

Transformationsstudie Teil C2b

Leistungsstarke Gesundheitsregionen (LeiG)

Konzeption Strategie Therapiesteuerung



Impressum

_fbeta GmbH

Akazienstraße 31

10823 Berlin

Autoren

Karsten Knöppler

Sandra Martick

Dr. Tim Scheplitz

Hannah Schick

Janik Trappe

Tillman Vatter

Hans-Holger Bleß

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 den Entwurf einer sektorenübergreifenden, digital gestützten Versorgungsarchitektur für Menschen mit chronischen Erkrankungen. Ausgangspunkt ist die Beobachtung, dass komplexe Krankheitsverläufe mit vielen Beteiligten häufig zu Brüchen in der Koordination der ärztlichen, pflegerischen und therapeutischen Versorgung, Doppeluntersuchungen und widersprüchlichen Empfehlungen führen. Ziel der Konzeption ist es, Therapieprozesse planbar zu machen, Verantwortlichkeiten klar zuzuordnen und medizinische wie organisatorische Arbeitsschritte entlang messbarer Qualitäts- und Ergebnisziele zu integrieren.

Das Konzept basiert auf der Transformationsstrategie 2a „Virtuelles Team für die Therapiesteuerung“ und greift die Leitidee auf, chronisch Erkrankte in einem Primärversorgungssystem zu betreuen, das digitale Werkzeuge, koordinierte Kommunikation und präventive Maßnahmen systematisch verbindet. Das Grundprinzip – die gemeinsame Fallführung über ein „virtuelles Team“ aus Haus- und Fachärzten, Therapeuten und Pflegekräften – bildet die inhaltliche Basis und wird im Kapitel zur **versorgungsinhaltlichen Ausrichtung** ausgearbeitet.

Im methodischen Teil der Konzeption wird das Transformationscanvas als zentrales Werkzeug beschrieben, um die komplexen Versorgungsprozesse strukturiert zu analysieren und in eine mehrstufige Systemarchitektur zu überführen. Die inhaltliche Logik folgt einer Schichtung nach Fallgruppen und Schweregraden: von präventiven und aktivierenden Angeboten über eine koordinierte ambulante Versorgung bis hin zu peristationären und komplexen Fällen. Diese Struktur erlaubt, Prävention, Therapie und Pflege als zusammenhängendes Versorgungssystem zu gestalten und bildet zugleich die Grundlage für die spätere technische und vertragliche Umsetzung.

Die technische Architektur wird im Kapitel zur **Technologie und Systemarchitektur** erläutert. Sie sieht zwei eng verknüpfte Plattformen vor: eine Therapiesteuerungsplattform zur digitalen Fallführung und Kommunikation, für telemedizinische Verfahren und Telemonitoring sowie eine Versorgungszugangsplattform zur Navigation, Bedarfsermittlung und Vermittlung von Versorgungsangeboten. Beide Plattformen werden stufenweise ausgebaut – von Prävention und Aktivierung über Monitoring und Telekooperation bis hin zu sektorenübergreifenden Workflows zwischen ambulanter und stationärer Versorgung. Grundlage sind interoperable Standards, FHIR-basierte Informationsobjekte, sichere Authentifizierungsmechanismen und ein abgestuftes Rollen- und Rechtemanagement, das auch Akteure ohne Telematik-ID einschließt.

Im Kapitel zu **Verträgen, Leistungsarten und Vergütung** werden die rechtlichen und finanziellen Voraussetzungen für die Umsetzung beschrieben. Im Mittelpunkt steht § 140a SGB V (Besondere Versorgung), der eine sektorenübergreifende, qualitätsorientierte Versorgung ermöglicht und auch Infrastrukturanteile umfasst. Ergänzend werden Module für Prävention, telemedizinische Infrastruktur und pflegerische Integration beschrieben, die über entsprechende Regelungen im SGB V und XI finanziert werden können. Damit entsteht ein flexibles Vertragsmodell, das regionale Kooperationen, Innovationsfreiräume und Qualitätsanreize verbindet.

Das Kapitel zum **Geschäftsmodell und zur Implementierung** zeigt anhand von Modellrechnungen die Möglichkeiten auf, wie die Therapiesteuerungsplattform wirtschaftlich tragfähig werden kann. Auf Basis regionaler Prävalenzdaten wird das Einsparpotenzial durch strukturierte Prozesssteuerung, Telemonitoring und Präventionsintegration verdeutlicht. Selbst bei moderater Teilnahmequote lässt sich der Aufbau und Betrieb der Plattform aus den Effizienzgewinnen refinanzieren, insbesondere wenn Vergütungen schrittweise an Qualitäts- und Ergebnisindikatoren gekoppelt werden.

Abschließend skizziert das Kapitel zu den **gesundheitpolitischen Implikationen**, welche strukturellen Weichenstellungen nötig sind, um die digitale Therapiesteuerung in die Regelversorgung zu überführen. Dazu gehören die Etablierung von Standards für Therapie- und Zugangsplattformen, die Integration und angemessene Vergütung telemedizinischer Leistungen, die Entwicklung regionaler Steuerungsmodelle sowie die Verankerung in gesetzlichen Rahmenbedingungen.

Insgesamt zeigt die Case Study, dass eine plattformbasierte Therapiesteuerung Versorgungskontinuität und Ergebnisqualität entscheidend verbessern kann. Durch die Verbindung von Prävention, digitaler Fallführung und sektorenübergreifender Kooperation entsteht ein integriertes Primärversorgungssystem, das chronisch erkrankte bzw. multimorbide Patienten stärkt, Behandlungsverläufe stabilisiert und die Ressourcen im Gesundheitssystem effizienter nutzt.

Inhaltsverzeichnis

Impressum	I
Zusammenfassung	II
Inhaltsverzeichnis	IV
Abbildungsverzeichnis	VII
Tabellenverzeichnis	IX
1 Vorwort, Einleitung, Projektkontext	1
1.1 Gegenstand: Transformationsstrategie 2a – Virtuelles Team für die Therapiesteuerung	1
1.2 Methodik	2
1.2.1 Framework zur Strukturierung der Konzeption	2
1.2.2 Transformationscanvas	4
1.2.3 Die Rolle der Fallgruppenlogik in der Konzeption	7
2 Versorgungsinhaltliche Ausrichtung	9
2.1 Versorgungsstrategie	9
2.2 Versorgungsinhaltliche Schwerpunkte der Therapiesteuerung	18
2.2.1 Primärversorgung als Schlüssel für eine effiziente integrierte Versorgung	18
2.2.2 Verbesserung der Qualität von Versorgungsprozessen	19
2.2.3 Früherkennung und Verhaltensprävention stärken	19
2.2.4 Verstärkte Unterstützung von Lebensstiländerungen	20
2.2.5 Nutzung digitaler Interventionsmöglichkeiten	20
2.2.6 Nichtärztliche Gesundheitsberufe	21
2.2.7 Asynchrone Fallkommunikation – verbesserte und systematische Kommunikation zwischen Leistungserbringern	22
2.2.8 Therapiesteuerung als Unterstützung der Behandlungskontinuität an den Schnittstellen zwischen den Sektoren	23
2.2.9 Einsatz von Telemedizin	24
3 Digitale Transformation im Ökosystem	26
3.1 Wertschöpfung entlang der Prozesse aus Patientenperspektive	27
3.1.1 Drei fallgruppengerechte Zuschnitte der prozessualen und technischen Unterstützungspotenziale	30
3.2 Wertschöpfung der wesentlichen Prozesse zwischen Akteuren im Ökosystem	32
3.3 Fallgruppe 0 – Menschen mit Risikofaktoren und Chroniker bei Erstdiagnose und/oder mit niedrigem Schweregrad	38

3.3.1	Einbindung von Patienten über einen digitalen Therapieplan	39
3.3.2	Therapie-Coach in der hausärztlichen Versorgung	43
3.3.3	Früherkennung und Prävention in der hausärztlich koordinierten Versorgung	46
3.4	Fallgruppen I und II – Menschen mit gelegentlichem oder häufigem Bedarf an fachärztlicher Unterstützung	50
3.4.1	Anlassbezogene Abstimmung zwischen Haus- und Fachärzten über digitale Plattformen	52
3.4.2	Digital koordinierte Versorgung für Patienten mit komplexem Behandlungsbedarf	55
3.4.3	Telekonsile in der ambulanten, hausärztlich koordinierten Versorgung	58
3.4.4	Frühzeitige Versorgungsreaktion durch datengetriebenes Monitoring	61
3.4.5	Telemedizinisch gestützte Hausbesuche bei medizinischem Anlass	66
3.5	Fallgruppe III – Menschen mit regelmäßigem oder häufigem Bedarf an stationärer Versorgung	69
3.5.1	Akute Versorgung gezielt lenken: Zuweisung und Fachkoordination	71
3.5.2	Regionale Versorgungseinheiten nach dem Modell der Primärversorgung	74
3.5.3	Telemedizinische Einbindung ambulant tätiger Ärzte in den stationären Behandlungsverlauf	78
3.5.4	Virtueller Gesundheitskiosk – digitale Lotsenfunktion im Versorgungssystem (ohne Fallgruppenbezug)	82
4	Technologie und Architektur	85
4.1	Technische Maßnahmen und Komponenten	88
4.1.1	Stufe 1. Zwei Plattformen für digitale Teilhabe, Aktivierung und Gesundheitsförderung einrichten – Therapiesteuerung und Versorgungszugang (Fallgruppen 0 und I)	88
4.1.2	Stufe 2. Ausbau der Plattformen – Integration ambulanter Versorgung: Monitoring, Telekooperation und ambulante Patientenpfade (Fallgruppe II)	90
4.1.3	Stufe 3. Ausbau der Plattformen zur peristationären, sektorenübergreifenden Koordination Sicherstellung der Versorgungskontinuität bei komplexen Fällen chronischer Erkrankung	92
4.2	Identitätsmanagement, Authentisierung und Zugriff	93
4.3	Zentrale Kommunikationsdienste – Integration TIM und KIM	94
4.4	Web-Frontend und Systemintegration	95
4.5	Stufenweise Etablierung von Interoperabilität	96
4.5.1	Stufe 1. ePA-Konnektivität und FHIR-Ressource CarePlan	96
4.5.2	Stufe 2. Semantische Standards für das Monitoring und Workflows	97
4.5.3	Stufe 3. Synergieeffekte dank IOP-Standards	98

4.5.4	Anbindung an den Terminologieserver des BfArM und das Fachportal bzw. Git-Repository der gematik	98
5	Verträge, Leistungsarten und Vergütung	100
5.1	Leistungsarten	100
5.2	Vertrags- und Vergütungsmodule	104
5.2.1	K1 – Therapiesteuerung als besondere Versorgung nach § 140a SGB V	105
5.2.2	K2 – Vergütung von Prävention und Präventionsexperten	105
5.2.3	K3 – Kassenspezifische Angebote/Bedingungen für Versicherte	106
5.2.4	K4 – Facharztvergütung und Primärarztkonzept	106
5.2.5	K5 – Telemonitoring	107
5.2.6	K6 – Therapiesteuerung im stationären Sektor	107
5.2.7	K7 – Finanzierung telemedizinischer Infrastruktur	107
5.2.8	K8 – Regionale Gesundheitsplattform	108
6	Geschäftsmodell und Implementierung	109
7	Gesundheitspolitische Implikationen	116
7.1	Primärversorgungssystem rund um virtuelle Teams	116
7.2	Therapieplanung und -steuerung technisch unterstützen, organisatorisch verankern und vergüten	116
7.3	Telemedizin und Telemonitoring tiefer in der Regelversorgung verankern und vergüten, digitale Leistungen mit analoger Hauptfunktion etablieren und vergüten	116
7.4	Modifizierung der Angebotsformen von Sekundär- und Tertiärprävention in Richtung Lebensstilintervention und Coaching	117
7.5	Etablierung eines Standards für Therapieplattformen auf Basis regionaler Erprobung	117
7.6	Etablierung eines Standards für Zugangsplattformen auf Basis regionaler Erprobung	117
7.7	Integration des Öffentlichen Gesundheitsdienstes mit Settingmaßnahmen in das LeiG-Verfahren	117
7.8	Etablierung von regionalen Budgets für das Management von Gesundheitsregionen	118
7.9	Integration des LeiG-Verfahrens in Gesundheitsregionen und regulierende Organe auf Landes- und Bundesebene mit Betreiber- und Ergebnisverantwortung	118
8	Anhang: Grafiken	X
	Literaturverzeichnis	XX

