorischen und vertraglichen Lösungsvorschlägen harmonieren.

> Für die Pflege empfiehlt das Projekt „Leistungsstarke Gesundheitsregionen“ drei aufeinander aufbauende Zuschnitte der M-Module, die zugleich drei aufeinander aufbauende Entwicklungsstufen einer plattformbasierten IT-Systemlandschaft für das regionale Ökosystem anstoßen.

[2] Zur Abgrenzung der Settings und den Bezügen zur Transformationsstrategie siehe Kapitel 2.

Der **erste Zuschnitt** richtet den Fokus auf die Unterstützung der informellen Pflege im häuslichen Umfeld – insbesondere bei Pflegebedürftigen mit einem niedrigerem Pflegegrad oder neu eintretender Pflegebedürftigkeit. Ziel ist es, informell Pflegende in ihrer Rolle zu stärken, ihnen einen möglichst autarken Handlungsspielraum zu eröffnen und gleichzeitig den Zugang zu gesundheitsfördernden Maßnahmen sowie die eigene Gesundheitskompetenz zu verbessern.[3] Prozessual und technisch liegt der Schwerpunkt auf den M-Modulen M-1, M-2, M-3 und M-6.

Dabei werden insbesondere Plattform- und Expertensysteme vorgeschlagen, die den Zugang zu Pflegeinformationen und Präventionsangeboten, die Erfassung und Einschätzung von Pflege- und Unterstützungsbedarfen sowie die Vermittlung passender digitaler und analoger Leistungen, inklusive Tools zur Finanzierungsnavigation, ermöglichen. Beispiele sind etwa eine digitale pflegerische Informationsplattform mit integriertem Coaching-Chat oder digitale Assessmenttools für informell Pflegende. Diese Kombination schafft den Startpunkt für die Weiterentwicklung einer plattformbasierten IT-Systemlandschaft.

Der **zweite Zuschnitt** erweitert das Versorgungsszenario der häuslichen und informellen Pflege um IoT-basierte Sicherheit, kontinuierliches Monitoring sowie eine direkte Anbindung an die Plattform Therapiesteuerung. Die übergeordnete Maßnahme besteht im Aufbau eines vernetzten Alarm- und Sensorsystems, das mit der Plattform Therapiesteuerung integriert wird. Prozessual und technisch liegt der Schwerpunkt auf den M-Modulen M-4, M-5, M-7, M-12 und M-14.

Die Kombination dieser Module fördert die (technische) Integration informell Pflegender in die Plattform, eine multimodale, IoT-gestützte Erfassung und Koordination von detektierten Ereignissen sowie die harmonisierte Prozessbegleitung, bis hin zur ressourcengerechten Disposition. Beispiele technischer Plattform-Services sind ein digitales Ereignismanagement auf Basis eines multimodalen Monitoring-Systems mit automatisierten Reaktionsketten sowie intersektorale Case-Management-Tools für einen reibungslosen Austausch zwischen informell Pflegenden und der hausärztlichen Betreuung.

Der **dritte Zuschnitt** rückt die Integration der professionellen Pflege, vorrangig der ambulanten Pflegedienste, in den Mittelpunkt. Die übergeordneten Maßnahmen umfassen die digitale Vernetzung von Hausärzten und ambulanten Pflegediensten über die Plattform Therapiesteuerung, die strukturierte Kooperation ambulanter Pflegeeinrichtungen zur Sicherung und Optimierung der regionalen Versorgung sowie die Einführung und Anwendung telemedizinischer Systeme in der häuslichen Pflegeversorgung. Prozessual und technisch liegt der Schwerpunkt auf den M-Modulen M-8, M-9, M-7, M-11, M-14 und M-15.

Diese Fokussierung motiviert aus IT-Sicht insbesondere die technische Integration von Pflegefachkräften in die Plattform Therapiesteuerung, die Implementierung von fallbezogenen Kommunikationsservices und die Schnittstellenimplementierung zur Synchronisation mit der ePA. Beispiele für besondere technische Unterstützungspotenziale sind professionelle Telekooperations-Lösungen zur gemeinsamen Fallbearbeitung in Echtzeit (Tele-Visite) sowie ein plattformgestützter Workflowmanagement-Service für ausgewählte Sektorenübergänge.

Die in den Workshops im Sprint I (Potenzialanalyse) erarbeiteten Ergebnisse wurden thematisch verdichtet und zu Maßnahmen gebündelt, die als Ausgangspunkt für die konzeptionelle Transformationsstrategie dienen. Die Abbildung 4 ordnet diese Maßnahmen in ein integriertes Ökosystem ein, das Akteursgruppen, Handlungsfelder sowie digitale und organisatorische Plattformen zusammenführt. Sichtbar wird, wie informelle Pflege, ambulante Pflegedienste, Hausarztpraxen und

[3] Siehe Kapitel 2, Setting I.

weitere regionale Partner entlang gemeinsamer Prozesse und digitaler Werkzeuge verzahnt werden. Im Zentrum stehen zwei Querschnittselemente: die Informations- und Unterstützungsplattform Pflege, die Wissen, Beratungs- und Koordinationsangebote bündelt, sowie die Therapiesteuerungsplattform, die die fallbezogene Planung, Dokumentation und Zusammenarbeit unterstützt. Um diese Plattformen herum sind die inhaltlichen Blöcke angeordnet, die auf die Aktivierung und Entlastung informell Pflegender, die prozessuale und technische Unterstützung in der häuslichen Pflege sowie die sektorenübergreifende Kooperation mit ambulanten Diensten und Hausarztpraxen zielen. Auf dieser Ebene wird die Logik der Fallgruppen sichtbar: Setting I adressiert die häusliche Pflegeausschließlich durch informell Pflegeden, Setting II die häusliche Pflege durch und mit ambulante(n) Pflegedienste(n). Die Abbildung 4 liefert damit den Orientierungsrahmen, in dem die oben beschriebenen Module verortet, Wechselwirkungen nachvollzogen und Ausbaustufen systematisch entwickelt werden können.

3.2 Wertschöpfung der wesentlichen Prozesse zwischen Akteuren im Ökosystem

Abbildung 4 zeigt ein integriertes Transformationsökosystem für die häusliche Pflege, in dem Zielgruppen, Handlungsfelder und technische wie organisatorische Plattformen zu einem durchgängigen Versorgungsmodell zusammengeführt werden. Im Zentrum stehen dabei zwei Querschnittselemente: Die Informations- und Unterstützungsplattform Pflege bündelt regionale Wissens-, Beratungs- und Orientierungsangebote, macht Zugänge transparent und unterstützt die gezielte Vermittlung in Leistungen. Die Therapiesteuerungsplattform dient der fallbezogenen Planung, Dokumentation und Kooperation; sie verknüpft ärztliche, pflegerische und therapeutische Maßnahmen, ermöglicht asynchrone Kommunikation und integriert – wo sinnvoll – Vital- und Sensordaten.

Rund um diese Querschnittselemente sind die inhaltlichen Blöcke angeordnet, die den Bedarfslagen in der häuslichen Pflege entsprechen. Der Block informelle Pflege adressiert Angehörige, Nachbarn und Ehrenamtliche mit niedrigschwelliger Information, Aktivierung sozialer Unterstützung und einem digital organisierten Coaching- und Beratungsdienst. Der Block ambulante Pflegedienste stärkt die sektorenübergreifende Zusammenarbeit und die operative Pflegepraxis im Alltag; hierzu zählen gemeinsame Pflege- und Tourenplanung, strukturierte Rückmeldeschleifen sowie standardisierte Übergaben. Der Block Hausarztpraxis verankert telemedizinische Konsultationen, abgestimmte Behandlungspläne und die kontinuierliche Einbindung ärztlicher Expertise in den Pflegealltag. Ergänzend veranschaulicht die Abbildung technologische Bausteine wie ein IoT-gestütztes Alarm- und Sensorsystem, das Ereignisse frühzeitig erkennt, priorisiert und über definierte Eskalationspfade an die jeweils zuständigen Akteure weiterleitet.

Die grafischen Verbindungen stehen für Daten- und Prozessflüsse: Informationsflüsse (Orientierung, Beratung, Kapazitäten) verlaufen primär über die Informations- und Unterstützungsplattform Pflege; fallbezogene Steuerungs- und Qualitätsprozesse werden über die Therapiesteuerungsplattform abgewickelt. Beide Plattformen sind bewusst so angelegt, dass sie die beiden in Kapitel 2 dargestellten Versorgungsszenarien abbilden: Setting I – Häusliche Pflege ausschließlich durch Angehörige und andere informell Pflegende – und Setting II – Häusliche Pflege durch und mit ambulante(n) Pflegedienste(n). Dadurch wird sichtbar, wie Maßnahmen aus beiden Settings auf die gleichen infrastrukturellen Basiselemente zugreifen und sich wechselseitig verstärken.

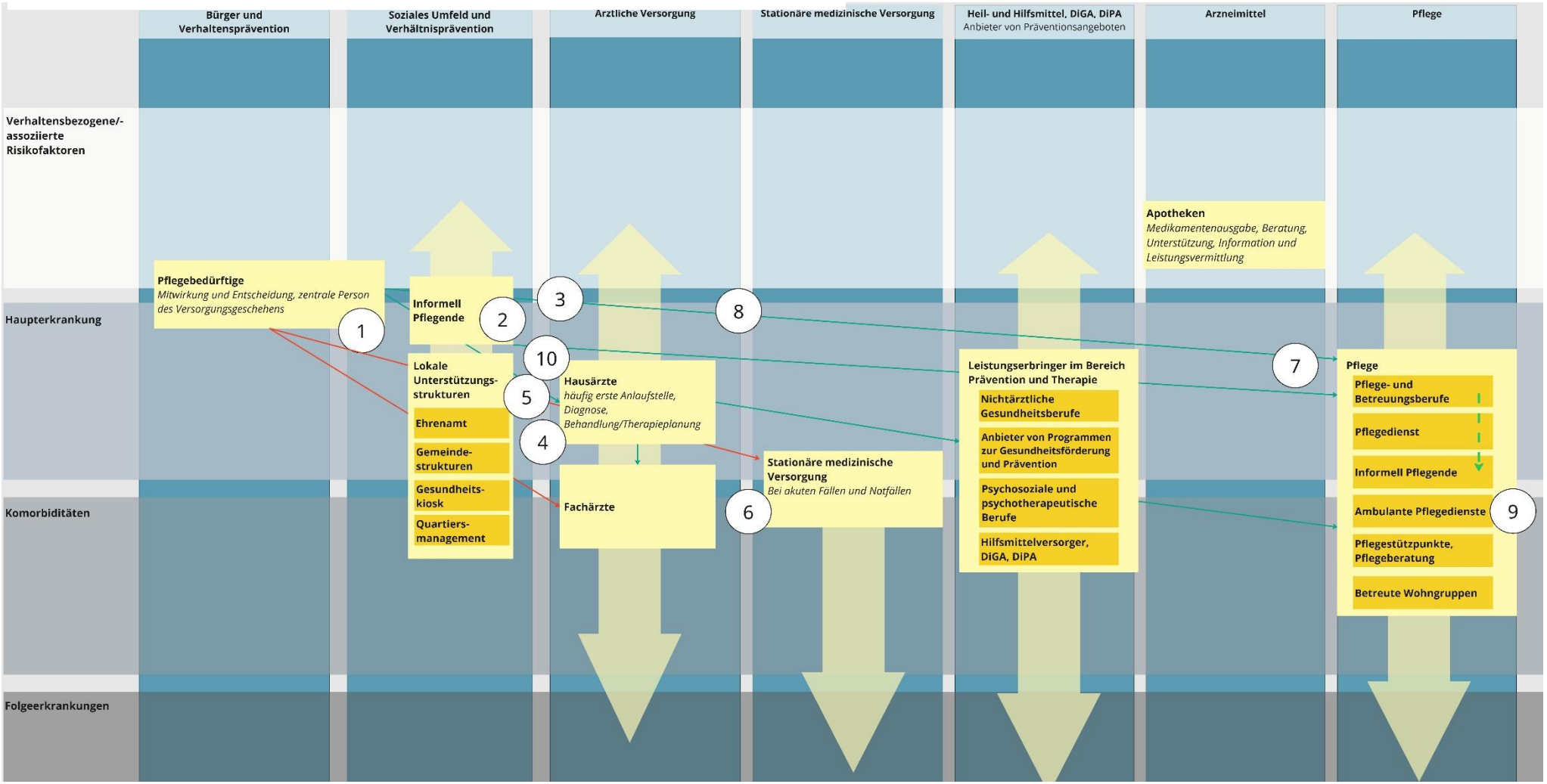
Schließlich macht die Abbildung 4 die Wirklogik deutlich: Niedrigschwellige Information und Coaching erhöhen Reichweite und Selbstwirksamkeit informell Pflegender; vernetzte Prozess- und Kommunikationsstrukturen reduzieren Schnittstellenverluste; telemedizinische und sensorbasierte Komponenten verbessern Reaktionsfähigkeit in Akutsituationen. Insgesamt entsteht so ein konsistentes

System, das Zugang, Kontinuität und Qualität der Pflege im häuslichen Umfeld erhöht und den Aufwand für alle Beteiligten zielgerichtet kanalisiert.

Zur konzeptionellen Ausarbeitung der Transformationsstrategie und ihrer Ausbaustufen wurden zunächst die Ergebnisse aus den Workshops des Sprints I im Rahmen der vorausgegangenen Potenzialanalyse thematisch ausgewertet und in mehreren Maßnahmen zusammengefasst. Diese Maßnahmen bilden unterschiedliche inhaltliche Schwerpunkte ab und dienen als Grundlage für die weitere Bearbeitung im Projekt. Aufbauend auf dieser Vorarbeit finden vertiefende Workshops zu verschiedenen Themenbereichen statt, im vorliegenden Fall zum Thema häusliche Pflege. In diesen Workshops werden die entwickelten Maßnahmen vorgestellt, mit den teilnehmenden Fachexpertinnen und -experten diskutiert und auf ihre fachliche Relevanz sowie Umsetzbarkeit geprüft.

Dieser partizipative Austausch stellt sicher, dass die Module nicht nur theoretisch fundiert, sondern auch praxisnah und realitätsbezogen weiterentwickelt werden. Gleichzeitig dient das Verfahren der Qualitätssicherung, da Rückmeldungen, Ergänzungen und kritische Anmerkungen direkt in die Weiterbearbeitung einfließen können. Die in diesem Kapitel dargestellten Inhalte basieren somit auf der strukturierten Auswertung der Beiträge aus den Workshops. Sie zeigen, in welchen Punkten die bestehenden Module bestätigt, erweitert oder angepasst wurden und bilden die Grundlage für die weiteren Ausbaustufen im Themenfeld Pflege.

Abbildung 4: **Ökosystem: Leistungsstärke auf Ebene der Organisation und Technologie**



Quelle: _fbeta GmbH

Tabelle 4: **Modulare Struktur der Maßnahmen in der Strategie Pflege im häuslichen Umfeld**

Setting	Potenzial	Maßnahme
Unterstützungsangebote zur Aktivierung der informellen Pflege		
I –Häusliche Pflege ausschließlich durch Angehörige und andere informell Pflegende	Früherkennung, Zugang, Kompetenzaufbau, Entlastung Angehöriger und anderer informell Pflegender	1. Informations- und Unterstützungsplattform Pflege
	Rolle von Communitys und Ehrenamt → Brücke zwischen informell und professionell Pflegenden	2. Aktivierung des sozialen Umfelds (Nachbarschaft) und ehrenamtlichen Engagements
	Empowerment informell Pflegender, Schulung, Resilienzförderung	3. Coaching und Beratung informell Pflegender
	Absicherung häuslicher Versorgung und Notfallerkennung durch technische Systeme	4. IoT-basiertes Alarm- und Sensorsystem
	Strukturierter Zugang für informell Pflegende zur digitalen Fallakte	5. Zugang informell Pflegender zur Therapiesteuerungsplattform
	Übergang stationär/ambulant: Kurz- und Übergangspflege als Puffer nach Klinikaufenthalten, Entlastung für informell Pflegende auch in Akutsituationen	6. Akutpflegezentren (Übergang und Krisenpuffer)
Ambulante Pflegedienste – zentrale Akteure der pflegerischen Versorgung im häuslichen Umfeld		
II – Häusliche Pflege durch und mit ambulante(n) Pflegedienste(n)	Brücke informell Pflegende ↔ Pflegedienste	7. Zusammenarbeit informell und professionell Pflegende
	Verzahnung von HA und Pflege → zentrale Achse der Versorgung	8. Vernetzung HA und ambulante Pflegedienste
	Netzwerkbildung, Effizienzsteigerung, Entlastung durch Kooperation	9. Kooperation zwischen Pflegediensten
	Ergänzung ärztlicher Präsenz, schnelle Krisenintervention	10. Telemedizin in der häuslichen Pflege

Quelle: _fbeta GmbH

Strukturblöcke und Fallgruppenlogik

Zur besseren Übersicht und systematischen Bearbeitung wurden die im Rahmen der Workshops entwickelten Maßnahmen in thematische Strukturblöcke gegliedert. Diese orientieren sich an einer **Fallgruppenlogik**, die sowohl die Versorgungssituation der Pflegebedürftigen als auch die Art der erforderlichen Unterstützung berücksichtigt. Dadurch lassen sich die Maßnahmen eindeutig den **spezifischen Versorgungsszenarien** und den aus den **regionalen Versorgungsbedingungen** abgeleiteten Settings zuordnen. So wird sichergestellt, dass die unterschiedlichen Bedarfe gezielt adressiert werden.

Die Fallgruppenlogik unterscheidet dabei insbesondere:

Setting I – Häusliche Pflege ausschließlich durch Angehörige und andere informell Pflegende

Pflegebedürftige Personen werden überwiegend durch Angehörige, Freunde, Nachbarn oder ehrenamtlich Engagierte unterstützt. Die Maßnahmen in diesem Setting zielen darauf ab, diese informellen Unterstützungsstrukturen zu aktivieren, zu entlasten und mit relevanten Informations-, Beratungs- und Kooperationsangeboten zu stärken. Dabei werden auch Möglichkeiten der digitalen Unterstützung genutzt, um die Qualität und Nachhaltigkeit der Versorgung zu sichern.

Setting II – Häusliche Pflege durch und mit ambulante(n) Pflegedienste(n)

In dieser Fallgruppe übernehmen professionelle Pflegedienste die wesentliche Versorgung, häufig in enger Abstimmung mit Hausärzten und informell Pflegenden. Die Maßnahmen in diesem Setting setzen auf eine verbesserte digitale Vernetzung, abgestimmte Prozessgestaltung und die Stärkung der regionalen Pflegeinfrastruktur. Ziel ist es, die Koordination zwischen den beteiligten Akteuren zu optimieren und so eine kontinuierliche, qualitativ hochwertige Versorgung zu gewährleisten.

Innerhalb dieser Strukturblöcke sind die Maßnahmen thematisch gebündelt, um Synergien zwischen einzelnen Handlungsfeldern zu nutzen. Jede Maßnahme ist einem spezifischen Versorgungskontext zugeordnet und beschreibt sowohl die inhaltliche Zielsetzung als auch den erwarteten Nutzen.

Diese Gliederung erleichtert es, die einzelnen Module praxisnah zu entwickeln, in die regionale Versorgungslandschaft einzubetten und schrittweise in die Ausbaustufen der Transformationsstrategie zu überführen.

Gesamtüberblick der Maßnahmen zur Unterstützung der häuslichen Pflege

Abbildung 5 veranschaulicht die im Rahmen der Transformationsstrategie entwickelten Maßnahmen zur Unterstützung der häuslichen Pflege in einer integrierten Gesamtstruktur. Sie verbindet Zielgruppen, Handlungsfelder und technologisch-organisatorische Plattformen zu einem kohärenten Konzept. Grundlage bildet eine Unterteilung in **fünf zentrale Handlungsblöcke**, die unterschiedliche Rollen im Versorgungssystem übernehmen und inhaltlich wie funktional eng miteinander verzahnt sind.

Eine besondere Rolle nimmt die **Informations- und Unterstützungsplattform Pflege** ein. Sie ist nicht nur ein eigener Handlungsblock, sondern zugleich die verbindende Basis zwischen allen anderen Bereichen. Die dort verankerten Maßnahmen – etwa der Aufbau einer regionalen pflegerischen Informationsplattform, die Einbindung nachbarschaftlicher Hilfe und bürgerschaftlichen bzw. ehrenamtlichen Engagements sowie die Einrichtung digitaler Coaching- und Beratungsdienste – wirken übergreifend und unterstützen sowohl informell Pflegende als auch professionelle Dienste, Hausarztpraxen und die Therapiesteuerungsplattform.

Der Handlungsblock **Informell Pflegende** adressiert in erster Linie Angehörige, Freunde, Nachbarn und ehrenamtlich Engagierte. Ziel ist es, tragfähige Unterstützungsnetzwerke aufzubauen, die Pflegequalität

im häuslichen Umfeld zu sichern und Überlastung vorzubeugen. Viele Unterstützungsmaßnahmen greifen direkt auf Angebote der Plattform zurück und nutzen deren digitale und organisatorische Ressourcen. Beispiele hierfür sind die Förderung regionaler Akutpflegekapazitäten zur kurzfristigen Entlastung sowie die strukturierte Zusammenarbeit zwischen informeller und professioneller Pflege.

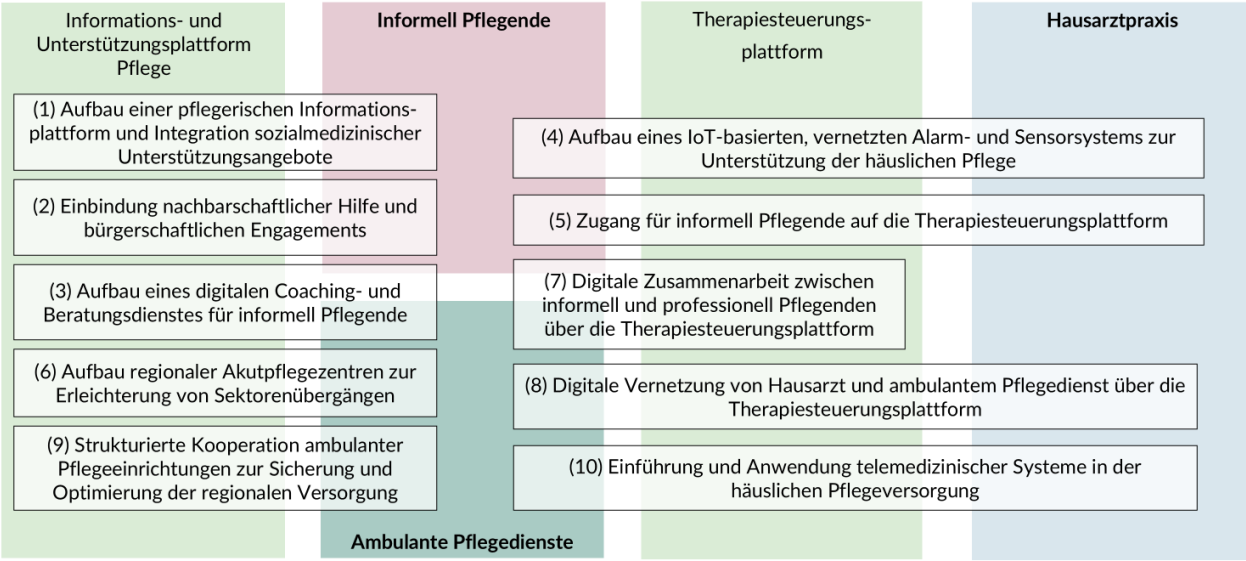
Die **Therapiesteuerungsplattform** fungiert als digitales Steuerungsinstrument und zentrale Schnittstelle für Organisation, Koordination und Qualitätssicherung. Sie bindet sowohl informelle als auch professionelle Pflegeakteure ein und steht in enger Verbindung zur Informations- und Unterstützungsplattform. Wichtige Elemente sind der Aufbau vernetzter Alarm- und Sensorsysteme, der digitale Zugriff für informell Pflegende sowie die unmittelbare Zusammenarbeit zwischen Pflegekräften und medizinischen Leistungserbringern.

Der Block **Hausarztpraxis** verfolgt das Ziel, die medizinische und pflegerische Versorgung eng zu verzahnen. Telemedizinische Verfahren, abgestimmte Versorgungsprozesse und digitale Kommunikationswege werden dabei in enger Abstimmung mit den Plattformen genutzt. Viele Maßnahmen greifen hier sowohl auf die Therapiesteuerungs- als auch auf die pflegerische Informationsplattform zurück, um einen durchgängigen Informationsfluss zu gewährleisten.

Der Block **Ambulante Pflegedienste** stärkt die sektorenübergreifende Zusammenarbeit in der Region. Ambulante Dienste profitieren von der verbesserten digitalen Vernetzung mit Hausarztpraxen, erhalten Zugriff auf relevante Daten aus der Therapiesteuerungsplattform und können über die Informations- und Unterstützungsplattform auf Unterstützungsangebote zugreifen. Ein zentrales Element ist die Einführung telemedizinischer Systeme, die eine kontinuierliche, qualitativ hochwertige Versorgung im häuslichen Umfeld ermöglichen.

Insgesamt verdeutlicht die Abbildung 5 nicht nur die inhaltliche Ausrichtung der fünf Handlungsblöcke, sondern vor allem deren enge Verflechtung. Mit der Informations- und Unterstützungsplattform und der Therapiesteuerungsplattform stehen zwei zentrale Verbindungselemente zur Verfügung, die die bereichsübergreifende Wirkung der Maßnahmen sicherstellen. Auf diese Weise entsteht ein integriertes System, das organisatorische Maßnahmen, digitale Infrastruktur und gezielte Zielgruppenunterstützung in einer abgestimmten regionalen Pflegeinfrastruktur vereint.

Abbildung 5: **Zehn Maßnahmen zur Unterstützung der häuslichen Pflege**



Quelle: _fbeta GmbH

3.3 Setting I – Informelle Pflege im häuslichen Umfeld: Unterstützungsangebote zur Aktivierung der informellen Pflege

Die häusliche Versorgung pflegebedürftiger Menschen stützt sich in hohem Maße auf die **informelle Pflege** – also auf die Unterstützung durch Angehörige, Freunde, Nachbarn oder ehrenamtlich Engagierte.

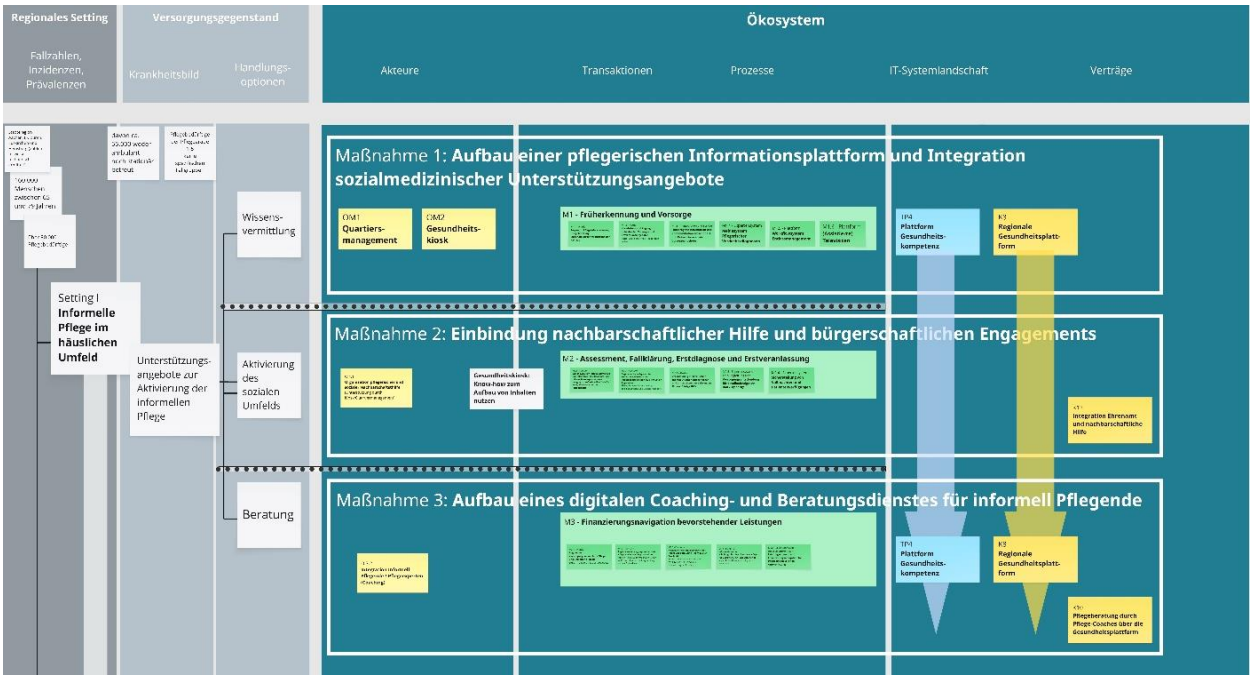
Diese nicht-professionellen Akteure leisten einen wesentlichen Beitrag, dass Pflegebedürftige möglichst lange in ihrer häuslichen Umgebung verbleiben können. Gleichzeitig stehen informell Pflegende jedoch häufig vor erheblichen Herausforderungen: fehlende Informationen zu Unterstützungsangeboten, mangelnde Vernetzung mit anderen Akteuren, zeitliche und emotionale Überlastung sowie Unsicherheiten bei der Organisation und Durchführung pflegerischer Aufgaben.

Die Maßnahmen 1 – 3 im Kontext adressieren diese Problemlagen gezielt und bilden gemeinsam ein integriertes Maßnahmenbündel innerhalb des Settings I. Sie verfolgen das Ziel, informell Pflegende sowohl inhaltlich als auch strukturell zu stärken und dadurch die Qualität sowie die Nachhaltigkeit der Pflege im häuslichen Umfeld zu sichern.

- **Maßnahme 1 – Wissensvermittlung:** sieht den Aufbau einer **pflegerischen Informationsplattform** vor, die relevante sozialmedizinische Unterstützungsangebote zentral bündelt und leicht zugänglich macht. Dadurch erhalten informell Pflegende einen schnellen Überblick über verfügbare Hilfen, Versorgungsleistungen und regionale Anlaufstellen.
- **Maßnahme 2 – Aktivierung des sozialen Umfelds:** fokussiert auf die **Einbindung nachbarschaftlicher Hilfe und bürgerschaftlichen bzw. ehrenamtlichen Engagements**, um zusätzliche Unterstützungspotenziale im sozialen Umfeld zu aktivieren. Durch gezielte Koordination und Integration dieser Hilfen wird die Versorgungskapazität vor Ort erweitert.
- **Maßnahme 3 – Beratung:** etabliert **digitale Coaching- und Beratungsdienste**, die informell Pflegende individuell begleiten, fachlich beraten und bei organisatorischen Fragestellungen unterstützen.

In ihrer Gesamtheit schaffen diese drei Maßnahmen ein **ganzheitliches Unterstützungs- und Entlastungssystem** für informell Pflegende. Die Verbindung von Informationsvermittlung, sozialer Aktivierung und individueller Beratung trägt dazu bei, Versorgungsabbrüche zu vermeiden, Überlastungen vorzubeugen und die Selbstwirksamkeit der Pflegenden zu stärken. Zudem wird die Zusammenarbeit zwischen informeller und professioneller Pflege verbessert, was langfristig zu einer höheren Qualität und Stabilität der häuslichen Versorgung führt.

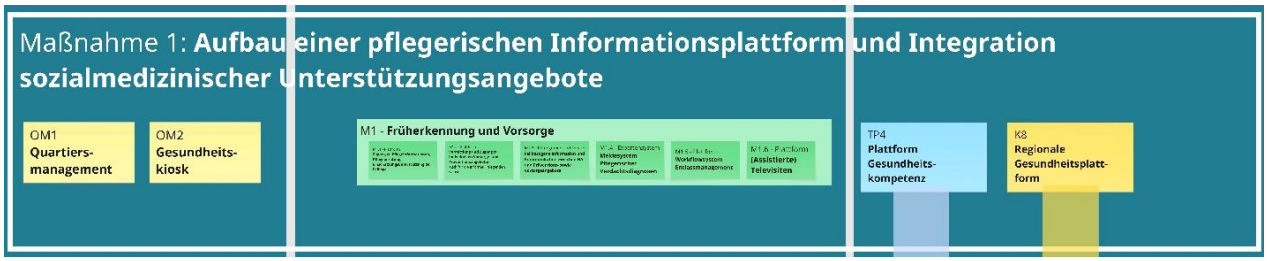
Abbildung 6: **Maßnahmen 1 – 3 im Ökosystem**



Quelle: _fbeta GmbH

3.3.1 Aufbau einer pflegerischen Informationsplattform und Integration sozialmedizinischer Unterstützungsangebote

Abbildung 7: **Maßnahme 1**



Quelle: _fbeta GmbH

3.3.1.1 Herleitung auf Basis von Defiziten und Potenzialen

Im Setting I – Häusliche Pflege ausschließlich durch Angehörige und andere informell Pflegende – spielt die Früherkennung und Prävention von Pflegebedürftigkeit eine zentrale Rolle. Pflegebedürftige werden in der Regel zunächst im häuslichen Umfeld betreut, häufig durch Angehörige, Nachbarn oder ehrenamtlich Engagierte. Obwohl der natürliche Alterungsprozess nicht aufzuhalten ist, kann Präventionsarbeit die Lebensqualität und Selbstständigkeit Betroffener deutlich verlängern.

Entscheidend sind hierbei eine frühzeitige Sensibilisierung, die Vermittlung von Wissen zu bestehenden Angeboten, die Förderung von Eigeninitiative sowie der Erhalt von Mobilität und geistiger Gesundheit.

Derzeit bestehen jedoch erhebliche Defizite:

- Routinedaten der Krankenkassen werden nicht systematisch genutzt, um gefährdete Personen frühzeitig in zielgerichtete Präventions- und Unterstützungsangebote zu steuern.
- Präventive Assessments beim Hausarzt erreichen häufig nur Personen mit hoher Gesundheitskompetenz, während gerade vulnerable Gruppen unterversorgt bleiben.
- Bestehende Präventionsangebote, auch im Bereich der Sekundär- und Tertiärprävention (z. B. aktivierende Pflege, Mobilisierung, Tagespflege), sind informell Pflegenden oft nicht bekannt und werden vorwiegend erst im stationären Kontext genutzt.
- Die Prävention bei den informell Pflegenden selbst wird bislang kaum adressiert, obwohl diese durch die hohe Belastung (Doppelbelastung durch Pflege und Erwerbstätigkeit) einem erhöhten Krankheits- und Pflegebedürftigkeitsrisiko ausgesetzt sind.

Diese Defizite führen dazu, dass vorhandene Präventions- und Unterstützungsressourcen nicht hinreichend genutzt werden und sich Risiken für eine frühzeitige bzw. vermeidbare Verschlechterung des Gesundheitszustandes erhöhen.

3.3.1.2 Maßnahmenbeschreibung

Die Maßnahme 1 umfasst den Aufbau einer digitale, regionale Informations- und Unterstützungsplattform t, die sozialmedizinische Angebote für die häusliche Pflege zentral bündelt und zugänglich macht. Die Plattform integriert bestehende Organisationen und Strukturen wie Quartiersmanagement, Gesundheitskioske, Pflegelotsen, Begegnungsstätten, Geschäftsstellen der Kostenträger sowie andere relevante Initiativen (z. B. ReGe Pflege).

Ziel ist es, die vorhandenen Kenntnisse sozialmedizinisch tätiger Fachkräfte – insbesondere über regionale Bedarfe, Versorgungsangebote, Ansprüche und Ansprechpartner – strukturiert und skalierbar verfügbar zu machen.

Das Angebot soll niedrigschwellig, mehrsprachig und leicht navigierbar sein. Es ersetzt keine persönliche Beratung, sondern unterstützt und ergänzt diese durch:

- strukturierte, verlässliche und aktuelle Informationsaufbereitung,
- zentrale Bündelung relevanter regionaler Angebote,
- systematische Verweise auf Ansprechstellen und Leistungen nach der Sozialgesetzgebung,
- Unterstützung bei der Orientierung im komplexen Versorgungssystem.

Die Plattform kann von Fachkräften zur Beratungsvorbereitung, zur Reichweitensteigerung oder zu Schulungszwecken genutzt werden. Sie ist anschlussfähig an bestehende Präventionsstrategien und kann synchron zu Initiativen wie der Fachgesprächsreihe Prävention von Pflegebedürftigkeit wirken.

3.3.1.3 Zusätzlicher (Versorgungs-)Nutzen

Der Aufbau einer digitalen regionalen pflegerischen Informationsplattform schafft einen spürbaren Mehrwert für die häusliche Pflege. Durch die zentrale Bündelung relevanter Informationen werden bestehende Ressourcen und Angebote effizienter genutzt und leichter zugänglich gemacht. Insbesondere

gefährdete Zielgruppen, die bislang nur unzureichend erreicht werden, können durch das niederschwellige und mehrsprachige Angebot besser angesprochen werden.

Beratungsstellen und sozialmedizinische Fachkräfte profitieren von einer deutlichen Entlastung durch die digitale Bereitstellung standardisierter, verlässlicher und stets aktueller Informationspakete. Dies ermöglicht es ihnen, Beratungs- und Unterstützungsprozesse gezielter zu gestalten und ihre Kapazitäten stärker für die individuelle Fallarbeit einzusetzen.

Darüber hinaus erleichtert die Plattform die gezielte Steuerung pflegebedürftiger Personen und informell Pflegender in bestehende Präventions- und Unterstützungsprogramme. Sie leistet damit einen Beitrag zur Förderung der Gesundheitskompetenz sowohl bei Pflegebedürftigen als auch bei informell Pflegenden und unterstützt die Prävention einer möglichen Überlastung. Durch die verbesserte Auffindbarkeit und Sichtbarkeit von Angeboten wird die Kontinuität der häuslichen Pflege nachhaltig gestärkt.

3.3.1.4 Akteure

Sozialmedizinische Akteure

Status quo (Handlungsfelder/Strukturen)

- Bündelung und Sichtbarmachung vorhandener Unterstützungsangebote
- Weiterleitung von Unterstützungsbedarfen in bestehende Versorgungsstrukturen
- Brückenfunktion zwischen informeller Pflege, sozialer Hilfe und professioneller Versorgung
- Arbeit erfolgt bisher überwiegend analog, regional begrenzt und mit eingeschränkter digitaler Sichtbarkeit

Zukünftig

- Aktive Gestaltung und Nutzung digitaler Informations- und Steuerungssysteme
- Integration von **OM1 Quartiersmanagement** und **OM2 Gesundheitskiosk** ermöglicht die Bündelung, digitale Sichtbarmachung und einen niedrigschwelligen Zugang zu Unterstützungsangeboten
- Proaktive Rolle in der Steuerung, indem Bedarfe frühzeitig erkannt, digital dokumentiert und strukturiert in regionale Präventions- und Unterstützungsangebote überführt werden

Sozialmedizinische Akteure übernehmen in dieser Maßnahme eine Schlüsselrolle. Sie bündeln und machen bestehende Unterstützungsangebote im Sozialraum sichtbar, leiten erkannte Unterstützungsbedarfe gezielt in bestehende Versorgungsstrukturen weiter und fungieren als Brücke zwischen informeller Pflege, sozialer Hilfe und professioneller Versorgung. Durch die Informationsplattform erweitern sie ihr Handlungsfeld um die aktive Gestaltung und Nutzung digitaler Informations- und Steuerungssysteme. Ihre enge Anbindung an die Zielgruppen ermöglicht eine direkte und wirksame Verbreitung der Inhalte.

Kommunale Träger

Status quo (Handlungsfelder/Strukturen)

- Organisatorische Verankerung im Sozialraum
- Pflege von Daten, Kommunikationsstrukturen und Kooperationsprozessen

- Fokus bisher auf Rahmensetzung und Abstimmung im Verwaltungskontext

Zukünftig

- Rolle als Schnittstelle zu Pflegestruktur- und Gesundheitsplanung sowie Präventionsstrategien
- Engere Verzahnung von Datenpflege und Planung mit digitalen Plattformen
- Verbindliche Rolle bei der Integration präventiver Maßnahmen in die kommunale Steuerung

Die kommunalen Träger sind für die organisatorische Verankerung der Maßnahme im Sozialraum verantwortlich. Sie stellen sicher, dass Datenpflege, Kommunikationsstrukturen und Kooperationsprozesse zwischen den beteiligten Akteuren funktionieren. Neu ist ihre Rolle als Schnittstelle zwischen der pflegerischen Informationsplattform und der kommunalen Pflegestruktur- und Gesundheitsplanung sowie regionalen Präventionsstrategien. Damit sichern sie die nachhaltige Integration der Plattform in bestehende Steuerungs- und Entwicklungsprozesse.

Pflegeakteure / Pflegedienste / Einrichtungen

Status quo (Handlungsfelder/Strukturen)

- Beteiligung an Koordinationsprozessen
- Rückmeldungen erfolgen überwiegend informell oder zeitlich verzögert
- Keine durchgängige digitale Erfassung von Pflegeverläufen und Rückmeldungen

Zukünftig

- Regelmäßige Rückmeldung zu Kapazitäten, Ansprechpartnern und Leistungen über die Plattform
- Stärkere Transparenz für Beratungsstellen und informell Pflegende
- Gezieltere Steuerung von Koordinationsprozessen und passgenaue Zuweisung von Pflegeleistungen und Unterstützungsangeboten

Diese Akteursgruppe ist direkt in die Versorgungsprozesse eingebunden und kann wertvolle Rückmeldungen aus der Praxis liefern. Ihre Beteiligung an den Koordinationsprozessen gewährleistet, dass die Plattform praxisrelevante Informationen enthält und aktuelle Versorgungslagen abbildet. Neu ist die regelmäßige Rückmeldung zu verfügbaren Kapazitäten, Ansprechpartnern und anderen relevanten Leistungen, wodurch die Plattform als Echtzeit-Orientierungshilfe gestärkt wird.

Regionale Initiativen

Status quo (Handlungsfelder/Strukturen)

- Organisatorische, technische und inhaltliche Abstimmung in Projekten
- Integration von Informationsinhalten ist bisher dezentral und begrenzt

Zukünftig

- Kontinuierliche Bereitstellung aktueller Inhalte und technische Schnittstellen zur Plattform
- Verstärkte Rolle als Mitgestalter und Treiber der digitalen Weiterentwicklung
- Multiplikation regionaler Wirkung über digitale Vernetzung

Regionale Initiativen, wie z. B. das regionale Gesundheitsnetzwerk ReGe Pflege, bringen ihre organisatorische, technische und inhaltliche Expertise in die Maßnahme ein. Sie stimmen sich eng mit anderen Akteuren ab, integrieren relevante Informationsinhalte und tragen zur kontinuierlichen Weiterentwicklung der Plattform bei. Durch ihre regionale Vernetzung können sie sowohl die technische

Funktionalität als auch die inhaltliche Aktualität maßgeblich unterstützen.

3.3.2 Einbindung nachbarschaftlicher Hilfe und bürgerschaftlichen Engagements

Abbildung 8: **Maßnahme 2**

Quelle: _fbeta GmbH

3.3.2.1 Herleitung auf Basis von Defiziten und Potenzialen

Der Zugang zur Pflegeversorgung ist für viele Betroffene und ihre Pflegepersonen eine große Hürde. Bürokratische Verfahren, unterschiedliche Leistungsangebote mit komplexen Berechtigungsregeln sowie eine oftmals unklare Begriffswelt erschweren die Orientierung. Zwar existieren vielfältige Beratungsangebote, diese sind jedoch nicht flächendeckend verfügbar. Besonders Personen mit sprachlichen Barrieren oder niedrigem Bildungsniveau fällt es schwer, eigenständig die passenden Hilfen zu finden bzw. zu nutzen.

Ein zentrales Defizit liegt in der fehlenden Sichtbarkeit und systematischen Integration niedrigschwelliger Unterstützungsangebote in bestehende Pflege- und Versorgungsstrukturen. Bestehende Formen der Beratung und Unterstützung erreichen vulnerable Zielgruppen häufig nicht. Gleichzeitig fehlt eine koordinierte Steuerung zwischen informeller Pflege und professionellen Versorgungsangeboten.

Besonders relevant sind hier niedrigschwellige Hilfsleistungen wie Begleitdienste, Unterstützung beim Einkauf oder einfache Entlastungsangebote im Alltag. Diese Angebote existieren teils bereits in organisierter Form (z. B. über Sozialstationen, Begegnungszentren, Gesundheitskioske, Gemeindeschwestern, Pflegelotsen), werden aber nicht systematisch koordiniert oder breitflächig beworben und erreichen die Betroffenen somit nicht.

3.3.2.2 Maßnahmenbeschreibung

Die Maßnahme 2 zielt darauf ab, nachbarschaftliche Hilfe und bürgerschaftliches Engagement strukturiert in die regionale Pflege- und Versorgungslandschaft einzubinden. Ziel ist es, bestehende Initiativen kommunaler und freigemeinnütziger Träger gezielt zu unterstützen, ihre Reichweiten zu erhöhen und sie durch eine koordinierte Steuerung wirksamer zu machen.

Die regionale pflegerische Informationsplattform fungiert als zentrale Anlaufstelle, die Hilfsangebote und -gesuche strukturiert erfasst, bündelt und vermittelt. Ehrenamtsbörsen, Freiwilligenagenturen (z. B. die Portale der Caritas, Malteser) oder kommunale Initiativen können ihre Angebote dort platzieren. Digitale

Tools ermöglichen die passgenaue Zuordnung von Hilfsangeboten zu Bedarfen – zielgruppengerecht und wohnortnah.

Neben der Vermittlung informeller Unterstützung stellt die Maßnahme sicher, dass vertieftes freiwilliges Engagement weiterhin in professionelle Strukturen eingebunden wird – inklusive Schulung, Koordination und Qualitätsabsicherung. Dadurch wird nicht nur die Verlässlichkeit erhöht, sondern auch die Integration dieser Hilfen in bestehende Versorgungsabläufe gewährleistet.

3.3.2.3 Zusätzlicher (Versorgungs-)Nutzen

Die koordinierte Integration nachbarschaftlicher Hilfe und bürgerschaftlichen Engagements in die regionale Versorgungsstruktur schafft deutliche Mehrwerte für Pflegebedürftige, pflegende Angehörige und das gesamte Versorgungssystem. Über die Informationsplattform lassen sich niedrigschwellige Unterstützungsangebote schnell, transparent und unbürokratisch vermitteln. Dadurch können informell Pflegende spürbar entlastet werden – sei es durch Hilfe bei alltäglichen Aufgaben, Begleitung zu Terminen oder durch soziale Kontakte, die zu einer Verbesserung der Lebensqualität beitragen.

Durch eine gezielte Öffentlichkeitsarbeit, Schulungsangebote sowie eine strukturierte Koordination werden bestehende Initiativen gestärkt und neue Unterstützungsakteure aus der Nachbarschaft gewonnen. Die institutionelle Einbindung dieser Hilfen – inklusive Qualifizierung, Versicherungsschutz und Qualitätsabsicherung – führt zu verlässlichen, lokal verankerten Strukturen, die flexibel auf individuelle Bedarfe reagieren können.

Neben der direkten Entlastung pflegender Angehöriger und anderer informell Pflegender leistet die Maßnahme auch einen wichtigen Beitrag zur Prävention: Die Aktivierung sozialer Netzwerke und die Förderung regelmäßiger persönlicher Kontakte wirken der Vereinsamung entgegen und unterstützen das psychische Wohlbefinden pflegebedürftiger Menschen. Gleichzeitig erhöht sich durch die engere Vernetzung von Ehrenamt, informeller und professioneller Pflege die Effizienz des Versorgungssystems insgesamt, da Ressourcen gezielter eingesetzt und Versorgungslücken schneller geschlossen werden können.

3.3.2.4 Akteure

Koordinationsstelle (z. B. Gesundheitskiosk oder freier Träger)

Status quo (Handlungsfelder/Strukturen)

- Unterschiedliche, oft informelle Stellen für die Vermittlung ehrenamtlicher Hilfe
- Kaum zentrale Dokumentation oder Rückkopplung in die professionelle Versorgung
- Strukturen meist projektbezogen und nicht dauerhaft gesichert

Zukünftig

- Pflege und kontinuierliche Aktualisierung der Plattforminhalte
- Systematische Erhebung und Vermittlung von Unterstützungsbedarfen
- Koordinierung, Schulung, Begleitung und Qualitätssicherung ehrenamtlicher Helfer
- Dokumentation und Rückmeldung an professionelle Pflegeakteure bei Bedarf
- Aufbau eines stabilen Netzwerks informeller Hilfe im Quartier
- Integration von **OI4.1:** Organisation pflegerischer und sozialer Nachbarschaftshilfe, unterstützt durch Quartiersmanagement und/oder Gesundheitskiosk

Die Koordinationsstelle ist das organisatorische Herzstück der Maßnahme. Sie sorgt für die Sichtbarkeit und Aktualität der Angebote, gewährleistet eine qualitätsgesicherte Vermittlung und fungiert als Brücke zwischen Hilfesuchenden, ehrenamtlichen Unterstützern und professionellen Pflegeakteuren.

Nachbarschaftliche/ehrenamtliche Unterstützer

Status quo (Handlungsfelder/Strukturen)

- Unterstützung im Alltag (z. B. Einkäufe, Begleitung zu Terminen, einfache Hilfeleistungen) erfolgt stark unkoordiniert
- Abhängigkeit von Eigeninitiative oder individueller Ansprache
- Fehlen einheitlicher Standards, kaum Einbindung in Versorgungsketten

Zukünftig

- Einbindung in ein koordiniertes Unterstützungsnetz
- Digitale Erfassung und Dokumentation von Zeitspenden (Gespräche, Spaziergänge, Begleitung)
- Klar definierte Abgrenzung zu medizinischen und pflegerischen Leistungen
- Rückmeldung an eine Koordinationsstelle für Qualitätssicherung und Vernetzung

Diese Akteure sind die unmittelbaren Leistungserbringer der nachbarschaftlichen Hilfe. Durch ihren Einsatz wird direkte Entlastung geschaffen und die soziale Einbindung der Pflegebedürftigen gestärkt. Ihre Arbeit lebt von persönlichem Engagement, niedrigschwelliger Verfügbarkeit und Nähe zum Lebensumfeld der Betroffenen.

Freigemeinnützige Träger/Kommunen

Status quo (Handlungsfelder/Strukturen)

- Fragmentierte und lokal begrenzte Organisation von Einsätzen, Versicherungsschutz und Qualifizierungsangeboten
- Öffentlichkeitsarbeit beschränkt auf einzelne Kampagnen

Zukünftig

- Ausbau von Schulungen, Ehrenamtsmanagement und systematischer Begleitung
- Organisatorische Verankerung der Nachbarschaftshilfe
- Nutzung der Informationsplattform zur Erzielung einer höheren Reichweite und Passgenauigkeit von Angeboten

Diese Akteure stellen sicher, dass das Ehrenamt in geregelten Bahnen abläuft. Sie übernehmen die organisatorische Verantwortung, schaffen Anreize für neue Helfer und sorgen für eine rechtliche sowie versicherungstechnische Absicherung.

Region/Kommunen/Kostenträger

Status quo (Handlungsfelder/Strukturen)

- Förderung einzelner Projekte
- Breit gestreute, wenig verbindliche Öffentlichkeitsarbeit

Zukünftig

- Betrieb und nachhaltige Finanzierung der Koordinationsstelle
- Integration in Präventions- und Pflegestrategien der Kommune
- Enge Verzahnung mit Quartiersmanagement oder Gesundheitskiosken

Diese Akteursgruppen schaffen die strukturellen Voraussetzungen für die Maßnahme, sichern deren Finanzierung und tragen durch strategische Öffentlichkeitsarbeit zur Bekanntmachung und Akzeptanz bei.

Regionale Initiativen (z. B. ReGe Pflege)

Status quo (Handlungsfelder/Strukturen)

- Unterstützung bestehender Netzwerke organisatorisch und inhaltlich, meist projektbezogen

Zukünftig

- Intensive technische und organisatorische Abstimmung mit der Plattform
- Systematische Integration relevanter Informationsinhalte
- Funktion als Multiplikator zur regionalen Skalierung der Maßnahme

Diese Akteursgruppen vernetzen die Maßnahme mit bestehenden regionalen Programmen und stellen sicher, dass Synergien genutzt werden.

Plattformanbieter Status quo (Handlungsfelder/Strukturen)

- Fehlen regionaler Plattformen zur Einbindung nachbarschaftlicher Hilfe und bürgerschaftlichen Engagements im Pflegekontext

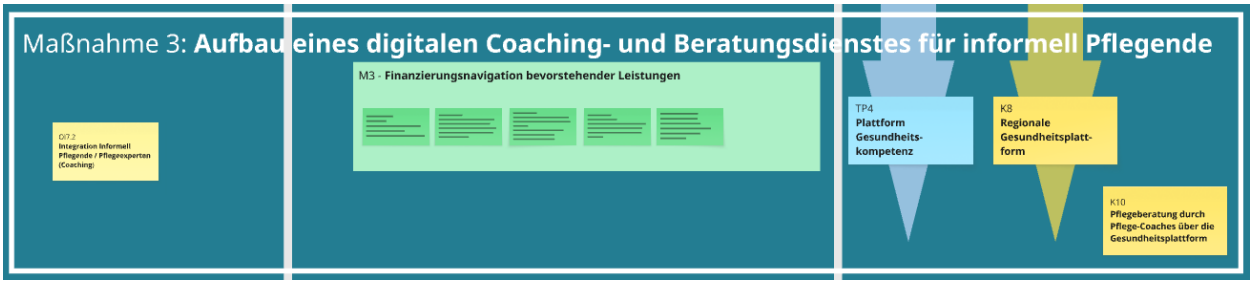
Zukünftig

- Aufbau und Betrieb regionaler, pflegerischer Informationsplattformen als Basis für Vermittlung, Matching und Dokumentation
- Bereitstellung standardisierter Schnittstellen zu kommunalen und regionalen Strukturen
- Weiterentwicklung mit Blick auf Nutzerfreundlichkeit, Datenschutz und Interoperabilität

Diese Akteure gewährleisten die technische Funktionalität, Datensicherheit und Nutzerfreundlichkeit des digitalen Systems, über das die gesamte Koordination erfolgt.

3.3.3 Aufbau eines digitalen Coaching- und Beratungsdienstes für informell Pflegende

Abbildung 9: **Maßnahme 3**



Quelle: _fbeta GmbH

3.3.5.1 Herleitung auf Basis von Defiziten und Potenzialen

Informell Pflegende leisten einen wesentlichen Beitrag zur häuslichen Versorgung, stehen jedoch häufig unter erheblichem physischem und psychischem Druck. Sie müssen komplexe Pflegeaufgaben organisieren, Hilfsmittel korrekt einsetzen, mit verschiedenen Leistungserbringern kommunizieren und gleichzeitig die eigene Belastung im Blick behalten. Trotz vorhandener Beratungsangebote fehlt vielerorts ein niedrigschwellig zugänglicher, praxisnaher Service, der bei konkreten Fragestellungen zeitnah unterstützt.

Ein regionales Pflegeportal, wie in den vorangegangenen Maßnahmen beschrieben, könnte als Ausgangspunkt für ein solches Angebot dienen. Neben der Information über Versorgungs- und Unterstützungsangebote kann es auch die Vermittlung zu einem spezialisierten Beratungs- und Coachingservice übernehmen. Dieser bietet die Möglichkeit, Betroffene und deren Angehörige in einem echten sozialen Netzwerk zu verbinden, Selbsthilfegruppen zu organisieren, Besuchsdienste zu koordinieren oder auch Unterstützung bei der Haushaltsführung zu vermitteln.

Solche Initiativen sind jedoch in ihrer Wirksamkeit stark vom Engagement vor Ort abhängig. Daher braucht es ein professionell organisiertes, regional verankertes Beratungs- und Coachingangebot, das informell Pflegende zuverlässig begleitet und deren Kompetenzen gezielt stärkt.

3.3.5.2 Maßnahmenbeschreibung

Die Maßnahme 3 sieht den Aufbau eines spezialisierten **Coaching- und Beratungsdienstes** für informell Pflegende vor. Der Service ist telefonisch, per E-Mail oder über einen Chat im Rahmen des Pflegeportals erreichbar und bietet individuelle Unterstützung zu pflegerischen, organisatorischen und psychosozialen Fragestellungen. Ziel ist es, Angehörigen und anderen informell Pflegenden ein verlässliches, niedrigschwelliges Unterstützungsangebot bereitzustellen, das ihnen hilft, die Herausforderungen des Pflegealltags besser zu bewältigen, ihre Kompetenz zu erweitern und Sicherheit zu gewinnen.

Die Beratung wird von erfahrenen Pflegefachkräften durchgeführt – vorzugsweise Fachpersonen, die nicht mehr aktiv oder in Altersteilzeit in der Pflege arbeiten. Diese können ihre langjährigen Erfahrungen aus der Pflegepraxis einbringen und den Service von zu Hause aus leisten.

Für die Organisation des Angebots bestehen zwei mögliche Varianten:

1. **Integration in bestehende ambulante Pflegedienste** – Aufbau von Beratungskapazitäten durch Fachkräfte, z. B. im Rahmen von Altersteilzeitmodellen. Anfragen werden nach einem Bereitschaftsmodell an die Dienste weitergeleitet, wobei sich die Einsatzzeiten schrittweise ausweiten lassen.
2. **Einrichtung einer regionalen Beratungsstelle** – als Kooperation zwischen Kommunen, Kostenträgern der Pflegeversicherung und ggf. weiteren Partnern.

Die Maßnahme ergänzt bestehende Beratungsstrukturen, erweitert niedrigschwellige kommunale Zugänge und trägt zur Verbesserung der Versorgungsqualität im häuslichen Umfeld bei.

3.3.5.3 Zusätzlicher (Versorgungs-)Nutzen

Der Coaching- und Beratungsdienst stärkt gezielt die pflegerische Handlungskompetenz informell Pflegender. Durch praxisnahe Schulungen und individuelle Beratung erhalten sie wertvolles Wissen zur Organisation der Pflege, zum Einsatz von Hilfsmitteln und zur Kommunikation mit medizinischen und sozialen Leistungserbringern. Dies wirkt sich unmittelbar positiv auf die Qualität der Pflege im häuslichen Umfeld aus.

Darüber hinaus vermittelt der Service das Gefühl, in schwierigen Situationen nicht allein zu sein. Das Wissen um eine verlässliche, fachliche Anlaufstelle reduziert Stress und hilft, die Pflegeaufgabe physisch und psychisch zu bewältigen. Ein weiterer Mehrwert liegt in der Früherkennung von Überlastung: Pflegeexperten können frühzeitig reagieren, psychosoziale Unterstützung leisten und bei Bedarf gezielt in weiterführende Versorgungsformen einsteuern.

Auch für Pflegedienste bietet die Maßnahme Vorteile, da außerplanmäßige Anfragen, die die betrieblichen Abläufe stören und nicht vergütet werden, gezielter kanalisiert werden können. Die systematische Erfassung von Unterstützungsbedarfen und strukturierte Rückmeldungen ermöglichen Pflegekassen, Trägern und Kommunen eine gezieltere Steuerung, Finanzierung und Qualitätssicherung der Coachingangebote.

3.3.5.4 Akteure

<u>Pflegeexperten/Coaches</u>

Status quo (Handlungsfelder/Strukturen)

- Schulungs- und Beratungseinheiten für informell Pflegende werden bisher dezentral, projektbezogen oder im Rahmen einzelner Pflegedienste angeboten
- Beratung zur Pflegeorganisation, Umgang mit Pflegehilfsmitteln und Kommunikation mit Leistungserbringern erfolgt punktuell
- Überlastungssituationen und psychosoziale Bedarfe von Pflegenden werden nur selten systematisch erkannt
- Dokumentation und Evaluation sind nicht einheitlich etabliert

Zukünftig

- Übernahme einer koordinierenden Rolle bei Coaching und Beratung
- Etablierung einheitlicher Standards für die Durchführung und Dokumentation
- Systematische Unterstützung bei Pflegeorganisation, Entlastung und psychosozialen Fragen

- Einbindung in digitale Beratungs- und Coachingstrukturen
- Integration von **OI7.2**: Nutzung eines digitalen Coaching- und Beratungsmoduls zur Skalierung von Reichweite und Qualität

Coaching und Beratung durch Pflegeexperten sind die zentrale Ressource dieser Maßnahme. Sie bringen fundiertes Fachwissen und langjährige Praxiserfahrung ein, um informell Pflegende gezielt zu unterstützen, deren Kompetenzen zu stärken und ihrer Überlastung vorzubeugen.

Informell Pflegende

Status quo (Handlungsfelder/Strukturen)

- Umsetzung pflegerischer Maßnahmen im Alltag ohne systematische Unterstützung
- Unstrukturierte Rückmeldungen zu Belastungen, Herausforderungen und Unterstützungsbedarfen, oft nur im direkten Kontakt mit Ärzten oder Pflegediensten
- Geringe Einbindung in Schulungen und Beratungsangebote, häufig abhängig von Eigeninitiative

Zukünftig

- Aktive Mitwirkung an Schulungen und Beratung
- Stärkere strukturelle Einbindung in Coachingformate, um eigene Belastungen frühzeitig sichtbar zu machen
- Systematische Rückmeldungen über digitale Kanäle, die in die Informations- und Unterstützungsplattform eingespeist werden
- Zugang zu kontinuierlicher Begleitung durch Pflegeexperten und digitale Tools

Informell Pflegende sind die primäre Zielgruppe der Maßnahme. Sie profitieren direkt von der professionellen Unterstützung. Durch ihre aktive Mitwirkung tragen sie dazu bei, das Beratungs- und Coachingangebot bedarfsgerecht weiterzuentwickeln.

Pflegekassen/Träger/Kommunen

Status quo (Handlungsfelder/Strukturen)

- Fragmentierte Finanzierung von Beratungsangeboten oder Projekten
- Qualitätssicherung und Abrechnung sind an gesetzliche Vorgaben gebunden, werden aber nicht einheitlich gesteuert

Zukünftig

- Gesicherte Finanzierung und strukturelle Absicherung des Coachingangebots
- Verbindliche Qualitätsstandards und standardisierte Abrechnungsprozesse
- Strategische Steuerung in Zusammenarbeit mit Plattformanbietern und Pflegeexperten

Diese Akteure sichern die strukturellen und finanziellen Grundlagen der Maßnahme und gewährleisten ihre Nachhaltigkeit im regionalen Versorgungssystem.

Regionale Initiativen (z. B. ReGe Pflege)

Status quo (Handlungsfelder/Strukturen)

- Bisher punktuelle organisatorische, technische und inhaltliche Unterstützung bestehender Beratungs- oder Coachingangebote

Zukünftig

- Stärkere Rolle in der Abstimmung mit digitalen Plattformen
- Integration relevanter Informationsinhalte und kontinuierliche Mitentwicklung
- Regionale Vernetzung und flächendeckende Bereitstellung eines niedrigschwelligen Beratungs- und Coachingdienstes

Diese Akteursgruppen unterstützen die Verankerung der Maßnahme in bestehenden Netzwerken und tragen zur technischen und organisatorischen Integration in regionale Strukturen bei.

Setting I – Informelle Pflege im häuslichen Umfeld: Verbesserung der operativen Pflegepraxis im Alltag und in Akutsituationen

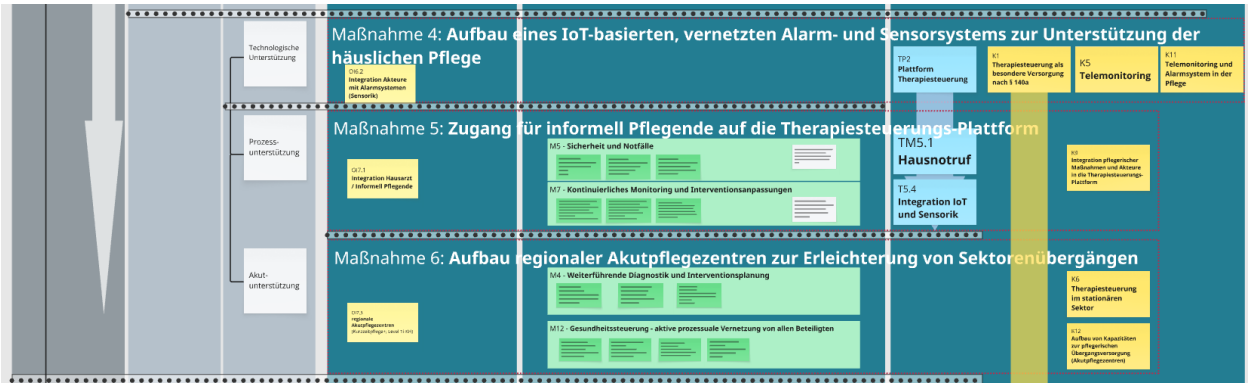
Die Maßnahmen 4 – 6 bilden einen thematischen Block, der der Stärkung der informellen häuslichen Pflege durch den gezielten Einsatz technologischer, prozessualer und akuter Unterstützungsstrukturen gilt. Während die oben beschriebenen Maßnahmen 1 – 3 vor allem auf die Aktivierung und die Unterstützung informeller Pflegepotenziale ausgerichtet waren, fokussiert dieser Block auf die Verbesserung der **operativen Pflegepraxis** im Alltag sowie auf die **Stabilisierung der Versorgung** in Krisensituationen.

Ein zentrales Ziel ist es, die Sicherheit und Selbstständigkeit pflegebedürftiger Personen im häuslichen Umfeld zu erhöhen und gleichzeitig das soziale und professionelle Unterstützungssystem effizient zu entlasten. Dazu gehört der Einsatz digitaler Technologien, intelligenter Sensorik und vernetzter Alarmsysteme (Maßnahme 4) eingesetzt, um Risiken frühzeitig zu erkennen und adäquat zu reagieren. Ergänzend schafft der Zugang informell Pflegender zu einer digitalen Therapiesteuerungsplattform (Maßnahme 5) eine strukturierte Grundlage für kontinuierliches Monitoring, gezielte Interventionen und abgestimmte Versorgungsentscheidungen.

Darüber hinaus adressiert der Aufbau regionaler Akutpflegezentren (Maßnahme 6) die Schnittstelle zwischen häuslicher und stationärer Versorgung. Ziel ist es, kurzfristige Krisensituationen ohne unnötige Krankenhausaufenthalte zu bewältigen, Versorgungslücken beim Übergang zwischen Sektoren zu schließen und die Verweildauer in Einrichtungen zur Akutversorgung so gering wie möglich zu halten.

Die Maßnahmen ergänzen sich gegenseitig: Technologische Systeme liefern relevante Daten und Frühwarnsignale, die über prozessunterstützende Strukturen in konkrete Versorgungsentscheidungen überführt werden. Gleichzeitig stehen Versorgungsangebote zur Verfügung, um in Krisensituationen schnell und bedarfsgerecht zu handeln. So entsteht eine **integrierte, reaktionsfähige Versorgungsstruktur**, die Risiken reduziert, Versorgungslücken schließt und die häusliche Pflege langfristig absichert.

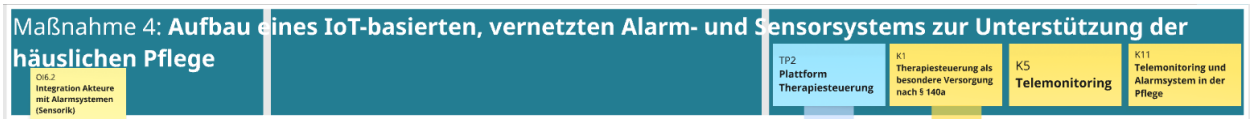
Abbildung 10: **Maßnahmen 4 – 6 im Ökosystem**



Quelle: _fbeta GmbH

3.3.4 Aufbau eines IoT-basierten, vernetzten Alarm- und Sensorsystems zur Unterstützung der häuslichen Pflege

Abbildung 11: **Maßnahme 4**



Quelle: _fbeta GmbH

3.3.4.1 Herleitung auf Basis von Defiziten und Potenzialen

In der häuslichen Pflege existieren bereits zahlreiche technische Systeme, die unter dem Begriff „Ambient Assisted Living“ (AAL) zusammengefasst werden. Sie sollen pflegebedürftige Personen darin unterstützen, länger selbstständig und sicher im eigenen Zuhause leben zu können. Hierzu zählen klassische Hausnotrufsysteme ebenso wie moderne Sensoriklösungen und tragbare Vitaldaten-Messgeräte (sogenannte Wearables).

Dennoch bestehen erhebliche Defizite:

- Viele Systeme müssen privat finanziert werden, was ihre Verbreitung einschränkt.
- Häufig handelt es sich um isolierte Einzellösungen ohne technische Integration.
- Die Systeme lassen sich oft nicht nahtlos in bestehende Pflege- oder medizinische Behandlungsabläufe einbinden.
- Eine direkte Anbindung an alle relevanten Akteure (Pflegedienste, Hausärzte, Angehörige, Nachbarn und andere informell Pflegende) ist nur selten vorgesehen.

Diese Fragmentierung verhindert, dass technische Hilfsmittel ihr volles Potenzial entfalten. Eine Lösung liegt in der **technischen Vernetzung** und **prozessualen Integration** dieser Systeme, sodass Warnsignale nicht nur erfasst, sondern direkt an die richtigen Stellen weitergeleitet und in konkrete Handlungen übersetzt werden.