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Virtuelles Team für die Therapiesteuerung – die richtige Intervention zum richtigen Zeitpunkt	1
Abbildung 2: Transformationscanvas und seine Verwendung in der Konzeptionsphase	5
Abbildung 3: Ausschnitt Transformationscanvas Strategie 2a: Therapiesteuerung (Versorgungsgegenstand und Ökosystem)	6
Abbildung 4: Kompression der Krankheitslast und Kosten durch Therapiefokus auf Root Causes	10
Abbildung 5: Evidenzbasierte Verhaltensänderung – Prävention wirkt im Kopf	12
Abbildung 6: International Best Practice – NHS, Teil 1	13
Abbildung 7: International Best Practice – NHS, Teil 2	13
Abbildung 8: Übersicht prozessbezogener Module	27
Abbildung 9: Ökosystem: Leistungsstärke auf Ebene der Organisation und Technologie	34
Abbildung 10: Maßnahmen 1 – 3 im Ökosystem	38
Abbildung 11: Maßnahme 1	39
Abbildung 12: Maßnahme 2	43
Abbildung 13: Maßnahme 3	46
Abbildung 14: Maßnahmen 4 – 7 und 11 im Ökosystem	50
Abbildung 15: Maßnahme 4	52
Abbildung 16: Maßnahme 5	55
Abbildung 17: Maßnahme 11	58
Abbildung 18: Maßnahme 6	61
Abbildung 19: Maßnahme 7	66
Abbildung 20: Maßnahmen 8 – 10 im Ökosystem	69
Abbildung 21: Maßnahme 8	71
Abbildung 22: Maßnahme 9	74
Abbildung 23: Maßnahme 10	78
Abbildung 24: Maßnahme 12	82
Abbildung 25: Zielarchitektur für das Versorgungsszenario „Chronische Erkrankungen“	87
Abbildung 26: Herleitung nicht abgebildeter Leistungsbereiche	101

Abbildung 27: Herleitung möglicher Vertragsarten	101
Abbildung 28: Detailbetrachtung infrage kommender Vertragsarten	102
Abbildung 29: Herleitung möglicher Vergütungsmodelle	103
Abbildung 30: Zuordnung der zwölf Maßnahmen der Strategie „Virtuelles Team für die Therapiesteuerung“ zu den relevanten Vertrags- und Vergütungsmodulen (K1 – K8)	104
Abbildung 31: Modellrechnung Effekte auf Inzidenz/Prävalenz von acht chronischen Erkrankungen (Bundesebene)	111
Abbildung 32: Modellrechnung Effekte auf Prävalenz von acht chronischen Erkrankungen (Region Aachen im Vergleich zur Landesebene)	112
Abbildung 33: Basisstrategien zur nachhaltigen Implementierung der Therapiesteuerung	113
Abbildung 34: Versorgungsgegenstand. Versorgungsinhaltliche Potenzialanalyse	X
Abbildung 35: Versorgungssituation (Defizite)	X
Abbildung 36: Zentrale Aussagen zu krankheitsspezifischen Defiziten	XI
Abbildung 37: Bedarf- und Bedürfnisanalyse. Gesundheitsverhalten in Deutschland	XI
Abbildung 38: Versorgungssituation (Defizite)	XII

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Anwendung der Fallgruppenlogik bei der versorgungsinhaltlichen, organisatorischen und technischen Ausgestaltung der Maßnahmen zur digitalen Transformation des Ökosystems	8
Tabelle 2: Prozessorientierte Potenziale als mögliche Module für die regionale Transformation	29
Tabelle 3: Priorisierte pfadbezogene Module und Querschnittsmodule für das Umsetzungskonzept	30
Tabelle 4: Modulare Struktur der Maßnahmen in der Strategie Therapiesteuerung	35
Tabelle 5: Prozessorientierte Module im Überblick	XIII

1 Vorwort, Einleitung, Projektkontext

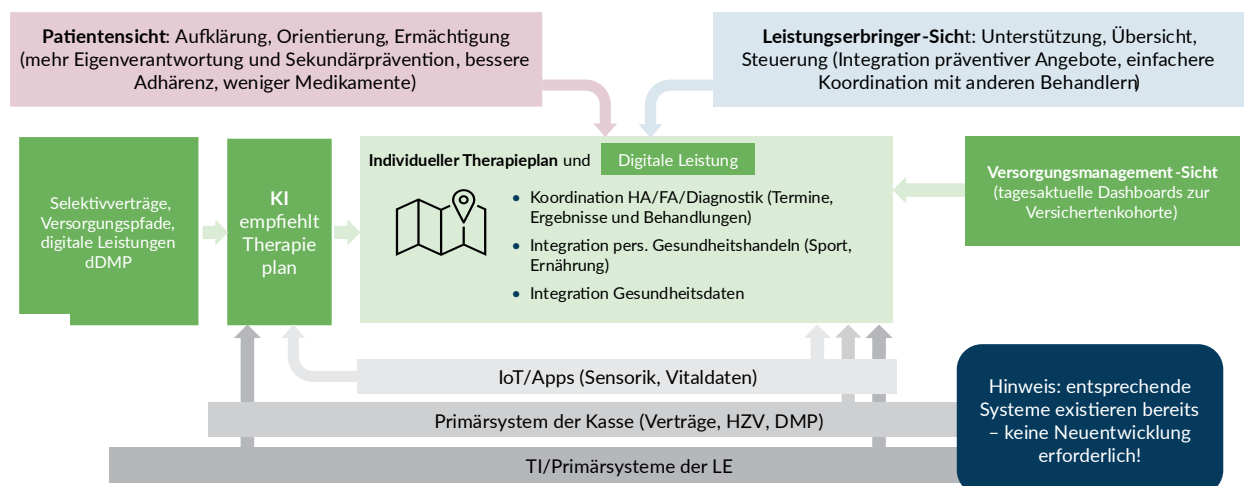
1.1 Gegenstand: Transformationsstrategie 2a – Virtuelles Team für die Therapiesteuerung

Im Sprint I – Potenzialanalyse – des Projekts „Leistungsstarke Gesundheitsregionen“ (LeiG) – wurden in drei Versorgungsszenarien die Potenziale regionaler Zusammenarbeit im Gesundheitssektor untersucht. Die daraus abgeleiteten Handlungsoptionen wurden in sieben Transformationsstrategien zusammengefasst und zwei dieser Strategien zur Weiterentwicklung in der Konzeptionsphase priorisiert. Dieses Dokument beschäftigt sich mit einer dieser Strategien: der **Transformationsstrategie 2a – Virtuelles Team für die Therapiesteuerung**.

Chronische Erkrankungen sind in der Regel komplex, verlaufen über lange Zeiträume und erfordern eine koordinierte Mitwirkung verschiedener Akteure der Gesundheitsversorgung. Die Transformationsstrategie 2a zielt darauf ab, für Patienten mit mehrdimensionalem Versorgungsbedarf, insbesondere bei Beteiligung von mindestens zwei ärztlichen und weiteren Leistungserbringern, eine strukturierte, digitale Steuerung der Therapieprozesse zu etablieren.

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

Abbildung 1: Virtuelles Team für die Therapiesteuerung – die richtige Intervention zum richtigen Zeitpunkt



Quelle: _fbeta GmbH

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

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

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

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

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

1.2 Methodik

1.2.1 Framework zur Strukturierung der Konzeption

Die Untersuchungsgegenstände im LeiG-Projekt gliedern sich in die folgenden vier strukturellen Ebenen (in absteigender Reihenfolge):

1.2.1.1 Versorgungsszenarien in Gesundheitsökosystemen („Szenarien“)

Zuschnitt auf indikationsübergreifende Versorgungssegmente

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

Fokus auf strukturell homogene Potenziale

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.

1.2.1.2 Transformationsstrategien („Strategien“)

Die Transformationsstrategien bündeln zentrale Potenziale innerhalb eines Versorgungsszenarios. 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

Im Mittelpunkt steht Integrierte Versorgung (IV), 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

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.

1.2.1.3 Maßnahmen zur Umsetzung („Maßnahmen“)

Die Maßnahmenebene konkretisiert die Umsetzung der Transformationsstrategien durch 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.

1.2.1.4 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. Damit bilden sie die Grundlage für die systematische Modellierung und Umsetzung digital gestützter Therapiesteuerung.

1. Versorgungsinhaltliche Module (V)

Versorgungsinhaltliche Module definieren die zentralen Versorgungsthemen, Zielbilder und medizinisch-therapeutischen Inhalte. Dazu gehören indikationsübergreifende Programme, Versorgungspfade, Therapiepläne sowie patientengruppenspezifische Ansätze. Sie bilden das inhaltliche Fundament der Therapiesteuerung.

2. Organisatorische Module (O)

Organisatorische Module beschreiben die erforderlichen Strukturen, Rollen und Schnittstellen, um versorgungsinhaltliche und funktionale Anforderungen praktisch umzusetzen. Dazu zählen beispielsweise interprofessionelle Versorgungsmodelle wie virtuelle Teams, Koordinationsstrukturen, Steuerungsmechanismen oder Reifegradmodelle für beteiligte Akteure.

3. Funktionale Module (F)

Funktionale Module bilden den prozessualen Kern der Therapiesteuerung. Sie beschreiben Abläufe, Trans- und Interaktionen sowie Koordinationsanforderungen entlang der Patient Journey (Patientenreise). Sie machen sichtbar, welche Funktionen – etwa Risikoidentifikation, Monitoring, Verlaufskontrolle, Übergangsmanagement oder Navigation – für eine durchgängige, integrierte Therapieplanung und -steuerung benötigt werden.

4. Technische Module (T)

Technische Module bündeln digitale, datenbasierte und prozessunterstützende Technologien, die funktionale und organisatorische Anforderungen umsetzen. Dazu gehören Plattformintegrationen, Interoperabilitätsmechanismen, Entscheidungsunterstützung, Datenräume, Telemedizin, Monitoring oder digitale Workflow-Systeme.

5. Kontraktmodule (K)

Kontraktmodule beschreiben die vertraglichen, finanziellen und leistungsrechtlichen Voraussetzungen einer nachhaltigen, digital gestützten Therapiesteuerung. Dazu gehören indikationsspezifische Abrechnungslogiken, Versorgungsverträge, regionale Budgets oder Finanzierungsmodelle für digitale und koordinative Leistungen.