3.3.4.2 Maßnahmenbeschreibung

Die Maßnahme sieht den **Aufbau eines integrierten Alarm- und Sensorsystems** vor, sodass bestehende Hausnotrufanwendungen durch IoT-basierte Module zur Sensorik erweitert werden. Ziel ist es, ein System zu schaffen, das alle relevanten Akteure der häuslichen Pflege – Pflegedienste, Hausarztpraxen, informell Pflegende und Angehörige – verlässlich erreicht und dabei qualifizierte Daten zum Vorfall übermittelt. So wird eine koordinierte, schnelle und bedarfsgerechte Krisenintervention eingeleitet.

Technische Grundlage sind handelsübliche Komponenten, die auf einem im häuslichen Umfeld betriebenen Alarmserver (z. B. Fritzbox, mobiles Endgerät) zusammengeführt werden. Der Alarmserver fungiert als zentrale Schnittstelle, die sämtliche Sensoren und IoT-Module bündelt, die Daten analysiert und gezielt an die hinterlegten Akteure weiterleitet. Über abgestufte Eskalationspläne werden Maßnahmen situationsgerecht eingeleitet – vom Kontaktieren eines Angehörigen bis hin zur Alarmierung des Rettungsdienstes.

3.3.4.3 Zusätzlicher (Versorgungs-)Nutzen

Ein integriertes Alarm- und Sensorsystem bietet erhebliche Vorteile für die Sicherheit und Lebensqualität pflegebedürftiger Menschen im häuslichen Umfeld. Die kontinuierliche Erfassung relevanter Daten und die intelligente Vernetzung aller Beteiligten ermöglicht ein frühzeitiges Erkennen eines Ereignisses und ein schnelleres angemessenes Reagieren.

Pflegedienste und Hausärzte erhalten verlässliche Informationen, die eine fundierte Ersteinschätzung ermöglichen und Fehlalarme reduzieren, sodass unnötige Einsätze professioneller Notdienste vermieden werden können.

Die Integration der Technik in bestehende Versorgungsprozesse entlastet nicht nur Pflegende, sondern schafft auch Vertrauen bei den betreuten Personen und deren Angehörigen. Gleichzeitig verbessert sich die Dokumentation und Nachverfolgung von Vorfällen, was wiederum zur Optimierung von Therapie- und Pflegeplänen beiträgt.

Langfristig trägt die Maßnahme zur **Vermeidung unnötiger Krankenhausaufenthalte** bei, senkt damit die Kosten im Gesundheitswesen und stärkt die Möglichkeit, dass Pflegebedürftige auch bei zunehmendem Unterstützungsbedarf länger selbstbestimmt in der eigenen Wohnung leben können.

3.3.4.4 Akteure

Hausnotrufdienst/Rettungsdienste

Status quo (Handlungsfelder/Strukturen)

- Technische Bereitstellung und Wartung von Notrufsystemen
- 24/7-Einsatzbereitschaft zur Annahme von Alarmen
- Erstreaktion und Organisation von Hilfe (Angehörige, Pflegedienst, Rettungsdienst)
- Dokumentation von Vorfällen und Weiterleitung relevanter Daten an Hausarzt oder behandelnden Arzt nur punktuell

Zukünftig

- Technische Vernetzung und prozessuale Integration in einheitliche Alarmsysteme und Plattformen
- Automatisierte Weiterleitung strukturierter Ereignisdaten an alle relevanten Akteure
- Verbesserte Rückkopplung in hausärztliche Versorgung und Pflegeprozesse
- Nutzung von **OI6.2** zur standardisierten Einbindung in digitale Alarm- und Sensorsysteme

Diese Akteure bilden die erste professionelle Reaktionsstufe im Notfall. Durch die Integration in den Alarmserver können sie Vorfälle frühzeitiger und präziser einschätzen und gezielt weiterleiten.

Hausarzt

Status quo (Handlungsfelder/Strukturen)

- Eingeschränkte Einbindung in Notfallpläne, meist über telefonische Rückmeldungen
- Versorgung bei medizinischer Notwendigkeit, aber selten direkte Anbindung an Hausnotrufsysteme

Zukünftig

- Integration in digitale Alarmsysteme mit direkter Rückmeldung über Vorfälle
- Bessere Informationslage durch strukturierte Übermittlung von Alarm- und Sensordaten
- Nutzung der Daten zur Optimierung der Therapiepläne und präventiven Steuerung

Der Hausarzt übernimmt die medizinische Beurteilung des Vorfalls und die Folgebehandlung. Die direkte Einbindung in den Alarmprozess verbessert die zeitliche Reaktionsfähigkeit und die Qualität der Versorgung.

Pflegedienste

Status quo (Handlungsfelder/Strukturen)

- Reaktion auf Notfallsituationen im Rahmen von Einsätzen
- Rückmeldung an relevante Akteure (z.B. Hausärzte, Angehörige oder Notrufdienste erfolgt oft verspätet und ohne standardisierte Schnittstelle
- Notfallpläne häufig unvollständig dokumentiert

Zukünftig

- Einbindung in einheitliche digitale Alarmsysteme mit Zugriff auf aktuelle Vorfalldaten
- Nutzung digitaler Rückmeldungen zur besseren Dokumentation und Versorgungssteuerung
- Verbesserte Abstimmung mit Hausarzt und Rettungsdiensten

Pflegedienste profitieren von präzisen Informationen zum Vorfall und können ihre Einsätze schnell und bedarfsgerecht steuern.

Angehörige und andere informell Pflegende

Status quo (Handlungsfelder/Strukturen)

- Spontane Unterstützung bei Eskalationsketten
- Keine strukturierte Information, oft Unsicherheit in Notfallsituationen
- Beteiligung auf freiwilliger Basis ohne klare Rollenverteilung

Zukünftig

- Systematische Einbindung in Notfallabläufe (z. B. automatische Benachrichtigung per App/SMS)
- Klare Definition von Rollen im Notfallplan
- Zugang zu Statusinformationen über Plattformen, in Abstimmung mit der betreuten Person

Die strukturierte Einbindung Angehöriger und anderen informell Pflegenden entlastet professionelle Kräfte und fördert die Einbindung sozialer Netzwerke in die Notfallversorgung.

Anbieter Sensorik und IoT-Module

Status quo (Handlungsfelder/Strukturen)

- Häufig isolierte Sensoriklösungen z. B. zur Raumüberwachung, Bewegungs- und Sturzerkennung)
- Systeme sind technisch nicht standardisiert und oft nicht nahtlos schwer in Versorgungsabläufe integriert

Zukünftig

- Einheitliche Bedienung über Schnittstellen zu Alarmsystemen
- Integration von IoT-Daten in zentrale Plattformen, die für Pflege, Hausärzte und Rettungsdienste zugänglich sind
- Schrittweise Standardisierung der Module zur Sicherstellung der Interoperabilität mit anderen Systemen

Diese Akteure liefern die technische Grundlage zur Erfassung von Ereignissen und deren nahtlose Integration in den Alarmprozess.

Anbieter Alarmserver

Status quo (Handlungsfelder/Strukturen)

- Installation und Betrieb von Alarmservern im häuslichen Umfeld
- Verbindung häufig nur mit Notrufdiensten, nicht mit Pflege- oder Therapieplattformen

Zukünftig

- Betrieb von Alarmservern mit standardisierten Schnittstellen zu IoT-Modulen
- Direkte Kopplung mit hausärztlichen Praxen und Pflegeplattformen
- Nutzung von **OI6.2** für die technische Integration in bestehende Versorgungsnetzwerke

Der Alarmserver im häuslichen Umfeld ist die zentrale Schnittstelle der technischen Architektur und bündelt sämtliche Sensoren und IoT-Module zu einem integrierten Handlungssystem.

3.3.5 Zugang für informell Pflegende auf die Therapiesteuerungsplattform

Abbildung 12: **Maßnahme 5**

Quelle: _fbeta GmbH

3.3.5.1 Herleitung auf Basis von Defiziten und Potenzialen

Informell Pflegende stehen vor den gleichen Herausforderungen wie andere Patientinnen und Patienten, wenn es um den Zugang zur medizinischen Versorgung geht: eingeschränkte Terminverfügbarkeit bei Haus- und Fachärzten, ungünstige Sprechzeiten, mangelnde Bereitschaft zu Hausbesuchen sowie lange Wartezeiten in Bereitschaftsdiensten. Hinzu kommt, dass medizinische, pflegerische und soziale Versorgung häufig unkoordiniert nebeneinander ablaufen. Dies führt zu Informationsverlusten, Doppeluntersuchungen und verpassten Synergieeffekten.

Eine zentrale Verbesserungschance liegt in der stärkeren **Integration hausärztlicher und pflegerischer Leistungen**. Hierzu kann eine **digitale Fallakte** dienen, in der ein patientenspezifischer Therapieplan hinterlegt wird, der neben medizinischen Maßnahmen auch pflegerische Behandlungsschritte und Pflegediagnosen enthält.

Hausbesuche müssen nicht ausschließlich durch Ärztinnen und Ärzte erfolgen, sondern können auch von qualifizierten, modernen Pflegeberufen (z. B. Community Health Nurse, VERAH, NäPA) durchgeführt werden – unterstützt durch telemedizinische Verfahren und technische Diagnosehilfen. Zudem kann die Integration von Heilmittelerbringern (z. B. Physiotherapie, Podologie) verbessert werden, wenn sie Zugriff auf die Fallakte erhalten, wodurch Doppelaufwände reduziert und Behandlungsprozesse beschleunigt werden.

3.3.5.2 Maßnahmenbeschreibung

Diese Maßnahme zielt auf die **Einbindung informell Pflegender in die Therapiesteuerungsplattform**.

Kernstück ist eine patientenbezogene digitale Fallakte, in der medizinische und pflegerische Behandlungsinformationen transparent und strukturiert hinterlegt werden. Neben ärztlichen Diagnosen und Therapieplänen enthält sie auch pflegerische Ziele, Maßnahmenempfehlungen und Hinweise zur Prävention.

Informell Pflegende erhalten – mit Zustimmung der pflegebedürftigen Person – Zugriff auf diese Informationen und können dort relevante Beobachtungen, Vitalwerte oder dokumentierte pflegerische Maßnahmen eintragen. So entsteht ein aktuelles Bild der Versorgungssituation, das allen Beteiligten zugänglich ist.

Die Plattform unterstützt zudem die Steuerung von Behandlungsprozessen, etwa durch die Anbindung an HZV-Modelle zur besseren Terminkoordination, telemedizinische Konsultationen und die Integration technischer Hilfsmittel zur Diagnoseunterstützung. Sie wird zu einer verbindenden Schnittstelle zwischen Hausärzten, Fachärzten, Pflegediensten, Heilmittelerbringern und informell Pflegenden.

3.3.5.3 Zusätzlicher (Versorgungs-)Nutzen

Die gezielte Integration von Hausärzten und informell Pflegenden in eine gemeinsame Therapiesteuerungsplattform schafft eine kontinuierliche und abgestimmte medizinisch-pflegerische Versorgung. Insbesondere in häuslichen Settings, die bislang durch Informationslücken oder Überlastung der Pflegenden geprägt sind, wird so eine enge Verzahnung erreicht. Durch die strukturierte Einbindung der Hausarztpraxis in Planung, Begleitung und Nachsteuerung pflegerischer Prozesse steht medizinische Expertise dort zur Verfügung, wo sie im Alltag oft fehlt – direkt im Pflegeumfeld.

Gleichzeitig werden informell Pflegende gestärkt und entlastet. Klare Ansprechpartner, abgestimmte Kommunikationswege und die Möglichkeit, niedrigschwellig Rückmeldungen zu geben, befähigen sie, ihre Pflegeaufgaben kompetent, sicher und gut eingebunden wahrzunehmen. Sie erhalten klare, fallbezogene Empfehlungen zu sinnvollen Pflegeroutinen, den nächsten Behandlungsschritten wie auch zu möglichen Komplikationen. Dies vermittelt Sicherheit und Handlungssouveränität.

Die Plattform etabliert zudem eine strukturierte Kommunikation und einen stetigen Informationsfluss zwischen allen Beteiligten. Hausärzte erhalten kontinuierlich aktuelle Informationen zum Gesundheitszustand der pflegebedürftigen Person, sodass sie bei signifikanten Veränderungen gezielt reagieren können. Durch asynchrone Kommunikationskanäle werden unnötige Unterbrechungen und ungesteuerte Kontakte vermieden, während gleichzeitig die Versorgungsqualität gesteigert und die Reaktionsfähigkeit verbessert wird.

3.3.5.4 Akteure

Hausarzt

Status quo (Handlungsfelder/Strukturen)

- Hauptverantwortung für die medizinische Versorgung
- Aufklärung zu Diagnosen, Medikation, Zieldefinition und Therapieplanung
- Interpretation von Verlaufsdaten und Anpassung von Therapien
- Eingeschränkte Einbindung informell Pflegender in die Versorgungsplanung

Zukünftig

- Kontinuierliche Einbindung informeller Pflegepersonen in die Versorgungsplanung über den Zugriff auf einen transparenten und strukturierten digitalen Therapieplans
- Nutzung der Therapiesteuerungsplattform zur Weitergabe von relevanten Hinweisen und sowie zur Einholung von Empfehlungen für eine bedarfsgerechte und fallbezogene Pflege
- Möglichkeit, Maßnahmen zur Sekundär- oder Tertiärprävention strukturiert vorzuschlagen
- Integration von **OI7.1**: Zusammenarbeit von Hausarzt und informell Pflegenden arbeiten auf Basis eines gemeinsamen digitalen Therapieplans

Hausärzte steuern die medizinische Behandlung und sorgen dafür, dass Pflegepläne transparent sind und von allen Beteiligten verstanden und umgesetzt werden können.

Informell Pflegende

Status quo (Handlungsfelder/Strukturen)

- Erbringen pflegerischer Basisleistungen (z. B. Mobilisation, Ernährung, Medikamentengabe)
- Beobachtung und Rückmeldung relevanter Veränderungen erfolgt oft mündlich oder ohne strukturierte Dokumentation
- Fehlen eines strukturierten Zugangs zu Therapie- und Behandlungsinformationen

Zukünftig

- Dokumentation pflegerischer Maßnahmen gemäß dem Therapieplans
- Nutzung der Plattform für Rückmeldungen zu Belastungen, Veränderungen oder Unterstützungsbedarf
- Möglichkeit zur ergänzenden Dokumentation von Vitalparametern (soweit nicht bereits durch IoT-Systeme erfasst)
- Direkte Abstimmung mit dem Hausarzt über digitale Kommunikationskanäle

Diese Akteure sind das Bindeglied zwischen dem Pflegealltag im häuslichen Umfeld und der professionellen Versorgung. Sie liefern wichtige Informationen für eine kontinuierliche und bedarfsgerecht abgestimmte Pflege.

Betreiber der Therapiesteuerungsplattform

Status quo (Handlungsfelder/Strukturen)

- Fehlen einer zentralen Plattform zur strukturierten Integration informell Pflegender

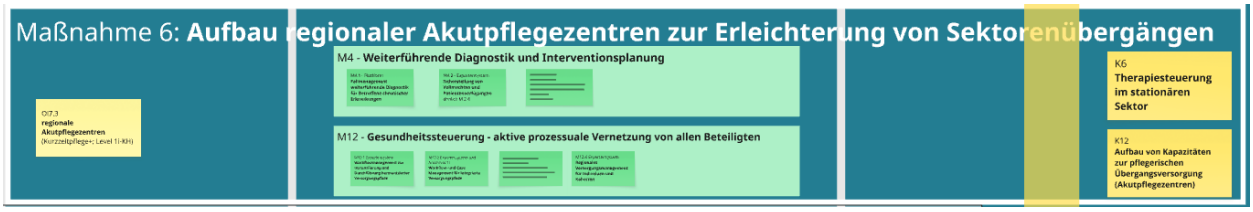
Zukünftig

- Betrieb und kontinuierliche Weiterentwicklung der Plattform
- Bereitstellung transparenter Kommunikationskanäle zwischen Hausarzt, informell Pflegenden und weiteren Akteuren in der Pflege
- Sicherstellung von Datenqualität, Datenschutz und Interoperabilität mit bestehenden Systemen

Diese Akteure stellen die technische Infrastruktur bereit, über die die sektorenübergreifende Kommunikation und Dokumentation in der häuslichen Pflege abgebildet wird.

3.3.6 Aufbau regionaler Akutpflegezentren zur Erleichterung von Sektorenübergängen

Abbildung 13: **Maßnahme 6**



Quelle: _fbeta GmbH

3.3.6.1 Herleitung auf Basis von Defiziten und Potenzialen

Pflegebedürftige und ihre Angehörigen stehen in akuten Krisensituationen häufig vor dem Problem, dass bestehende Versorgungsstrukturen nicht flexibel genug reagieren können. Krankenhausaufenthalte werden oftmals vorschnell eingeleitet, weil kurzfristig keine geeigneten häuslichen oder teilstationären Alternativen zur Verfügung stehen. Gleichzeitig fehlen Übergangsangebote, um nach einem Krankenhausaufenthalt die Rückkehr in die häusliche Pflege sicher und reibungslos zu gestalten.

Hinzu kommt, dass der Übergang zwischen medizinischer, pflegerischer und sozialer Versorgung oft unkoordiniert erfolgt. Wichtige Informationen gehen verloren, Anschlussversorgungen verzögern sich, und die Belastung für informell Pflegende steigt erheblich. Insbesondere in ländlichen Regionen fehlen niederschwellige, wohnortnahe Einrichtungen, die kurzfristig pflegerische und medizinische Unterstützung bereitstellen können, ohne dass ein vollstationärer Krankenhausaufenthalt notwendig ist.

Ein zentraler Lösungsansatz liegt daher im **Aufbau regionaler Akutpflegezentren**, die eine flexible, bedarfsgerechte und koordinierte Versorgung in Krisensituationen ermöglichen und gleichzeitig als Bindeglied zwischen den Sektoren fungieren.

3.3.6.2 Maßnahmenbeschreibung

Das Akutpflegezentrum fungiert als **regionale Anlaufstelle für Pflegebedürftige, deren Angehörige, Hausärzte, Pflegedienste und Krankenhäuser**. Es bietet eine befristete, engmaschige pflegerische und medizinische Betreuung, wenn die Versorgung im häuslichen Umfeld bei akuten Pflegesituationen nicht gewährleistet werden kann oder eine gezielte Übergangsversorgung nach einem Krankenhausaufenthalt erforderlich ist.

Die Einrichtungen sind darauf ausgelegt, kurzfristig Krisensituationen aufzufangen, z. B. bei einer akuten Verschlechterung des Gesundheitszustands, bei Ausfall einer Pflegeperson oder bei komplexem Versorgungsbedarf, der temporär eine intensivere Betreuung erfordert. Sie arbeiten eng mit Haus- und Fachärzten, Therapeuten, Pflege- und Sozialdiensten sowie informell Pflegenden zusammen.

Kernfunktionen der Maßnahme:

- Kurzzeitige voll- oder teilstationäre Pflegeversorgung
- Interdisziplinäre Fallbesprechungen und Versorgungsplanung
- Einbindung telemedizinischer Konsultationen und Diagnostik
- Übergangsmanagement nach Krankenhausaufenthalten
- Aktivierung und Entlastung informell Pflegender

- Koordination mit kommunalen Unterstützungs- und präventiven Angeboten

Das Zentrum ist organisatorisch in die regionale Versorgungsstruktur eingebettet und wird durch klare Schnittstellen zu Rettungsdiensten, Krankenhäusern und der ambulanten Versorgung angebunden.

3.3.6.3 Zusätzlicher (Versorgungs-)Nutzen

Regionale Akutpflegezentren schließen eine zentrale Lücke im bestehenden Versorgungssystem. Sie bieten eine wohnortnahe, flexible und schnell verfügbare Alternative zu stationären Krankenhausaufenthalten und vermeiden so unnötige Klinikeinweisungen. Durch die enge Abstimmung mit Hausärzten, Pflegediensten und Krankenhäusern wird die Versorgungskontinuität verbessert und Versorgungslücken werden reduziert.

Für informell Pflegende bieten die Zentren eine wichtige Entlastungsfunktion in akuten Pflegesituationen. Sie können die Pflege temporär in professionelle Hände geben. Gleichzeitig wird durch gezielte Schulungen und Beratung während der Übergangsphase die Kompetenz der Pflegenden gestärkt.

Indem die Zentren zudem eine strukturierte Übergangsversorgung nach Krankenhausaufenthalten bieten, wird das Risiko von Komplikationen und Wiedereinweisungen reduziert. Darüber hinaus tragen die Zentren zur besseren Vernetzung medizinischer und pflegerischer Akteure bei und ermöglichen so eine koordinierte, sektorenübergreifende Versorgung. Langfristig verbessern sie somit die Versorgungsqualität, senken Folgekosten und stärken die Möglichkeit, dass Pflegebedürftige auch bei komplexem Unterstützungsbedarf im häuslichen Umfeld verbleiben können.

3.3.6.4 Akteure

<u>Akutpflegezentrum</u>

Status quo (Handlungsfelder/Strukturen)

- Nur vereinzelte Kurzzeitpflegeangebote, häufig mit begrenzten Kapazitäten
- Nicht flächendeckend organisatorisch gesicherte Übergangspflege
- Nur teilweise Integration medizinischer Behandlungskompetenzen (inkl. Telemedizin)

Zukünftig

- Aufbau von Akutpflegezentren als eigenständige Versorgungsform
- Bereitstellung kurzfristig verfügbarer Kapazitäten für Pflegebedürftige mit überbrückendem stationärem Versorgungsbedarf (z. B. nach Unfall oder Krankenhausentlassung)
- Kombination pflegerischer Versorgung mit medizinischer Behandlungskompetenz, inkl. Telemedizin
- Integration von **OI7.3**: Nutzung als regionale Knotenpunkte zur Bündelung von Akutpflege, Übergangsmanagement und medizinisch-pflegerische Krisenintervention

Zentrale Einrichtung, die die Versorgung in akuten Phasen sicherstellt und die sektorenübergreifende Zusammenarbeit medizinischer und pflegerischer Akteure organisiert.

Hausarzt/Fachärzte

Status quo (Handlungsfelder/Strukturen)

- Versorgung von Patienten erfolgt vor allem ambulant oder im Krankenhaus
- Beteiligung an Übergangsprozessen ist oft zeitlich und organisatorisch begrenzt

Zukünftig

- Kontinuierliche medizinische Versorgung im Akutpflegezentrum, bei Bedarf unterstützt durch Telemedizin
- Engere Anbindung an Versorgungsprozesse nach stationären Aufenthalten
- Mitwirkung an Behandlungsplänen in enger Abstimmung mit Pflegefachkräften

Diese Akteure sichern die medizinische Qualität der Versorgung im Akutpflegezentrum und gewährleisten die Kontinuität der Behandlung.

Informell Pflegende

Status quo (Handlungsfelder/Strukturen)

- Versorgung in Übergangssituationen (z. B. nach Krankenhausentlassung, bei akuter Verschlechterung des Gesundheitszustands oder beim Ausfall einer pflegenden Person) ist oft überfordernd und ohne fachliche Unterstützung
- Fehlende Informationen und Begleitung nach stationären Aufenthalten der Pflegebedürftigen, um die Rückkehr in die häusliche Pflege zu stabilisieren

Zukünftig

- Einbindung in die Übergangspflege durch gezielte Information und Beratung
- Unterstützung und Coaching während des Aufenthalts der pflegebedürftigen Person im Akutpflegezentrum
- Bessere Vorbereitung auf die Wiederaufnahme der Pflege im häuslichen Umfeld

Pflegefachkräfte

Status quo (Handlungsfelder/Strukturen)

- Fehlende systematische Einbindung pflegerischer Kompetenzen in strukturierte Übergangs- und Akutversorgungssituationen
- Belastung durch Ad-hoc-Aufnahmen und fehlende Schnittstellen zu Krankenhaus oder ambulanter Versorgung

Zukünftig

- Kontinuierliche pflegerische Betreuung (24/7) in enger Abstimmung mit Ärzten
- Unterstützung informell Pflegender durch Schulung, Beratung und Coaching

- Bindeglied in Übergangsprozessen zwischen stationären Einrichtungen, Hausärzten und häuslicher Pflege

Sozialmedizinische Betreuung (z. B. Sozialstationen, Quartiersmanager, Gesundheitskioske)

Status quo (Handlungsfelder/Strukturen)

- Angebote sozialer und beratender Unterstützung häufig unkoordiniert mit der Übergangspflege

Zukünftig

- Einbindung in die Steuerung der Akutpflegezentren
- Beratung von informell Pflegenden und Vermittlung ergänzender Unterstützungsangebote
- Stärkere Verknüpfung von medizinisch-pflegerischer Versorgung und sozialer Unterstützung

Diese Akteure unterstützen die Akutpflegezentren, indem sie die Verknüpfung medizinisch-pflegerischer Versorgung mit sozialer Unterstützung in Übergangssituationen sicherstellen.

Träger (z. B. Kommune, Wohlfahrtsverband, Unternehmen, Genossenschaft)

Status quo (Handlungsfelder/Strukturen)

- Träger organisieren und finanzieren bestehende Kurzzeitpflegeangebote, es gibt jedoch keine systematisch aufgebauten Akutpflegezentren als eigenständige Versorgungsstruktur
- Heterogene Verantwortlichkeiten und Qualitätsstandards

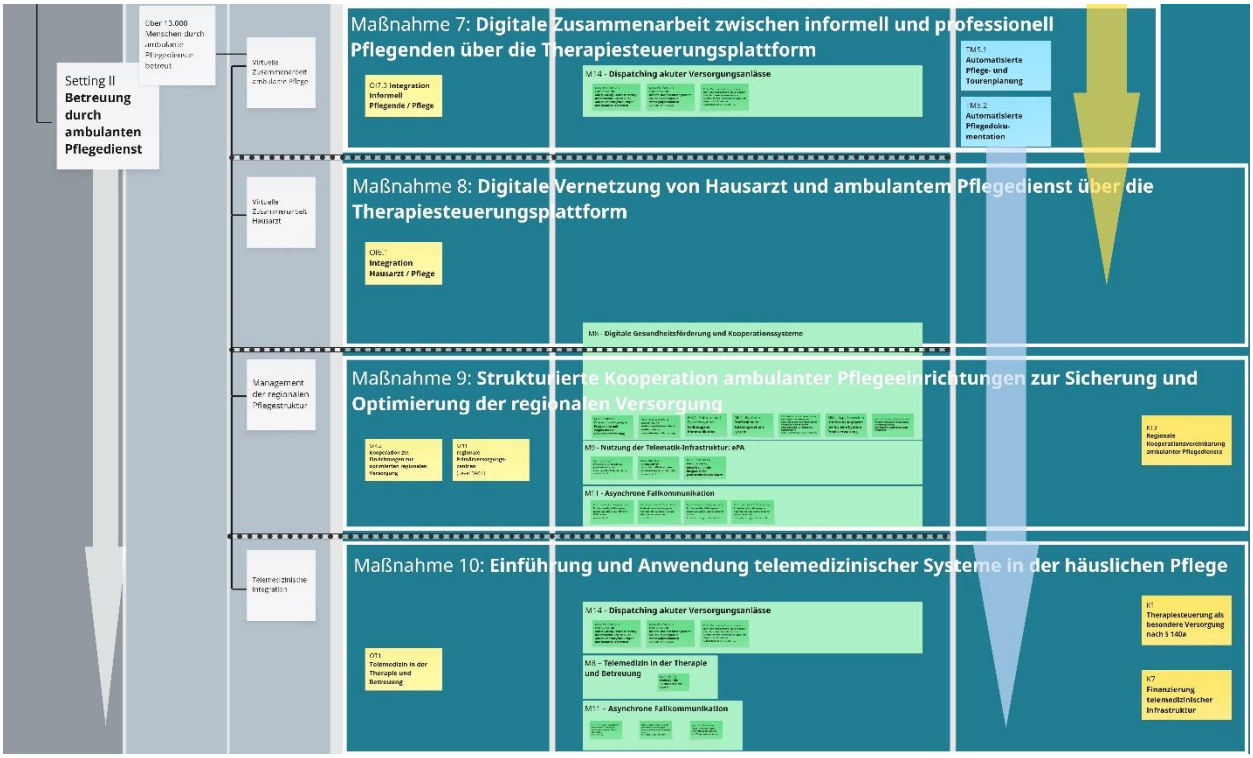
Zukünftig

- Aufbau, Finanzierung und Steuerung der Akutpflegezentren
- Sicherstellung von Personal, Räumlichkeiten und Qualitätsmanagement
- Langfristige Verankerung als Bestandteil der regionalen Versorgungslandschaft

Diese Akteure unterstützen die strukturelle Verankerung der Zentren in der Region und fördern deren nachhaltige Entwicklung.

3.4 Setting II – Betreuung durch und mit ambulante(n) Pflegedienste(n)

Abbildung 14: **Maßnahmen 7 – 10 im Ökosystem**



Quelle: _fbeta GmbH

Im Setting II übernehmen ambulante Pflegedienste die zentrale Verantwortung für die pflegerische Versorgung im häuslichen Umfeld. Sie gewährleisten die kontinuierliche Grund- und Behandlungspflege, koordinieren medizinische und therapeutische Leistungen und arbeiten dabei eng mit Haus- und Fachärzten, weiteren Gesundheitsdienstleistern sowie informell Pflegenden zusammen.

Die wachsende Zahl pflegebedürftiger Menschen, der zunehmende Fachkräftemangel und steigende organisatorische Anforderungen setzen ambulante Pflegedienste jedoch zunehmend unter Druck. Gleichzeitig erfordert die fragmentierte Versorgungslandschaft ein hohes Maß an Koordination, um Informationsverluste zu vermeiden und Versorgungskontinuität sicherzustellen.

Vor diesem Hintergrund zielen die Maßnahmen 7 – 10 darauf ab, die Leistungs- und Kooperationsfähigkeit ambulanter Pflegedienste zu stärken, ihre digitale Vernetzung und die sektorenübergreifende Zusammenarbeit auszubauen sowie ihre Rolle in der regionalen Versorgungssteuerung zu festigen. Der Einsatz digitaler Plattformen, telemedizinischer Systeme und koordinierter Prozessstrukturen soll helfen, Ressourcen effizient einzusetzen, Pflegeprozesse vorausschauend zu steuern und die Qualität der Versorgung nachhaltig zu sichern.

Dabei werden folgende Maßnahmen umgesetzt:

- **Maßnahme 7 – Digitale Zusammenarbeit zwischen informell und professionell Pflegenden über die Therapiesteuerungsplattform** (gemeinsame Pflege- und Tourenplanung, digital unterstützte

Kommunikation, strukturierte Rückmeldungen zu Pflegeverläufen, schnelle Abstimmung bei akuten Ereignissen)

- **Maßnahme 8 – Digitale Vernetzung von Hausarzt und ambulantem Pflegedienst über die Therapiesteuerungsplattform** (sicherer Datenaustausch, Integration ärztlicher Behandlungspläne in die Pflegeorganisation, abgestimmte Fallsteuerung)
- **Maßnahme 9 – Strukturierte Kooperation ambulanter Pflegeeinrichtungen zur Sicherung und Optimierung der regionalen Versorgung** (gemeinsame digitale Infrastruktur, Abstimmung von Kapazitäten, gemeinsame Qualitäts- und Prozessstandards)
- **Maßnahme 10 – Einführung und Anwendung telemedizinischer Systeme in der häuslichen Pflegeversorgung** (Integration telemedizinischer Diagnostik und Beratung, Nutzung asynchroner Kommunikationswege, Einbindung in die Therapiesteuerungsplattform)

Die Maßnahmen greifen ineinander: Digitale Werkzeuge und abgestimmte Kooperationsprozesse verbessern den Informationsfluss, schaffen Transparenz über Versorgungsprozesse und stärken die Handlungssicherheit aller Beteiligten. Dadurch wird die Rolle der ambulanten Pflegedienste als zentrale Koordinationsinstanz in der häuslichen Pflege gezielt gestärkt und die Grundlage für eine zukunftsfähige, qualitativ hochwertige Versorgung geschaffen.

3.4.1 Digitale Zusammenarbeit zwischen informell und professionell Pflegenden über die Therapiesteuerungsplattform

Abbildung 15: **Maßnahme 7**

Quelle: _fbeta GmbH

3.4.1.1 Herleitung auf Basis von Defiziten und Potenzialen

Kommt es zu einem medizinischen oder pflegerischen Krisenfall, fehlt es häufig an kurzfristig verfügbaren Versorgungsangeboten. Dies betrifft sowohl Kapazitäten in der Verhinderungs-, Kurzzeit-, Tages- oder Nachtpflege als auch kurzfristige Unterstützungsleistungen im häuslichen Umfeld. Überlastete Angehörige und informell Pflegende sind in solchen Situationen oftmals gezwungen, den Rettungsdienst zu alarmieren, was nicht selten zu ungeplanten und vermeidbaren Krankenhausaufenthalten führt.

Gleichzeitig werden Patientinnen und Patienten heute oftmals früher aus dem Krankenhaus entlassen. Damit verlagern sich wesentliche Heilungs- und Rehabilitationsprozesse ins häusliche Umfeld, wo die dafür erforderlichen pflegerischen Kompetenzen häufig nicht ausreichend vorhanden sind.

Eine wesentliche Verbesserung kann erreicht werden, wenn **informell Pflegende strukturiert in die professionelle Versorgungsplanung und -umsetzung eingebunden** werden. Hierzu bietet sich die Nutzung einer gemeinsamen digitalen Therapiesteuerungsplattform an, über die beide Seiten – Angehörige und Pflegefachkräfte – Informationen austauschen, Maßnahmen abstimmen und Dokumentationen gemeinsam führen können.

3.4.1.2 Maßnahmenbeschreibung

Die **Therapiesteuerungsplattform ermöglicht sowohl informell als auch professionell Pflegenden den Zugriff auf die digitale Fallakte** der Pflegebedürftigen. Dort können pflegerische Maßnahmen gemeinsam geplant, abgestimmt und dokumentiert werden. Ärztliche Behandlungsschritte werden transparent dargestellt, sodass pflegerische Tätigkeiten gezielt an den medizinischen Erfordernissen ausgerichtet werden können.

Die Plattform bietet abgestimmte Kommunikationskanäle, erfasst Vitaldaten und ermöglicht die strukturierte Dokumentation von Pflegeleistungen, Adhärenz und präventiven Maßnahmen. Damit dient sie nicht nur als Informations- und Planungsinstrument, sondern auch als Werkzeug zur Qualitätssicherung und zur kontinuierlichen Verbesserung der Versorgungsprozesse.

Diese Maßnahme trägt gleichzeitig dazu bei, die Rolle von Pflegefachpersonen und informell Pflegenden zu stärken, indem sie den Wissenstransfer zwischen professioneller und informeller Pflege erleichtert und die Zusammenarbeit auf eine verbindliche, dokumentierte Grundlage stellt.

3.4.1.3 Zusätzlicher (Versorgungs-)Nutzen

Die aktive Einbindung informell Pflegender in die Pflegeplanung und -versorgung erhöht die Passgenauigkeit und Kontinuität pflegerischer Maßnahmen und steigert deren Wirksamkeit. Das Wissen über den Alltag der Pflegebedürftigen fließt unmittelbar in die Planung ein. Übergaben werden durch die gemeinsame Nutzung der digitalen Fallakte vereinfacht, die Dokumentation wird für beide Seiten transparenter und effizienter. Die Zusammenarbeit zwischen informell und professionell Pflegenden wird durch strukturierte Kommunikationswege gestärkt.

Durch gezielte Anleitung und die Integration von Vitaldaten in die Plattform können informell Pflegende gesundheitliche Veränderungen frühzeitig dokumentieren. Über strukturierte Rückmeldungen an Pflegedienste oder Hausärzte wird eine schnelle Reaktion möglich – unnötige Eskalationen können so vermieden werden.

Die enge Abstimmung medizinischer und pflegerischer Maßnahmen sorgt dafür, dass ärztliche Anordnungen und therapeutische Maßnahmen lückenlos in den Pflegealltag integriert werden. Fachliche Begleitung und kontinuierliche Beratung durch Pflegefachkräfte reduzieren das Risiko von Überforderung, verbessern die Versorgungsqualität und stärken die Wirksamkeit der informellen Pflege im häuslichen Umfeld.

3.4.1.4 Akteure

<u>Informell Pflegende</u>

Status quo (Handlungsfelder/Strukturen)

- Versorgung im häuslichen Umfeld (z. B. Körperpflege, Mobilisation, Essens-, Medikamentengabe)
- Rückmeldungen zu Veränderungen des Gesundheitszustandes pflegebedürftiger Personen erfolgen informell und meist unsystematisch
- Oft eigenständige Koordination von Arzt- und Therapieterminen, ohne strukturierte Einbindung

Zukünftig

- Systematische Beobachtung und Rückmeldungen über digitale Kommunikationskanäle (Dokumentation in der Fallakte der Therapiesteuerungsplattform)
- Aktive Einbindung in Pflegeplanung und -versorgung in Abstimmung mit Pflegefachkräften
- Nutzung von **OI7.3**: Integration in eine digitale Plattform, die eine enge Verzahnung mit professionellen Diensten ermöglicht

Informell Pflegende sind zentrale Partner im Versorgungsteam. Ihre Beobachtungen und ihre tägliche Nähe zur pflegebedürftigen Person machen sie zu einer unverzichtbaren Informationsquelle und einem wichtigen Bindeglied zwischen informeller und professioneller Pflege im häuslichen Umfeld.

<u>Ambulanter Pflegedienst/Pflegefachkräfte</u>

Status quo (Handlungsfelder/Strukturen)

- Hauptaufgabe liegt in der pflegerischen Versorgung der Pflegebedürftigen sowie in der fachlichen Anleitung, Schulung und Unterstützung informell Pflegender.

- Rückmeldungen zu Pflegeverläufen und Gesundheitszustand erfolgen meist unregelmäßig und sind nicht systematisch dokumentiert
- Erstellung von Pflegeplänen überwiegend ohne aktive Einbeziehung von Angehörigen oder anderen informell Pflegenden

Zukünftig

- Erstellung digitaler Pflegepläne unter Einbezug informell Pflegender
- Regelmäßige Rückmeldungen zu Unterstützungsbedarfen direkt über die Plattform
- Nutzung digitaler Daten zur Früherkennung von Überforderung informell Pflegender oder Fehlerquellen
- Stärkung der Rolle als Bindeglied zwischen Hausarzt, informell Pflegenden und Plattform

Pflegefachkräfte sorgen für die fachgerechte Umsetzung der Pflege im häuslichen Umfeld, steuern den Unterstützungsprozess und gewährleisten die Integration ärztlicher und therapeutischer Vorgaben in die tägliche Versorgung.

Plattformanbieter

Status quo (Handlungsfelder/Strukturen)

- Fehlen einer zentralen Plattform zur strukturierten Zusammenarbeit von informeller und professioneller Pflege

Zukünftig

- Betrieb und Weiterentwicklung der Therapiesteuerungsplattform
- Bereitstellung digitaler Kommunikations- und Dokumentationskanäle für professionell und informell Pflegende
- Sicherstellung der Datenqualität, Interoperabilität und Nutzerfreundlichkeit

Der Plattformanbieter stellt die technische Grundlage für die digitale Zusammenarbeit zwischen allen Beteiligten sicher und entwickelt die Funktionen der Plattform entsprechend den Anforderungen der Versorgungsakteure weiter.

3.4.2 Digitale Vernetzung von Hausarzt und ambulantem Pflegedienst über die Therapiesteuerungsplattform

Abbildung 16: **Maßnahme 8**

Quelle: _fbeta GmbH

3.4.2.1 Herleitung auf Basis von Defiziten und Potenzialen

In der häuslichen Versorgung mit ambulanter Pflege ist die enge Zusammenarbeit zwischen Pflegedienst und Hausarzt entscheidend für eine kontinuierliche und wirksame Behandlung. Dennoch läuft die Abstimmung häufig unstrukturiert und zeitversetzt ab. Wichtige Informationen zu Therapieplänen, pflegerischen Beobachtungen oder Veränderungen des Gesundheitszustandes erreichen die jeweils andere Seite oft verspätet oder nur teilweise.

Zudem sind die Zuständigkeiten nicht immer klar definiert: Während der Pflegedienst ärztliche Maßnahmen im Alltag umsetzt und gesundheitliche Veränderungen früh erkennt, liegt die Verantwortung für medizinische Entscheidungen bei der Hausarztpraxis. Ohne ein strukturiertes, gemeinsames Dokumentations- und Kommunikationssystem entstehen Informationsverluste und Verzögerungen in der Versorgung.

Eine Therapiesteuerungsplattform mit gemeinsamer digitaler Fallakte kann diese Schnittstellenprobleme erheblich reduzieren. Sie bietet die Möglichkeit, medizinische und pflegerische Informationen aktuell, strukturiert und sicher auszutauschen – unabhängig von räumlichen oder zeitlichen Barrieren.

3.4.2.2 Maßnahmenbeschreibung

Über die Therapiesteuerungsplattform greifen Hausarztpraxis und ambulanter Pflegedienst auf eine gemeinsame Fallakte zu. Dort werden **medizinische und pflegerische Informationen gebündelt, Therapiepläne und Pflegeziele abgestimmt und die Umsetzung ärztlicher Maßnahmen dokumentiert**.

Die Plattform ermöglicht es, Beobachtungen aus dem Pflegealltag systematisch zu erfassen und mit medizinischen Befunden zu verknüpfen. Dies schließt auch die Integration von automatisch erfassten Vitaldaten ein. Die Kommunikation erfolgt asynchron über definierte Kanäle, sodass Rückmeldungen zielgerichtet und ohne unnötige Unterbrechungen erfolgen.

Durch strukturierte Kommunikationswege, dokumentierte Aufgabenverteilungen und die gemeinsame Nutzung der Fallakte werden medizinische und pflegerische Maßnahmen besser koordiniert und effizienter umgesetzt.

3.4.2.3 Zusätzlicher (Versorgungs-)Nutzen

Die digitale Vernetzung von Hausarzt und ambulantem Pflegedienst über die Therapiesteuerungsplattform ermöglicht eine medizinisch-pflegerische Behandlung aus einer Hand. Therapiepläne und Pflegeziele werden gemeinsam entwickelt, strukturiert abgestimmt und praxisnah sowie zeitnah umgesetzt. Die kontinuierliche Beobachtung des Gesundheitszustands durch Pflegefachkräfte, kombiniert mit der automatisierten Erfassung von Vitaldaten, erlaubt ein frühzeitiges Erkennen gesundheitlicher Veränderungen und eine schnelle Einleitung bedarfsgerechter Maßnahmen.

Ärztlich verordnete Maßnahmen – einschließlich präventiver Interventionen – werden zielgerichtet umgesetzt, dokumentiert und hinsichtlich ihrer Wirksamkeit zurückgemeldet. Dadurch erhöht sich die Verlässlichkeit der medizinischen Versorgung im häuslichen Umfeld und die Qualität der pflegerischen Betreuung.

3.4.2.4 Akteure

Hausarzt

Status quo (Handlungsfelder/Strukturen)

- Medizinische Leitung der Behandlung
- Erstellung von Therapieplänen, Verordnung von Medikamenten und Hilfsmitteln
- Kommunikation mit ambulantem Pflegedienst erfolgt oft per Telefon oder in Papierform
- Rückmeldungen zu Veränderungen des Gesundheitszustands eines Patienten erreichen den Hausarzt häufig verspätet oder unsystematisch

Zukünftig

- Enge Zusammenarbeit mit ambulanten Pflegediensten über die Therapiesteuerungsplattform
- Nutzung gemeinsamer digitaler Fallakten für Therapiepläne und Dokumentation
- Bessere Rückmeldeschleifen durch standardisierte Datenübermittlung
- Integration von **OI6.1**: Kooperation zwischen Hausarzt und Pflegedienst über die Plattform auf Basis eines abgestimmten digitalen Behandlungs- und Pflegeplans

Hausärztinnen und Hausärzte tragen die Verantwortung für die medizinische Steuerung und profitieren von zeitnahen, strukturierten Informationen aus dem Pflegealltag, um ihre Entscheidungen fundiert treffen zu können.

Ambulanter Pflegedienst/Pflegefachkräfte

Status quo (Handlungsfelder/Strukturen)

- Umsetzung ärztlich verordneter Maßnahmen (z. B. Medikamentengabe, Wundversorgung)
- Dokumentation von Beobachtungen und Rückmeldungen nur punktuell oder in Papierform
- Eingeschränkte Beteiligung an Therapie- und Pflegezielplanung

Zukünftig

- Beobachtung des Pflegezustands und strukturierte Dokumentation relevanter Informationen in der digitalen Fallakte auf der Plattform
- Aktive Beteiligung an der Abstimmung von Therapieplänen und Pflegezielen
- Strukturiertere Rückkopplung mit Hausärzten über die Plattform
- Nutzung digitaler Kommunikationskanäle zur schnelleren und effizienteren Umsetzung medizinischer und pflegerischer Maßnahmen

Ambulante Pflegedienste stellen sicher, dass medizinische Vorgaben fachgerecht in den häuslichen Pflegealltag übertragen werden, und liefern durch ihre Alltagsnähe wertvolle Informationen für die ärztliche Beurteilung.

<u>Plattformanbieter</u>

Status quo (Handlungsfelder/Strukturen)

- Fehlen einer zentralen Plattform zur strukturierten Zusammenarbeit zwischen Hausarzt und Pflegedienst

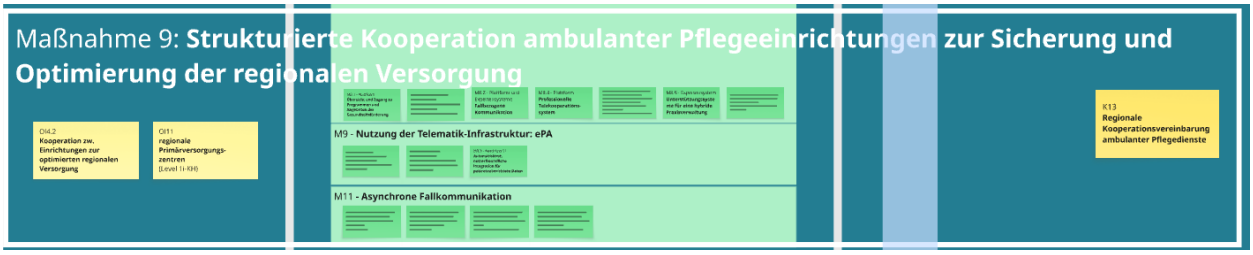
Zukünftig

- Betrieb und Weiterentwicklung der Therapiesteuerungsplattform
- Bereitstellung standardisierter Kommunikations- und Dokumentationsschnittstellen
- Sicherstellung von Interoperabilität, Datenschutz und Nutzerfreundlichkeit

Die technische Basis der Vernetzung bildet das Fundament dafür, dass Informationen sicher, zuverlässig und in Echtzeit zwischen den Beteiligten ausgetauscht werden können.

3.4.3 Strukturierte Kooperation ambulanter Pflegeeinrichtungen zur Sicherung und Optimierung der regionalen Versorgung

Abbildung 17: **Maßnahme 9**



Quelle: _fbeta GmbH

3.4.3.1 Herleitung auf Basis von Defiziten und Potenzialen

Die im vorherigen Setting genannten Herausforderungen der Integration medizinischer und pflegerischer Versorgung gelten gleichermaßen in diesem Setting. Zwar steht mit den Pflegefachkräften der ambulanten Pflegedienste eine qualifizierte Koordinationsinstanz zur Verfügung, dennoch bestehen weiterhin gravierende strukturelle Defizite: Es mangelt an synchronen wie asynchronen Kommunikationskanälen zwischen Pflege, Leistungserbringern in der gesundheitlichen Versorgung und weiteren relevanten Akteuren.

Diese fehlenden Kommunikations- und Kooperationsstrukturen erschweren nicht nur die Abstimmung medizinisch-pflegerischer Maßnahmen, sondern verhindern auch die frühzeitige Einleitung geeigneter Interventionen. Zudem fehlt oft der direkte Zugang zur Akutversorgung oder eine verbindliche Koordination bei Übergängen zwischen Krankenhaus, ambulanter und teilstationärer Pflege.

Eine stärkere, verbindlich organisierte Zusammenarbeit ambulanter Pflegeeinrichtungen – unterstützt durch regionale Koordinierungs- und Qualitätsstrukturen – kann diese Defizite deutlich reduzieren.

3.4.3.2 Maßnahmenbeschreibung

Die Maßnahme zielt auf den **Aufbauklarer, verbindlicher Kooperationsstrukturen zwischen ambulanten Pflegeeinrichtungen** ab. Diese Strukturen sollen durch regelmäßige Abstimmungsformate wie regionale Koordinierungsgruppen, Facharbeitskreise oder Qualitätszirkel gestützt werden.

Kernaspekte der Maßnahme sind:

- Abstimmung und Harmonisierung von Prozessen bei Aufnahme, Übergabe und Entlassung von Pflegebedürftigen
- Entwicklung gemeinsamer Standards für die Dokumentation und Kommunikation
- Einrichtung verlässlicher Eskalations- und Notfallstrukturen
- Kontinuierlicher Austausch zu Kapazitäten und Ressourcen, um Versorgungsengpässe frühzeitig zu erkennen und zu kompensieren
- Gemeinsame Projekte zur Verbesserung der Schnittstellenarbeit, z. B. bei der Koordination von Entlassungen aus dem Krankenhaus oder Vermeidung von Notfalleinweisungen

Diese Kooperationen sollen in bestehende regionale Pflege- und Gesundheitsnetzwerke eingebettet werden und im Idealfall mit der Therapiesteuerungsplattform verknüpft sein.

3.4.3.3 Zusätzlicher (Versorgungs-)Nutzen

Eine verbindliche und strukturierte Zusammenarbeit ambulanter Pflegeeinrichtungen stärkt die **regionale Versorgungssicherheit** und reduziert das Risiko von Versorgungslücken. Durch abgestimmte Prozesse und klare Kommunikationswege lassen sich Übergänge zwischen Einrichtungen reibungsloser gestalten, Doppelarbeit vermeiden und wichtige Informationen zuverlässig weitergeben.

Gleichzeitig erhöht sich die **Reaktionsfähigkeit** im Krisenfall, da Kapazitäten und Ressourcen transparenter sind und kurzfristig umgesteuert werden können. Gemeinsame Qualitätsstandards fördern eine **einheitliche Versorgungsqualität** in der Region, unabhängig vom einzelnen Leistungserbringer.

Die koordinierte Zusammenarbeit ermöglicht es, **präventive Maßnahmen** gezielter einzusetzen, unnötige Krankenhausaufenthalte zu vermeiden und die Belastung pflegender Angehöriger zu reduzieren. Langfristig wird damit nicht nur die Versorgungsqualität verbessert, sondern auch die Attraktivität der ambulanten Pflege als Berufsfeld gestärkt.

3.4.3.4 Akteure

<u>Ambulante Pflegeeinrichtungen/Pflegedienste</u>

Status quo (Handlungsfelder/Strukturen)

- Ambulante Pflegedienste arbeiten überwiegend isoliert innerhalb ihres eigenen Versorgungsbereichs
- Zusammenarbeit zwischen Diensten verschiedener Träger ist selten institutionalisiert
- Austausch beschränkt sich oft auf informelle Kontakte oder punktuelle Absprachen

Zukünftig

- Beteiligung an einer regionalen Koordinierungsgruppe oder an Facharbeitskreisen und Qualitätszirkeln
- Gemeinsame Initiativen zur Optimierung der Ressourcenverwendung (z. B. Pooling von Notfall- und Bereitschaftsdiensten)
- Standardisierte Kooperations- und Kommunikationsprozesse zwischen Pflegediensten verschiedener Träger
- Integration von **OI4.2** als organisatorische Grundlage für verlässliche Kooperationen zur optimierten regionalen Versorgung

Ambulante Pflegeeinrichtungen sind die zentralen Umsetzungsinstanzen der abgestimmten Versorgungsprozesse und profitieren von klaren Kooperationsstrukturen sowie transparenten Abstimmungswegen.

Leistungserbringer (Hausärzte, Kliniken etc.)

Status quo (Handlungsfelder/Strukturen)

- Überwiegend bilaterale Zusammenarbeit mit ambulanten Diensten (z. B. über einzelne Verordnungen oder telefonische Kontakte)
- Kaum strukturierte Abstimmung bei Übergaben oder komplexeren Versorgungsverläufen

Zukünftig

- Teilnahme an Initiativen zur Prozessharmonisierung, insbesondere bei Übergabe- und Kommunikationsstrukturen
- Engere Vernetzung mit Pflegeeinrichtungen über regionale Primärversorgungszentren
- Integration von **OI11**: Nutzung von Primärversorgungszentren als gemeinsame Plattform zur Koordination medizinischer und pflegerischer Leistungen

Die strukturierte Kooperation zwischen ambulanten Pflegeeinrichtungen und anderen Leistungserbringern ist entscheidend, um pflegerische und medizinische Maßnahmen wirksam zu verzahnen und eine lückenlose Versorgung sicherzustellen.

Träger/Kommune/Pflegestützpunkte

Status quo (Handlungsfelder/Strukturen)

- Punktuelle Unterstützung von Projekten zur Pflegekoordination, meist projekt- oder fördermittelgebunden
- Fehlen einer dauerhaften organisatorischen und moderierenden Rolle

Zukünftig

- Organisation, Moderation und Dokumentation regionaler Kooperationsstrukturen
- Initiierung gemeinsamer Projekte, z. B. zum Entlassmanagement oder zur Notfallvermeidung
- Aufbau einer gemeinsamen, sektorenübergreifenden Versorgungslogik im Sozialraum
- Verstärkte Rolle als Schnittstelle zwischen Pflegediensten, Ärzten und kommunaler Planung

Diese Akteure übernehmen eine koordinierende Rolle, stellen Ressourcen für die Zusammenarbeit bereit und sorgen für die strategische Einbindung der Kooperationsstrukturen und Versorgungskonzepte in die kommunale Pflege- und Gesundheitsplanung.

3.4.4 Einführung und Anwendung telemedizinischer Systeme in der häuslichen Pflege

Abbildung 18: **Maßnahme 10**

3.4.4.1 Herleitung auf Basis von Defiziten und Potenzialen

Ambulante Pflegefachkräfte stehen in Krisensituationen häufig vor einem Dilemma: Sie erkennen einen akuten medizinischen Behandlungsbedarf, sind jedoch in ihrer Handlungsfreiheit eingeschränkt – beispielsweise bei der Gabe bestimmter Medikamente oder der Einleitung spezifischer medizinischer Maßnahmen. Gleichzeitig können sie in der Regel nicht auf das Eintreffen des Haus- oder Bereitschaftsarztes warten, da weitere Pflegebedürftige versorgt werden müssen.

In dieser Situation bleibt oftmals nur, die Notrufnummer 112 zu wähle – mit der Folge ungeplanter, und vielfach vermeidbarer, Krankenhausaufenthalte. Dies führt zu zusätzlichen Belastungen und Risiken für die Patientinnen und Patienten, unnötigen Kosten und einer weiteren Kapazitätsbelastung im Gesundheitssystem.

Eine **digital gestützte Primärversorgung** mittels Telemedizin kann hier Abhilfe schaffen: Sie ermöglicht eine unmittelbare medizinische Beratung, Diagnoseunterstützung und Therapieanpassung in akuten Situationen – direkt im häuslichen Umfeld und in enger Abstimmung mit dem pflegerischen Personal.

3.4.4.2 Maßnahmenbeschreibung

Ziel dieser Maßnahme ist die **Förderung und Unterstützung einer telemedizinischen Versorgung in der häuslichen Pflege**. Hierfür werden geeignete Systeme identifiziert und implementiert, um Pflegefachkräften sowie Patientinnen und Patienten einen niederschwelligen Zugang zu telemedizinischen Anwendungen zu ermöglichen.

Ein wesentlicher Bestandteil ist die Qualifizierung des Pflegepersonals: Mitarbeitende ambulanter Pflegedienste werden in der Nutzung telemedizinischer Anwendungen geschult, sodass sie die Technik im Versorgungsalltag sicher und routiniert einsetzen können.

Durch die Bereitstellung und den gezielten Einsatz telemedizinischer Systeme können Pflegefachkräfte in akuten Situationen auf (fach-)ärztliche Unterstützung zurückgreifen, Therapien abstimmen und Medikationsanpassungen begleiten.

3.4.4.3 Zusätzlicher (Versorgungs-)Nutzen

Die Einführung telemedizinischer Systeme in der häuslichen Pflege schafft einen direkten Zugang zu ärztlicher Expertise, ortsunabhängig, ohne zeitliche und logistische Hürden. Akute Veränderungen des Gesundheitszustandes können sofort bewertet und entsprechende Maßnahmen eingeleitet werden.

Durch die **ärztliche Unterstützung in Echtzeit** und die dadurch erhöhte Handlungssicherheit der Pflegefachkräfte wird die Zahl unnötiger Rettungsdiensteinsätze und Krankenhausaufenthalte reduziert, wodurch sowohl Patientinnen und Patienten als auch das Gesundheitssystem entlastet werden.

Die Integration in die bestehende Therapiesteuerungsplattform sorgt dafür, dass ärztliche Verordnungen und pflegerische Maßnahmen nahtlos ineinandergreifen. Die kontinuierliche Dokumentation und Verlaufskontrolle verbessern die Versorgungsqualität nachhaltig. Zudem wird die Zusammenarbeit zwischen ärztlichen und pflegerischen Akteuren gestärkt, da Entscheidungsprozesse transparent und nachvollziehbar dokumentiert sind.

3.4.4.4 Akteure

<u>Arztpraxen/Teleärzte</u>

Status quo (Handlungsfelder/Strukturen)

- Telemedizinische Konsultationen sind bislang nur vereinzelt etabliert, meist im Rahmen von Modellprojekten
- Rückmeldungen zwischen Ärzten und Pflegepersonal erfolgen überwiegend telefonisch oder in Papierform
- Digitale Teilnahme an Fallkonferenzen findet nur selten statt

Zukünftig

- Durchführung regelmäßiger Tele-Visiten und -Beratungen bei akuten Symptomen, Verlaufskontrollen und Medikationsanpassungen
- Direkte Ansprechbarkeit für Pflegefachkräfte über Videotelefonie oder eine zentrale Plattform
- Teilnahme an digitalen Fallkonferenzen im Einzelfall sowie kontinuierliche Abstimmung über die Plattform

Diese Akteure stellen mithilfe digitaler Technologien die medizinische Fachkompetenz bereit, die für die akute Versorgung im häuslichen Umfeld erforderlich ist.

Pflegefachkräfte/Pflegeeinrichtungen

Status quo (Handlungsfelder/Strukturen)

- Betreuung akuter Situationen erfolgt überwiegend allein oder nach telefonischer Rücksprache mit Ärztinnen und Ärzten
- Telemedizinische Unterstützung ist kaum verbreitet
- Kommunikation zwischen Pflegefachkräften und ärztlichen Leistungserbringern basiert häufig auf analogen oder nicht standardisierten Wegen

Zukünftig

- Ortsunabhängige Durchführung und Begleitung durch Telekonsultationen in Echtzeit
- Unterstützung bei der strukturierten Datenerhebung für die telemedizinische Begutachtung
- Nutzung sicherer Plattformen und weiterer digitaler Technologien (z. B. Apps) für die Kommunikation mit Ärztinnen und Ärzten

Diese Akteure sind die vermittelnde Schnittstelle zwischen Patientinnen und Patienten, Angehörigen und der telemedizinischen Beratung und sichern die Umsetzung ärztlicher Verordnungen.

Telemedizinanbieter/IT-Dienstleister

Status quo (Handlungsfelder/Strukturen)

- Geringe Integration vorhandener technischer Lösungen in pflegerische Kontexte
- Häufig unzureichende oder inkompatible Schnittstellen zu bestehenden Systemen
- Fokus überwiegend auf technischer Bereitstellung, weniger auf pflegerischen Prozessen

Zukünftig

- Aufbau und Pflege einer stabilen technischen Infrastruktur für Endgeräte und Plattformen
- Sicherstellung von Datenschutz, Systemverfügbarkeit und Interoperabilität
- Verbindungsmanagement, speziell auf die Anforderungen im Pflegekontext abgestimmt

Diese Akteure gewährleisten den sicheren und stabilen Betrieb der telemedizinischen Systeme.

Pflegebedürftige/informell Pflegende

Status quo (Handlungsfelder/Strukturen)

- Ärztliche Konsultationen erfolgen überwiegend persönlich, oft verbunden mit langen Wartezeiten oder logistischen Hürden
- Teilnahme an telemedizinischen Angeboten (z. B. Videosprechstunden, Telemonitoring) ist kaum etabliert

Zukünftig

- Stärkere Einbindung in telemedizinische Versorgungsangebote (Videosprechstunden mit behandelnden Ärztinnen und Ärzten), in der Regel unterstützt durch Pflegefachkräfte
- Möglichkeit der Klärung von Fragen zu Medikation, Therapieplänen und Gesundheitszustand über digitale Kanäle in Echtzeit und ortsunabhängig

Die aktive Einbindung in telemedizinische Konsultationen, die die Einholung ärztlicher Expertise ortsunabhängig und in Echtzeit ermöglicht die Entlastung sowohl Pflegebedürftige als auch informell Pflegender.

4 Technologie und Architektur

Gesamtansatz. Plattformbasierte Versorgungsarchitektur zur Stärkung informell Pflegender und Kooperation im Versorgungsteam

Die in Kapitel 3 skizzierte versorgungsinhaltliche und organisatorische Transformation des Ökosystems geht einher mit dem Ausbau einer leistungsfähigen, regionalen digitalen Infrastruktur. Zentrales Element ist die Entwicklung und Etablierung zweier digitaler Plattformen.

Die **Plattform Therapiesteuerung** ermöglicht die personalisierte und kontinuierlich angepasste Steuerung von Versorgungsprozessen bei pflegebedürftigen Personen. Sie erfasst Gesundheits-, Therapie- und Pflegedaten, dokumentiert Ziele sowie Maßnahmen und fördert die aktive Einbindung der Betroffenen sowie ihren Zu- bzw. Angehörigen. Mithilfe digitaler Workflows unterstützt sie die interprofessionelle Koordination und ermöglicht eine ressourcenorientierte und salutogenetische Versorgung.

Die Plattform Therapiesteuerung wird im Zuge der digitalen Transformation der Region für das Versorgungsszenario „Chronische Erkrankungen“ initiiert (siehe die Konzeption Strategie Therapiesteuerung). Die plattformbasierten Strategien beider Szenarien (Setting I und II, siehe Kapitel 3) verhalten sich synergetisch zueinander.

Die **Plattform Versorgungszugang** dient der bedarfs- und ressourcengerechten Navigation zu präventiven, medizinischen, pflegerischen und therapeutischen Angeboten in der Region sowie zu virtuellen oder telemedizinischen Angeboten. Sie stellt strukturierte Informationen über verfügbare Versorgungsangebote bereit, unterstützt die Bedarfsermittlung und ermöglicht eine gezielte Vermittlung.

> Die Entwicklung einer Plattform zum Versorgungszugang mit dem Fokus auf Gesundheitskompetenz, Gesundheitsförderung und Angebotsvermittlung sollte kein regionaler Alleingang sein. Eine zentrale Initiative durch das Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit (BIÖG, ehemals BZgA) wäre sinnvoll, um Struktur und Sichtbarkeit bundesweit zu sichern. Die konkrete Ausgestaltung könnte auf Landes- oder Regionalebene erfolgen. So lassen sich regionalspezifische Informationen und Angebote flexibel integrieren.

Beide Plattformen bilden gemeinsam das technologische Rückgrat für eine hybride, integrierte Versorgung Pflegebedürftiger in der Region. Die Plattformen greifen funktional ineinander, basieren auf einer gemeinsamen strukturierten technischen Architektur und sind in **drei aufeinander aufbauenden Entwicklungsstufen** angelegt:

- Stufe 1. **Informelle Pflege stärken, Zugänge erleichtern: Plattform Versorgungszugang für informell Pflegende als Lotse, Lernraum und Unterstützer** (Setting I)

  Ein digitaler Zugangspunkt für Schulung, Beratung und Koordination – damit informelle Pflege eigenständig gelingt.

- Stufe 2. **Informell Pflegende in die Plattform Therapiesteuerung integrieren: multimodales Monitoring und Fallkommunikation als Brücke zur HA-Praxis** (Setting I)

  Einfließen von Daten aus der Pflege in der Häuslichkeit, intelligente Ereigniserkennung und pfadbasierte Steuerung – für eine Versorgung und Pflege durch Angehörige und sonstige informell Pflegende

- Stufe 3. **Ambulante Pflege andocken: Integration in die Plattform Therapiesteuerung für eine koordinierte Versorgung im regionalen Team** (Setting II)

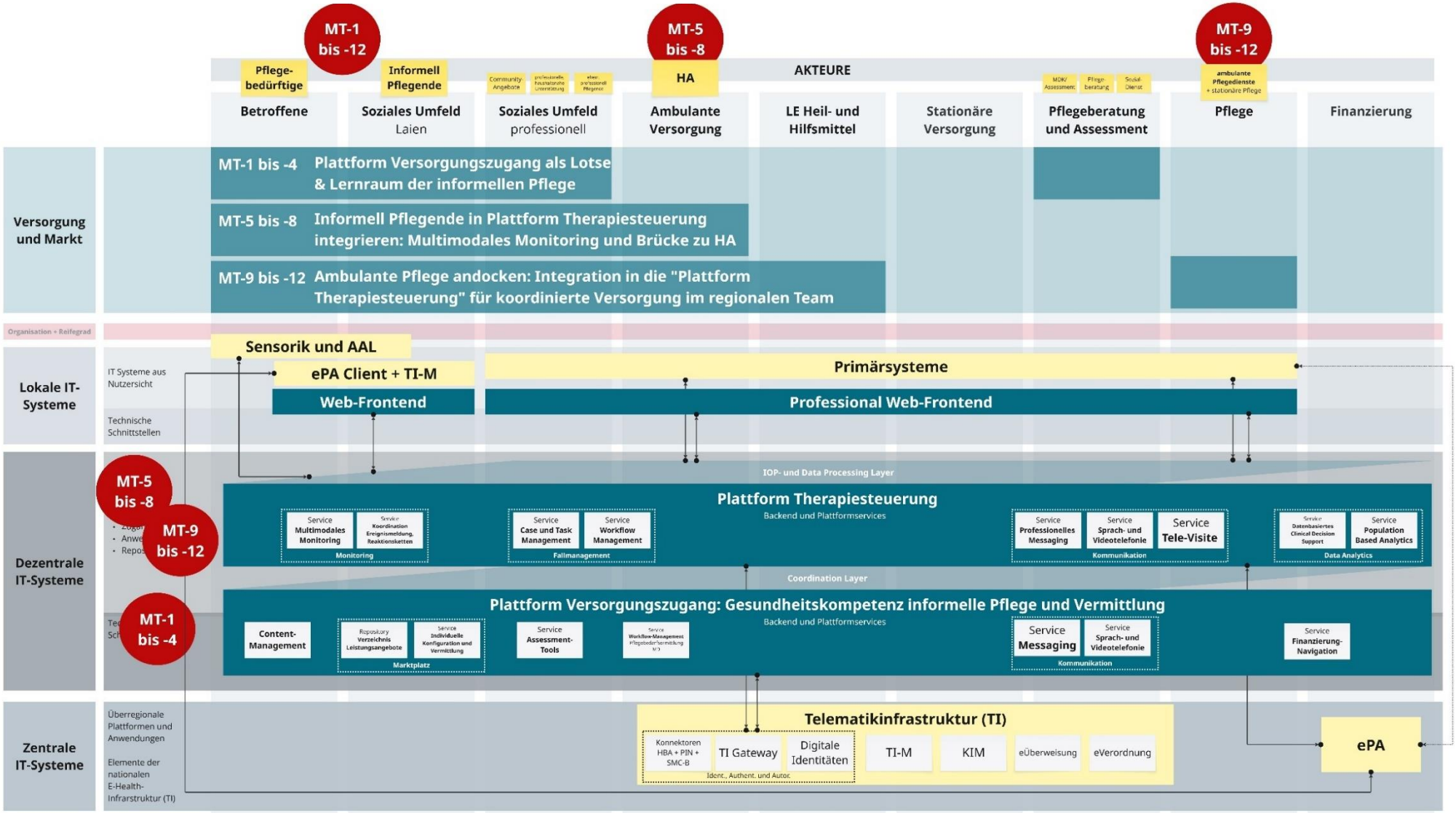
  Falleinsicht, Task-Management und Tele-Services für ambulante Pflegedienste – gemeinsam mit Hausärztinnen und Hausärzten sowie Zu- bzw. Angehörigen in einer digitalen Versorgungsstruktur

Hinweis: Die in diesem Abschnitt beschriebenen technischen Maßnahmen werden derzeit noch unter der bisherigen Bezeichnung „**MT-Module“** geführt. Die Umstellung auf die neue Nomenklatur der technischen Module (T-Module) befindet sich in Umsetzung und wird in den folgenden Projektständen berücksichtigt. Jede Entwicklungsstufe ist mit **technischen Maßnahmen (MT)** verknüpft. Diese umfassen entweder die Entwicklung neuer digitaler Services zur funktionalen Erweiterung der jeweiligen Plattform oder die Anbindung weiterer Akteursgruppen an die bestehende digitale Infrastruktur. So werden die Plattformen schrittweise sowohl in der Tiefe als auch in der Breite ausgebaut.