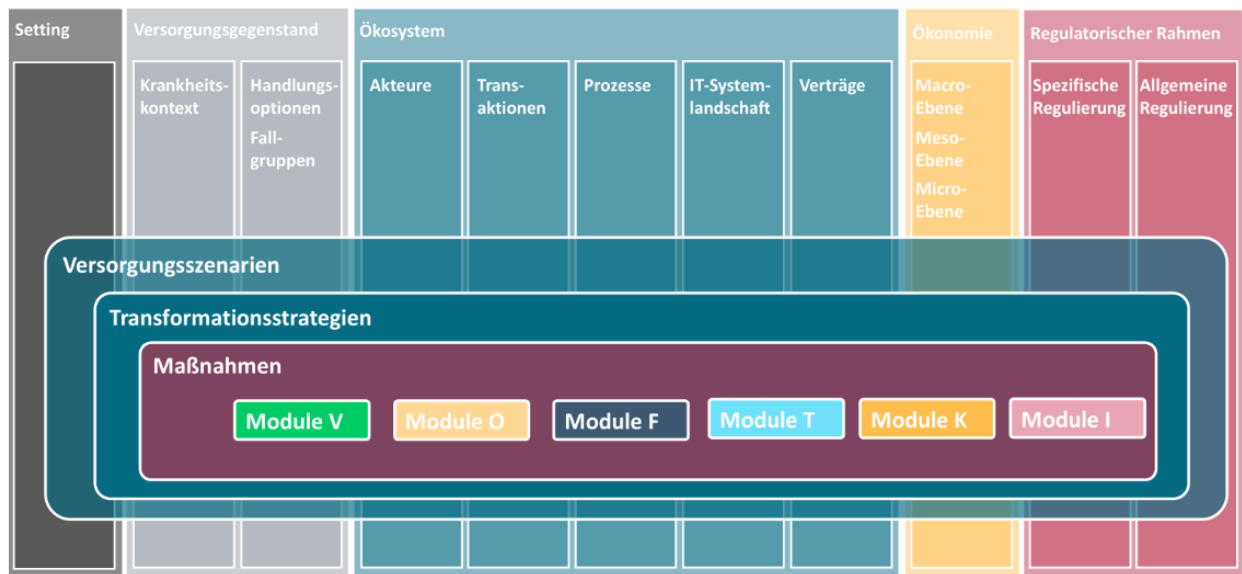
6. Implikationsmodule (I)

Implikationsmodule umfassen gesundheitspolitische, gesetzgeberische und regulatorische Voraussetzungen, die für die Umsetzung und Verstetigung digital gestützter Therapiesteuerung erforderlich sind. Dazu zählen u. a. rechtliche Rahmenbedingungen für Interoperabilität, Telemedizin, Datenzugang, Vergütungssysteme, sektorenübergreifende Zusammenarbeit sowie Governance- und Verantwortlichkeitsstrukturen.

1.2.2 Transformationscanvas

Als zentrale Methodik für die Analyse, Strategie und auch die in diesem Dokument beschriebene Konzeption wird das **Transformationscanvas für Versorgungssysteme** (Abbildung 1) genutzt. Es ermöglicht, die Integration und digitale Transformation von Versorgung auf verschiedenen Detailebenen sichtbar zu machen: In Ergänzung zu sektoral oder fachlich fokussierten Methoden bei der Erstellung von Leitlinien, Vergütungssystemen, der IT oder der Strukturplanung erfolgt hier eine bürger- und nutzerzentrierte Sicht auf die Versorgung in ganzen Ökosystemen. Das Transformationscanvas ist im Teil B der Transformationsstudie ausführlich beschrieben.

Abbildung 2: Transformationscanvas und seine Verwendung in der Konzeptionsphase



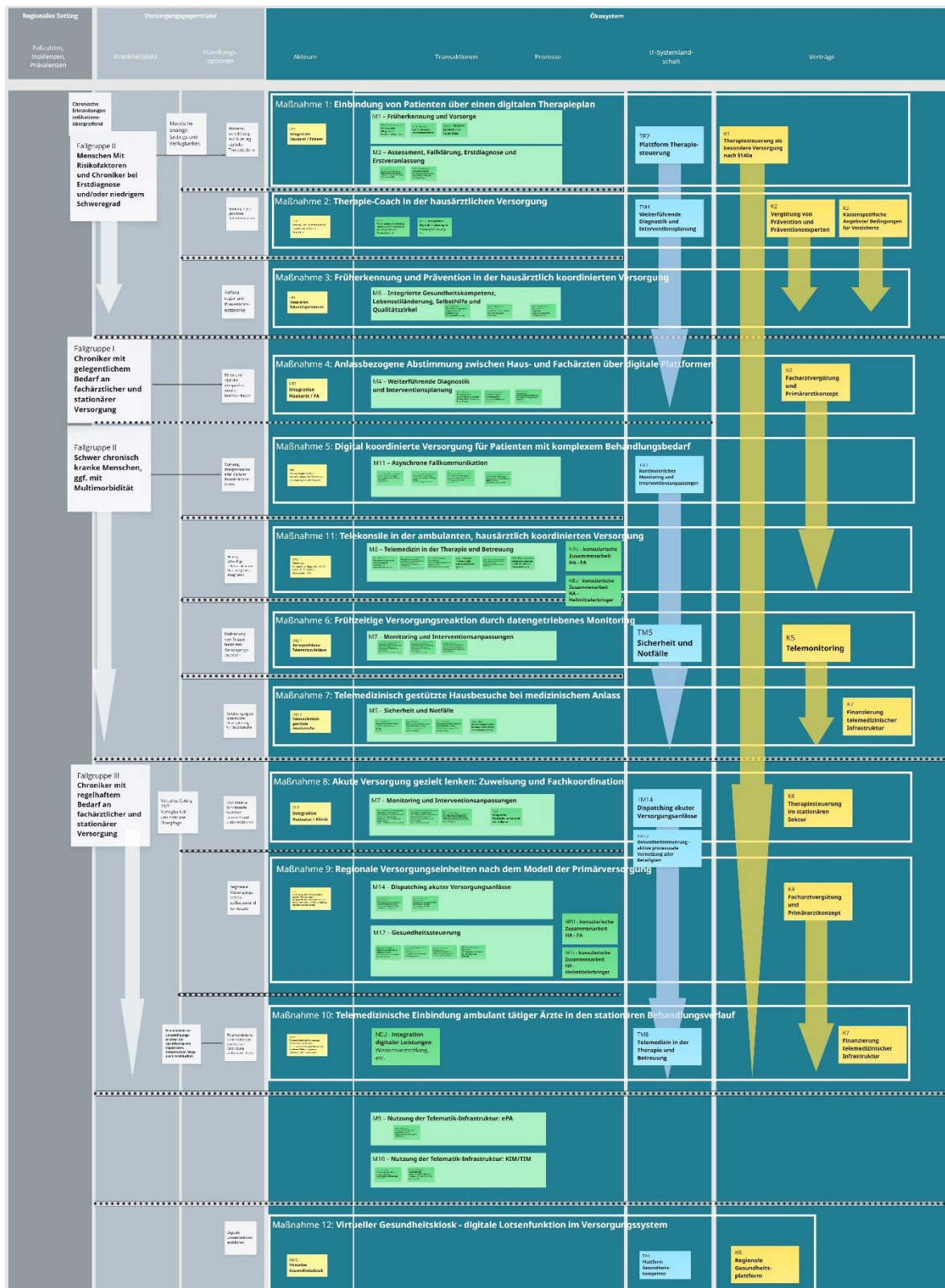
Quelle: _fbeta GmbH

In den vertikalen Spalten des Canvas finden sich alle wesentlichen Perspektiven der Integration vom Setting, über Versorgungsgegenstand, Ökosystem (mit den Aspekten der beteiligten Akteure, den Transaktionen und Prozessen, den verwendeten oder benötigten IT-Systemen sowie der vertraglichen Grundlagen), Ökonomie bis zum regulatorischen Rahmen.

Horizontal können hier Versorgungsszenarien und Transformationsstrategien entlang dieser Dimensionen bearbeitet werden. Dieses Dokument behandelt zwölf Maßnahmen (mit den darin enthaltenen Modulen), die zusammen die Transformationsstrategie 2a „Virtuelles Team für die Therapiesteuerung“ bilden, die wiederum im Szenario „Versorgung chronisch Erkrankter“ zu verorten ist.

In den folgenden Kapiteln 2 – 5 werden diese zwölf Maßnahmen entlang der Canvas-Spalten und der Ergebnisse der korrespondierenden Workshops des Sprints II – Konzeption– des LeiG-Projekts nach versorgungsinhaltlichen, organisatorischen, technischen und vertraglich-ökonomischen Gesichtspunkten entwickelt und beschrieben.

Abbildung 3: Ausschnitt Transformationscanvas Strategie 2a: Therapiesteuerung (Versorgungsgegenstand und Ökosystem)



Quelle: _fbeta GmbH

1.2.3 Die Rolle der Fallgruppenlogik in der Konzeption

Die Fallgruppenlogik bildet das strukturierende Fundament der **Transformationsstrategie 2a** „Virtuelles Team für die Therapiesteuerung“. Sie schafft ein methodisches System, anhand dessen sich die Komplexität der Versorgung chronisch kranker Menschen erfassen, ordnen und für die konzeptionelle Weiterentwicklung nutzbar machen lässt. Ziel ist es, die unterschiedlichen Versorgungssituationen, Krankheitsverläufe und Schweregrade systematisch zu strukturieren und auf dieser Grundlage schrittweise Versorgungs- und Technologieentwicklungen zu gestalten.

Im Zentrum steht die Idee, Patientinnen und Patienten anhand typischer Versorgungskonstellationen, Verläufe und Schweregrade in Fallgruppen zu gliedern. Diese Fallgruppen bündeln vergleichbare Muster von Behandlungs- und Betreuungsbedarfen und schaffen dadurch ein konsistentes Raster, das klinische Inhalte, organisatorische Abläufe und technologische Entwicklungsschritte methodisch verbindet. Der Aufbau folgt einer Schweregradlogik: Leichtere oder frühe Krankheitsphasen werden in den unteren Fallgruppen abgebildet, komplexere und multimorbide Verläufe in den höheren. Auf diese Weise entsteht eine Systematik, die nicht nur die Vielfalt chronischer Krankheitsverläufe abbildet, sondern auch eine strategische Priorisierung erlaubt.

Methodisch unterscheidet die Fallgruppenlogik drei komplementäre Zuschnitte, die gemeinsam den konzeptionellen Aufbau der Therapiesteuerung prägen:

1. **Versorgungsinhaltliche Fallgruppen und Schweregrade** definieren die medizinischen Bedarfe, Versorgungsschwerpunkte und Interventionsintensitäten. Sie bilden die Grundlage für die inhaltliche Strukturierung der Versorgungspfade und die Zuordnung relevanter Akteure.
2. **Use Cases und Therapiereisen (Journeys)** konkretisieren diese Fallgruppen durch typische Abläufe, Interaktionen und Entscheidungssituationen im Versorgungsprozess. Sie beschreiben, wie Versorgung im Alltag funktioniert – etwa das Ineinandergreifen von Monitoring, Kommunikation und Therapieanpassung.
3. **Technologische Ausbaustufen** ordnen die digitale Weiterentwicklung der Plattformen, Module und unterstützenden Systeme. Sie kennzeichnen den technologischen Reifegrad und die Funktionalität, mit der die Fallgruppen abgebildet werden können.

Diese drei Zuschnitte greifen ineinander: Jeder Versorgungstyp wird durch charakteristische Abläufe konkretisiert und entlang der technologischen Ausbaustufen schrittweise digital erweitert. So entsteht ein konsistentes Rahmenmodell, das klinische Bedarfe, Versorgungspraxis und technische Entwicklung eng miteinander verzahnt.