Das folgende Kapitel bildet in erster Linie die Brücke zwischen zu realisierenden Funktionen, Systemen und geeigneten Systemarchitekturen der Plattformstrategien aus logischer Sicht. Sofern technische Konzepte zum besseren Verständnis beitragen, werden diese kurz dargestellt, stellen aber noch keine finale technische Spezifikation dar. Sie sind als Designempfehlungen zu verstehen und können noch angepasst oder geändert werden.

Im nachfolgenden Unterkapitel werden die technischen Maßnahmen in aufeinander aufbauenden Ausbaustufen dieses Konzeptes präsentiert. Abbildung 19 visualisiert das technische Konzept in Form einer logischen Zielarchitektur für das Versorgungsszenario „Pflege“. Die Beziehungen zwischen den vorgesehenen Systemen sind illustrativ und markieren notwendige Systeminteraktion und Schnittstellen. Aspekte der Interoperabilität (IOP), Schnittstellengestaltung und Systemintegration werden in separaten Unterkapiteln besprochen.

Abbildung 19: **Zielarchitektur für das Versorgungsszenario „Pflege“**



4.1 Technische Maßnahmen und Komponenten

4.1.1 Stufe 1. Informelle Pflege stärken, Zugänge erleichtern: Plattform Versorgungszugang für informell Pflegende als Lotse, Lernraum und Unterstützer

In der ersten Entwicklungsstufe (MT-1 – MT-4) wird die Plattform Versorgungszugang mit ihren Basisfunktionalitäten eingeführt. Für Pflegebedürftige und informell Pflegende soll der Zugang zu unterstützenden Leistungen (analog, digital) sowie Informations- und Schulungsmaterial erleichtert werden. Dazu sind technische Maßnahmen und Komponenten notwendig.

Hinweis zur Nomenklatur: Die im Folgenden mit einem Stern (*) gekennzeichneten Maßnahmen (z. B. MT-1*, MT-1**) stellen Erweiterungen bereits bestehender Module dar. Sie bauen auf den in Stufe 1 entwickelten Basismaßnahmen auf und erweitern diese technisch oder inhaltlich, ohne eine vollständig neue Systemkomponente zu bilden.

MT-1. Entwicklung und Implementierung der Plattform Versorgungszugang – Umfang 1: Angebote zur Förderung der Gesundheitskompetenz in der informellen Pflege und Vermittlung

Technische Komponenten:

- **Verzeichnis Leistungsangebote:** Repository und Management Service, (standardisiertes) Datenmodell, Validierungsservice, Migrationsinterfaces (Synchronisierung mit externen Datenbanken)
- **Content Management-Modul:** Repository und Management Service
- **Filter- und Suchservices**
- **Kommunikationsservices:** Messaging Service, Sprach- und Videotelefonie
- **Mitteilungsservice:** Inserieren von Angeboten, API für automatisierte Anbieterintegration, Qualitäts- und Freigabe-Workflow
- **Vermittlungsservice:** Verlinkungsmechanismen (z. B. Homepages, Terminbuchung, Registrierung); Überleitungsdienst zu digitalen Services Dritter
- **Web-Frontend**: Benutzeroberfläche zum direkten Interagieren der Nutzer (z. B. Ausfüllen von Formularen)

MT-2. Assessment-Tools für informell Pflegende – Entwicklung und Integration in die Plattform Versorgungszugang

Ein digitales Assessment-Tool unterstützt informell Pflegende dabei, die Bedarfe pflegebedürftiger Personen strukturiert zu erheben. Es orientiert sich inhaltlich sowohl am Fragenkatalog des Medizinischen Dienstes zur Pflegebedarfsermittlung als auch am PIO-Überleitungsbogen im Rahmen der Pflegedokumentation, um Anschlussfähigkeit an professionelle Versorgungsprozesse zu gewährleisten. Die Daten werden strukturiert erfasst und gespeichert, um ihre Wiederverwendbarkeit zu gewährleisten.

Technische Komponenten:

- **Content Management-Modul:** Verwaltung digitaler Fragebögen, Editorservice Fragebögen, Hilfsinformationen für den Erfassungsprozess
- **Execution und Scoring Engine:** Anwendung digitaler Fragebögen, inhaltliche Auswertung, Validierungsservice

- **FHIR-basiertes Datenrepository:** standardisierte, sichere Ablage der erfassten Assessments
- **Exportservice:** Umwandlung der Daten in strukturierte, maschinenlesbare Formate zur Weitergabe und Nutzung in nachgelagerten Versorgungsprozessen (z. B. Dokumentation, Weiterleitung an Leistungserbringer)
- **Interface Patient Record** (optional): Persistierung und Übergabe der Ergebnisse an digitale Fallakte

MT-3. Workflow-Management-System für den Prozess der Pflegegrad- und Pflegebedarfsermittlung – Entwicklung und Integration in die Plattform Versorgungszugang

Entwicklung und Integration eines Workflow-Management-Systems (WMS) für den Use Case der Pflegegrad- und Pflegebedarfsermittlung, um einheitliche Prozessvorlagen abzubilden, fallbezogen zu instanziieren und im Sinne eines Task-Managements zu verfolgen, mit primärem Fokus auf den erstmaligen Verwaltungsprozess, sekundärem Fokus auf erneuter Ermittlung.

Umsetzungsvariante 1: sequenzielle Checklisten

Umsetzungsvariante 2: semi-formal modellierte Prozesse und integriertes Workflowsystem

Technische Komponenten:

- **Pathway Template Repository, Template Management:** Verwaltung der Pfadvorlagen
- **Versionierungs- und Validierungsservice:** für Pfadvorlagen und -instanzen
- **Workflow-Engine, Pathway Instances Repository:** Ausführung des Pfades für den Einzelfall
- **Konfigurationsservice:** individuelle Anpassung der Pfadinstanz
- **Content Management-Modul:** Repository und Management Service
- **Mapping Service**: Verknüpfung mit Case- und Task-Management (Umsetzungsvariante 2)
- **Web-API:** Schnittstelle zu Primärsystem des Medizinischen Dienstes (MD) als Hauptverantwortlicher des Prozesses

MT-4. Finanzierungsnavigation– Entwicklung und Integration in die Plattform Versorgungszugang

Die Finanzierungsnavigation unterstützt professionelle Nutzer dabei, gezielt zu prüfen, welche Leistungen für Pflegebedürftige durch Pflege- oder Krankenkassen übernommen werden oder selbst zu zahlen sind. Sie stellt strukturierte Informationen zu Finanzierungswegen, Zuständigkeiten und Antragsverfahren bereit.

Technische Komponenten:

- **Modul zur Pflege und Verwaltung von Finanzierungsinformationen**: Datenbank und Management Service (Zuweisung zu Leistungsarten, Zielgruppen, Rahmenbedingungen etc.)
- **Regelbasiertes Matching-Modul:** Rules und Execution Engine, Matching Service (Nutzerprofil, Pflegegrad, Kranken- oder Pflegekassenzugehörigkeit und Bedarf)
- **Wissensdatenbank mit konfigurierbarer Logik**: Repository für Content und Logiken, Content Management (Formulare, Fristen, Zuständigkeiten, Nachweispflichten)
- **Workflow-Komponente für Beantragungswege:** Templates Repository, Execution Engine – ggf. Schnittstelle und Übergabe zu Workflow-Management-System der Plattform Therapiesteuerung
- **Schnittstelle Berechtigungs- und Rollenmanagement**
- **Auditierbares Logging und Änderungsprotokolle (Audit Trails)**

4.1.2 Stufe 2. Informell Pflegende in die Plattform Therapiesteuerung integrieren: multimodales Monitoring und Fallkommunikation als Brücke zur HA-Praxis (Setting I)

In der zweiten Entwicklungsstufe (MT-5 – MT-8) wird die informelle Pflege in die Plattform Therapiesteuerung integriert. Dort sind die Funktionalitäten multimodales Monitoring, Case und Task Management, Kommunikationsservices zur hausärztlichen Versorgung (z. B. Sprach- und Videotelefonie) und Workflowunterstützungen hinterlegt. Über die Anbindung an die Plattform Versorgungszugang wird zusätzlich die Vermittlung zeitlich begrenzter professioneller Pflege unterstützt. Ziel ist ein nahtloser Übergang zwischen informeller und professioneller Pflege als situative Entlastung der informell Pflegenden.

MT-5. Entwicklung und Implementierung der Plattform Therapiesteuerung mit der Basisfunktionalität „Multimodales Monitoring“

Entwicklung und Integration technischer Plattformkomponenten für ein multimodales Monitoring zur verbesserten Versorgung von Pflegebedürftigen. Über Vitalparameter-Sensorik, Assisted-Ambient-Living-Technologien und Smart Devices werden Vital-, Nutzungs-, Verhaltens- und Umgebungsdaten erfasst, ausgewertet und über die Plattform verfügbar gemacht.

Technische Komponenten:

- **Patient Data Repository:** standardisiertes Datenmodell, Daten Repository, Daten-/Metadatenmanagement Service
- **IOP- und Data-Processing Layers**: u. a. Adapter, Konnektoren, Mechanismen der semantischen Harmonisierung, Validierungsservice, Annotationservice, Selection und Aggregation Service
- **Multimodales Monitoring:** Tracking Service (Vital-, Nutzungs-, Verhaltens- und Umgebungsdaten), Zeitreihendatenbank, Rules und Execution Engine zur Ereignisdetektion
- **Datenvisualisierung**: UI-Komponentenbibliothek, Dashboard-Framework mit Personalisierung, rollenbasierte Darstellung
- **Content Management-Modul:** Repository und Management Service
- **Rollen- und Rechteverwaltung:** Repository und Management Service
- **Web-Frontend**: Benutzeroberfläche für Patienten und Versorger

MT-6. Plattform Therapiesteuerung – Entwicklung und Implementierung Zusatzfunktionalität „Integriertes Case Management“

Technische Komponenten:

- **Therapieplan:** Template Repository, Konfigurationsservice, Versionierungsservice
- **Case und Task Management:** Case Record Service, Classification Service (Fall- und Aufgabenstatus), Template Repository, Konfigurationsservice, Notification Services
- **Rollen- und Rechteverwaltung:** Repository und Management Service (Erweiterung)

MT-7. Sprach- und Videotelefonie und Fallkommunikation informelle Pflege – Integration in die Plattformen Therapiesteuerung und Versorgungszugang

Integration von Kommunikationsdiensten zur fallbezogenen Abstimmung zwischen informell Pflegenden inkl. Pflegebedürftigen und hausärztlicher Versorgung.

Technische Komponenten:

- **Messaging Service:** Integration eines TI-Messengers
- **Sprach- und Videotelefonie**: Integration eines zertifizierten Dienstes oder Überleitungsservice in externe Videosprechstunden-Dienste (Patient2Arzt)

MT-8. Plattform Therapiesteuerung – Entwicklung und Implementierung Zusatzfunktionalität „Workflow Management“

Entwicklung und Integration eines Workflow-Management-Systems, um einheitliche Versorgungspfade als Vorlagen abzubilden, fallbezogen zu instanziieren und mit dem bestehenden Case und Task Management zu verzahnen, z. B. Workflow zum Übergang in die Kurzzeitpflege oder zur erweiterten Diagnostik bei Verdacht auf eine chronische Erkrankung, inkl. Koordination aller erforderlichen Schritte im Versorgungsteam.

Technische Komponenten:

- **Pathway Template Repository, Template Management:** Verwaltung der Pfadvorlagen
- **Pathway Builder:** Editor zur Konfiguration von Pfadvorlagen
- **Versionierungs- und Validierungsservice:** für Pfadvorlagen und -instanzen
- **Workflow-Engine, Pathway Instances Repository:** Ausführung des Pfades für den Einzelfall
- **Konfigurationsservice:** individuelle Anpassung der Pfadinstanz
- **Mapping Service**: Verknüpfung mit Case und Task Management und ggf. Leitlinien-Service

MT-1*. Entwicklung und Implementierung der Plattform Versorgungszugang – Umfang 2: Vermittlung zeitlich begrenzter professioneller Pflege

Ausbau der Plattform um ein Verzeichnis professioneller Versorgungsangebote zur temporären Unterstützung informell Pflegender (ambulante Pflegedienste, Verhinderungspflege, Kurzzeitpflege).

Technische Komponenten:

- **Erweiterung Datenbankstruktur im Verzeichnis Leistungsangebote:** Leistungstyp, Leistungsdetails, Verfügbarkeit (z. B. freie Termine, Erreichbarkeit)
- **Mitteilungsservice:** Inserieren von Angeboten und Aktualisieren von Verfügbarkeiten, Qualitäts- und Freigabe-Workflow
- **Vermittlungsservice:** Assessmentservices und Vorschlagsservice für bedarfsgerechte Zuweisung; externe Verlinkungen zur Kontaktaufnahme; optional Anfrage- oder Buchungsservice
- **Coordination Layer:** Middleware zur Orchestrierung zwischen den Plattformen Therapiesteuerung und Versorgungszugang; Service Bus (Funktionalitätsverknüpfung)
- **Synchronisierungsmechanismen inkl. FHIR-/REST-API** (optional): Synchronisierung der Terminvermittlung mit Pflege-Primärsystemen

4.1.3 Stufe 3. Ambulante Pflege andocken: Integration in die Plattform Therapiesteuerung für eine koordinierte Versorgung im regionalen Team (Setting II)

In der dritten Entwicklungsstufe wird die ambulante Pflege in die Plattform Therapiesteuerung integriert, um eine koordinierte Versorgung im regionalen Team zu ermöglichen. Services zur Tele-Pflege, Tele-Visite und strukturierten Fallkommunikation unterstützen die Interaktion und damit die Einbindung professioneller Pflegedienste in laufende Versorgungsprozesse. Parallel wird der Versorgungszugang um ein Verzeichnis für kontinuierliche, professionelle Pflegeangebote erweitert. Mit der Integration von Data-Analytics-Funktionen werden zudem Auswertung und Steuerung der Versorgung datenbasiert unterstützt.

MT-9. Plattform Therapiesteuerung – Integration der professionellen Pflege

Die Plattform Therapiesteuerung (Versorgungsszenario „Chronische Erkrankungen“) wird um die Integration professioneller, vorrangig ambulanter Pflege erweitert. Ziel ist es, Pflegefachkräfte systematisch in die digitalen Versorgungsprozesse einzubinden und die Arbeit regionaler multidisziplinärer Versorgungsteams zu koordinieren. Diese horizontale Erweiterung erfordert technische Anpassungen der Plattform. Zudem sollen Schnittstellen zu Primärsystemen der Pflegedienste möglichst standardisiert umgesetzt werden.

Technische Komponenten:

- **Therapieplan:** Template Repository, Konfigurationsservice, Versionierungsservice, Harmonisierungsservice aus Pflegeplan und ärztlichem Therapieplan
- **Case, Task und Workflow Management:** Case Record Service, Classification Service (Fall- und Aufgabenstatus), Template Repository, Konfigurationsservice, Notification Services, Workflow-Engines, Pathway Instances Repository
- **Modul zur Abbildung und Verwaltung des PIO-Überleitungsbogens:** inklusive digitaler Formularlogik strukturierter Datenerfassung, Anbindung an Patient Data Repository zur automatisierten Vorbefüllung; Export-Interface
- **Patient Data Repository:** FHIR-basiertes Datenmodell, Daten Repository, Daten-/Metadatenmanagement Service – Integration von Pflegedaten
- **Rollen- und Rechteverwaltung:** Repository und Management Service
- **REST-API:** idealerweise FHIR-API und Synchronisationsmechanismen zwischen Plattform und Pflegedokumentationssystemen
- **Web-Frontend**: Benutzeroberfläche für ambulante Pflege

MT-10.Tele-Pflege und Fallkommunikation – Integration in die Plattform Therapiesteuerung

Integration von Kommunikationsmodulen zur fallbezogenen Abstimmung zwischen informell Pflegenden und professioneller Pflege (Beratung und Support) sowie zur professionellen Tele-Pflege.

Technische Komponenten:

- **Messaging Service:** Integration eines TI-Messengers
- **Tele-Pflege Service**: Integration eines zertifizierten Dienstes oder Überleitungsservice in externe Videotelefonie-Dienste (informelle Pflege/professionellePflege), vergleichbar mit Videosprechstundendiensten; inkl. Dokumentationstools

MT-11. Tele-Visite – Integration in die Plattform Therapiesteuerung

Integration von Kommunikationsdiensten zur fallbezogenen Abstimmung zwischen informell Pflegenden, ambulanter Pflege und hausärztlicher Versorgung. Integration notwendiger technischer Komponenten in Plattform oder Tiefenintegration externer Dienste.

- **Sprach- und Videotelefonie:** z. B. WebRTC-basiert, idealerweise zertifiziert nach gematik oder KBV
- **Termin- und Sitzungsmanagementmodul:** Steuerung der Terminvergabe, Einladung der Teilnehmenden, Zugangscodes, Rechtevergabe
- **Session-orientiertes Dokumentationsmodul:** Möglichkeit zur strukturieren Dokumentation während und nach der Visite (z. B. Notizen, Befunde, To-Dos)
- **Integrationsmodul für Live-Vitaldaten und digitale Diagnosetools:** Interface zu Datensicht des multimodalen Monitorings und Integration digitaler Untersuchungsgeräte wie Stethoskope oder Otoskope zur synchronen Nutzung während der Tele-Visite (z. B. via HL7/FHIR oder herstellerspezifischer API)
- **Audit- und Protokollierungsmodul:** Dokumentation aller Zugriffe und Sitzungsverläufe zur Nachvollziehbarkeit und rechtlichen Absicherung
- **Interface Rollen- und Rechtemanagement** der Plattform Therapiesteuerung
- **Interface Patient Data Repository und Case Management** der Plattform Therapiesteuerung: Zuordnung der Tele-Visite zur richtigen Fallakte

MT-1** Entwicklung und Implementierung der Plattform Versorgungszugang – Umfang 3: Vermittlung kontinuierliche professionelle Pflege

Ausbau der Plattform um ein Verzeichnis professioneller Versorgungsangebote für die kontinuierliche, professionelle Pflege im ambulanten Setting. Diese Maßnahme unterscheidet sich technisch unwesentlich von MT-1* der zweiten Entwicklungsstufe, sie erweitert vorrangig den Umfang der Leistungsangebote.

MT-12. Data Analytics – Entwicklung und Integration in die Plattform Therapiesteuerung

Entwicklung eines Data Analytics Services zur Unterstützung individueller Therapie- sowie Pflegeentscheidungen (Clinical Decision Support) und populationsbezogener Auswertungen, z. B. für das regionale Versorgungsmanagement.

Technische Komponenten:

- **Data-Processing-Engines und/oder BI-Tools**
- **Datenhaltungsmechanismen für strukturiertes Datenhandling und Analyse**
- **Dynamische Auswertungstools (Dashboards)**
- **Exportservice (Daten und Reportsysteme)**

4.2 Identitätsmanagement, Authentisierung und Zugriff

Das **Identitätsmanagement** der Plattformen basiert auf einem föderierten Ansatz, da unterschiedliche Identitätsquellen gebündelt werden müssen. Innerhalb der Telematikinfrastruktur (TI) stehen digitale

Identitäten wie eHBA und SMC-B für Fachpersonal sowie ePA-Login oder eID für Versicherte bereit; perspektivisch übernimmt das TI-Gateway hier eine Schlüsselrolle. Daneben existieren weitere Identitätsräume, etwa Praxisverwaltungssysteme (PVS), TI-M-ID oder KV-Portale. Ein **föderierter Identity Provider** (IdP) dient als zentrale Vertrauens- und Vermittlungsschicht zwischen diesen Quellen. Er akzeptiert Anmeldungen aus den verschiedenen „quellhoheitlichen" IdPs, führt Attribute zusammen und normalisiert sie in einem einheitlichen Schema.

Die **Authentisierung** erfolgt je nach Akteursgruppe mit unterschiedlichen Verfahren und Sicherheitsniveaus. Fachpersonal authentisiert sich über TI-Komponenten (eHBA, SMC-B), mittelfristig über das TI-Gateway. Versicherte nutzen eID oder ePA-Login. Für nicht verkammerte Gesundheitsberufe (z. B. Hilfsmittel-Leistungserbringende) fehlen bislang organisatorische Strukturen zur Vergabe digitaler Identitäten – hier sind regionale Übergangslösungen zu etablieren, bis ein digitales Gesundheitsberuferegister Abhilfe schafft. Ergänzend sind für nicht-TI-gebundene Akteure (Angebote außerhalb des SGB V und des SGB XI, z. B. aus der Community oder haushaltsnahe Unterstützung) alternative Registrierungs- und Anmeldedienste vorzusehen.

Die eigentliche **Zugriffsgestaltung** erfolgt plattformspezifisch über ein feingranulares Rollen- und Rechtekonzept (RBAC/ABAC). Autorisierungsschritte können dabei durch zusätzliche Sicherheitsanforderungen ergänzt werden (z. B. Step-Up-Authentisierung mit eHBA-Signatur bei sensiblen Aktionen). Plattformübergreifend ist eine Harmonisierung erforderlich, damit Rollen und Berechtigungen konsistent angewendet werden – unabhängig davon, über welchen IdP oder welches System sich ein Nutzer anmeldet. Die zentrale Sitzungssteuerung im Coordination Layer stellt sicher, dass bei einem Wechsel zwischen Plattformkomponenten (z. B. Versorgungszugang ↔ Therapiesteuerung) keine Medien- oder Workflowbrüche entstehen.

Die Umsetzung von Single-Sign-On (SSO) Use Cases bleibt im deutschen Gesundheitswesen durch restriktive BSI-Vorgaben (u. a. TR-03107, C5) eine besondere Herausforderung: Sessions dürfen nicht einfach durchgereicht werden, jeder Authentisierungsvorgang muss revisionssicher nachvollziehbar sein. Das macht SSO-Szenarien technisch und organisatorisch aufwendig, erfordert aber pragmatische Lösungen, um Sicherheit und Usability in Einklang zu bringen.

4.3 Zentrale Kommunikationsdienste – Integration TI-M und KIM

Für die Plattformen ist die vorrangige Integration der beiden zentralen Kommunikationsdienste der Telematikinfrastruktur – TI-Messenger und Kommunikation im Medizinwesen – vorgesehen. Diese gewährleisten einen sicheren und interoperablen Nachrichtenaustausch zwischen Leistungserbringenden im Gesundheitswesen. Damit wird grundsätzlich auf bestehende TI-Kommunikationsmittel gesetzt.

Allerdings sind TI-M und KIM derzeit – auch mittelfristig – auf bestimmte Akteursgruppen beschränkt. Viele weitere Beteiligte im Versorgungs- und Unterstützungsumfeld (z. B. Präventionsangebote aus der Community, freie Träger, Coaches oder sonstige nicht an die TI angebundene Akteure) verfügen über keine digitale Identität in der TI und können diese Dienste daher nicht nutzen. Um auch diese Gruppen in die Versorgungskommunikation miteinzubeziehen, stellen die Plattformen ergänzende Messaging- bzw. Mailingdienste bereit.

Die Kommunikation soll kontextbezogen erfolgen: Nutzerinnen und Nutzer können direkt aus der Fallansicht oder einem Arbeitsschritt heraus in die passende Kommunikation geführt werden – optional unterstützt durch Textbausteine für Standardprozesse wie Rückfragen, Terminanfragen oder Dokumentanforderungen.

TI-M sollte für Nutzende einen nahtlosen, dienstunabhängigen Zugriff auf ihre Kommunikation ermöglichen. Durch die Kopplung an die jeweilige TI-M-ID kann eine Synchronität hergestellt werden, sodass es für Anwenderinnen und Anwender keinen Unterschied macht, ob Nachrichten innerhalb der Plattform oder beispielsweise in einem ins Primärsystem integrierten TI-M-Client erstellt oder beantwortet werden. Entscheidend ist, dass die Usability im Vordergrund steht: Nutzende dürfen nicht darüber nachdenken müssen, in welchem TI-Messenger eine Nachricht geschrieben wurde. Auch wenn die aktuellen TI-M-Spezifikationen dies noch nicht ausdrücklich vorsehen, ist dies eine zentrale Anforderung, die perspektivisch gemeinsam mit der gematik weiterentwickelt wird.

4.4 Web-Frontend und Systemintegration

Die Systemintegration der Plattformen ist sowohl aus Sicht der Pflegebedürftigen sowie deren Zu- und Angehörigen als auch der Leistungserbringenden ein zentraler Bestandteil des technischen Gesamtkonzepts. Für Pflegebedürftige und informell Pflegende steht ein webbasiertes Frontend bzw. eine Web-App zur Verfügung, welche den Zugriff auf die Services beider Plattformen – Versorgungszugang und Therapiesteuerung – in einer konsolidierten Nutzeroberfläche ermöglicht. Im Kontext des multimodalen Monitorings sieht die Plattform Therapiesteuerung zudem spezialisierte Adapter und Konnektoren im IOP- und Data Processing Layer vor, um granulare Daten aus Vitalparameter-Sensorik, von Smart Devices oder Assisted-Ambient-Living-Technologien sicher zu erfassen und weiterzuverarbeiten.

Während pflegebedürftige Personen und informell Pflegende über ein webbasiertes Frontend bzw. eine Web-App auf die Services der Plattformen zugreifen, stellt sich für professionell Nutzende die Frage nach der Integration in ihre Primärsysteme (z. B. Praxisverwaltungs- oder Pflegedokumentationssysteme).

Im Kern geht es um die Abwägung zwischen zwei Strategien:

- Pragmatische **Web-Frontend-basierte** Nutzung, die sofortige Verfügbarkeit bietet, aber zunächst nur eingeschränkte Datenrückflüsse erlaubt.
- **Tiefenintegration** in Primärsysteme, die Doppeldokumentationen vermeidet und Echtzeitsynchronisation ermöglicht, jedoch erheblichen organisatorischen und finanziellen Aufwand verursacht.

Eine durchgängige Tiefenintegration ist aktuell weder flächendeckend verfügbar noch wirtschaftlich. Der **pragmatischste Ansatz liegt daher in einer Web-Frontend-basierten Nutzung**, die schrittweise (möglichst standardisierte) Schnittstellen zu Primärsystemen integriert. Damit lässt sich ein funktionaler Rückfluss relevanter Daten – insbesondere Dokumentationsergebnisse – sicherstellen, ohne riskante und langwierige Integrationsprojekte einzugehen.

Um dem langfristigen Zielbild einer Tiefenintegration in Primärsysteme entgegenzugehen, hält die Therapiesteuerungsplattform **fünf Integrationsstufen** vor:

- Integrationsstufe 0. **Keine Systemintegration**
  Der Zugang erfolgt ausschließlich über das Web-Frontend der Plattform. Die Nutzung ist sofort möglich, ohne Abhängigkeiten zu PVS-Herstellern oder zusätzlichen Integrationsaufwand. Allerdings erfolgen dadurch keine Datenrückflüsse in die Primärsysteme, sodass Doppeldokumentationen erforderlich bleiben.
- Integrationsstufe 1. **GDT-Schnittstelle**

Die technische Anbindung erfolgt über den verbreiteten Standard GDT (Gerätedatenträger). Damit können einzelne Datenpakete ausgetauscht werden, der Funktionsumfang ist jedoch stark eingeschränkt. Aus heutiger Sicht ist diese Lösung wenig attraktiv, da sie die Dokumentationsprobleme der Leistungserbringenden kaum adressiert und nur einen sehr begrenzten Mehrwert bietet.

- Integrationsstufe 2. **Proprietäre Web-/REST-Schnittstellen**
  Die Plattform nutzt die proprietären Web- oder REST-APIs einzelner PVS-Hersteller. Technisch ist dies machbar, indem ein Konnektor mit individuellem Mapping als externer Service zwischengeschaltet wird. Damit können zumindest Teile der Dokumentation unidirektional zurück in das PVS oder in die ePA fließen. Die große Heterogenität der Schnittstellen bedeutet jedoch einen hohen Anpassungsaufwand je Hersteller. Diese Stufe ist eine pragmatische Zwischenlösung, die in Kombination mit dem Web-Frontend praktikabel erscheint.
- Integrationsstufe 3**. Archivierungs- und Wechselschnittstelle (Mehrwertschnittstelle)**
  Die AWSt-Schnittstelle könnte mittelfristig zum Standard für den Datenaustausch zwischen Plattformen und Primärsystemen werden. Sie verspricht insbesondere eine Reduzierung der Doppeldokumentationen und einen geregelten Rückfluss von Daten in die PVS. Allerdings ist derzeit weder spezifiziert noch absehbar, wann diese Schnittstelle in der Praxis nutzbar sein wird.
- Integrationsstufe 4. **Tiefenintegration via FHIR-Schnittstelle**
  Die höchste Ausbaustufe und langfristiges Gestaltungsziel ist eine standardisierte FHIR-API, die eine kontinuierliche Synchronisation zwischen Plattform und Primärsystemen ermöglicht. Dies erlaubt eine nahezu vollständige Automatisierung der Dokumentations- und Kommunikationsprozesse. Derzeit lassen jedoch weder PVS-Hersteller noch die Rahmenbedingungen eine flächendeckende Umsetzung in absehbarer Zeit erwarten. Der Aufwand stünde aktuell in keinem Verhältnis zum Nutzen.

Unabhängig von der gewählten Integrationsstufe sind **TI-Komponenten** wie KIM, TI-M oder die ePA als ergänzende Kommunikations- und Datenkanäle vorgesehen. So lassen sich Informationen aus der Therapiesteuerungsplattform in die Primärsysteme zurückführen. Hierfür benötigt die Plattform eigene Zugangsberechtigungen zur Telematikinfrastruktur (TI). Während im Minimalfall strukturierte Reports in die ePA exportiert werden, ist perspektivisch eine bidirektionale FHIR-API für den granularen, echtzeitbasierten Austausch von Gesundheitsdaten konzipiert. Strategisch erscheint es sinnvoll, die ePA nicht als permanente Referenzebene, sondern für definierte Übergaben (z. B. bei Sektorenwechseln) zu nutzen. So bleibt die Plattform mit ihrem eigenen Clinical Data Repository unabhängig und flexibel, während zugleich die Anschlussfähigkeit an die TI gesichert wird.

4.5 Stufenweise Etablierung von Interoperabilität

Die digitale Gesamtarchitektur setzt konsequent auf **offene Standards** für eine **interoperable Systemlandschaft**. Die Anforderungen an Schnittstellen und Interoperabilität steigen mit jeder Ausbaustufe des Plattformkonzepts und sind eng mit den beschriebenen technischen Maßnahmen verknüpft.

4.5.1 Stufe 1. Synchronisierende Plattform Versorgungszugang und strukturiertes, wiederverwendbares Laien-Assessment durch informell Pflegende

In der ersten Stufe sind die Anforderungen an die Interoperabilität gering, jedoch nicht zu vernachlässigen. Die Plattform Versorgungszugang fungiert primär als strukturierte Datenbank, die Schnittstellen für die automatisierte Synchronisation mit externen Datenquellen bereitstellen sollte. Um

Daten aus unterschiedlich aufgebauten Quellsystemen integrieren zu können, ist ein konfigurierbarer Mapping-Service erforderlich. Für anlassbezogene Import- und Exportszenarien sind **verbreitete Datenformate** vorzusehen (z. B. vorrangig JSON für moderne Anwendungen, XML für Kompatibilität mit älteren Systemen und CSV für manuelle oder niederschwellige Importe und Exporte). Als **Übertragungsprotokolle** sind REST-APIs zu bevorzugen. Für Systeme mit älteren Architekturen sollte zusätzlich die Unterstützung von SOAP-Schnittstellen geprüft werden. Zur **Synchronisation** mit externen Datenbanken können ergänzend Webhooks, Scheduled Pulls oder ETL-Pipelines eingesetzt werden – abhängig vom Reifegrad und den technischen Möglichkeiten der Quellsysteme.

Beim Assessmentservice zur Pflegebedarfsermittlung durch informell Pflegende ist darauf zu achten, dass die Informationen strukturiert erfasst und persistiert werden. Zwei IOP-Aspekte sind hier zentral: erstens eine inhaltliche Nähe zur professionellen Bedarfsermittlung durch den, Medizinischen Dienst, zweitens eine strukturelle und – wenn möglich – semantische Kompatibilität zum **PIO-Überleitungsbogen**. So ist sichergestellt, dass die von informell Pflegenden erhobenen Daten a) anschlussfähig an die professionelle Bedarfsklärung sind und b) für die professionelle Pflege nutzbar bleiben.

Die Datenerfassung mittels digitaler Fragebögen ist möglichst strukturiert zu gestalten. Mindestens sind Metadaten-Sets (z. B. Was, wer, wie, wann etc.) strukturiert bereitzustellen, um eine weiterführende Auswertung und Einordnung zu ermöglichen. Im Idealfall erfolgt die Umsetzung vollständig maschinenlesbar, etwa durch die Nutzung der **FHIR-Ressourcen** „Questionnaire“ und „QuestionnaireResponse“.

4.5.2 Stufe 2. Multimodale, standardisierte Datensets, FHIR-Therapieplan und Videosprechstunden

In der zweiten Stufe, die wesentlich durch das multimodale Monitoring und integriertes Case Management über die Plattform Therapiesteuerung geprägt ist, rücken die Anforderungen an semantische Konsistenz und Datenvalidierung deutlich in den Vordergrund. Die Plattform muss in der Lage sein, Gesundheits- und Verhaltensdaten aus häuslicher Medizintechnik, AAL-Technologien und Smart Devices strukturiert aufzunehmen und interoperabel weiterzuverarbeiten. **Adapter und Konnektoren** zu Ökosystemen wie Apple Health, Android Health Connect sowie zu Herstellern wie Garmin oder Withings sind dabei zentrale technologische Komponenten. Sofern die Daten aus diesen Quellen nicht bereits in standardisierter Form vorliegen, ist eine Überführung in interoperable Datenstandards erforderlich – insbesondere unter Nutzung von SNOMED CT, LOINC und der FHIR-Basisprofile.

Zentral ist der Umgang mit **multiplen Datenquellen aus Medizinprodukten (MP) und Nicht-MP-Daten** wie Smartwatches oder Lifestyle-Apps. Während MP-Daten klinisch validiert sind, haben Nicht-MP-Daten lediglich indikativ-unterstützenden Charakter. Für die Plattform bedeutet dies eine klare Trennung im Verarbeitungspfad: Jede Messung wird bereits bei der Aufnahme annotiert (Quelle, Hersteller, Zeitstempel, Regime MP/Nicht-MP), sodass eine lückenlose Provenance Chain entsteht. In der Plattform können beide Datenwelten harmonisiert, zeitlich abgestimmt und visualisiert werden – die Herkunft bleibt jedoch jederzeit nachvollziehbar.