Die Fallgruppenlogik erfüllt dabei drei zentrale methodische Funktionen:

1. **Strukturierung und Systematisierung:** Sie bildet den methodischen Rahmen, um komplexe Versorgungssituationen, Akteursrollen und technologische Komponenten in ein kohärentes Gesamtsystem zu überführen.
2. **Priorisierung:** Sie ermöglicht, in der Konzeptionsphase mit jenen Fallgruppen zu beginnen, die eine große Zahl von Patientinnen und Patienten betreffen und damit ein besonders hohes Wirkungspotenzial für die Versorgung besitzen.
3. **Schrittweise Skalierung:** Sie unterstützt die sukzessive Erweiterung der Versorgungsarchitektur, indem komplexere und seltenere Fallgruppen mit zunehmender Systemreife, Datendichte und

Integration schrittweise einbezogen werden. Dieses Vorgehen erlaubt eine gezielte Entwicklung von Maßnahmen entlang eines wachsenden digitalen Reifegrades.

Auf dieser Grundlage fungiert die Fallgruppenlogik als methodisches Bindeglied zwischen Strategie, Versorgungspraxis und Technologieentwicklung. Sie sorgt dafür, dass die Ausgestaltung der Versorgungsarchitektur, der digitalen Plattformlogiken und der organisatorischen Strukturen einem gemeinsamen methodischen Rahmen folgt.

Die Anwendung der Fallgruppenlogik erstreckt sich über drei miteinander verknüpfte Ebenen: Auf der Makroebene dient sie als strategisches Raster zur Strukturierung der Versorgung chronischer Erkrankungen nach Schweregrad, Verlauf und Versorgungssituation. Auf der Mesoebene wird sie zur Operationalisierung genutzt, indem sie Struktur und Orientierung für Use Cases, Versorgungspfade und organisatorische Modelle liefert. Auf der Mikroebene schließlich bildet sie die Grundlage für die technische Umsetzung, insbesondere für Interoperabilität, Schnittstellenlogik und die Integration der Transformationsmodule (M-Module) in eine gemeinsame Plattformarchitektur.

Diese mehrdimensionale Herangehensweise stellt sicher, dass strategische Zielbilder, organisatorische Strukturen und technische Systeme kohärent ineinandergreifen. Die Fallgruppenlogik ist damit kein theoretisches Konzept, sondern ein praxisorientiertes Strukturprinzip, das die schrittweise, priorisierte und nachvollziehbare Umsetzung der digitalen Transformation der Therapiesteuerung 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 Abgrenzung von Versorgungsszenarien (z. B. chronische Erkrankungen nach Schweregrad) und zur Auswahl passender M-Module. Bildet das methodische Raster für die Maßnahmenplanung.	Makro
3. Digitale Transformation im Ökosystem	Operationalisierung: Ableitung konkreter Use Cases, Versorgungsschwerpunkte und Maßnahmen je Fallgruppe (O/I, II, III). Grundlage für die Entwicklung und Lückenanalyse der Versorgungsarchitektur.	Meso
4. Technologie und Architektur	Stufenmodell: Technische Umsetzung der Fallgruppenlogik in der Plattformentwicklung (Stufe 1 = FG O/I, Stufe 2 = FG II, Stufe 3 = FG III). Fokus auf Architektur, Interoperabilität und Schnittstellenlogik der Plattform.	Mikro

Quelle: [_fbeta GmbH](#)

2 Versorgungsinhaltliche Ausrichtung

Dieses Kapitel konkretisiert die in der Transformationsstrategie 2a „Virtuelles Team für die Therapiesteuerung“ definierte Zielsetzung auf der Ebene der Versorgungspraxis. Während Kapitel 1 die strategischen und methodischen Grundlagen der Konzeption darlegt, fokussiert Kapitel 2 die inhaltliche Architektur der zukünftigen Versorgung anhand folgender Fragestellungen: Welche gesundheitlichen Schwerpunkte sollen adressiert, welche Versorgungsprobleme gelöst und welche Wirkmechanismen durch eine strukturierte Therapiesteuerung aktiviert werden?

Im Mittelpunkt steht dabei die versorgungsinhaltliche Logik als fachliches Rückgrat des Modells. Sie beschreibt, *was* in den Versorgungspfaden geschieht – also die konkreten Leistungen, Interventionen und Prozesse, die Patientinnen und Patienten im Verlauf ihrer Erkrankung durchlaufen. Die Fallgruppenlogik liefert hierfür das ordnende Raster: Sie differenziert Patientengruppen nach Schweregrad, Komplexität und Koordinationsbedarf (Fallgruppen 0 – III) und bildet damit die Grundlage für eine abgestufte, aber vernetzte Versorgung.

Das Kapitel zielt darauf, die wesentlichen inhaltlichen Weichenstellungen der Therapiesteuerung aufzuzeigen. Dazu werden zunächst die übergeordneten Prinzipien einer präventionsorientierten, digital unterstützten und interprofessionell abgestimmten Versorgung erläutert. Anschließend werden zentrale Versorgungsschwerpunkte entlang der Fallgruppen vorgestellt – von der Früherkennung und Lebensstiländerung über die sektorenübergreifende Behandlungskoordination bis hin zur Integration stationärer Episoden und telemedizinischer Anwendungen.

2.1 Versorgungsstrategie

Ausgangslage und Handlungsdruck

In Deutschland leben mehr als 40 Prozent der Bevölkerung mit mindestens einer chronischen Diagnose; in der Altersgruppe 75 plus liegt der Anteil sogar bei rund 80 Prozent. Diese Patientengruppen verursachen zusammen etwa zwei Drittel der gesamten Gesundheitsausgaben (Gesundheitswissen, 2022, Bundesministerium für Bildung und Forschung, 2014). Zudem verschiebt sich Multimorbidität zunehmend in frühere Lebensphasen und betrifft vermehrt Menschen im Erwerbsalter. Das hat doppelte Effekte: Zum einen steigt die individuelle Krankheitslast, zum anderen nehmen Produktivitätsverluste und die Beanspruchung der Versorgungskapazitäten zu.

Gleichzeitig verändert die Demografie die Finanzierungsgrundlagen des solidarischen Umlagesystems. Über Jahrzehnte trugen viele Erwerbstätige die Kosten vergleichsweise weniger Leistungsempfänger. Mit dem Eintritt der geburtenstarken Jahrgänge in den Ruhestand dreht sich dieses Verhältnis. Besonders relevant ist der steile Kostenanstieg mit dem Alter: Unter 15-Jährige verursachen im Mittel etwa 2.440 Euro pro Jahr, 15–64-Jährige rund 3.400 Euro, 65–84-Jährige über 10.000 Euro, und bei den über 85-Jährigen liegen die Pro-Kopf-Gesundheitsausgaben bei über 25.000 Euro. Obwohl über 65-Jährige nur etwa ein Fünftel der Bevölkerung ausmachen, entfällt auf sie mehr als die Hälfte der Krankheitskosten (Statistisches Bundesamt, 2024, Bundeszentrale für politische Bildung, 2022).

Diese Konstellation führt zu einer strukturellen Schieflage: Ressourcen konzentrieren sich stark auf späte Krankheitsphasen, während frühe, wirksame Interventionen unterentwickelt bleiben. Gleichzeitig verschärfen Fachkräftemangel, Fragmentierung an Sektorengrenzen und heterogene Zuständigkeiten die Umsetzungsrisiken in der Versorgung. Die Folge sind Doppeluntersuchungen, widersprüchliche Empfehlungen, Informationsverluste und vermeidbare stationäre Episoden. Vor diesem Hintergrund stellt

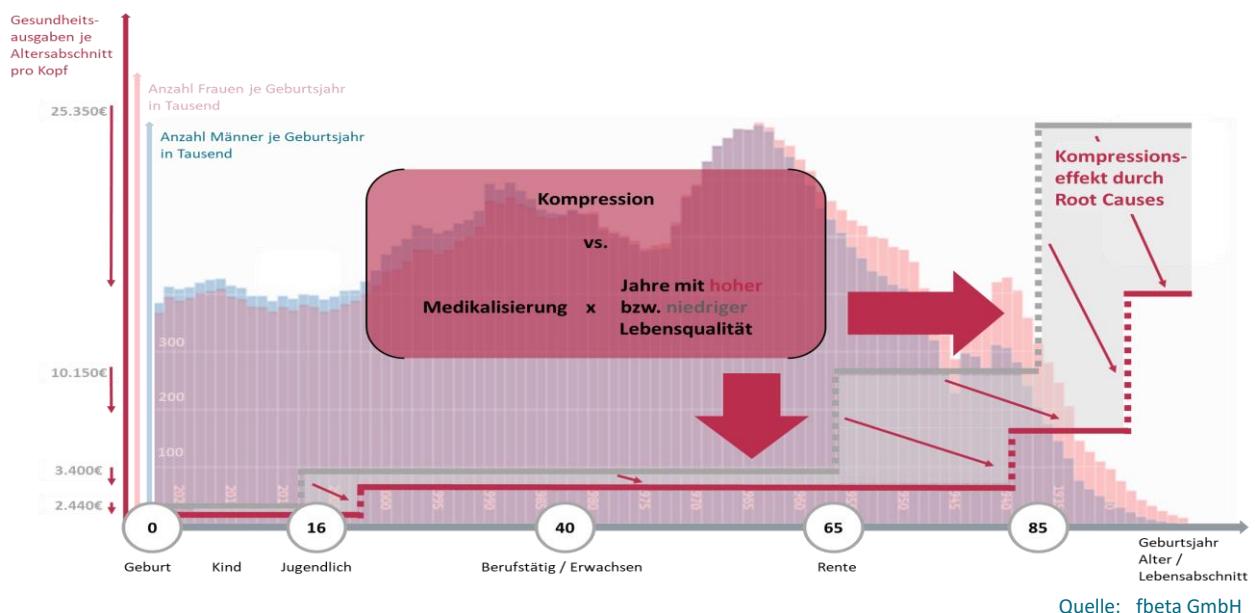
sich die strategische Weichenstellung: Reagiert das System weiterhin überwiegend symptombezogen, oder gelingt der Übergang zu einer vorausschauenden, koordinierten und präventionsorientierten Therapiesteuerung?

Medikalisierung oder Kompression der Morbidität

Medikalisierung beschreibt eine Versorgung, die primär Symptome diagnostiziert und behandelt. Das kann Lebenszeit verlängern, geht aber häufig mit langen Phasen eingeschränkter Lebensqualität, hoher Pflegebedürftigkeit und erheblichem Ressourceneinsatz einher. Demgegenüber steht die Kompression der Morbidität als Versorgungsleitbild: Angestrebt wird ein Leben mit möglichst vielen gesunden, aktiven Jahren und eine zeitlich verdichtete Krankheitsphase am Lebensende. Kompression setzt voraus, dass ursachenbezogene Determinanten von Gesundheit – Ernährung, körperliche Aktivität, psychische Gesundheit, Stresserleben, Suchtverhalten – frühzeitig adressiert und klinische Frühstadien konsequent erkannt und behandelt werden. Wo Risikoprofile rechtzeitig erfasst und Leitlinieninterventionen standardisiert umgesetzt werden, sinken Progressionsraten, Komplikationen und Hospitalisierungen; die Lebensqualität steigt, und kostenintensive Spätphasen werden reduziert (Geyer and Eberhard, 2022)

Die Kompression ist von hoher Systemrelevanz, weil sie die Allokation von Aufmerksamkeit, Personal und Vergütungsvolumen prägt. Heute absorbieren chronische Erkrankungen, Multimorbidität und Pflege gemeinsam den überwiegenden Anteil der Mittel, während präventive und frühzeitige Interventionen vergleichsweise unterfinanziert sind. Die in dieser Case Study vorgeschlagene Therapiesteuerung zielt darauf, diese Schieflage zu korrigieren: nicht durch zusätzliche Parallelstrukturen, sondern durch verbindlich koordinierte Versorgungspfade, in denen Prävention Bestandteil der Regelversorgung ist.

Abbildung 4: Kompression der Krankheitslast und Kosten durch Therapiefokus auf Root Causes



Prävention als Leitprinzip der Regelversorgung

Prävention ist in drei Ebenen zu denken. **Primärprävention** verhindert die Entstehung von Erkrankungen, etwa durch Impfprogramme und systematische Lebensstilförderung. **Sekundärprävention** erkennt Frühstadien, stabilisiert Verläufe und reduziert Exazerbationen. **Tertiärprävention** mindert Folgeschäden und verhindert Dekompensationen bei bestehenden Erkrankungen.

Für die Steuerung chronischer Erkrankungen ist die Sekundärprävention der größte Hebel, weil sie sowohl Krankheitslast als auch Kosten wirksam senkt. Internationale Evidenz zeigt, je nach Indikation, Reduktionspotenziale zwischen 30 und 90 Prozent. Bei Asthma und COPD lassen sich Exazerbationsraten und Hospitalisierungen durch strukturierte Programme signifikant reduzieren, bei Diabetes mellitus Typ 2 und arterieller Hypertonie ermöglichen Lebensstilprogramme und frühzeitige pharmakologische Therapie hohe Vermeidungs- und Stabilisierungseffekte. Auch bei koronarer Herzkrankheit und Herzinsuffizienz sind deutliche Wirkungen auf Morbidität, Mortalität und Ressourcennutzung beschrieben (Global Burden of Disease Collaborative Network, 2024)

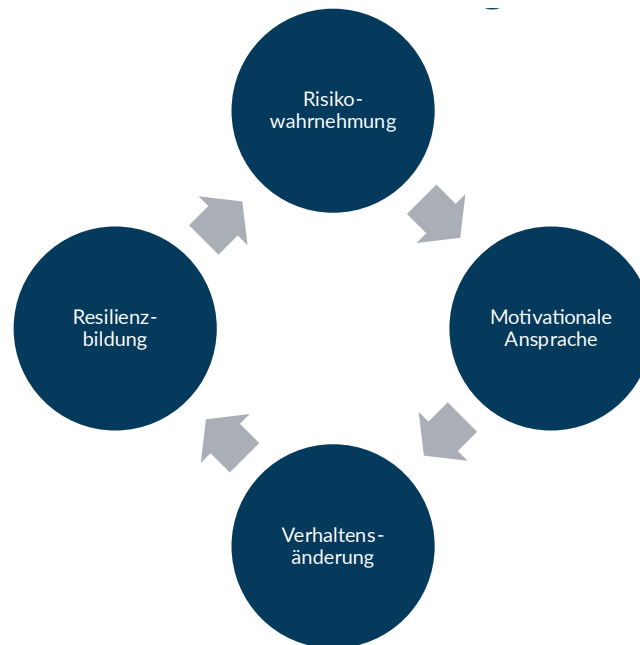
Entscheidend ist die Integration in die Regelversorgung. Prävention wirkt verlässlich nur dann, wenn es definierte auslösende Ereignisse im Verlauf gibt (Trigger), die automatisch Interventionspfade anstoßen, wenn Verlaufskontrollen terminiert und dokumentiert sind und wenn keine Lücke zwischen Empfehlung und Umsetzung entsteht. Prävention als Leitprinzip bedeutet daher: Risikostratifizierung und Case-Finding werden standardisiert, Interventionspakete sind leitlinienbasiert und werden regelhaft angestoßen, Verlaufsergebnisse fließen sichtbar in die individuelle Behandlungsplanung ein. Patientenbeteiligung, Gesundheitskompetenzförderung, Adhärenzförderung und strukturierte Angehörigenarbeit sind integrale Elemente, weil sie die klinische Wirksamkeit im Versorgungsalltag maßgeblich erhöhen.

Evidenzbasierte Verhaltensänderung als Erfolgsfaktor

Verhaltensänderung ist ein methodisch zu begleitender Prozess. Risikowahrnehmung führt nicht automatisch zu gesundheitsförderlichem Verhalten; reine Aufklärung genügt selten. Erfolgreiche Programme nutzen Modelle, die Veränderung als Abfolge von Stadien beschreiben, und setzen qualifizierte Beratung ein, um Motivation und Zielbindung aufzubauen. Das transtheoretische Modell stellt hierfür eine bewährte Struktur bereit, motivationale Ansprache verbessert die Übergänge zwischen Stadien und stärkt intrinsische Motivation. Zusätzlich erhöht die Förderung individueller Schutzfaktoren wie Resilienz die Nachhaltigkeit präventiver Effekte (Ferrer and Klein, 2015, Ferrer et al., 2018, Resnicow et al., 2002, Schäfer et al., 2023, Schäfer et al., 2024).

Für die Therapiesteuerung folgt daraus: **Prävention braucht eine professionelle Verhaltensmethodik**, die in die Versorgungspfade eingebettet ist, mit klaren Zieldefinitionen, Rückmeldeschleifen und klinisch relevanten Messpunkten.

Abbildung 5: Evidenzbasierte Verhaltensänderung – Prävention wirkt im Kopf



Quelle: _fbeta GmbH

Internationale Referenz: strukturierte Prävention im National Health Service (NHS)

Der britische National Health Service zeigt, wie Prävention als Systemleistung etabliert werden kann. Neben allgemeinen Gesundheitschecks existieren gestufte Programme entlang der Krankheitsentwicklung, von Primär- über Sekundär- bis Tertiärprävention. Parallel werden krankheitsspezifische Module umgesetzt, etwa für Diabetesprävention, kardiovaskuläre Risiken, Krebsfrüherkennung und Atemwegserkrankungen. Substanzspezifische Angebote (Programme gegen Tabak- und Alkoholabhängigkeit), Infektions- und Resistenzstrategien sowie die Berücksichtigung umweltspezifischer Risiken wie Luftverschmutzung ergänzen das Spektrum. Erfolgsentscheidend sind klare Zuständigkeiten, eine standardisierte Programmarchitektur und ein strukturierter Zugang, der von allgemeiner Risikoeinschätzung bis zur individuellen Maßnahme reicht (National Health Service, 2025). (National Health Service, 2025). Diese Logik ist übertragbar, wenn Verantwortlichkeiten eindeutig geregelt, Pfade verbindlich definiert und Evaluationen ernst genommen werden.

Abbildung 6: International Best Practice – NHS, Teil 1

Präventionsansätze	Beschreibung
Grundlagenmodule	
Gesundheitschecks	Angebote wie der NHS Health Check für Erwachsene zwischen 40 und 74 Jahren zur Früherkennung von Krankheiten wie Herzkrankheiten, Diabetes und Nierenerkrankungen.
Gesundes Leben	Beratung und Unterstützung zu gesunder Ernährung, körperlicher Aktivität, Schlafhygiene und Stressbewältigung.
Phasenspezifische Angebote	
Primärprävention	Maßnahmen zur Verhinderung des Auftretens von Krankheiten durch Förderung einer gesunden Lebensweise und Reduzierung von Risikofaktoren. Dazu gehören bspw. Impfprogramme, Raucherentwöhnung und Ernährungsberatung.
Sekundärprävention	Früherkennung und rechtzeitige Behandlung von Krankheiten, um deren Fortschreiten zu verhindern. Beispiele sind Screening-Programme für Krebs und regelmäßige Gesundheitschecks.
Tertiärprävention	Maßnahmen zur Minderung der Auswirkungen bereits bestehender Krankheiten, um Komplikationen zu vermeiden und die Lebensqualität zu verbessern. Dazu zählen Rehabilitationsprogramme und chronische Krankheitsmanagement -Pläne.
Zugang und Formate	
Gesundheitliche Chancengleichheit	Gezielte Maßnahmen zur Verringerung gesundheitlicher Ungleichheiten, etwa durch bessere Erreichbarkeit für benachteiligte Gruppen.
Digitale Prävention	Nutzung digitaler Tools wie Apps, Online -Coachings und Fernüberwachung zur Förderung gesunder Lebensweisen und zur besseren Erreichbarkeit von Präventionsangeboten.
Root Causes	
Psychische Gesundheit	Initiativen zur Förderung der psychischen Gesundheit, einschließlich frühzeitiger Interventionen und Unterstützung bei psychischen Problemen.
Gewichtsmanagement	Programme zur Unterstützung von Menschen bei der Gewichtsreduktion und -kontrolle, einschließlich digitaler Angebote und persönlicher Beratung.
Sturzprävention	Programme zur Vermeidung von Stürzen, insbesondere bei älteren Menschen, durch Übungen zur Verbesserung von Kraft und Gleichgewicht sowie Anpassungen im Wohnumfeld.

Quelle: _fbeta GmbH

Abbildung 7: International Best Practice – NHS, Teil 2

Präventionsansätze	Beschreibung
Substanzspezifische Angebote	
Alkoholabhängigkeit	Initiativen zur Behandlung von Alkoholabhängigkeit, einschließlich spezialisierter Teams in Krankenhäusern mit hoher Belegung durch alkoholbedingte Erkrankungsfälle.
Tabakabhängigkeit	Programme zur Unterstützung der Raucherentwöhnung, einschließlich Angeboten für stationäre Patienten und Schwangere.
Infektion & Resistenz	
HIV-Prävention	Maßnahmen zur Reduzierung der HIV-Übertragung, wie routinemäßige Tests in Notaufnahmen in Gebieten mit hoher Prävalenz.
Tuberkulose	Programme zur gezielten Untersuchung und Behandlung von Tuberkulose-Infektionen in Hochrisikogebieten.
Antimikrobielle Resistenz	Strategien zur Optimierung des Einsatzes von Antibiotika und zur Förderung der Entwicklung neuer antimikrobieller Mittel.
Nicht übertragbare Erkrankungen	
Diabetesprävention	Erweiterung und Ausbau des bestehenden Diabetes-Präventionsprogramms, einschließlich digitaler Optionen, um das Risiko der Entwicklung von Typ-2-Diabetes zu reduzieren.
Krebsprävention	Erhöhung der Früherkennungsraten durch gezielte Screening-Programme, die an das persönliche Risikoprofil der Patientinnen und Patienten angepasst sind.
Herz-Kreislauf-Erkrankungen	Programme zur frühzeitigen Erkennung und Behandlung von Risikofaktoren wie Bluthochdruck und hohem Cholesterinspiegel.
Atemwegserkrankungen	Maßnahmen zur Verbesserung der Diagnose und Behandlung von Asthma und chronisch obstruktiver Lungenerkrankung (COPD).
Umweltspezifische Angebote	
Luftverschmutzung	Maßnahmen zur Reduzierung der Auswirkungen von Luftverschmutzung auf die Gesundheit, einschließlich Sensibilisierung und politischer Initiativen.