Ergänzend kommt **Service-Oriented Device Connectivity** (SDC) ins Spiel. Auf Basis der Normenfamilie ISO/IEEE 11073 ermöglicht SDC eine standardisierte, sichere Kommunikation zwischen Medizinprodukten unterschiedlicher Hersteller. So können Vitalparameter ohne proprietäre Schnittstellen direkt in die Plattform eingebunden werden.

Auch das Falldatenmanagement der Plattform basiert auf semantischen Standards. An dieser Stelle ist auf den konzeptionellen Schulterschluss zur Plattform Therapiesteuerung für das Versorgungsszenario

„Chronische Erkrankungen“ zu verweisen, in die nun die informelle Pflege integriert wird. Als zentrales IOP-Artefakt dient der Therapieplan, der auf Basis der **FHIR-Ressource CarePlan** modelliert wird. Zudem werden die FHIR-Ressourcen CareGoal, CareTeam und Workflow on FHIR für eine teamorientierte Versorgung angewendet. Letztere rekurriert auf die formale Modellierung, Steuerung und Interpretation von Versorgungsprozessen unter Rückgriff auf etablierte Notationen (BPMN, CMMN oder DMN).

Für die Integration von Videosprechstunden zwischen informell Pflegenden und sind TI-konforme Schnittstellen und Datenmodelle erforderlich. Die Einbindung erfolgt idealerweise über **DSGVO-konforme Video-APIs** oder WebRTC-SDKs. Interoperabilität wird durch REST-basierte Schnittstellen (z. B. JSON, HL7 FHIR für Patient, Fall, Termin) gewährleistet, während die Termin- und Zugangsverwaltung über FHIR Appointment erfolgt.

4.5.3 Stufe 3. Terminologien und Klassifikationen der Pflege und PIO-Überleitungsbogen

Die dritte Stufe fokussiert die Integration der professionellen Pflege in die Plattform Therapiesteuerung. Technisch ist die Anbindung der Primärsysteme der Pflegeeinrichtungen (PVS) ein zentrales Ziel, auch wenn standardisierte, vollumfängliche Schnittstellen auf absehbare Zeit kaum verfügbar sind. Eine Tiefenintegration mit engmaschiger Synchronisation bleibt dennoch als langfristiges strategisches Ziel gesetzt. Kurz- bis mittelfristig bietet die Nutzung einer FHIR-API, insbesondere über die Ressource CarePlan, Potenzial zur strukturierten Einbindung pflegerischer Versorgungspläne. Semantisch muss die Plattform dazu nicht nur medizinisch-ärztliche Terminologien unterstützen, sondern nun auch **pflegerische Klassifikationen** wie NANDA, ICNP (bereits in SNOMED CT integriert), NIC und NOC.

Ein zentrales interoperables Informationsobjekt ist der **PIO-Überleitungsbogen**, der von der Plattform empfangen, verarbeitet, erstellt und weitergeleitet werden können muss – entweder direkt an angeschlossene Primärsysteme oder über die ePA als Datendrehscheibe. Damit wird Kontinuität in der pflegerischen Versorgung bei Settingwechsel sichergestellt.

Für die Integration von Tele-Pflege-Diensten gelten grundsätzlich die Schnittstellenanforderungen der Videosprechstunden mit der hausärztlichen Versorgung. Bei Tele-Visiten steigen die Anforderungen deutlich: Neben der Videokommunikation muss auch die Einsicht in Fallinformationen und Vitaldaten (sowohl Live-Daten als auch Zeitreihen) möglich sein. Dafür muss die Plattform entweder selbst als Datenaustauschmedium fungieren oder externe Tele-Visiten-Dienste über FHIR-Schnittstellen so angebunden werden, dass vor, während und nach der Sitzung ein bidirektionaler Datenaustausch gewährleistet ist. Diese FHIR-APIs sollten Zugriffe auf relevante Ressourcen wie Observation, CarePlan, Condition, Device, Patient und Encounter erlauben. Für die Integration von Live-Vitaldaten – etwa über digitale Stethoskope oder Blutdruckmessgeräte – ist eine Überführung der Rohdaten in FHIR-basierte Formate erforderlich. Hier kommen u. a. FHIR Observation Profiles in Kombination mit LOINC-Codierung zur Anwendung, um die Vergleichbarkeit und semantische Wiederverwendbarkeit der Daten zu gewährleisten. Für die **bidirektionale Synchronisation zwischen Plattform und externen Tele-Visiten-Diensten** empfiehlt sich eine eventbasierte Architektur, um zeitnahe Aktualisierungen zu ermöglichen. Parallel dazu sollten regelmäßige Delta-Abgleiche (z. B. via RESTful Polling oder FHIR Bulk Data Access) implementiert werden, um Datenkonsistenz auch während der laufenden Synchronisation bzw. bei wiederholten Datenabgleichen zu gewährleisten.

4.5.4 Anbindung an den Terminologieserver des BfArM und das Fachportal bzw. Git-Repository der gematik

Für den interoperablen und TI-konformen Betrieb der Therapiesteuerungsplattform ist die enge Anbindung an zwei zentrale IOP-Quellen erforderlich: den Terminologieserver des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) und das Fachportal bzw. Git-Repository der gematik. Beide Komponenten erfüllen unterschiedliche, sich ergänzende Aufgaben und sind gemeinsam entscheidend für die technische Integrität und Zukunftsfähigkeit der Plattform.

Der Terminologieserver des BfArM stellt die Grundlage für die Nutzung von standardisierten Terminologien dar. Er liefert zentrale Codesysteme, ValueSets und Mappings – u. a. ICD-10-GM, OPS, SNOMED-CT-Subsets und LOINC – und ermöglicht die Validierung dieser Codes. Das Fachportal bzw. Git-Repository der gematik liefert hingegen die strukturellen Vorgaben in Form von FHIR-Profilen, Implementation Guides und Capability Statements, die definieren, wie die Daten in der Plattform aufgebaut und ausgetauscht werden müssen. Der Terminologieserver liefert das Vokabular – also die inhaltlich richtigen Begriffe und Codes –, während das Fachportal bzw. Git-Repository die Grammatik vorgibt – die verbindliche Struktur dieser Inhalte.

Die technische Integration ist so konzipiert, dass beide Quellen kontinuierlich gepflegt und aktualisiert werden können, ohne die Plattform in ihrer Verfügbarkeit zu beeinträchtigen. Dabei wird der Terminologieserver über einen automatisierten FHIR-API-Zugriff angebunden, um eine stets aktuelle und valide Terminologienutzung zu ermöglichen. Zur Reduzierung von Latenzzeiten und zur Sicherstellung der Verfügbarkeit bei Netzstörungen wird zusätzlich ein lokaler Terminologie-Cache eingesetzt, der in festgelegten Intervallen synchronisiert wird. Die FHIR-Profile aus dem Fachportal werden über die Build- und Deployment-Prozesse integriert, sodass strukturelle Änderungen zeitnah erkannt und kontrolliert in die Plattform übernommen werden können. Relevante Implementation Guides – insbesondere die IOP-Profile sowie TI-Grundprofile – werden regelmäßig aus den offiziellen Repositorys abgerufen und in die Validierungsschicht der Plattform eingebunden. Dort wird jede eingehende oder neu erstellte FHIR-Ressource automatisch gegen die jeweils definierten FHIR-Profile validiert. Neue Profilversionen werden zunächst in einer kontrollierten Testumgebung validiert, bevor sie in den Produktivbetrieb übernommen werden, um Kompatibilitäts- und Anpassungsaufwände gezielt zu steuern.

5 Verträge, Leistungsarten und Vergütung

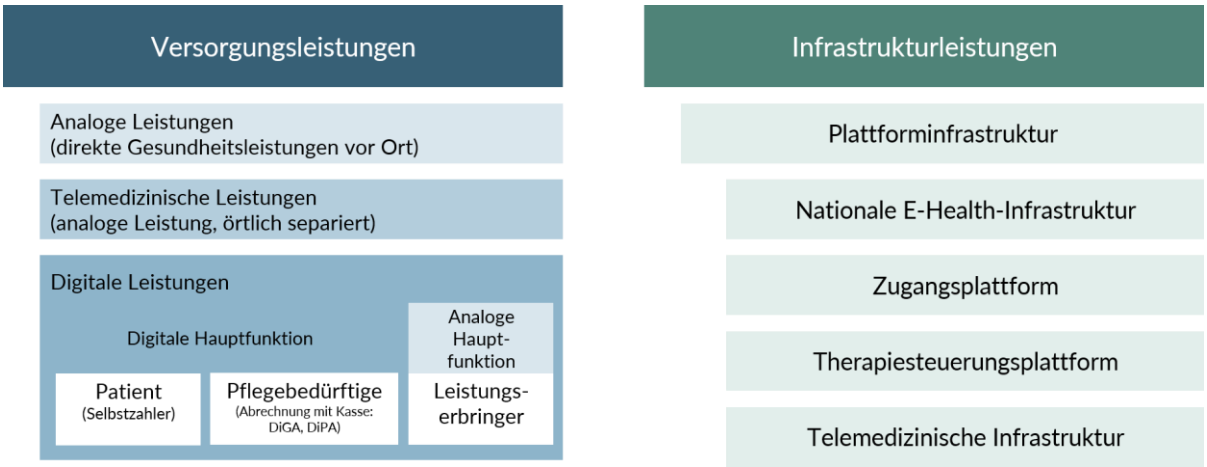
Das folgende Kapitel beschreibt die vertraglichen und vergütungsbezogenen Voraussetzungen für die Umsetzung der in den Kapiteln 3 und 4 dargestellten organisatorischen und technischen Maßnahmen. Es überführt die konzeptionellen und technologischen Bausteine in die Ebene der rechtlichen und finanziellen Abbildung. Dabei wird aufgezeigt, wie Leistungsarten, Vertrags- und Vergütungsmodule sowie die einzelnen **K-Module** (Kontraktmodule) zusammenhängen. Die Leistungsarten definieren den fachlichen Gegenstand der Versorgung, die Vertrags- und Vergütungsmodule beschreiben die zugrunde liegenden Finanzierungs- und Rechtsrahmen, und die K-Module konkretisieren diese Zusammenhänge anhand spezifischer vertraglicher Umsetzungsoptionen. Jedes K-Modul steht somit für eine vertragliche Ausgestaltung („Kontrakt“) eines oder mehrerer organisatorischer und technischer Maßnahmen und zeigt, auf welcher gesetzlichen Grundlage (insbesondere nach SGB V und XI) eine Integration in die Regelversorgung erfolgen kann.

5.1 Leistungsarten

Die Pflege befindet sich aktuell in einem Systembruch zwischen klassischer Versorgung, digitalen Anwendungen und neu entstehenden Infrastrukturen. Viele dieser Leistungsbereiche sind bislang nicht vollständig im Vergütungssystem der Pflegeversicherung abgebildet. Während analoge Pflegeleistungen vor Ort eindeutig definiert und abrechenbar sind, fehlt für digitale oder hybride Leistungen eine klare Systematik. Auch telemedizinische oder telepflegerische Leistungen – also analoge Leistungen, die ortsgetrennt erbracht werden – sind nur teilweise in bestehenden Strukturen verankert.

Darüber hinaus entstehen neue Infrastrukturebenen, die nicht direkt als Einzelleistungen erbracht, aber für eine moderne Versorgung unverzichtbar sind. Dazu gehören Plattforminfrastrukturen, Zugangs- und Therapieplattformen sowie die Anbindung an nationale eHealth- und Telematiksysteme. Diese Infrastrukturelemente schaffen die technische und organisatorische Grundlage für vernetzte Pflege, werden jedoch bislang nicht systematisch finanziert oder in die Regelversorgung integriert. Die Abbildung 20 zeigt, dass es künftig eine klare Abgrenzung, aber auch eine Koordination zwischen Versorgungs- und Infrastrukturleistungen braucht – und damit neue Finanzierungs- und Verantwortungslogiken.

Abbildung 20: **Herleitung nicht abgebildeter Leistungsbereiche im Vergütungssystem**



Quelle: _fbeta GmbH

5.2 Vertrags- und Vergütungsmodule

Abbildung 21 bildet die zehn Maßnahmen der Transformationsstrategie „Virtuell gestützte informelle und professionelle ambulante Pflege sowie Primärversorgung“ ab. Bei jeder Maßnahme sind diejenigen Zellen rot markiert, für deren Umsetzung bzw. (Re-)Finanzierung das entsprechende Vertrags- und Vergütungsmodul bzw. K-Modul (K1 und K5 bis K13) grundsätzlich geeignet ist.

Abbildung 21: **Zuordnung der zehn Maßnahmen zur Unterstützung der häuslichen und ambulanten Pflege zu relevanten Vertrags- und Vergütungsmodulen**

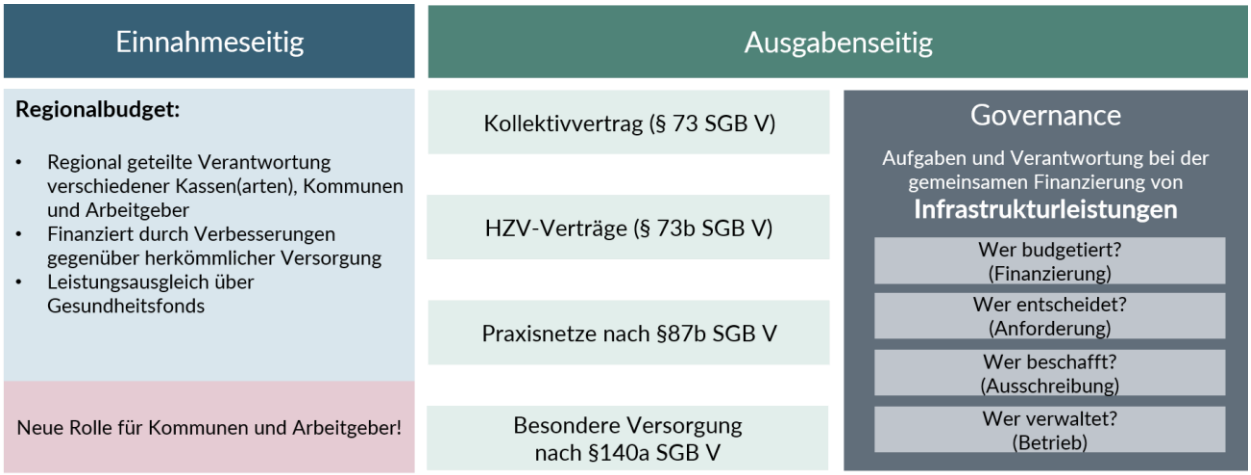
Maßnahmen Therapiesteuerung	K1 Besondere Versorgung nach § 140a SGB V	K5 Tele-monitoring	K6 Stationärer Sektor	K7 Tele-medizinische Infrastruktur	K8 Regionale Gesundheits-plattform	K9 Pflegerische Maßnahmen im Therapieplan	K10 Beratung durch Pflege-Coaches	K11 Tele-monitoring und Alarmsystem e	K12 Pflegerische Übergangs-versorgung	K13 Integration Ehrenamt
1 Informations-plattform Pflege					■					
2 Einbindung ehren-amtliche Hilfe					■					■
3 Digitales Coaching					■		■			
4 Alarm- und Sensorsysteme	■	■						■		
5 Plattform-Zugang für informell Pflegende	■					■				
6 Regionale Akutpflegezentren	■		■						■	
7 Plattform-Zugang für Amb. Pflegedienste	■					■				
8 Zusammenarbeit HA/Pflegedienste	■					■				
9 Kooperation zwischen Pflegediensten										■
10 Telemedizin in der Pflege	■			■						

Quelle: _fbeta GmbH

Die Analyse möglicher Vertragsarten im Pflegekontext verdeutlicht, dass eine differenzierte Kombination aus bestehenden gesetzlichen Rahmenmodellen und neuen Governance-Strukturen notwendig ist. Auf der Einnahmenseite könnte ein Regionalbudget eingeführt werden, das gemeinsame Finanzierungsverantwortung von Pflegekassen, Kommunen und Arbeitgebern vorsieht. Dieses Budget soll aus nachweislichen Verbesserungen gegenüber der herkömmlichen Versorgung gespeist werden und schafft finanzielle Spielräume für innovative Versorgungsmodelle.

Auf der Ausgabenseite kommen verschiedene Vertragsarten infrage, die sich je nach Zielrichtung kombinieren lassen – etwa für Prävention, pflegerische Infrastruktur oder integrierte Versorgung. Zentral ist dabei eine klare Governance-Struktur, die Verantwortlichkeiten für Budgetierung, Bedarfsermittlung, Beschaffung und Betrieb definiert. Nur durch eine abgestimmte Aufgabenteilung zwischen Kassen, Kommunen und Leistungserbringern kann die gemeinsame Finanzierung von Infrastrukturleistungen gelingen. Damit wird die Pflege zu einem gleichberechtigten Bestandteil regionaler Gesundheitssteuerung.

Abbildung 22: **Herleitung möglicher Vertragsarten im Pflegekontext**



Quelle: _fbeta GmbH

Die Betrachtung der bestehenden Vertragsinstrumente zeigt, dass die Pflege über eine Reihe gesetzlicher Ansätze verfügt, die zur Weiterentwicklung digital unterstützter, koordinierter Versorgungsmodelle genutzt werden können. Während die Regelversorgung gemäß SGB XI eine stabile Basis für flächendeckende Leistungen und rechtliche Sicherheit bietet, bleibt sie in ihrer Struktur stark leistungsorientiert und wenig innovationsfähig. Modellvorhaben und Präventionsprojekte eröffnen dagegen Freiräume für sektorenübergreifende Ansätze, Prävention und Gesundheitsförderung, sind jedoch häufig zeitlich befristet und administrativ aufwendig.

Besonders zukunftsrelevant sind Vertragsformen, die die Entwicklung und Förderung pflegerischer Infrastruktur ermöglichen. Sie erlauben Kooperationen zwischen Pflegekassen, Ländern und Kommunen und können als Hebel für den Aufbau digitaler Plattformen, regionaler Netzwerke und quartiersnaher Unterstützungsstrukturen dienen. Durch die Verbindung von Infrastrukturförderung und Ergebnisorientierung entsteht die Grundlage für eine nachhaltige Integration digitaler Pflegeinstrumente in die Regelversorgung. Ein wesentlicher Schritt in diese Richtung ist die integrierte Versorgung. Sie schafft die Möglichkeit, medizinische und pflegerische Leistungen gleichberechtigt zu verknüpfen und

gemeinsame Versorgungspfade sektorenübergreifend zu etablieren. Pflegekassen werden hier zu aktiven Vertragspartnern, was die Voraussetzung für innovative, hybride Versorgungsmodelle bildet – insbesondere im häuslichen und ambulanten Bereich. Digitale Steuerungs- und Dokumentationssysteme ermöglichen dabei eine enge Koordination zwischen Gesundheits- und Pflegeleistungen und fördern Transparenz sowie Ergebnisqualität.

Gleichzeitig sind die Umsetzungshürden hoch: Die Abstimmung zwischen Kranken- und Pflegekassen ist komplex, Zuständigkeiten sind bisher teils unklar verteilt, und regionale Begrenzungen erschweren die Skalierung erfolgreicher Modelle. Dennoch zeigt sich, dass die Kombination aus Modellförderung, Infrastrukturentwicklung und integrierter Versorgung den entscheidenden Weg weist, um pflegerische Versorgung zukunftsfähig, digital gestützt und sektorenübergreifend zu gestalten.

Regelversorgung (SGB XI) Versorgungsverträge i. d. R. auf Länderebene	Modellvorhaben zur Versorgung (§ 45c Abs. 9 SGB XI)	Modellprojekte zur Prävention (§ 8 Abs. 3 SGB XI)	Förderung pflegerischer Infrastruktur (§ 123 SGB XI)
Vorteile: • Flächendeckende Grundversorgung • Einheitliche Abrechnungssystematik über den EBM mit klaren Leistungsdefinitionen • Rechtsverbindliche Rahmenbedingungen mit breiter Akzeptanz im Versorgungssystem **Nachteile:** • Kaum Spielraum für innovative Versorgungsformen, Flexibilisierung nicht ohne Beteiligung der Landesebene • Geringe Förderung koordinierter Versorgung • Leistungsbezogene statt ergebnisorientierter Vergütung	**Vorteile:** • Vertragsfreiheit erlaubt innovative, sektorenübergreifende Modelle • Schwerpunktsetzung auf Prävention und Gesundheitsförderung darstellbar • Integration auch nichtärztlicher Leistungserbringer möglich • Finanzierung von Infrastrukturleistungen zumindest nicht ausgeschlossen **Nachteile:** • Befristung auf maximal 4 Jahre • Hoher Abstimmungs- und Dokumentationsaufwand • Umsetzung oft auf einzelne Regionen oder Kassen begrenzt	**Vorteile:** • Förderung innovativer und personenbezogener Präventionsarbeit • Qualitätsförderung durch Etablierung einheitlicher und verbindlicher Assessment-Methoden **Nachteile:** • Umsetzung oft auf einzelne Kassen begrenzt • Begrenzung auf Personen ohne bereits festgestellten Pflegegrad • Befristung und unsichere Überführung in Regelfinanzierung	**Vorteile:** • Förderung regionaler Infrastruktur (z. B. Quartiersprojekte, Unterstützungsangebote für informell Pflegende) • Kooperation von Pflegekassen, Land und Kommunen **Nachteile:** • Kooperationsvereinbarung und landesseitige Zuständigkeit erforderlich • Kostenbeteiligung der Kommunen nicht immer möglich • Befristung auf 2–4 Jahre, Übergang in Regelversorgung unsicher

Integrierte Versorgung (§ 92b SGB XI)
Vorteile: • Gleichberechtigte Vertragsbeteiligung der Pflegekassen zur aktiven Mitgestaltung • Verbesserte Verzahnung von medizinischer und pflegerischer Versorgung • Ermöglicht innovative, sektorenübergreifende Versorgungsmodelle im häuslichen Bereich **Nachteile:** • Hoher Abstimmungs- und Koordinationsaufwand zwischen Pflege- und Krankenkassen • Regionale Begrenzung verhindert flächendeckende Umsetzung • Komplexe Vertrags- und Steuerungsstrukturen erschweren die praktische Umsetzung

Quelle: _fbeta GmbH

5.2.1 K1 – Therapiesteuerung als besondere Versorgung nach § 140a SGB V

Die Basis-Lösung für die Umsetzung der Transformationsstrategie „Therapiesteuerung“ über § 140a SGB V (Besondere Versorgung) ist auch für die Transformationsstrategie „Virtuell gestützte informelle und professionelle ambulante Pflege sowie Primärversorgung“ relevant.

Die Integration Pflegebedürftiger in die Plattform Therapiesteuerung erfolgt gemäß § 140a SGB V, da davon ausgegangen wird, dass Pflegebedürftige in der Regel an einer oder mehreren chronischen Erkrankungen leiden oder zumindest einen erhöhten medizinischen Unterstützungsbedarf haben, der die Aufnahme in die besondere Versorgung und damit die Anwendung eines Therapieplans rechtfertigt. Die Annahme, dass Pflegebedürftigkeit in aller Regel mit chronischen Erkrankungen und einem erhöhten medizinischen Versorgungsbedarf verbunden ist, wird durch aktuelle Studien belegt. So zeigt die bevölkerungsbasierte *LAB60+-Studie*, dass mehr als 90 Prozent der über 60-Jährigen mindestens eine chronische Erkrankung haben und fast drei Viertel (73,1 Prozent) an mehreren chronischen Erkrankungen leiden. Diese Evidenz unterstreicht die Notwendigkeit, Pflegebedürftige über die besondere Versorgung in strukturierte Therapiepläne einzubinden, um eine koordinierte medizinische und pflegerische Versorgung sicherzustellen (Romero Starke et al., 2022).

Das Modul K1 beschreibt lediglich die Grundlage für die Aufnahme Pflegebedürftiger im Rahmen der medizinischen Versorgung, die Abbildung pflegerischer Maßnahmen im Therapieplan wird im Modul K9 – „Integration pflegerischer Maßnahmen und Akteure in die Therapiesteuerungsplattform“ beschrieben.

In Ergänzung zu den Regelungen im SGB V steht mit dem § 92b SGB XI (Integrierte Versorgung) spiegelbildlich eine Vertragsoption für integrierte Versorgungsprozesse zur Verfügung.

§ 140a SGB V (Besondere Versorgung) bietet eine hohe Flexibilität für die Umsetzung der Maßnahmen innerhalb der Transformationsstrategien und erlaubt die Entwicklung integrierter, sektorenübergreifender Versorgungsmodelle im Rahmen besonderer Versorgungsverträge, die geeignet sind, attraktive Vergütungsvereinbarungen für alle beteiligten Akteure abzubilden. Weitere Vorteile, die geeignet sind, diesen Paragrafen als rechtliche Grundlage für die Umsetzung der Therapiesteuerung und der dafür erforderlichen Plattform zu nutzen, sind:

- Die Finanzierung von Infrastrukturleistungen ist nicht ausgeschlossen.
- Die besondere Versorgung kann regional beschränkt vereinbart werden.
- Die besondere Versorgung erlaubt die Abbildung von Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitszielen.

Ziel ist es, eine Art „kollektiven Selektivvertrag“ aufzusetzen – unter Beteiligung möglichst vieler Krankenkassen. Dieser sollte eine Beitrittsfunktion beinhalten, die es Kassen erlaubt, sich dem Vertrag anzuschließen, auch wenn sie nicht zum Kreis der ursprünglichen Projektträger gehört haben sollten.

Es ist zu prüfen, inwieweit es Versicherten nicht teilnehmender Kassen ermöglicht werden kann oder soll, die Plattform Therapiesteuerung (z. B. als Selbstzahler) zu nutzen, und wie eine unkomplizierte Abrechnung dieser Leistungen für die Leistungserbringer erfolgen kann.

In einer Weiterentwicklung des etablierten Versorgungsvertrags gemäß § 140a SGB V zur besonderen Versorgung der Versicherten wird angestrebt, Qualitäts-, Wirksamkeits- und Wirtschaftlichkeitsziele vertraglich festzuschreiben und die Vergütung der Leistungserbringer an die Erreichung der vereinbarten Ziele zu binden.

In einer finalen Ausbaustufe sollte das Ziel sein, eine erfolgreiche Therapiesteuerungsplattform in eine kollektivvertragliche Struktur zu überführen und abzubilden.

Das Modul K1 betrifft alle Maßnahmen, bei denen der Therapieplan auf der Therapiesteuerungsplattform im Rahmen der Strategie Pflege eingesetzt wird, also die Maßnahmen 4 (Aufbau eines IoT-basierten, vernetzten Alarm- und Sensorsystems zur Unterstützung der häuslichen Pflege) bis 8 (Digitale Vernetzung von Hausarzt und ambulantem Pflegedienst über die Therapiesteuerungsplattform) und 10 (Einführung und Anwendung telemedizinischer Systeme in der häuslichen Pflegeversorgung).

5.2.2 K5 – Telemonitoring

Dieses Modul ist eine Erweiterung zum Basis-Vertrag nach Modul K1 und soll ebenso über § 140a SGB V (Besondere Versorgung) abgebildet werden. Es stellt Telemonitoring im Rahmen der medizinischen Behandlung dar, die spezifische Abbildung von Alarm- und Notrufsystemen im Rahmen der Pflegeversorgung wird im Modul K11 – „Telemonitoring und Alarmsysteme in der Pflege“ beschrieben.

Die Vergütung von Leistungen zum Telemonitoring (egal ob diese von Arztpraxen oder spezialisierten Telemedizin-Zentren erbracht werden) lassen sich im Rahmen des Versorgungsvertrages nach § 140a SGB V zur besonderen Versorgung Versicherter prinzipiell abdecken.

Offen bleiben die Fragen der Finanzierung der erforderlichen zusätzlichen Infrastruktur sowie der Ausbildung von neuen Anwendern.

Dieses Modul betrifft die Maßnahme 4 der Transformationsstrategie Pflege (Aufbau eines IoT-basierten, vernetzten Alarm- und Sensorsystems zur Unterstützung der häuslichen Pflege).

5.2.3 K6 – Therapiesteuerung im stationären Sektor

Dieses Modul ist eine Erweiterung zum Basis-Vertrag nach Modul K1 und soll ebenso über § 140a SGB V (Besondere Versorgung) abgebildet werden. Es stellt die Nutzung der Therapiesteuerungsplattform im Rahmen der stationären medizinischen Versorgung dar, besondere Aspekte im Rahmen der Pflegeversorgung werden im Modul K12 – „Aufbau von Kapazitäten zur pflegerischen Übergangsversorgung (Akutpflegezentren)“ beschrieben.

Die stationäre Versorgung der Haupterkrankung ist nicht Gegenstand der besonderen Versorgung nach § 140a SGB V. Klinische Leistungserbringer sollen vielmehr einen Vergütungsanreiz dafür erhalten, eine kontinuierliche Weiterbehandlung der chronischen Erkrankung(en) über die Therapiesteuerungsplattform zu ermöglichen.

Dieses Modul betrifft die Maßnahme 6 der Strategie Pflege (Aufbau regionaler Akutpflegezentren zur Unterstützung von Übergängen).

5.2.4 K7 – Finanzierung telemedizinischer Infrastruktur

Dieses Modul stellt eine Erweiterung zum Basis-Vertrag nach Modul K1 dar und soll ebenso über § 140a SGB V (Besondere Versorgung) abgebildet werden.

Die Vergütung von Leistungen im Rahmen der Telemedizin lassen sich (ggf. auf Basis bestehender Telemedizin-Vereinbarungen) in einen Vertrag zur besonderen Versorgung integrieren.

Offen bleiben die Fragen der Finanzierung der erforderlichen zusätzlichen Infrastruktur sowie die der Ausbildung von neuen Anwendern.

Dieses Modul betrifft die Maßnahme 10 der Strategie Pflege (Einführung telemedizinischer Systeme in der häuslichen Pflegeversorgung).

5.2.5 K8 – Regionale Gesundheitsplattform

Dieses Modul gilt den Optionen zur Etablierung einer Zugangs- und Informationsplattform für die Transformationsstrategien Therapiesteuerung und Pflege.

Die Koordination und Ergänzung bestehender lokaler und regionaler Initiativen und Projekte ist für die pflegebezogenen Inhalte und Dienste auf Basis von § 45c Abs. 9 SGB XI (Förderung regionaler/lokaler Netzwerke in der Pflege), § 8 Abs. 3 SGB XI (Förderung von Modellprojekten zur Prävention in der Pflege) oder § 123 SGB XI (Förderung pflegerischer Infrastruktur) prinzipiell möglich. Allerdings ist den Fördersummen, der inhaltlichen Ausrichtung, den zu beteiligenden Projektpartnern sowie der Laufzeit entsprechender Initiativen in allen Regelungen ein enger Rahmen gesetzt, sodass eine umfassende und längerfristige Finanzierung der erforderlichen Plattform-Infrastruktur und deren Betrieb auf Basis der Regelungen des SGB XI schwer darstellbar erscheint.

Für die inhaltliche Ausgestaltung von Prävention und die gezielte Einsteuerung in angemessene Therapieformen bei chronisch erkrankten Personen bietet das Sozialgesetzbuch V mit § 20 SGB V (Primäre Prävention und Gesundheitsförderung) sowie mit § 137f SGB V (Strukturierte Behandlungsprogramme) geeignete rechtliche Grundlagen. Die Regelungen eröffnen Krankenkassen Gestaltungsspielräume, um Maßnahmen der Prävention und Nachsorge zielgerichtet zu fördern und in die Versorgung chronisch erkrankter Versicherter zu integrieren. Darüber hinaus können – insbesondere im Rahmen der besonderen Versorgung nach § 140a SGB V – innovative, sektorenübergreifende Ansätze erprobt werden, die eine engere Verzahnung zwischen Prävention, Therapie und Rehabilitation ermöglichen. Ergänzend besteht die Möglichkeit, spezifische Inhalte und Module der Plattform über die Präventionshaushalte der Krankenkassen zu finanzieren, wodurch zusätzliche Spielräume für eine umfassende Umsetzung geschaffen werden.

Es ist davon auszugehen, dass verschiedene Angebote und Strukturelemente der Gesundheitsplattform aus verschiedenen Mitteln finanziert werden müssen. Denkbar wäre auch die Finanzierung der infrastrukturellen Basis der Plattform aus Mitteln der regionalen Strukturförderung.

Dieses Modul betrifft die Maßnahmen 1 (Aufbau einer pflegerischen Informations- und Unterstützungsplattform), 2 (Einbindung nachbarschaftlicher Hilfe und bürgerschaftlichen Engagements) und 3 (Digitale Coaching- und Beratungsangebote für informell Pflegende) im Rahmen der Strategie Pflege.

5.2.6 K9 – Integration pflegerischer Maßnahmen und Akteure in die Therapiesteuerungsplattform

Dieses Modul stellt eine Erweiterung zum Basis-Vertrag nach Modul K1 und soll über § 140a SGB V (Besondere Versorgung) abgebildet werden.

Chronisch kranke Pflegebedürftige haben grundsätzlich die Möglichkeit, auf die Therapiesteuerungsplattform zuzugreifen. In Ergänzung zu den Regelungen im SGB V stellt § 92b SGB XI (Integrierte Versorgung) spiegelbildlich eine Vertragsoption für integrierte Versorgungsprozesse zur Verfügung.

Im Kontext der häuslichen Pflege sollen aber zusätzliche Elemente aufgenommen werden – aus einem reinen Therapieplan wird ein Versorgungsplan, der folgende Aspekte berücksichtigen muss:

- Abbildung von pflegerischen Versorgungspfaden und -Maßnahmen im Therapieplan: Die Erstellung der Inhalte auf Basis pflegerischer Richtlinien und Qualitätsmaßstäben wäre über § 8 Abs. 3 SGB XI (Förderung von Modellprojekten zur Prävention in der Pflege) und/oder § 123 SGB XI (Förderung pflegerischer Infrastruktur) prinzipiell möglich. Da diese Aufgabe zunächst einmalig initial erfolgt, sind die im Rahmen des Moduls K8 beschriebenen Einschränkungen (Innovationsorientierung und zeitliche Begrenzung) nicht relevant.
- Frage der Finanzierung der Aktualisierung, Ergänzung und Pflege dieser Inhalte: Dies könnte die Aufgabe einer Betriebsgesellschaft werden, die gemeinschaftlich von den Projektpartnern getragen wird, was die Kosten für die einzelnen Partner deutlich reduziert.
- Zugriff informell Pflegender auf die Therapiesteuerungsplattform auf freiwilliger Basis: Der Zugriff von pflegenden Angehörigen ist im Rahmen des §140a SGB V (Besondere Versorgung) denkbar, wenn diese aufgrund gesundheitlicher oder geistiger Einschränkungen der pflegebedürftigen Person (etwa bei Demenz) als gesetzliche Vertreter (Bevollmächtigte oder Betreuer) in der ePA des oder des/der Pflegebedürftigen registriert sind. Trifft dies nicht zu, ist eine eigenständige Überprüfung der Identität und Berechtigung durchzuführen. Für die Umsetzung und den Betrieb der erforderlichen Services kann § 92b SGB XI (Integrierte Versorgung) herangezogen werden.
- Die Schulung Pflegebedürftiger und informell Pflegender im Umgang mit der Plattform ist denkbar über § 7c SGB XI (Pflegeberatung) und § 45 SGB XI (Schulung informell Pflegender).