Quelle: _fbeta GmbH

Was Therapiesteuerung im Kern bedeutet

Therapiesteuerung ist die kontinuierliche, patientenzentrierte und interprofessionell abgestimmte Leitung von Behandlungsverläufen über die Zeit und über Sektorengrenzen hinweg. Leitlinienwissen wird in anwendungsfähige Entscheidungen übersetzt, klinische und psychosoziale Interventionen werden koordiniert, und Verantwortlichkeiten sind so verteilt, dass keine Lücke in der Versorgungskette entsteht. Kernelemente sind ein gemeinsamer, fallbezogener Therapieplan, eindeutige Verantwortlichkeiten, geregelte Übergaben und eine verbindliche Kommunikationsstruktur. Digitale Hilfsmittel unterstützen diese Aufgaben, ohne sie zu ersetzen (die konkrete Ausgestaltung der Infrastruktur wird in Kapitel 4 beschrieben).

Ziel ist Versorgungskontinuität und Kohärenz: Jede beteiligte Profession arbeitet auf dasselbe Zielbild hin, Doppelarbeit wird vermieden, und es gibt eine nachvollziehbare Begründung für Abweichungen von Standards. So wird aus einem Nebeneinander vieler Einzelleistungen ein gesteuerter Versorgungspfad, der medizinische Wirksamkeit und effiziente Ressourcennutzung verbindet.

Der modulare Rahmen für die inhaltliche und organisatorische Ausrichtung

Die Potenzialanalyse des LeiG-Projekts hat gezeigt, dass die darin identifizierten Defizite nicht punktuell, sondern systembedingt sind. Der vorgeschlagene Rahmen verknüpft deshalb zwei Dimensionen: inhaltliche und organisatorische Module.

Inhaltliche Module definieren, was in welcher Sequenz für welche Patientengruppe zu tun ist. Dazu gehören Präventions- und Diagnostikpfade, indikationsspezifische Therapiebausteine, strukturierte Verlaufs- und Komplikationsprophylaxe sowie Nachsorge. Nicht-medikamentöse Behandlungsformen wie Bewegungstherapie, Ernährungs- und psychosoziale Angebote sind integrale Bestandteile. Ein besonderes Augenmerk liegt auf Arzneimitteltherapiesicherheit (AMTS) bei Polypharmazie, da hier ein relevanter Anteil vermeidbarer Komplikationen entsteht.

Organisatorische Module definieren, wer in welcher Rolle wann wofür verantwortlich ist und wie die Zusammenarbeit funktioniert. Das Modell des „Virtuellen Teams“ dient als Bezugsrahmen: Hausärztinnen und Hausärzte, Fachärztinnen und Fachärzte, Pflege, therapeutische Gesundheitsberufe sowie – bei Bedarf – Krankenhauspartner betreuen Patientinnen und Patienten gemeinsam entlang eines fallbezogenen Therapieplans. Federführung und Verantwortlichkeiten sind klar geregelt; Kommunikationswege, Überleitungs- und Entlassmanagement, Medikationsabgleich und Konsilwege sind standardisiert. Wichtig ist, dass dadurch keine zusätzliche Hierarchie entsteht, sondern bestehende Strukturen verbindlich miteinander arbeiten.

Fallgruppenorientierte Steuerungslogik

Wirksamkeit entsteht, wenn die Steuerungsintensität zum klinischen Risiko passt. Deshalb differenziert die Therapiesteuerung Fallgruppen, die sich durch Schweregrad, Komplexität und Koordinationsbedarf unterscheiden.

Fallgruppe 0: Risiko und Frühphase. Adressiert werden Personen mit erhöhtem Risiko oder mit einer Erstdiagnose. Ziele sind die Stabilisierung durch strukturierte Präventionsprogramme, qualifizierte Beratung nach anerkannten Methoden, konsequente Früherkennung von Anzeichen für Komplikationen sowie der frühzeitige Medikationseinsatz und Lebensstilinterventionen gemäß Leitlinien. Klinische Trigger wie definierte Labor- oder Vitalwerte, Ereignisse im Monitoring oder Auffälligkeiten in der Anamnese

lösen vorgegebene Interventionspfade aus. So werden Progression und Exazerbationen reduziert, bevor Versorgungsintensität und Kosten steigen.

Fallgruppen I und II: ambulant dominierter Versorgungsbedarf. Hier stehen Koordination und Konsistenz der Behandlung im Vordergrund. Haus- und Fachärzte arbeiten auf Basis eines gemeinsamen Therapieplans; Überleitungen, Konsile und Medikationsabgleiche sind standardisiert. Telemedizinische Konsultationen und strukturiertes Monitoring unterstützen die frühzeitige Korrektur von Verläufen. Zielgrößen sind die Vermeidung unnötiger Krankenhausaufnahmen, stabile Zielerreichung (z. B. Blutdruck-, Blutzucker-, Lungenfunktions- und Lipidwerte) und die Reduktion widersprüchlicher Empfehlungen. Angehörigenarbeit wird planvoll einbezogen, um Versorgungskontinuität im Alltag zu sichern.

Fallgruppe III: hoher und sektorenübergreifender Versorgungsbedarf. Bei multimorbiden Patienten mit komplexen Verläufen und regelmäßigem stationärem Bedarf liegt der Schwerpunkt auf nahtlosen Übergängen und der Vermeidung von Wiederaufnahmen. Notfalllenkung, strukturiertes Entlassmanagement, früh terminierte Nachsorge und die Einbindung ambulanter Ärztinnen und Ärzte in stationäre Entscheidungsprozesse sind zentrale Elemente. Polypharmazie-Management und Arzneimitteltherapiesicherheit sind fest verankert, um iatrogene Risiken zu minimieren. Ziel ist eine belastbare Versorgungskontinuität, die klinische Stabilität fördert und Ressourcen schont.

Das übergreifende Prinzip lautet: Standardisierung dort, wo Evidenz und Sicherheit dies nahelegen, Individualisierung dort, wo Komorbiditäten, Präferenzen oder Lebenslage differenzierte Entscheidungen erfordern. So werden Qualität und Effizienz zusammengeführt, ohne die Patientenzentrierung zu verlieren.

Umgang mit kritischen Übergängen in der Versorgungskette

Die größten Risiken für Qualität und Effizienz im Versorgungsprozess liegen an Schnittstellen. Typische Bruchstellen sind der Übergang von Verdachtsdiagnose zu Diagnosesicherung, die Überweisung vom Haus- zum Facharzt oder die Einweisung für einen stationären Aufenthalt, die Entlassung aus dem Krankenhaus und die Anbindung an die ambulante Nachsorge, die Notfallbehandlung ohne Rückkopplung in den Langzeitplan sowie Medikationsänderungen ohne systematischen Abgleich.

Therapiesteuerung setzt genau hier an: Arzt- und Entlassbriefe sind fristgerecht und vollständig, Nachsorgetermine werden vor Entlassung vereinbart, Verantwortlichkeiten sind benannt, und eine aktuelle Medikation (inkl. Indikations- und Zielsetzung) ist allen Beteiligten bekannt. Bei häufigen Indikationen werden Kernpfade definiert, die Mindeststandards für Diagnostik, Initialtherapie, Verlaufskontrollen, Komplikationsprophylaxe und Nachsorge enthalten. Diese Pfade sind so gestaltet, dass sie regional anschlussfähig sind und zugleich übertragbar bleiben.

Patientenbeteiligung professionell gestalten

Patientenzentrierung ist mehr als ein Bekenntnis. Sie umfasst informierte, partizipative Entscheidungen, strukturierte Gesundheitskompetenzförderung, Adhärenzförderung und die planvolle Einbindung von Angehörigen. Zentrale Lücke im Versorgungssystem ist derzeit die nicht etablierte Therapie- oder Interventionssteuerung, die dem Patienten einen Plan für sein Gesundheitshandeln gibt. Dieser muss bei Multimorbidität auch indikationsübergreifend sein. Darauf folgen Aufklärung in verständlicher und zugleich präziser Form, gemeinsame Zieldefinition einschließlich patientenberichteter Ergebnismessungen (PROMs – Patient-Reported Outcome Measures) und Erfahrungsmessungen (PREMs – Patient-Reported Experience Measures), klare Handlungsanleitungen für Warnzeichen und

niederschwellige Kontaktwege für Rückfragen. Diese Elemente sind integraler Bestandteil der Versorgungspfade und zahlen auf klinische Ergebnisse ein, weil sie Therapieabbrüche, Fehlanwendungen und späte Eskalationen reduzieren.

Wirkung, Messbarkeit und Lernen im System

Therapiesteuerung zielt auf nachweisbare Verbesserungen in Ergebnis- und Prozessqualität. Relevante Ergebnisdimensionen sind etwa die Reduktion vermeidbarer Krankenhausaufnahmen und Exazerbationen, das Erreichen leitliniengerechter Therapiezielwerte, die Verlangsamung der Pflegegradprogression sowie die Verbesserung patientenberichteter gesundheitlicher Ergebnisse (PROMs). Prozessseitig sind die Vollständigkeit und Aktualität des Therapieplans, die Zeit bis zur ersten Nachsorge nach der Entlassung, die Quote strukturierter Medikationsabgleiche und die Verfügbarkeit definierter Kontakträume von Bedeutung. Diese Messpunkte dienen nicht der Bürokratie, sondern der Steuerung. Sie ermöglichen es, Fortschritte sichtbar zu machen, Abweichungen zu verstehen und Pfade evidenzbasiert weiterzuentwickeln.

Regionale Verankerung und Übertragbarkeit

Konzeptionelle Stärke entfaltet erst dann Wirkung, wenn sie in der regionalen Versorgungspraxis ankommt. Deshalb werden Lösungen so gestaltet, dass sie an vorhandene Strukturen anschließen und gleichzeitig auf andere Regionen und Indikationen übertragbar sind. Praktisch bedeutet das ein iteratives Vorgehen: Zunächst werden wenige, wirksame Basiselemente umgesetzt – ein gemeinsamer Therapieplan, klar geregeltes Überleitungs- und Konsilwesen, strukturierte Verlaufskontrollen. Darauf aufbauend werden Pfade verbreitert und weitere Indikationen integriert. Regionale Steuerungsgremien und fachliche Peers sichern Verbindlichkeit, und die Ergebnisse fließen in regelmäßigen Abständen in eine gemeinsame Lernschleife zurück. So entsteht Umsetzungsstärke als systemisches Prinzip, nicht als Einzelprojekt.

Einordnung in die Gesamtarchitektur der Case Study

Die versorgungsinhaltliche Ausrichtung in diesem Kapitel bildet das konzeptionelle Rückgrat der Therapiesteuerung. Kapitel 3 übersetzt diese Logik in funktionale Journeys und konkrete Maßnahmen im Ökosystem der Beteiligten. Kapitel 4 beschreibt die erforderliche digitale Infrastruktur, etwa Datenflüsse, Interoperabilität und Dokumentationsanforderungen, die eine steuerungsfähige Versorgung überhaupt erst ermöglichen. Kapitel 5 legt die Vergütungslogik dar, einschließlich der gemeinsamen Verantwortung für die Koordinations- und Dateninfrastruktur sowie der sachgerechten Honorierung von Einzelleistungen. Zusammen gesehen entsteht so ein kohärentes Gesamtbild: Die Prävention ist integraler Bestandteil der Regelversorgung, die Koordination ist verbindlich, und die Umsetzung wird durch klare Rollen, standardisierte Pfade, geteilte Daten und lernende Rückkopplung gesichert.