Dieses Modul betrifft alle Maßnahmen, bei denen der Therapieplan auf der Therapiesteuerungsplattform im Rahmen der Transformationsstrategie Pflege eingesetzt wird, also die Maßnahmen 4 (IoT-basiertes Alarm- und Sensorsystem zur Unterstützung der häuslichen Pflege) bis 8 (Digitale Vernetzung zwischen Hausarztpraxis und ambulantem Pflegedienst) und 10 (Einführung telemedizinischer Systeme in der häuslichen Pflegeversorgung).

5.2.7 K10 – Pflegeberatung durch Pflege-Coaches über die Gesundheitsplattform

Dieses Modul stellt eine Erweiterung des Moduls K8 –Regionale Gesundheitsplattform dar.

Die Möglichkeiten, eine Pflegeberatung durch Pflege-Coaches über die Gesundheitsplattform finanzieren zu können, sind aktuell stark begrenzt.

Bestehende Optionen:

- Schulungen und Beratungen nach § 45 SGB XI (Pflegekurse für Angehörige und ehrenamtliche Pflegepersonen): Diese sind finanzierbar jeweils anlässlich der Aufnahme oder Intensivierung der Pflegetätigkeit, aber nicht kurzfristig oder in einem akuten Bedarfsfall.
- Beratungseinsätze bei Pflegegeldempfängern nach § 37 Abs. 3 SGB XI (Pflegegeld für selbst beschaffte Pflegehilfen): Diese Einsätze (durch Mitarbeitende der Pflegekassen oder dazu beauftragte Fachpersonen) sind zeitlich begrenzt und stark formalisiert und dienen eher der Überprüfung und Bedarfsfeststellung.

Zusätzliche Optionen:

- Modellvorhaben zur Förderung von Angeboten zur Unterstützung im Alltag nach § 45c SGB XI (Förderung der Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen und des Ehrenamts, Verordnungsermächtigung) unterliegen den oben genannten Einschränkungen (Befristung, Deckelung, inhaltliche Einschränkungen). Denkbar wäre eine Integration bzw. Fortführung des AOK-Projekts „Familiale Pflege“, das auf dieser Basis finanziert ist.
- Damit Coaching als förderfähiges Angebot anerkannt und vergütet werden kann, bedarf es entsprechender landesrechtlicher Regelungen. Die Entscheidung über eine mögliche Einordnung z. B. als „Angebot zur Unterstützung im Alltag“ liegt beim jeweiligen Bundesland. Auf kommunaler oder regionaler Ebene können solche Strukturen daher nicht eigenständig refinanziert werden – sie müssen auf Landesebene verhandelt und gegebenenfalls gesetzlich oder durch Verordnungen verankert werden.

Dieses Modul betrifft ausschließlich die Maßnahme 3 im Rahmen der Transformationsstrategie Pflege (Digitale Coaching- und Beratungsangebote für informell Pflegende).

5.2.8 K11 – Telemonitoring und Alarmsysteme in der Pflege

Dieses Modul stellte eine Erweiterung des Basis-Vertrages K1 und des Moduls K5 – „Telemonitoring“.

Zusätzlich zum Einsatz von Telemonitoring im Rahmen der Therapiesteuerung ist im Anwendungsfall der häuslichen Pflege der Einsatz von Alarm- und Notrufsystemen abzubilden.

Bestehende Optionen:

- Basisleistungen des Hausnotrufdienstes werden bei Vorliegen eines Pflegegrades und wenn die versicherte Person allein oder über weite Teile des Tages allein lebt, von der Pflegekasse mit einer monatlichen Pauschale von bis zu 27,00 € netto zuzüglich gegebenenfalls anfallender Umsatzsteuer übernommen (Stand: 2026). Rechtsgrundlagen sind § 40 Abs. 1 und 3 in Verbindung mit § 78 Abs. 1 SGB XI. Darüberhinausgehende Services müssen privat finanziert werden, können aber unter bestimmten Voraussetzungen von den Sozialkassen übernommen werden.

- Es ist zu prüfen, ob weitergehende Installationen über Mittel aus der Wohnraumanpassung nach § 40 Abs. 2 SGB XI förderfähig sind.

Offen sind die Fragen der Finanzierung der erforderlichen zusätzlichen Infrastruktur sowie der Ausbildung von neuen Anwendern. Dieses Modul betrifft die Maßnahme 4 (IoT-basiertes Alarm- und Sensorsystem zur Unterstützung der häuslichen Pflege) der Transformationsstrategie Pflege.

5.2.9 K12 – Aufbau von Kapazitäten zur pflegerischen Übergangsversorgung (Akutpflegezentren)

Dieses Modul stellt eine Erweiterung zum Basis-Vertrag nach Modul K1 zur integrierten Versorgung dar.

Versorgungsleistungen:

Die Vergütung von Leistungen, die geeignet sind, den Übergang zwischen den Sektoren bzw. die Wiederaufnahme der häuslichen Pflegeversorgung nach einem stationären Aufenthalt zu unterstützen – Übergangspflege (gemäß § 39e SGB V), des Weiteren Rehabilitations-, Tages- und Nachtpflege (§ 41 SGB XI), Verhinderungspflege (§ 39 SGB XI) und vor allem Kurzzeitpflege (§ 42 SGB XI) – ist heute in vielen Fällen so gering, dass das Angebot hinter dem Bedarf zurückbleibt. Dennoch ist innerhalb dieser Grenzen eine Vergütung dieser Versorgungsleistungen im SGB XI zumindest theoretisch abgedeckt.

Infrastrukturleistungen:

Problematischer ist die Finanzierung der erforderlichen Investitionen in zusätzliche Infrastruktur zur pflegerischen Übergangsversorgung. Dafür sind zwei Wege denkbar:

- Förderung durch Länder und Kommunen (z. B. nach § 123 SGB XI –Gemeinsame Modellvorhaben für Unterstützungsmaßnahmen und -strukturen vor Ort und im Quartier): Der Aufbau von Akutpflegezentren könnte über Landes- oder Bundesprogramme unterstützt werden, insbesondere wenn sie sich an bestehenden Primärversorgungs- oder Pflegezentren orientieren: Förderfähig sind Investitionen in Infrastruktur, Digitalisierung, interprofessionelle Teamstrukturen und koordinierende Stellen.
- In NRW ist die Förderung von Tages-, Nacht- und Kurzzeitpflegeeinrichtungen nach § 13 APG möglich. Hieraus können sich konkrete Finanzierungsmöglichkeiten für den Aufbau, die Ausstattung und den Betrieb regionaler Akutpflegezentren sowie für Personal- und Koordinationsstrukturen in der Übergangsversorgung ergeben.

Dieses Modul betrifft die Maßnahme 6 der Transformationsstrategie Pflege (Aufbau regionaler Akutpflegezentren zur Unterstützung von Übergängen).

5.2.10 K13 – Integration Ehrenamt und nachbarschaftliche Hilfe

Dieses Modul ist eine Erweiterung des Moduls K8 – Regionale Gesundheitsplattform.

Die Integration eines eigenen Vermittlungsservices auf der Gesundheitsplattform bzw. die Verlinkung bestehender Unterstützungsangebote (handwerkliche Tätigkeiten, Gartenarbeit oder reine Haushaltstätigkeiten, die nicht über die Pflegekassen vergütet bzw. bezuschusst werden) stellt eine Infrastrukturleistung dar, die über die Finanzierung der Gesundheitsplattform selbst abgedeckt werden kann. Eine digitale Vermittlung über die Plattform verursacht keine hohen Betriebskosten.

Für zahlreiche Unterstützungstätigkeiten reicht es in NRW, eine Informationsbroschüre zur Kenntnis genommen zu haben. Diese Broschüre wie auch der Nachweis der (digitalen) Kenntnisnahme lassen sich auf der Plattform abbilden.

Darüber hinaus sind zwei weitere Leistungskategorien abzubilden, die durch die Regelungen im SGB XI abgedeckt sind:

1. Vergütung von Hilfs- und Unterstützungsleistungen:

   - Pflegenahe wie auch pflegeferne Unterstützungsleistungen, die aber dennoch als entlastend und auf den spezifischen Bedarf Pflegebedürftiger zugeschnitten sind, können über den monatlichen Entlastungsbetrag nach § 45b SGB XI mit maximal 131 € monatlich aus den Mitteln der Pflegekasse vergütet werden.

2. Finanzierung von Schulungsmaßnahmen für Unterstützende:

   - Professionelle, anerkannte Alltagsbegleiter benötigen eine standardisierte Qualifikation im Umfang von mindestens 40 Stunden. Diese Schulung vermittelt grundlegende Kenntnisse im Umgang mit pflegebedürftigen Menschen und befähigt zur Durchführung alltagsunterstützender Maßnahmen im häuslichen Umfeld. Die Inhalte orientieren sich an den Vorgaben nach § 45a (Pflegekurse für Angehörige und ehrenamtliche Pflegepersonen) und § 45b SGB XI (Entlastungsbetrag).

Dieses Modul betrifft die Maßnahmen 2 (Einbindung nachbarschaftlicher Hilfe und bürgerschaftlichen Engagements) und 9 (Strukturierte Kooperation ambulanter Pflegeeinrichtungen) der Transformationsstrategie Pflege.

6 Geschäftsmodell und Implementierung

Geschäftsmodell

Die Erweiterung der Therapiesteuerung auf die häusliche Pflege versteht sich als konsequent plattformgestützte Versorgungsstrategie. Sie setzt dort an, wo Fragmentierung, unklare Zuständigkeiten und Medienbrüche heute unnötige Kosten verursachen, Personal binden und die Lebensqualität Pflegebedürftiger wie ihrer Angehörigen belasten. Leitidee ist ein gemeinsamer, digitaler Pflege-/Therapieplan als verlässlicher Ankerpunkt für alle Beteiligten, i.d.R. hausärztlich verantwortet, pflegerisch geführt, mit strukturierten Beiträgen informell Pflegender und nahtloser Anbindung professioneller Dienste.

Zwei eng verzahnte Plattformbausteine bilden das Rückgrat: die **Plattform Versorgungszugang** als niedrigschwelliger Lotse, Lernraum und Vermittler (Information, Coaching, Assessments, Finanzierungsnavigation) und die **Plattform Therapiesteuerung** als Koordinationsschicht für Fallakte, Monitoring, Eskalations- und Workflowsteuerung (inkl. Tele-Services, Fallkommunikation, Dispatching). Beide Bausteine sind entlang der im Projekt definierten M-Module gestaltet und werden in drei Stufen eingeführt:

- Stufe 1. **Stärkung der informellen Pflege**
- Stufe 2. **Integration informell Pflegender in die Therapiesteuerung (multimodales Monitoring, Fallkommunikation)**
- Stufe 3. **Anbindung der professionellen ambulanten Pflege (Tele-Pflege, strukturierte Kooperation)**

Methodisch gilt die Modellrechnung als Abschätzung der Effekte im Routinebetrieb (Phase 3). Die Phasen 1 und 2 (Entwicklung, Pilotierung und Roll-out) dienen dem Aufbau und der Etablierung der Infrastruktur und Prozesse. Quantitative Ergebnisse beziehen sich daher auf die flächendeckende Anwendung, in der etwa 30 Prozent der relevanten Pflegeakteure erreicht sind.

Im Modell werden **zwei Wirkungsebenen** unterschieden:

1. Pflegebezogener bzw. medizinischer Nutzen: Primäreffekte, die sich aus vermiedenen oder verzögerten Pflegeverläufen ergeben und direkt monetarisierbar sind.
2. Struktur- und Verfahrenseffekte: Sekundäreffekte durch verbesserte Organisation, Kommunikation und Ressourcennutzung, die qualitativ beschrieben, aber nicht kalkuliert werden.

Der **Schwerpunkt der Modellierung** liegt somit auf den quantifizierbaren Primäreffekten: der Vermeidung oder Verzögerung von Pflegebedürftigkeit und der Stabilisierung bestehender Pflegeverläufe. Struktur- und Prozesseffekte, etwa geringere Bürokratie, effizientere Fallkoordination oder verbesserte Datenverfügbarkeit, werden nicht monetär bewertet, obwohl sie in der Praxis substanzielle Entlastungspotenziale bergen.

Damit bildet die Modellrechnung den größten direkt messbaren Hebel der digitalen Pflege- und Therapiesteuerung ab. Sie zeigt, in welchem Umfang eine systematisch digital koordinierte Pflege- und Präventionsstrategie messbare Effizienz- und Qualitätsgewinne in der Versorgung ermöglicht.

Auf dieser Grundlage folgen die Abschnitte zum Wertversprechen, zu den modellierten Effekten sowie zu den wirtschaftlichen Ergebnissen und deren regionaler Einordnung.

Wertversprechen und Nutzenbild

Für Pflegebedürftige und informell Pflegende entsteht ein klarer Versorgungspfad mit erreichbaren Ansprechstellen, verständlicher Orientierung und digitalen Assistenzfunktionen: Die Informations- und Unterstützungsplattform bündelt regionale Angebote, erklärt Leistungen und Antragswege, vermittelt Coaching und aktiviert soziale Unterstützung im Quartier. Der Pflege-/Therapieplan macht Ziele, Maßnahmen, Eskalationsregeln und Termine transparent; Tele-Konsultationen und strukturierte Nachrichtenkanäle verkürzen Wege. Für informell Pflegende bedeutet dies Kompetenzaufbau, Entlastung und Sicherheit im Alltag: Digitale Assessments helfen, Bedarfe zu erkennen, Coaching schließt Wissenslücken, und definierte Reaktionsketten geben Handlungssouveränität in kritischen Situationen. Für Pflege- und Praxisteams werden Prozesse verlässlich, Übergaben vollständig und Reaktionen schneller: Monitoring liefert verwertbare Frühwarnsignale, digitale Workflows verhindern Latenzen, die Dokumentation wird durch Wiederverwendung und KI-gestützte Hilfen schlanker und einfacher. Für Kostenträger und Region entsteht eine steuerbare Struktur, die Ergebnis- und Prozessqualität fortlaufend misst, Transparenz für die Steuerung schafft, modular erweiterbar und in die gemeinsame regionale IT-Landschaft eingebettet ist.

Wirtschaftlicher Hebel und Modellrechnung

Die Modellierung quantifiziert den jährlichen Entlastungseffekt einer konsequent plattformgestützten Pflegeprävention und -steuerung für die Region. Bewertet werden **Prävalenz-Effekte** (Rückstufung um einen Pflegegrad bzw. Stabilisierung, die kostenrelevante Verläufe vermeidet) und **Inzidenz-Effekte** (weniger bzw. spätere Neueintritte in die Pflege), jeweils separat für ambulante und stationäre Settings. Grundlage sind die Verteilung der Pflegegrade, die durchschnittlichen monatlichen Pflegekosten je Setting, die Anzahl Pflegebedürftiger bundesweit und in der Region sowie gestaffelte Reduktionsraten je Pflegegrad auf Basis hochwertiger Evidenz (Level 1a; Multikomponenten-Programme zur Vermeidung von Frailty). Methodisch wird die Einsparung als Differenz der Jahreskosten zwischen zwei Pflegegraden bewertet, multipliziert mit der reduzierten Fallzahl je Pflegegrad (Prävalenz) bzw. der verhinderten Einstufung (Inzidenz) – jeweils unter konservativen Annahmen und getrennt nach ambulanter/stationärer Pflege.

Für den Zweckverband Aachen und die angrenzenden Kreise ergibt sich: In der **ambulanten Pflege (Prävalenz)** liegt die **jährliche regionale Einsparung bei 69,33 Mio. €**, wovon **20,79 Mio. €** auf die **AOK Rheinland/Hamburg** entfallen (angesetzter Marktanteil 30 Prozent). Hinzu kommen **ambulante Inzidenz-Effekte** von **22,91 Mio. €** regional, davon **6,87 Mio. €** AOK-Anteil. Damit resultiert für die ambulante Versorgung ein jährliches Einsparpotenzial von **92,24 Mio. €**, davon **27,66 Mio. €** direkte AOK-Einsparungen. In der **stationären Pflege (Prävalenz)** beläuft sich die regionale Entlastung auf **18,96 Mio. €**, davon **5,69 Mio. €** AOK-Anteil. Zusätzlich werden **Versorgungskapazitäten freigesetzt**: **5.253** Fälle ambulant (Prävalenz), **2.032** ambulant (Inzidenz) sowie **490** stationär (Prävalenz) und **448** stationär (Inzidenz). Diese Kapazitätseffekte sind für die regionale Steuerung zentral, da sie die Möglichkeit eröffnen, knappe Ressourcen bedarfsgerecht zu allokieren und Wartezeiten zu reduzieren; sie sind jedoch nicht automatisch Kasseneinsparung und müssen getrennt bilanziert werden. Kurzfristig materialisieren sich vor allem Inzidenz- und Akut-Effekte (vermeidbare Rettungsdienst-/KH-Kontakte, kürzere Übergangsphasen), während Prävalenz-Effekte über mehrere Jahre aufgebaut werden.

Abbildung 24: **Modellrechnung – Prävalenz-Effekte Pflege ambulant**

Pflegegrad	Prozentuale Verteilung ambulant Pflegebedürftiger (bundesweit)	durchschnittliche monatliche Pflegekosten (ambulant)	Anzahl Pflegebedürftige Personen (ambulant, bundesweit)	Jährliche Pflegekosten je Pflegegrad	Annahme: Reduktion Grad der Pflegebedürftigkeit (%)	Einsparung durch Rückstufung um 1 Pflegegrad (bundesweit)	Differenz der Jahreskosten bei Rückstufung um 1 Pflegegrad (ambulant)	rechnerische Anzahl Pflegebedürftige Personen (ambulant, Region)	reduzierte Anzahl Pflegebedürftiger (ambulant, Region)	Jährliche Pflegekosten je Pflegegrad	Einsparung durch Rückstufung um 1 Pflegegrad (Region)	Kostenreduktion AOK RH/HH regional (Prävalenz)
1	17,7%	700 €	778.824	6.542.121.600 €	12%	785.054.592 €	8.400 €	11.682	1.402	98.131.824 €	11.775.819 €	3.532.746 €
2	43,8%	1.100 €	1.922.210	25.373.172.000 €	9%	830.394.720 €	4.800 €	28.833	2.595	380.597.580 €	34.253.782 €	10.276.135 €
3	27,6%	1.500 €	1.212.017	21.816.306.000 €	6%	349.060.896 €	4.800 €	18.180	1.091	327.244.590 €	19.634.675 €	5.890.403 €
4	8,4%	1.850 €	367.023	8.147.910.600 €	3%	46.244.898 €	4.200 €	5.505	165	122.218.659 €	3.666.560 €	1.099.968 €
5	2,6%	2.000 €	113.423	2.722.152.000 €	0%	0 €	1.800 €	1.701	-	40.832.280 €	- €	- €
			4.393.497	64.601.662.200 €		2.010.755.106 €			5.253	969.024.933 €	**69.330.836 €**	**20.799.251 €**

Quelle: _fbeta GmbH

Abbildung 25: **Modellrechnung – Inzidenz-Effekte Pflegeeintritte**

Berechnung:
Gesamtzahl der neuen Pflegeeintritte 2022 laut BARMER-Pflegereport pro Pflegegrad, ohne Unterscheidung nach Versorgungsform (ambulant oder stationär).

Datenquelle:
BARMER-Daten 2022, hochgerechnet auf die Bevölkerung der Bundesrepublik Deutschland.

Besonderheit:
Die Eintritte beziehen sich auf alle Pflegebedürftigen mit erstmaliger Einstufung in einen Pflegegrad im Jahr 2022. Eine Aufteilung nach ambulant/stationär ist auf Basis der verfügbaren Daten nicht möglich und erfolgt daher nicht.

Berechnung:
Der Anteil ambulanter Versorgung gibt an, wie viele Pflegebedürftige eines Pflegegrads bei Neueintritt (Inzidenz) ambulant versorgt werden. Da keine differenzierten Inzidenzdaten nach Versorgungsart vorlagen, wurde die Verteilung aus Bestandsdaten der Pflegestatistik 2023 (Destatis) abgeleitet und methodisch auf die Neueintritte übertragen.

Datenquelle:
Statistisches Bundesamt (Destatis), Pflegestatistik 2023: Verteilung der Pflegebedürftigen nach Versorgungsart (ambulant/stationär) und Pflegegrad (Bestandsdaten).

Besonderheit:
Die dargestellten Anteile basieren auf einer modellhaften Übertragung der Bestandsverteilung auf die Neueintritte. Eine direkte Auswertung differenzierter Inzidenzdaten war nicht möglich, da entsprechende Daten von Destatis nicht veröffentlicht werden.

Berechnung:
Die normierte Verteilung ergibt sich durch Multiplikation der rechnerischen Pflegeeintritte 2022 (pro Pflegegrad) mit dem jeweiligen Anteil ambulanter Versorgung. Dadurch wird die Gesamtzahl der Neueintritte auf Basis der tatsächlichen bundesweiten Versorgungsverhältnisse (ambulant/stationär) differenziert.

Pflegeeintritte pro Pflegegrad × Anteil ambulanter Versorgung

Datenquellen:
BARMER-Daten 2022 (Pflegeeintritte)
Statistisches Bundesamt (Destatis), Pflegestatistik 2023: Verteilung der Pflegebedürftigen nach Pflegegrad und Versorgungsart

Für jede Person, die im Jahr 2022 in einen Pflegegrad eingestuft wurde, wird eine prozentuale Reduktion der Pflegebedürftigkeit angenommen. Je höher der Pflegegrad, desto geringer die angenommene Reduktionswahrscheinlichkeit.

Datenquellen:
Annahme in Anlehnung an wissenschaftliche Studien zur Wirksamkeit von Maßnahmen zur Verzögerung von Pflegebedürftigkeit, u.a. Apolinario et al. (2018)

Die bundesweiten Pflegeeintritte 2022 werden anteilig auf die Region (z. B. Zweckverband Aachen) übertragen. Dabei wird der Anteil der regionalen Bevölkerung an der Gesamtbevölkerung Deutschlands (1,54%) verwendet.
Rechnerische Pflegeeintritte bundesweit × 1,5 %
(Bevölkerungsanteil Region)

Datenquellen:
BARMER-Daten 2022 (Eintritte)
Bevölkerung Bundesrepublik vs. Region Aachen: GKV-Spitzenverband, Bevölkerungsstatistik 2022

Berechnung:
Die reduzierte Anzahl ergibt sich aus den rechnerischen Pflegeeintritten in der Region pro Pflegegrad, multipliziert mit der jeweiligen Reduktionsannahme.

Pflegeeintritte (Region) × Reduktionsannahme (Pflegegrad)

Datenquellen:
Eigene Berechnung
Siehe Spalte „Annahme: Reduktion Grad der Pflegebedürftigkeit"

Berechnung:
Die Einsparung ergibt sich durch Multiplikation der neuen Pflegeeintritte (Region) mit der angenommenen Reduktion der Pflegebedürftigkeit (Pflegegrad-spezifisch).

Formel:
Pflegeeintritte Region × Reduktion (%) × Einsparung je Fall pro Jahr

Annahme:
Wir rechnen mit **30,0%**, da die AOK Rheinland/Hamburg in ihrem regionalen Zuständigkeitsbereich rund 30 % der gesetzlich Versicherten betreut.

Berechnung:
Regionale Einsparung × **0,3**

Datenquelle:
Krankenkassenstatistik 2025 – AOK Rheinland/Hamburg, GKV-Spitzenverband, Versichertenatlas kbv

rechnerische Pflegeeintritte 2022 (ambulant und stationär, bundesweit)	Anteil ambulanter Versorgung (% ambulant oder stationär versorgter Fälle)	Normierte Verteilung für Inzidenz nach Pflegegraden (ambulant, bundesweit)	Annahme: Reduktion Grad der Pflegebedürftigkeit (%)	rechnerische Pflegeeintritte 2022 (Region)	reduzierte Anzahl Pflegebedürftiger	Regionale Einsparung durch Eintrittsvermeidung (neue Fälle)	Kostenreduktion AOK RH/HH regional (Inzidenz)
345.000	96%	331.173	20%	4.968	994	8.345.569 €	2.503.671 €
501.000	77%	387.774	15%	5.817	872	11.516.885 €	3.455.065 €
183.000	55%	100.488	10%	1.507	151	2.713.170 €	813.951 €
58.000	36%	20.659	5%	310	15	343.981 €	103.194 €
20.000	30%	5.951	0%	89	0	0 €	0 €
1.107.000		664.200		12.691	2.032	**22.919.605 €**	**6.875.881 €**

Quelle: _fbeta GmbH

Abbildung 26: **Modellrechnung –Prävalenz-Effekte Pflege stationär**

Pflegegrad	Prozentuale Verteilung stationär Pflegebedürftiger (bundesweit)	durchschnittliche monatliche Pflegekosten (stationär)	Anzahl Pflegebedürftige Personen (stationär, bundesweit)	Jährliche Pflegekosten je Pflegegrad	Annahme: Reduktion Grad der Pflegebedürftigkeit (%)	Einsparung durch Rückstufung um 1 Pflegegrad (bundesweit)	Differenz der Jahreskosten bei Rückstufung um 1 Pflegegrad (stationär)	rechnerische Anzahl Pflegebedürftige Personen (stationär, Region)	reduzierte Anzahl Pflegebedürftiger (stationär, Region)	Jährliche Pflegekosten je Pflegegrad	Einsparung durch Rückstufung um 1 Pflegegrad (Region)	Kostenreduktion AOK RH/HH regional (Prävalenz)
1	0,5%	2.444 €	3.335	97.808.880 €	12%	11.737.066 €	29.328 €	50	6	1.467.133 €	176.056 €	52.817 €
2	15,4%	2.785 €	108.288	3.618.984.960 €	9%	39.880.305 €	4.092 €	1.624	146	54.284.774 €	4.885.630 €	1.465.689 €
3	37,5%	3.277 €	263.494	10.361.638.056 €	6%	93.340.115 €	5.904 €	3.952	237	155.424.571 €	9.325.474 €	2.797.642 €
4	31,8%	3.790 €	223.604	10.169.509.920 €	3%	41.295.187 €	6.156 €	3.354	101	152.542.649 €	4.576.279 €	1.372.884 €
5	14,8%	4.020 €	104.323	5.032.541.520 €	0%	0 €	2.760 €	1.565	-	75.488.123 €	- €	- €
			703.044	29.280.483.336 €		186.252.672 €			490	439.207.250 €	**18.963.439 €**	**5.689.032 €**

Quelle: _fbeta GmbH

Abbildung 27: **Modellrechnung – Inzidenz-Effekte Pflegeeintritte**

rechnerische Pflegeeintritte 2022 (ambulant und stationär, bundesweit)	Anteil stationärer Versorgung (% ambulant oder stationär versorgter Fälle)	Normierte Verteilung für Inzidenz nach Pflegegraden (stationär, bundesweit)	Annahme: Reduktion Grad der Pflegebedürftigkeit (%)	rechnerische Pflegeeintritte 2022 (Region)	reduzierte Anzahl Pflegebedürftiger	Regionale Einsparung durch Eintrittsvermeidung (neue Fälle)	Kostenreduktion AOK RH/HH regional (Inzidenz)
345.000	4%	13.827	20%	207	41	1.216.522 €	364.956 €
501.000	23%	113.226	15%	1.698	255	8.514.037 €	2.554.211 €
183.000	45%	82.512	10%	1.238	124	4.867.065 €	1.460.119 €
58.000	64%	37.341	5%	560	28	1.273.684 €	382.105 €
20.000	70%	14.049	0%	211	0	0 €	0 €
1.107.000		442.800			448	**15.871.308 €**	**4.761.392 €**

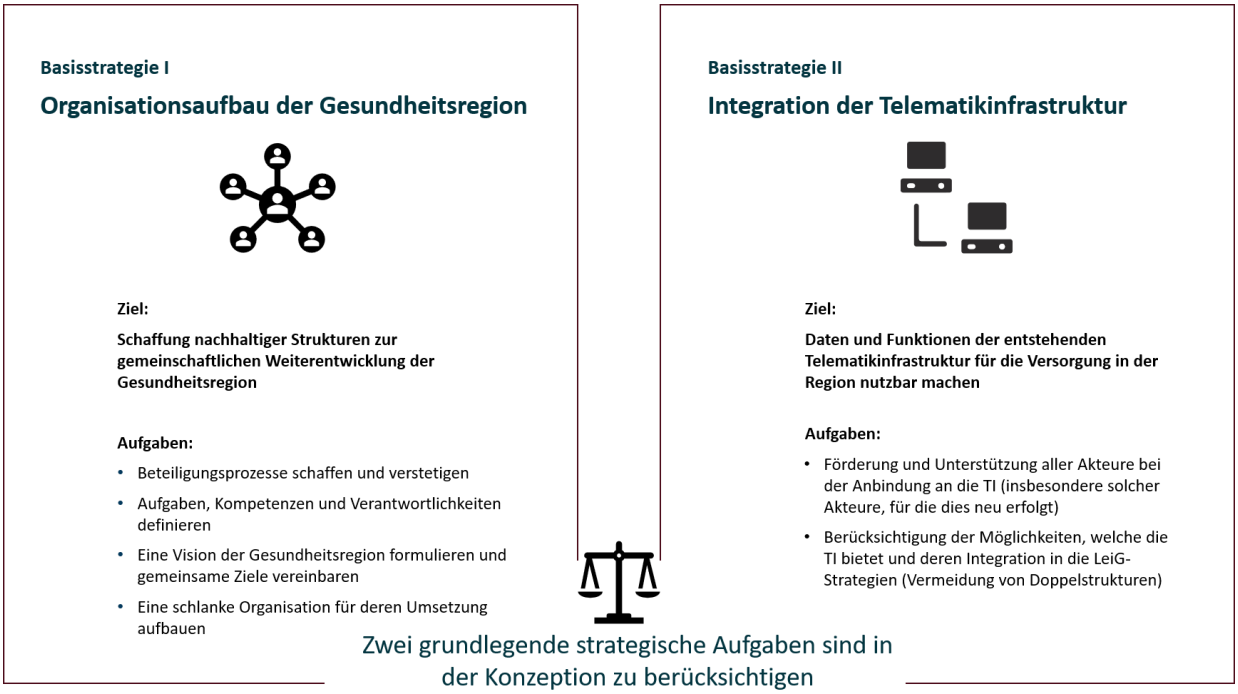
Quelle: _fbeta GmbH

Ausblick Implementierung der Therapiesteuerung: Basisstrategien zum Aufbau einer übergreifenden Steuerungs- und Trägerstruktur

Die in der Modellrechnung dargestellten Ergebnisse zeigen das erhebliche Potenzial einer plattformgestützten Pflegekoordination für Qualität, Entlastung und Wirtschaftlichkeit. Damit diese Wirkung langfristig erzielt werden kann, bedarf es einer tragfähigen Organisationsstruktur, die die Plattform dauerhaft trägt, weiterentwickelt und schrittweise in die regionale Regelversorgung integriert. Die Abbildung 28 beschreibt die Basisstrategien für den Aufbau einer übergreifenden Steuerungs- und Trägerstruktur, die die organisatorischen und technischen Voraussetzungen für eine nachhaltige Implementierung der Therapiesteuerung schaffen.

Die Implementierung der Pflege-Erweiterung ist als langfristiger Transformationsprozess angelegt, nicht als zeitlich begrenztes Projekt. Ziel ist der Aufbau einer stabilen, sektorenübergreifenden Organisation, die medizinische und pflegerische Verantwortung bündelt und die Plattform als festen Bestandteil der regionalen Versorgungslandschaft etabliert. Im Mittelpunkt steht nicht die einmalige Einführung einzelner Funktionen, sondern die Etablierung eines verbindlichen Rahmens, der Zuständigkeiten klärt, Zusammenarbeit strukturiert und eine kontinuierliche Weiterentwicklung ermöglicht.

Abbildung 28: **Basisstrategien zur nachhaltigen Implementierung der Therapiesteuerung**



Quelle: _fbeta GmbH

Die beiden Basisstrategien bilden das Fundament für die nachfolgende **Organisationsentwicklung**. Sie sichern, dass sowohl die strukturellen Voraussetzungen (Organisation, Governance) als auch die technischen Grundlagen (Daten- und Systemintegration) für eine nachhaltige Implementierung der Therapiesteuerung gegeben sind.

Ergebnisorientierung. Die Pflegeplattform wird so organisiert, dass sie sich an unterschiedliche regionale Ausgangslagen anpassen lässt und dennoch einheitliche, verlässliche Prozesse gewährleistet. Die Kombination aus Versorgungszugang und Therapiesteuerung bildet dabei den organisatorischen und technischen Kern. Darauf aufbauend werden die Module iterativ ergänzt und ausgebaut.

Für die praktische Umsetzung ist der Aufbau einer übergreifenden Steuerungseinheit erforderlich, die pflegerische und medizinische Expertise mit organisatorischer und technischer Verantwortung verbindet. Diese Einheit sorgt für einheitliche Standards, begleitet die Einführung vor Ort und gewährleistet eine kontinuierliche Anpassung der Plattform auf Grundlage der Praxiserfahrungen. Ein begleitendes Qualitäts- und Evaluationssystem stellt sicher, dass Wirkung und Wirtschaftlichkeit messbar bleiben und die Plattform schrittweise stabiler wird.

Die Einführung erfolgt stufenweise. Zunächst werden niedrigschwellige Angebote wie digitale Informations- und Coachingdienste bereitgestellt, die Angehörige und informell Pflegende unmittelbar entlasten. Darauf aufbauend werden Monitoring und Fallkommunikation integriert, sodass erste Abläufe zwischen Hausärzten, Pflegenden und ambulanten Diensten digital koordiniert werden können. In einer dritten Stufe folgt die vertiefte Integration der ambulanten Pflege mit Tele-Pflege- und Tele-Visite-Angeboten sowie standardisierten Übergangs- und Nachsorgeprozessen. Jede Stufe dient dabei nicht nur der Erweiterung von Funktionen, sondern vor allem dem Aufbau von Routinen, Vertrauen und Verbindlichkeit im Versorgungsalltag.

Die konkrete Ausgestaltung des Implementierungspfads – etwa zu technischen Standards, Vergütungsmodellen, Einschreibemodalitäten oder Steuerungsmechanismen – wird in den kommenden Projektphasen präzisiert. Für die Case Study steht im Vordergrund, das Prinzip einer dauerhaften, sektorenübergreifenden Organisationsstruktur herauszustellen, die den Wandel trägt, kontinuierlich lernt und sicherstellt, dass die Pflegeplattform nicht nur kurzfristige Entlastung bringt, sondern langfristig zu einem integralen Bestandteil der regionalen Versorgungslandschaft wird.