Schlussfolgerung

Therapiesteuerung ist die konsequente Antwort auf die dreifache Herausforderung aus Morbiditätsdruck, Fachkräfteknappheit und Finanzierungsengpässen. Sie ersetzt eine späte, reaktive Versorgung durch frühzeitige, koordinierte und evidenzbasierte Interventionen. Sie schafft Versorgungskontinuität über Sektoren hinweg, stärkt Patientenbeteiligung und setzt Ressourcen dort ein, wo sie die größte Wirkung entfalten: in der Sekundärprävention, in klaren Pfaden für häufige Indikationen und an den kritischen Übergängen der Versorgung. Die internationale Erfahrung belegt die Wirksamkeit eines solchen Ansatzes (Wang and Wang, 2021).

Entscheidend für den Erfolg ist die Umsetzungsstärke: verbindliche Verantwortlichkeiten, gelebte Standards, transparente Daten und eine Kultur der kontinuierlichen Verbesserung. Auf dieser Grundlage entsteht eine Versorgung, die nicht nur aktuelle Defizite behebt, sondern langfristig tragfähig und zukunftsorientiert ist.

2.2 Versorgungsinhaltliche Schwerpunkte der Therapiesteuerung

Im Rahmen der Konzeptionserstellung wurden die Erkenntnisse der Potenzialanalyse in Sprint I des LeiG-Projektes für die Transformationsstrategie 2a „Virtuelles Team für die Therapiesteuerung“ verdichtet, wie oben beschrieben strukturiert und mit Expertinnen und Experten der Leistungserbringer und Kostenträger aus der Region vertieft und diskutiert. In diesem Kapitel werden die Schwerpunkte der versorgungsinhaltlichen Aussagen aus dem Konzeptionsprozess, insbesondere dem Konzeptions-Workshop „Versorgungsinhaltliche Weichenstellung Therapiesteuerung“ vom 16. Mai 2025 zusammengefasst. Die Gliederung des Kapitels richtet sich nach der oben beschriebenen Fallgruppenlogik.

Zu Beginn werden zwei übergeordnete Aspekte herausgestellt, die Stärkung der Primärversorgung und die Verbesserung der Qualität von Versorgungsprozessen, die Grundlage und Rückgrat der Transformationsstrategie sind.

2.2.1 Primärversorgung als Schlüssel für eine effiziente integrierte Versorgung

Ausgangslage

Das LeiG-Projekt verfolgt mit der Transformationsstrategie 2a das Ziel, einen entscheidenden Beitrag zu einem modernen, digital gestützten und effizienten Primärversorgungssystem zu leisten. Dadurch können Versorgungsabbrüche überwunden, interdisziplinäre Zusammenarbeit gestärkt und Abläufe systematisch verbessert werden.

Akteure und Zugangswege

Hausärztinnen und Hausärzte, nichtärztliche Gesundheitsberufe, Patientinnen und Patienten sowie Kostenträger bilden das Fundament der Primärversorgung. Die Therapiesteuerungsplattform soll allen beteiligten Akteuren – ärztlich wie nichtärztlich – einen strukturierten, gemeinsamen Zugriff auf patientenbezogene Daten ermöglichen.

Herausforderungen

Die derzeitigen Versorgungsprozesse sind stark fragmentiert, Schnittstellen zwischen Primärversorgung (medizinischer Grundversorgung/Erstberatung) und Sekundärversorgung (spezialisierte fachärztliche Behandlung) unzureichend definiert, die Kommunikation ist oft nicht interoperabel. Zudem fehlt es an Vergütungslogiken, die eine koordinierte, sektorenübergreifende Arbeit fördern.

Potenziale

Die digitale Abbildung von Versorgungsabläufen, ergänzt durch fallbezogene Kommunikationsinstrumente, ermöglicht erstmals eine strukturierte, durchgängige Primärversorgung. Dadurch können Doppelbehandlungen vermieden, Eigenverantwortung der Patientinnen und Patienten gestärkt und Effizienzpotenziale erschlossen werden.

Bezug zur Transformationsstrategie

Die Stärkung der Primärversorgung bildet das Fundament für alle weiteren Stufen der Strategie. Sie schafft die Basis für eine koordinierte, ressourcenschonende und digital gestützte Gesundheitsversorgung.

2.2.2 Verbesserung der Qualität von Versorgungsprozessen

Ausgangslage

Die sektorenübergreifende Zusammenarbeit im Gesundheitswesen ist häufig unzureichend koordiniert. Standardisierte Kommunikations- und Koordinationsprozesse zwischen Akteuren fehlen weitgehend, was regelmäßig zu Informationsverlusten und Verzögerungen führt.

Akteure und Zugangswege

Beteiligte Akteure sind Haus- und Fachärzte, Krankenhäuser, Reha-Einrichtungen und Krankenkassen. Die Informationsweitergabe erfolgt derzeit noch überwiegend papiergebunden oder telefonisch.

Herausforderungen

Der eingeschränkte Zugang zu Befunden und Rückmeldungen, fehlende digitale Standards und unpraktikable Kommunikationsinstrumente wie KIM (Kommunikation im Medizinwesen) oder TIM (TI-Messenger) hemmen die effiziente Versorgung. Datenschutzvorgaben und technische Hürden erschweren den Austausch zusätzlich.

Potenziale

Die Therapiesteuerungsplattform bietet die Möglichkeit, Prozesse zu standardisieren, Kommunikation zu digitalisieren und telemedizinische Funktionen in Regelprozesse zu integrieren. Disease-Management-Programme (DMP) können abgebildet und für intersektorale Zusammenarbeit geöffnet werden.

Bezug zur Transformationsstrategie

Eine verbesserte Prozessqualität ist das Rückgrat der Therapiesteuerung. Sie schafft Transparenz, verringert Reibungsverluste und stärkt die Patientensicherheit.

2.2.3 Früherkennung und Verhaltensprävention stärken

(Fallgruppe 0)

Ausgangslage

Bisher wird bei Risikogruppen mit ungesundem Lebensstil nicht frühzeitig mit präventiven Maßnahmen interveniert.

Akteure und Zugangswege

Hausärztinnen und Hausärzte, Betriebe, Kommunen und digitale Gesundheitsdienste spielen eine zentrale Rolle bei der Identifikation und Ansprache von Personen, die gefährdet sind, chronisch zu erkranken.

Herausforderungen

Präventionsangebote erreichen oft nicht die Zielgruppen mit dem höchsten Risiko. Fehlende Strukturen zur frühzeitigen Identifizierung und Motivation erschweren die Umsetzung.

Potenziale

Ein erheblicher Nutzen entsteht, wenn Risikogruppen mit ungesunder Lebensstilführung bereits frühzeitig in den Fokus präventiver Maßnahmen rücken – noch bevor manifeste chronische Erkrankungen auftreten. Früherkennung und Lebensstiländerung können über strukturierte Programme, digitale Screeningverfahren und intersektorale Kooperationen gestärkt werden. Schon geringe Reduktionen der

Inzidenz chronischer Erkrankungen können zu erheblichen Entlastungen bei den Gesundheitskosten führen, insbesondere durch weniger Behandlungsbedarf, reduzierte Komplikationen und geringere Hospitalisierungsraten.

Bezug zur Transformationsstrategie

Die Stärkung präventiver Ansätze in Fallgruppe 0 ist ein zentraler Hebel, um Krankheitslast und Pflegebedarf langfristig zu senken und die Transformationsstrategie nachhaltig zu verankern.

2.2.4 Verstärkte Unterstützung von Lebensstiländerungen

(Fallgruppen 0 und I)

Ausgangslage

Lebensstilinterventionen wie Ernährungsumstellung, Bewegung und Stressbewältigung sind hochwirksam, werden jedoch in der Versorgungspraxis selten genutzt.

Akteure und Zugangswege

Hausärztinnen und Hausärzte, nichtärztliche Fachkräfte und Gesundheitscoaches begleiten Patientinnen und Patienten in strukturierter Form.

Herausforderungen

Fehlende Strukturen zur Verstetigung von Lebensstilinterventionen, geringe Motivation der Betroffenen und unzureichende Vergütungssysteme behindern den Erfolg.

Potenziale

Wiederholte Beratung, digitale Begleitprogramme und niedrigschwellige Gruppenangebote können die Nachhaltigkeit von Lebensstiländerungen verbessern. Bonusprogramme durch Kostenträger können zusätzlich motivierende Effekte erzeugen.

Bezug zur Transformationsstrategie

Die Integration verhaltensorientierter Präventionsmaßnahmen in die Therapiesteuerungsplattform fördert Eigenverantwortung und Effizienz in der Primärversorgung.

2.2.5 Nutzung digitaler Interventionsmöglichkeiten

(Fallgruppen 0 und I)

Ausgangslage

Digitale Gesundheitsanwendungen (DiGA) und andere telemedizinische Interventionen gewinnen zunehmend an Bedeutung, um Patientinnen und Patienten aktiv in ihre Behandlung einzubinden. Sie ermöglichen eine kontinuierliche Begleitung, fördern Eigenverantwortung und unterstützen eine datenbasierte Versorgung. Digitale Angebote wie z. B. das Abnehmprogramm *Oviva* oder das Online-Therapieprogramm *HelloBetter* für psychische Gesundheit zeigen, dass niedrigschwellige, digitale Interventionen messbare Effekte auf Verhalten, Symptomatik und Lebensqualität erzielen können – insbesondere in frühen Krankheitsphasen oder bei präventivem Einsatz.

Akteure und Zugangswege

Hausärzte, Psychotherapeutinnen, nichtärztliche Gesundheitsfachkräfte und Krankenkassen sind zentrale Akteure bei der Auswahl, Verschreibung und Begleitung digitaler Interventionen. Patientinnen und Patienten nutzen die Anwendungen selbstständig, unterstützt durch Feedback, Erinnerungsmechanismen und Beratung. Die Integration kann über die Therapiesteuerungsplattform erfolgen, die DiGA-Daten strukturiert in Behandlungs- und Präventionspläne einbindet.

Herausforderungen

Trotz wachsender Akzeptanz bleiben die Nutzung und Wirksamkeit digitaler Angebote begrenzt. Häufig scheitern sie an mangelnder digitaler Gesundheitskompetenz, unzureichender Motivation oder technischer Komplexität. Studien zeigen, dass die Abbruchquoten bei digitalen Programmen ohne persönliche Begleitung hoch sind. Hinzu kommt, dass Ärztinnen und Ärzte digitale Interventionen oft nicht in ihre Behandlungsroutinen integrieren, da es an Rückmeldungen aus DiGA-Systemen mangelt oder diese unstrukturiert sind. Eine weitere Barriere besteht in der fehlenden Vergütungslogik für die ärztliche Begleitung und Auswertung digitaler Anwendungen.

Potenziale

Richtig eingesetzt können digitale Interventionsmöglichkeiten die Versorgung auf mehreren Ebenen verbessern durch:

- **Individuelle Begleitung:** KI-gestützte Systeme können Inhalte dynamisch an Motivation, Fortschritt und Gesundheitsstatus anpassen.
- **Verhaltensunterstützung:** Gamification-Elemente, Feedback-Schleifen und adaptive Reminder erhöhen die Nutzungsdauer und die Wirksamkeit.
- **Versorgungskoordination:** Über die Therapiesteuerungsplattform können Behandlerinnen und Behandler DiGA-Daten in Echtzeit einsehen, in den Therapieverlauf einbinden und Rückmeldungen geben.
- **Datenbasierte Steuerung:** Aggregierte Anwendungsdaten liefern wertvolle Hinweise für ein effektives Management der Bevölkerung (Population Health Management) und die gezielte Ansprache von Risikogruppen.