Fazit und Geschäftslogik

Die Pflege-Erweiterung der Therapiesteuerung ist ein tragfähiges Geschäftsmodell mit nachvollziehbarem Nutzen: Sie übersetzt Prävention, digitale Teamarbeit und standardisierte Reaktionslogiken in messbare Ergebnis- und Kosteneffekte.

Für die Region ergibt sich allein in der ambulanten Pflege ein jährliches Entlastungsvolumen von 92,24 Mio. € (davon 27,66 Mio. € direkte AOK-Einsparungen) und zusätzlich 18,96 Mio. € in der stationären Pflege (Prävalenz), bei gleichzeitiger Freisetzung mehrere Tausend Versorgungskapazitäten (ambulant/stationär).

Die Investition in Plattform- und Change-Infrastruktur ist vor diesem Hintergrund wirtschaftlich gut zu rechtfertigen, zumal erfolgsorientierte Vergütung unmittelbare Anreize auf die gemessenen Outcomes setzt. Mit der schrittweisen Einführung über die drei Stufen, einem robusten KPI-/Evaluationsrahmen und einer konsequent interoperablen Architektur wird aus vielen Einzelmaßnahmen eine integrierte, evidenzbasierte und finanzierbare Pflegeversorgung – und aus dem heutigen Verantwortungsvakuum eine regional gesteuerte, lernende Versorgungsstruktur.

7 Gesundheitspolitische Implikationen

Die digitale und organisatorische Transformation der Pflege ist nicht nur eine technologische Aufgabe, sondern eine gesundheitspolitische Kernfrage. Die Ergebnisse der Case Study zeigen deutlich: Pflege ist zum systemprägenden Faktor geworden – sie entscheidet über die Stabilität, Qualität und Finanzierbarkeit der gesamten Versorgung. Um die entwickelten Konzepte aus der regionalen Konzeption in eine flächendeckende Umsetzung zu überführen, bedarf es eines konsistenten politischen Rahmens, der Versorgung, Digitalisierung und Finanzierung integriert.

Dieses Kapitel fasst zentrale gesundheitspolitische Implikationen zusammen, die aus der Konzeption der digital gestützten, informellen und professionellen Pflege abgeleitet wurden. Sie adressieren unterschiedliche Handlungsebenen – von der Versorgungsorganisation über regionale Steuerungsstrukturen bis hin zu gesetzgeberischen Anpassungen auf Bundesebene.

Im Mittelpunkt steht der Aufbau eines modernen Pflege-Ökosystems, das häusliche, ambulante und stationäre Pflege verzahnt, informell Pflegende stärkt, digitale Unterstützung fest in die Routine integriert und neue Kooperations- und Finanzierungsformen schafft.

Die folgenden acht Handlungsempfehlungen markieren den gesundheitspolitischen Ordnungsrahmen für eine zukunftsfähige Pflegeversorgung in Deutschland – digital gestützt, präventiv ausgerichtet, interprofessionell koordiniert und regional verantwortet – und werden als **Implikationsmodule (I-Module)** ausgewiesen.

7.1 Primärversorgungssystem rund um virtuelle Teams

Virtuelle Teams bilden das organisatorische Rückgrat einer integrierten Pflegeversorgung. Sie verbinden pflegende Angehörige, ambulante Dienste, Hausärzte, Therapieberufe und kommunale Akteure über digitale Plattformen zu einer kontinuierlichen, interprofessionellen Fallsteuerung. Dadurch entsteht eine gemeinsame Verantwortung für den Versorgungsverlauf und eine deutliche Entlastung informell Pflegender. Virtuelle Teams fördern ein abgestimmtes Handeln in der Primärversorgung, verbessern die Versorgungsqualität und reduzieren Doppelstrukturen.

Ebene: Versorgung/Region

7.2 Pflegeplanung technisch unterstützen, organisatorisch verankern und vergüten

Analog zur individuellen Therapieplanung in der medizinischen Versorgung muss auch in der Pflege eine verbindliche digitale und individuelle Pflegeplanung je Pflegebedürftigen etabliert werden. Diese muss technisch interoperabel, organisatorisch integriert und finanziell abgesichert sein. Digitale Pflegeakten, standardisierte Assessment-Tools und pflegerische Pfadmodelle sind Kerninstrumente einer solchen Planung. Eine eigenständige Vergütungslogik für pflegerische Koordinations- und Dokumentationsleistungen ist erforderlich, um digitale Pflegeplanung als Regelleistung abzusichern.

Ebene: Versorgung/Gesetzgeber

7.3 Telepflege und Monitoring als Regelleistung verankern

Telepflege, digitales Monitoring und Video-Konsultationen sind essenziell, um Pflegekapazitäten effizient zu nutzen, Angehörige und informell Pflegende zu unterstützen und die Reichweite professioneller Pflege zu erhöhen. Wesentliche Effekte sind die datengetriebene Pflege und Versorgung sowie die höhere Sicherheit beim Erkennen und Vermeiden von Notsituationen. Dies gibt professionell wie auch informell

Pflegenden im ambulanten Setting ein höheres Maß an Sicherheit und entlastet sie. Diese Leistungen müssen strukturell in die Regelversorgung überführt, interoperabel mit medizinischen Systemen verbunden und finanziell gleichwertig zu analogen Leistungen vergütet werden.

Ebene: Versorgung/Gesetzgeber

7.4 Pflegeprävention und Reaktivierung systematisch fördern

Prävention und Reaktivierung müssen als fester Bestandteil pflegerischer Versorgung etabliert werden – mit dem Fokus auf Früherkennung, Bewegung, Ernährung, Sturzprävention und kognitiver Aktivierung. Hier geht es insbesondere um die deutlich häufigere Anwendung dieser Maßnahmen in Relation zu anderen (klassischen) pflegerischen Maßnahmen. Digitale Assessments, Schulungen und Coaching-Angebote können diese Prozesse unterstützen. Ziel ist, Pflegebedürftigkeit zu verzögern, den Erhalt von Selbstständigkeit zu fördern und Angehörige präventiv zu entlasten. Dafür ist eine Anpassung der Präventionsrichtlinien und eine erweiterte Finanzierung präventiver Pflegeleistungen erforderlich.

Ebene: Versorgung/Gesetzgeber

7.5 Aufbau einer regionalen Pflegeplattform und technischer Standards

Regionale Gesundheitsregionen sollten eine Pflegeplattform erproben, die Leistungen, Unterstützungsangebote und Kommunikationsprozesse digital bündelt: Sie unterstützt die Pflegebedürftigen, deren Angehörige und andere informell Pflegende darin, möglichst schnell und sicher die Kompetenz für die informelle Pflege zu erlangen sowie mit Informationen und Zugang zu Unterstützungsangeboten: von Ehrenamt über Schulungen, technologische Systeme sowie ambulante pflegerische und ärztliche Leistungen inklusive haushaltsnahe Dienstleistungen und mögliche Finanzierungs- und Refinanzierungswege für diese Leistungen. Dies führt in Summe zu einer Erhöhung der Leistungsfähigkeit der informellen Pflege, die den überwiegenden Teil der Pflegebedürftigen heute und auch zukünftig betreut.

Solche Plattformen müssen die Zusammenarbeit zwischen professioneller und informeller Pflege, medizinischen Akteuren und kommunalen Diensten abbilden. Die gewonnenen Erkenntnisse dienen der Definition eines nationalen Standards für Interoperabilität, Datenschutz und Qualitätsanforderungen in der digitalen Pflege. Durch regionale Pilotierung können praktikable Standards entstehen, die in ein bundesweit harmonisiertes Modell überführt werden.

Ebene: Region/Gesetzgeber

7.6 Integration des Öffentlichen Gesundheitsdienstes und kommunaler Akteure

Der Öffentliche Gesundheitsdienst (ÖGD), Gemeindeschwestern, Pflegeberatung und kommunale Beratungsstellen müssen in die digitale Pflegeversorgung eingebunden werden. Sie übernehmen wichtige Rollen in Prävention, Früherkennung und aufsuchender Unterstützung. Die Integration dieser Akteure in regionale Plattformen, sowohl in die patientenindividuelle Therapie- und Pflegeplattform als auch die Zugangsplattform, schafft Synergien zwischen Verhältnis- und Verhaltensprävention und stärkt die Versorgungssteuerung im Sozialraum.

Ebene: Region/Gesetzgeber

7.7 Regionale Finanzierung von Strukturmaßnahmen zur Steuerung und Innovation

Ambulante Pflegedienste und Pflegeberatung müssen regelmäßig Coaching- und Unterstützungsleistungen zur individuellen Pflegeplanung für informell Pflegende erbringen – auf Basis einer digitalen Pflegeplattform. Diese Leistungen umfassen eine ausreichend hohe Frequenz an Pflegeplanungsgesprächen, eine kontinuierliche Unterstützung im Pflegealltag sowie eine gezielte Begleitung in herausfordernden Pflegesituationen. Sie sollten in einem hybriden Versorgungsmodell erfolgen, das KI-gestützte Beratung, digitale Interaktion über die Plattform und persönliche Coachingkontakte sinnvoll kombiniert. Dafür sind adäquate Vergütungsformen erforderlich, die sowohl digitale als auch analoge Komponenten der Pflegeplanung abdecken.

Darauf aufbauend schaffen regionale Budgets für strukturbezogene Maßnahmen in der Pflege, die gemeinsam von Kommunen, Pflege- und Krankenkassen getragen werden, die finanziellen Spielräume, um Pflege-, Präventions- und Unterstützungsangebote bedarfsorientiert zu steuern. Sie ermöglichen eine flexible Ressourcenallokation, fördern Kooperation statt Konkurrenz und bilden die Grundlage für nachhaltige hybride Versorgungsmodelle. Solche Budgets adressieren bestehende Fragmentierung und sind eine zentrale Voraussetzung für regionale Umsetzungskompetenz und kontinuierlichen Innovationstransfer.

Ebene: Region/Gesetzgeber

7.8 Institutionalisierung des LeiG-Verfahrens in der Pflege

Die Integration der Pflegekonzeption in das LeiG-Verfahren sichert die strukturelle und politische Verstetigung regionaler Pflegeinnovationen. Eine verbindliche Rückkopplung zwischen regionaler Umsetzungsebene, Landesgesundheitsministerien und Bundesgremien ist notwendig, um Skalierung, Qualitätssicherung und nachhaltige Finanzierung zu gewährleisten. Das LeiG-Verfahren bietet dabei einen institutionellen Rahmen für Ergebnisverantwortung und Umsetzungskraft in der Pflege.

Ebene: Gesetzgeber/Bund-Land-Koordination

Anhang: Grafiken

Abbildung 29: **Pflege**

Pflegerische Versorgung unter hohem Druck:
Pflegebedarfe steigen schneller als die verfügbaren Kapazitäten in ambulanten, stationären und kurzfristigen Versorgungsangeboten.

Informelle Pflege als tragende Säule, aber am Limit:
Der größte Teil der Pflege wird durch Angehörige geleistet, deren Ressourcen und Belastbarkeit an Grenzen stoßen.

Komplexe Zugangswege erschweren Orientierung:
Pflegebedürftige und Angehörige kämpfen mit Bürokratie, Intransparenz und fehlender Beratung beim Zugang zu Leistungen.

Technische Lösungen nicht systematisch eingebunden:
Technologien wie AAL oder digitale Hilfen sind verfügbar, aber organisatorisch und finanziell nur begrenzt nutzbar.

Demografischer Wandel verstärkt Versorgungslücken:
Zunehmende Alterung, weniger Nachwuchs in der Pflege und sinkendes Potenzial informell Pflegender verschärfen die Personallücke.

Mangelnde Verzahnung von Pflege und Medizin:
Pflege- und medizinische Versorgung sind organisatorisch und strukturell unzureichend integriert – Informationen fließen kaum.

Prävention bleibt ungenutzt – auch bei Pflegenden:
Trotz nachgewiesener Wirksamkeit im Alter fehlt es an strukturierter Prävention für Pflegebedürftige und ihre Angehörigen.

Hoher Bedarf an koordinierenden Strukturen:
Regionale Plattformen, Lotsen und Primärversorgungszentren können helfen, Versorgung besser zu steuern und zu vernetzen.

Quelle: _fbeta GmbH

Tabelle 5: **Prozessorientierte Module im Überblick**

ID	Name	Versorgungspotenzial aus Sicht der Gesundheitsregion	Intersektoraler Wertschöpfungsfokus (Prozesspotenzial)
M-1	**Früherkennung und Vorsorge**	In unserer Gesundheitsregion setzen wir uns gemeinsam dafür ein, Strukturen und Prozesse zu schaffen, die die Früherkennung von chronischen Erkrankungen und Pflegebedürftigkeit nachhaltig verbessern. Durch die Förderung innovativer Tools und die harmonisierte Zusammenarbeit aller Akteure ermöglichen wir es, Betroffenen schneller Zugang zu passenden Interventionen zu bieten. Ein großer Stellenwert kommt dabei der Sekundär- und Tertiärprävention bereits im System eingeschlossener Patienten und Pflegebedürftigen zu.	▪ Betroffene: Stärkung proaktives Gesundheitsverhalten; Schulungen ▪ Soziales Umfeld: frühzeitige Meldung von Auffälligkeiten; Schulungen ▪ HA/FA: frühzeitige Diagnostik und Interventionen; zügige Fallbegutachtung via Tele-Visite ▪ Klinik: verbessertes Entlassmanagement ▪ LE Heil- und Hilfsmittel: intensivere Einbindung, insb. Erfolgs- und Verlaufsfeedback ▪ sonstige LE Gesundheitsförderung: intensivere Einbindung, insb. Erfolgs- und Verlaufsfeedback ▪ Apotheken (Einbindung in die Früherkennung und niedrigschwellige Weiterleitung in Versorgungsprozesse) ▪ Professionelle Pflege: frühzeitiges Erkennen, Melden und Dokumentieren von wesentlichen Veränderungen der Pflegebedürftigkeit sowie unmittelbare Anpassung pflegerischer Maßnahmen ▪ Krankenkassen: datenbasierte, individuelle Vorsorgeangebote und Erinnerungen; Schulungs- und Informationskampagnen
M-2	**Assessment, Fallklärung, Erstdiagnose und Erstveranlassung**	Wir möchten eine umfassende, bürgerorientierte Struktur schaffen, die den individuellen Versorgungs- und Pflegebedarf effizient initial erfasst und schnelle Wege zu bedarfsgerechten Leistungen und Hilfsmitteln ermöglicht. Gemeinsam arbeiten wir daran, dass alle Pflegebedürftigen und Patienten zeitnah die passende Unterstützung erhalten und bürokratische Prozesse beschleunigt werden. Erstmaliges Auftreten und wesentliche Veränderungen von Pflegebedürftigkeit bzw. chronischer Krankheit stehen dabei gleichermaßen im Fokus.	▪ Betroffene: schneller, unkomplizierter Zugang zur Versorgung; bedarfsgerechte Ersteinschätzung und Terminservice ▪ Alle regionalen LE (HA/FA, Klinik, Heil- und Hilfsmittel, Gesundheitsförderung, professionelle Pflege): gemeinsame Steuerlogik; Verzeichnisse und Transparenz über verfügbare Termine und Leistungen; Beschleunigung der administrativen Veranlassung ▪ Pflegeberatung und Assessment: Beschleunigung der Pflegebedürftigkeits- und Pflegegradermittlung

M-3	**Finanzierungsnavigation bevorstehender Leistungen**	Wir schaffen eine transparente, leicht zugängliche Unterstützung für Pflegebedürftige/Patienten und ihre Angehörigen, die Finanzierung bevorstehender, bedarfsgerechter Leistungen besser zu organisieren. Mit einem sektorenübergreifenden Überblick über verfügbare Unterstützungsleistungen und Finanzierungsmöglichkeiten erleichtern wir es, informierte Entscheidungen zu treffen und die richtige Kombination aus Sach- und Geldleistungen zu wählen. Durch digitale und persönliche Unterstützung helfen wir, die passende Kombination zu identifizieren und notwendige Anträge zu stellen.	▪ Betroffene und soziales Umfeld: schnelle und valide Auskunft über Finanzierung individuell konfigurierter Unterstützungsleistungen ▪ Alle regionalen LE (HA/FA, Klinik, Heil- und Hilfsmittel, Gesundheitsförderung, professionelle Pflege): Verzeichnisse und Transparenz über verfügbare Leistungen und Preise ▪ Pflegeberatung und Assessment, Kranken-/Pflegekassen: verbesserte Beratungsqualität und -effizienz bzgl. Konfiguration und Finanzierung fallbezogener Leistungen
M-4	**Weiterführende Diagnostik und Interventionsplanung**	Durch die Stärkung weiterführender, leitliniengerechter Diagnostik und eine integrierte Interventionsplanung tragen wir dazu bei, chronische Erkrankungen und Pflegebedürftigkeit frühzeitig zu erkennen und unmittelbar geeignete Maßnahmen zu organisieren. Wir möchten Diagnostik und Betreuung in der frühen Phase von chronischen Erkrankungen und Pflegebedürftigkeit verbessern, um die Lebensqualität der Betroffenen zu steigern und einer Verschlechterung entgegenzuwirken. Dabei setzen wir auf transparente Prozesse, Fallmanagement und ein hybrides Leistungsangebot, um die Qualität der Versorgung zu steigern und regionale Ressourcen effizient einzusetzen.	▪ Betroffene: verbesserte Information und Koordination mehrteiliger Diagnostik und begleitender Therapiemaßnahmen ▪ HA/FA: Fallmanagement zur besseren Koordination leitliniengerechter Diagnostik und initialer Therapie; verbesserte Fallkommunikation; frühzeitige Integration von Vorsorgeleistungen ▪ Klinik: telemedizinische Konsile; bessere Koordination klinischer Untersuchungen in Gesamtablauf ▪ LE Heil- und Hilfsmittel und Gesundheitsförderung: frühzeitige Integration begleitender Maßnahmen ▪ Professionelle Pflege: Integration standardisierter Pflegediagnosen

M-5	**Sicherheit und Notfälle**	Wir entwickeln smarte und vernetzte Sicherheits- und Notfalllösungen, die es ermöglichen, in kritischen Situationen schnell zu handeln – sowohl für Pflegebedürftige als auch für chronisch Erkrankte (Schübe, Dekompensation, weitere Risiken). Durch die Vernetzung modularer Systeme schaffen wir eine Umgebung, die Betroffenen, Angehörigen sowie Fachkräften Sicherheit gibt. Unser Ziel ist es, ein flexibles, integriertes und vorbeugendes Ökosystem aufzubauen, das schnell adäquate Maßnahmen in Krisensituationen einleitet. Gleichzeitig schaffen wir offene Strukturen, die die Implementierung und Weiterentwicklung neuer Lösungen erleichtern, sodass die Region kontinuierlich von technologischen Fortschritten profitiert.	▪ Betroffene: verbesserte Ausstattung mit Sensorik zum Monitoring und zur Risikodetektion inkl. Ereignismeldung ▪ Professionelle Pflege: verbesserte Ausstattung mit Sensorik zum Monitoring und zur Risikodetektion inkl. Ereignismeldung; Kommunikation im Ereignisfall mit Pflegenotdiensten, Notfall- und Rettungsdiensten
M-6	**Integrierte Gesundheits-kompetenz, Lebensstiländerung, Selbsthilfe und Qualitätszirkel**	In unserer Gesundheitsregion schaffen wir ein vielfältiges und ganzheitliches Angebot zur nachhaltigen Stärkung der Gesundheitskompetenz der Bevölkerung – insbesondere von Pflegebedürftigen, chronisch Erkrankten und ihren Angehörigen. Durch die Verbindung persönlicher und analoger sowie digitaler Angebote fördern wir Lebensstiländerungen, stärken die Selbsthilfe und etablieren professionell begleitete Qualitätszirkel. Wir möchten eine breite Palette an Lern- und Unterstützungsangeboten bereitstellen, die Menschen motivieren, ihr Verhalten positiv zu verändern und Selbsthilfestrukturen zu nutzen. Gemeinsam schaffen wir ein gesundheitsförderndes Umfeld, das eng mit der professionellen medizinischen Versorgung und Pflege verzahnt ist.	▪ Betroffene und soziales Umfeld: Nutzung vorhandener Lern-, Coaching- und Unterstützungsangebote ▪ HA/FA: fallbezogene Feedbackloops bzgl. Maßnahmen der Gesundheitsförderung und aktivierende Therapie ▪ LE Heil- und Hilfsmittel und sonstige LE Gesundheitsförderung: niedrigschwellige Feedbackschleifen mit primär behandelnder Ärzteschaft zur Adhärenz und Ergebnisqualität ▪ Krankenkassen: Informations- und Werbekampagnen; Strukturentwicklung zur Gesundheitsförderung im Quartier
M-7	**Kontinuierliches Monitoring und Interventions-anpassungen**	Wir streben an, eine führende Rolle in der Förderung, Integration und Nutzung von Anwendungen einzunehmen, die ein kontinuierliches Monitoring und dynamische Interventionsanpassungen für chronisch erkrankte Personen und Pflegebedürftige erlauben. Wir möchten integrationsfreudige Strukturen schaffen und die Entwicklung und Nutzung der Anwendungen fördern.	▪ Betroffene: Nutzung von Sensorik und Trackingtools zur Erfassung von Vitalparametern, Gesundheitszuständen und Verhaltensmaßnahmen; kurzfristige Anpassungen von Therapiemaßnahmen und -plänen; Motivationssteigerung durch Gamification und Verlaufskontrolle ▪ Regionales Versorgungsteam aus HA/FA, LE Heil- und Hilfsmittel, professioneller Pflege: beschleunigte und individuelle Therapieanpassungen; gemeinschaftliche Fallkommunikation und teamorientierte Aufgabenteilung

M-8	**Telemedizin in der kontinuierlichen Therapie und Betreuung**	Wir setzen auf den verstärkten Einsatz von Telemedizin, um die Therapie und Betreuung von chronisch Erkrankten und Pflegebedürftigen zu verbessern. Durch telemedizinische Elemente und flexible Versorgungsmodelle schaffen wir barrierearme Zugänge zur medizinischen Versorgung, aktivierenden Therapie, pflegerischen Betreuung und zum Lebensstilcoaching. Wir fördern die intersektorale, telekooperative Zusammenarbeit zwischen medizinischen, therapeutischen und nicht-ärztlichen Akteuren und nutzen synchrone und asynchrone Telemedizin, um individuelle Bedürfnisse abzudecken.	▪ Betroffene: Nutzung telemedizinischer Versorgungsangebote (Monitoring, aktivierende Therapie, Gesundheitsförderung, Coaching) ▪ HA/FA: Tele-Visiten mit aufsuchender oder stationärer Pflege; indikationsspezifisches Telemonitoring; fallbezogene Telekooperation; unkomplizierte Einschreibung und telemedizinische Versorgungsprogramme; Neugestaltung eines hybriden Praxisalltags ▪ Klinik: bedarfsorientierte, telemedizinische Integration von Fachzentren über Videosprechstunden, Tele-Konsile, Tele-Boards und Messaging-Dienste ▪ LE Heil- und Hilfsmittel: Stärkung der Einbindung und Nutzung im Versorgungsprozess ▪ sonstige LE Gesundheitsförderung: Stärkung von Tele-Coachingangeboten ▪ Professionelle Pflege: Tele-Visiten und schnelle Rücksprache mit ärztlichen Versorgungsteams ▪ Krankenkassen: Erleichterung des Zugangs zu flexiblen Versorgungsprogrammen

M-12	**Gesundheitssteuerung – aktive prozessuale Vernetzung aller Beteiligten**	In unserer Gesundheitsregion schaffen wir eine aktive und integrierte Gesundheitsvernetzung, die ein umfassendes Fallmanagement von Pflegebedürftigen und chronisch Erkrankten über alle beteiligten Akteure hinweg etabliert. Unser Ziel ist es, eine regionale Kümmerer- und Steuerungsstruktur zu schaffen, die durch digitale Werkzeuge, klare Eskalationshierarchien und abgestimmte Interventionsoptionen unterstützt wird. Durch die digitale Prozesssteuerung und klare Versorgungspfade verbessern wir die Koordination der Gesundheitsförderung und Krankheitsversorgung. Bedarfsgerechtigkeit, regionale Verfügbarkeit und personalisierte Versorgung werden durch dieses Fallmanagement für eine regional bestmögliche Versorgungsqualität balanciert. Wir fördern den Einsatz moderner Interventionsoptionen und maßgeschneiderter Workflow-Systeme und setzen uns intensiv für die organisatorische Integration dieses Fallmanagements in der Gesundheitsregion ein.	▪ HA/FA: primärärztlich verantwortetes Fallmanagement ▪ Alle regionalen professionellen LE: teamorientierte und arbeitsteilige Versorgung entlang individuell konfigurierter Versorgungspfade; fallbezogene Kommunikation und Dokumentation
M-14	**Dispatching akuter Versorgungsanlässe**	Wir etablieren eine effiziente Steuerung akuter Anliegen chronisch Erkrankter und Pflegebedürftiger, die unabhängig von übergeordneten Fallmanagementstrukturen funktioniert. Mit organisatorischer Verzahnung, technischer Integration und fortschrittlichen Entscheidungsunterstützungs- und Navigationstools schaffen wir ein System, das akute Anliegen sicher einschätzt und die geeignete Versorgungsleistung zum Versorgungsbedarf leitet. Unser Ziel ist es, die Anlassklärung, Dispatching-Prozesse und die Koordinierung mobiler Einsatzteams so zu verbessern, dass die Zielgruppe in akuten Situationen einen guten Zugang zu kontextadäquaten (Patientenkonditionen, Lebensumstände etc.) Leistungen findet. Durch die Verzahnung regionaler Akutfall- und Notfallstrukturen schaffen wir eine effektive Infrastruktur.	▪ Betroffene und soziales Umfeld: unterstütztes Self-Assessment ▪ Point-of-Care (. z. B. durch HA/FA, professionelle Pflege, Terminservicestellen, Leitstellen, ambulante Bereitschaftsdienste): Triage und Steuerung ▪ HA/FA: ggf. primärärztliche Beteiligung an der Entscheidungsfindung zu Diagnostik, Therapie und weiterem Versorgungsbedarf ▪ Einsatzteams: optimierte Routenplanung bei mobilen Einsätzen; telemedizinische Beurteilung

Querschnittsmodule

M-9	**Passive Vernetzung (Akte) von wesentlichen LE mit Patienten**	In unserer Gesundheitsregion fördern wir die passive Vernetzung aller wesentlichen Akteure – Patienten, Haus- und Fachärzte, professionelle Pflege, Apotheken und Kliniken. Durch den Rollout und die nachhaltige Implementierung zentraler Bausteine der Telematikinfrastruktur (TI), insbesondere der „ePA für alle“, schaffen wir eine digitale Grundlage, die den Austausch relevanter Informationen erleichtert, Prozesse optimiert und die Qualität der Versorgung nachhaltig verbessert. Als Gesundheitsregion möchten wir Katalysator dieser zentral gesteuerten Transformation sein. Diese Infrastruktur erleichtert die routinemäßige und anlassbezogene Datennutzung.	▪ HA/FA, Klinik, Apotheken, professionelle Pflege, teilweise LE Heilmittel: Einsicht und Bearbeitung der Patienten- und Fallinformation zur Verbesserung der Informationslage bei ärztlichen, pflegerischen oder therapeutischen Entscheidungen
M-10	**Passive Vernetzung (Akte) von besonderen LE mit Patienten**	Die passive Vernetzung von Patienten mit wesentlichen Leistungserbringenden möchten wir um weitere, regional besonders wirksame Akteure erweitern, die für eine ganzheitliche Gesundheitsversorgung unverzichtbar sind. Dieses Modul baut auf den Grundlagen der Telematikinfrastruktur (TI) auf und erweitert diese gezielt um Organisationen und Leistungserbringende, die in der aktuellen Roadmap der TI-Implementierung nicht priorisiert werden. Unser Ziel ist es, regionale Organisationen und besondere Leistungserbringende wie Sozialverbände, Selbsthilfegruppen, Heil- und Hilfsmittelerbringer, mobile Pflegedienste, spezialisierte Therapiezentren und weitere Akteure aktiv in die digitale Gesundheitsinfrastruktur einzubinden.	▪ LE Heil- und Hilfsmittel, Gesundheitsförderung: Einsicht und Bearbeitung der Patienten- und Fallinformation zur Verbesserung der Informationslage bei ärztlichen, pflegerischen oder therapeutischen Entscheidungen

M-11	**Asynchrone Fall-kommunikation**	In unserer Gesundheitsregion wollen wir die asynchrone fallbezogene Kommunikation zwischen allen relevanten Akteuren fördern und etablieren. Durch den Einsatz moderner Kommunikationsdienste wie KIM und TIM sowie die Integration weiterer Organisationen schaffen wir eine harmonisierte und effiziente Kommunikationsstruktur. Diese soll die regionale Versorgung verbessern, die Akzeptanz neuer Dienste stärken und die Zusammenarbeit aller Beteiligten optimieren. Dadurch unterstützen wir die Koordination von Leistungen, fördern die Akzeptanz digitaler Dienste und ermöglichen eine ganzheitliche Versorgung auch über die Telematikinfrastruktur (TI) hinaus.	▪ Betroffene plus regionales Versorgungsteam über alle LE: fallbezogenes Messaging und Mailing zur Verbesserung der Informationslage und Beschleunigung bei ärztlichen, pflegerischen oder therapeutischen Entscheidungen
M-13	**Versorgungs-management**	Wir fördern ein integriertes Versorgungsmanagement, das durch eine Multivertragsfähigkeit eine nahtlose Zusammenarbeit zwischen verschiedenen Akteuren der Gesundheitsversorgung ermöglicht. Wir schaffen technische und organisatorische Strukturen, die ein umfassendes Portfolio von Versorgungsverträgen und innovativen Programmen verwalten und kombinieren können. So wird ein organisatorisches Fundament für eine flexible, skalierbare, integrierte Versorgung geschaffen. Zudem wollen wir die populationsbezogene Ergebnisorientierung stärker an Vergütungsoptionen binden. Unser Ziel ist es, ein aktives Management des Vertragsportfolios zu etablieren, das die Leistungserbringung und die Versicherungslandschaft effektiv miteinander verbindet – auch über verschiedene Versicherungsarten hinweg.	▪ HA/FA: erleichterte Einschreibung, Dokumentation und Abrechnung von Versorgungsverträgen ▪ Krankenkassen: (technische) Standardisierung und Steigerung der Kompatibilität von Versorgungsverträgen zur Multivertragsfähigkeit

M-15	**KI-unterstützte Fall- und Pflegedokumentation**	Wir organisieren für die regionalen Akteure der Gesundheitsversorgung KI-gestützte Dokumentationshilfen, die den Leistungserbringenden und Versorgungsteams chronisch Erkrankter und Pflegebedürftiger flexibel zur Verfügung stehen sollen. Wir möchten Entlastung von unnötiger Dokumentation schaffen, sodass mehr Kapazitäten für die menschliche Interaktion entstehen. Unser Ziel ist eine Region, in der Dokumentationsaufgaben effizient, benutzerfreundlich und technisch nahtlos integriert erledigt werden – ohne zusätzlichen Organisationsaufwand für die Leistungserbringenden. Die Region übernimmt große Teile der Verantwortung für Beschaffung, Entwicklung, Betrieb und Pflege dieser KI-Unterstützung. Zudem unterstützt sie regionale Partner bei der Implementierung, um die Nutzung optional und bedarfsgerecht zu gestalten.	▪ Regionales Versorgungsteam aus HA/FA, LE Heil- und Hilfsmittel und professionelle Pflege: Beschleunigung und Qualitätsverbesserung der Dokumentations- und Informationsaufgaben

Quelle: _fbeta GmbH

Literaturverzeichnis

[1] BUNDESMINISTERIUM FÜR GESUNDHEIT. 2023. *Zahlen und Fakten zur Pflegeversicherung* [Online]. Bundesministerium für Gesundheit. Available: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Statistiken/Pflegeversicherung/Zahlen_und_Fakten/Zahlen_und_Fakten_pv_bf.pdf [Accessed 10.01.2024].

[2] BUNDESMINISTERIUM FÜR GESUNDHEIT. 2024. *Pflegebedürftigkeit* [Online]. Bundesministerium für Gesundheit. Available: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/pflege/online-ratgeber-pflege/pflegebeduerftig-was-nun/pflegebeduerftigkeit.html [Accessed 21.10.2024].

[3] FRAUNHOFER-INSTITUT FÜR ANGEWANDTE INFORMATIONSTECHNIK 2023. Daten zur Informellen Pflege Pflegebedürftige und Pflegende, https://publica-rest.fraunhofer.de/server/api/core/bitstreams/b55b85da-c6a4-4425-be2f-f746eb91a83e/content [Accessed 16.04.2025].

[4] GIRWAR, S. M., JABROER, R., FIOCCO, M., SUTCH, S. P., NUMANS, M. E. & BRUIJNZEELS, M. A. 2021. A systematic review of risk stratification tools internationally used in primary care settings. *Health Sci Rep,* 4, e329.

[5] HASEMANN, L., LAMPE, D., NEBLING, T., THIEM, U., VON RENTELN-KRUSE, W. & GREINER, W. 2022. Effectiveness of a multi-component community-based care approach for older people at risk of care dependency - results of a prospective quasi-experimental study. *BMC Geriatrics,* 22, 348.

[6] ROMERO STARKE, K., HEGEWALD, J., SCHMAUDER, S., KABOTH, P., UHLMANN, L. M., REISSIG, D., KAUFMANN, K. K., WEGGE, J., MARQUARDT, G. & SEIDLER, A. 2022. Health and Care Dependency of Older Adults in Dresden, Germany: Results from the LAB60+ Study. *International Journal of Environmental Research and Public Health,* 19, 11777.

[7] STATISTISCHES BUNDESAMT (DESTATIS). 2024. Gesundheitsausgaben im Jahr 2022 auf knapp 500 Milliarden Euro gestiegen. , Pressemitteilung 15. April 2024, https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2024/04/PD24_167_236.html [Accessed 16.04.2025].

[8] STATISTISCHES BUNDESAMT (DESTATIS). 2023a. *Pflege https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Pflege/Publikationen/Downloads-Pflege/statistischer-bericht-pflege-deutschlandergebnisse-5224001239005.html*. [Accessed 16.04.2025].

[9] STATISTISCHES BUNDESAMT (DESTATIS). 2023b. Pflegevorausberechnung: 1,8 Millionen mehr Pflegebedürftige bis zum Jahr 2055 zu erwarten. Pressemitteilung 30. März 2023, https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2023/03/PD23_124_12.html [Accessed 16.04.2025].