Bezug zur Transformationsstrategie

Die konsequente Integration digitaler Interventionsformen in die Therapiesteuerungsplattform ist ein zentraler Schritt zur Modernisierung der Primär- und Sekundärversorgung. Sie ermöglicht eine engere Verzahnung von Prävention, Therapie und Nachsorge, stärkt die Eigenverantwortung der Patientinnen und Patienten und schafft eine belastbare Datengrundlage für eine vorausschauende, populationsorientierte Versorgungssteuerung. Damit wird die digitale Intervention von einem ergänzenden Element zu einem tragenden Bestandteil der Gesamtstrategie — als Bindeglied zwischen Prävention, Therapie und Monitoring.

2.2.6 Nichtärztliche Gesundheitsberufe

(Fallgruppen 0 und I)

Ausgangslage

Nichtärztliche Gesundheitsberufe übernehmen zunehmend zentrale Aufgaben in der präventiven und therapeutischen Versorgung. In vielen Regionen sind sie bereits tragende Säulen der patientennahen Betreuung. Sie tragen wesentlich dazu bei, die hausärztliche Versorgung zu entlasten und

Versorgungskontinuität zu sichern – insbesondere bei chronisch erkrankten bzw. multimorbiden Patientinnen und Patienten.

Akteure und Zugangswege

Zu den relevanten Berufsgruppen zählen u. a. Ernährungsberater, Diabetescoaches, Physio- und Ergotherapeutinnen, Medizinische Fachangestellte mit Zusatzqualifikation (z. B. VERAH, NÄPA) sowie Gesundheits- und Präventionscoaches. Ihre Einbindung erfolgt meist über Hausarztpraxen oder über strukturierte Programme, zunehmend aber auch über digitale Plattformen und telemedizinische Beratungsformate.

Herausforderungen

Trotz ihres hohen Potenzials sind die Leistungen nichtärztlicher Gesundheitsberufe oft unterfinanziert und organisatorisch unzureichend integriert, wodurch insbesondere präventive Effekte und damit verbundene Entlastungen der Gesundheitskosten nicht ausgeschöpft werden. Qualifizierte Fachkräfte werden häufig nur projektbezogen eingesetzt, da bestehende Vergütungsstrukturen keine dauerhafte Refinanzierung ermöglichen. Hinzu kommt, dass Kommunikations- und Dokumentationsprozesse mit ärztlichen Leistungserbringern bislang kaum digital vernetzt sind.

Potenziale

Eine bessere strukturelle und technische Integration kann erhebliche Synergieeffekte freisetzen durch:

- **Interprofessionelle Zusammenarbeit:** Die gemeinsame Nutzung der Therapiesteuerungsplattform ermöglicht nichtärztlichen Gesundheitsfachkräften die strukturierte Dokumentation ihrer Leistungen und Abstimmung mit ärztlichen Behandlungspfaden.
- **Aufgabendelegation:** Routineaufgaben – wie Schulung, Monitoring oder Patientencoaching – lassen sich delegieren, ohne Qualitätseinbußen.
- **Kompetenzaufwertung:** Digitale Tools und Telekooperation erhöhen die Reichweite und Sichtbarkeit der nichtärztlichen Berufsgruppen.

Bezug zur Transformationsstrategie

Die systematische Einbindung nichtärztlicher Gesundheitsfachkräfte ist ein Schlüsselement der Therapiesteuerung. Sie schafft Effizienz, entlastet Ärztinnen und Ärzte und trägt zu einer patientenzentrierten, interprofessionellen Versorgung bei. Damit unterstützt sie unmittelbar das Ziel einer funktionsfähigen Primärversorgung.

2.2.7 Asynchrone Fallkommunikation – verbesserte und systematische Kommunikation zwischen Leistungserbringern

(Fallgruppen I und II)

2.2.7.1 Digitale Kommunikation in der Versorgung: fragmentierte Praxis statt integrierter Struktur

Ausgangslage

Die digitale Kommunikation zwischen Ärztinnen, Ärzten und weiteren Leistungserbringern im Gesundheitswesen ist bislang unzureichend strukturiert. Bestehende Systeme wie KIM (Kommunikation

im Medizinwesen) oder TIM (TI-Messenger) werden nur vereinzelt genutzt, da sie schwer integrierbar in den Praxisalltag sind.

Akteure und Zugangswege

Haus- und Fachärzte, Pflegefachkräfte und andere Gesundheitsberufe benötigen sichere, zeiteffiziente Kanäle zur fallbezogenen Abstimmung. Eine einheitliche Kommunikationsplattform ist Voraussetzung für interdisziplinäre Zusammenarbeit, insbesondere bei chronischen und komplexen Erkrankungen.

Herausforderungen

Die Praxis ist durch träge Prozesse, Informationsverluste aufgrund von Medienbrüchen und unzureichende technische Standards geprägt. Besonders in der Ambulanten Spezialfachärztlichen Versorgung (ASV) verhindern bürokratische Genehmigungswege eine zeitnahe Behandlung. Digitale Konsile finden selten statt, da angemessene Vergütungsmodelle fehlen und Datenschutzerfordernisse eine spontane Nutzung alternativer Kanäle (z. B. WhatsApp) verhindern.

Potenziale

Eine asynchrone Kommunikationslogik innerhalb der Therapiesteuerungsplattform kann die Kommunikation zwischen Leistungserbringern verbessern durch:

- **Sichere, standardisierte Messenger** mit Vergütungsoption für Konsile.
- **Integration ärztlicher und nichtärztlicher Beteiligter** in gemeinsame Fallräume.
- **Flexibilität in der Kommunikation**, da Rückfragen und Abstimmungen zeitversetzt bearbeitet werden können.
- **Strukturierte Dokumentation der Kommunikation** zur Nachvollziehbarkeit von Entscheidungen.

Bezug zur Transformationsstrategie

Die asynchrone Fallkommunikation verschiedener Fachdisziplinen und Akteure im Gesundheitswesen ist ein Kernmodul der digitalen Therapiesteuerung. Sie übersetzt den Gedanken der sektorenübergreifenden Kooperation in digitale Strukturen, die den Praxisalltag entlasten, Doppelarbeit reduzieren und die Prozessqualität innerhalb des Versorgungsablaufs verbessern.

2.2.8 Therapiesteuerung als Unterstützung der Behandlungskontinuität an den Schnittstellen zwischen den Sektoren

(Fallgruppen II und III)

2.2.8.1 Defizite bei der sektorenübergreifenden Versorgung

Ausgangslage

Die Schnittstellen zwischen stationärer und ambulanter Versorgung gehören zu den größten Schwachstellen des deutschen Gesundheitssystems. Informationsverluste, unklare Zuständigkeiten und verzögerte Entlasskommunikation führen häufig zu Versorgungsabbrüchen und erhöhtem Risiko für die Patientinnen und Patienten.

Akteure und Zugangswege

Beteiligt sind Hausärzte, Krankenhausärztinnen, Therapeuten, Pflege- und Rehaeinrichtungen, Apotheken und Sozialdienste. Der Informationsaustausch erfolgt meist noch analog oder per Fax, was zu Verzögerungen führt.

Herausforderungen

Wesentliche Patientendaten – etwa Medikationspläne, Laborwerte oder Nachsorgeempfehlungen – werden nicht oder zu spät übermittelt. Bei multimorbiden Patienten kann dies schwerwiegende Folgen haben, etwa falsche Medikation oder doppelte Untersuchungen. Im umgekehrten Fall einer akuten Hospitalisierung fehlen ambulant erfasste Daten.

Potenziale

Die Therapiesteuerungsplattform kann sektorenübergreifende Übergänge strukturiert abbilden durch:

- **Zentrale Fallakten**, in denen alle relevanten medizinischen, pflegerischen und therapeutischen Daten gebündelt werden.
- **Standardisierte Übergabeprozesse**: Elektronische Entlassbriefe und Medikationspläne stehen in Echtzeit bereit.
- **Benachrichtigungsfunktionen**: Akteure werden automatisch über Statusänderungen im Behandlungsprozess informiert.
- **Anschlussfähigkeit an Primär- und Sekundärsysteme** über interoperable Schnittstellen.

Bezug zur Transformationsstrategie

Die Sicherstellung der Behandlungskontinuität im Sektorenübergang ist einer der zentralen Anwendungsfälle der Therapiesteuerung. Sie operationalisiert das Ziel, aus fragmentierten Versorgungssträngen einen durchgängigen Versorgungspfad zu schaffen.

2.2.9 Einsatz von Telemedizin

(Besonders relevant für Fallgruppe III/multimorbide Patienten)

Ausgangslage

Telemedizin ist ein entscheidender Hebel, um Versorgungslücken insbesondere bei chronisch kranken, immobilen oder in Pflegeeinrichtungen betreuten Patientinnen und Patienten zu schließen. Während die hausärztliche Versorgung in vielen Regionen stabil ist, bestehen vor allem bei der fachärztlichen Betreuung deutliche Defizite.

Akteure und Zugangswege

Haus- und Fachärzte, Pflegefachkräfte und Telemedizinzentren sind zentrale Akteure. Über die Therapiesteuerungsplattform kann eine telemedizinische Verbindung zwischen Hausarztpraxen, Pflege und Fachversorgung geschaffen werden.

Herausforderungen

Fehlende rechtliche Rahmenbedingungen, uneinheitliche Vergütungsstrukturen und mangelnde technische Integration verhindern bisher eine flächendeckende, sodass Potenziale zur Verbesserung des Versorgungszugangs, zur frühzeitigen Intervention und zur Entlastung der Gesundheitskosten nicht ausgeschöpft werden. Auch Akzeptanzprobleme bei älteren Patientinnen und Patienten bremsen die Entwicklung.

Potenziale

Telemedizinische Verfahren können den Zugang zur Versorgung deutlich verbessern durch:

- **Virtuelle Konsile und Videosprechstunden**, die die Koordination von Arztterminen und den Zeitaufwand für persönliche Praxisbesuche reduzieren.
- **Telemonitoring**, das eine engmaschige Beobachtung chronischer Verläufe ermöglicht.
- **Aufgabenteilung mit Pflege und CHN** (Community Health Nurses), die die Handlungsmöglichkeiten erweitert.
- **Integration von Vitaldaten und Scores** in die Therapiesteuerungsplattform, die eine automatisierte Risikobewertung ermöglicht.

Bezug zur Transformationsstrategie

Telemedizinische Versorgung ist kein Zusatzangebot, sondern integraler Bestandteil der Therapiesteuerung. Durch ihre Einbindung in die Plattform wird sie systematisch skalierbar, rechtssicher und ökonomisch tragfähig – besonders für multimorbide Patienten, die von einer durchgängigen Betreuung am meisten profitieren.

3 Digitale Transformation im Ökosystem

Die in Kapitel 2 beschriebenen versorgungsinhaltlichen Schwerpunkte der Transformationsstrategie „Virtuelles Team für die Therapiesteuerung“ bilden den konzeptionellen Rahmen für eine moderne, integrierte und digital gestützte Versorgungslogik. Sie zeigen auf, wie sich die Versorgung chronisch erkrankter bzw. multimorbider Patientinnen und Patienten durch strukturierte Prozesse, abgestimmte Rollen und gemeinsame technische Grundlagen systematisch verbessern lässt.

Kapitel 3 überführt diese inhaltlichen Grundlagen nun in die Ebene der operativen Umsetzung. Es beschreibt, wie die Prinzipien der Therapiesteuerung, Kommunikation, Koordination, Kontinuität und Prävention durch digitale und organisatorische Module konkretisiert werden. Damit wird sichtbar, wie aus der strategischen Fallgruppenlogik eine funktionale Systemarchitektur entsteht, die eine sektorenübergreifende Zusammenarbeit technisch unterstützt und die Patient Journey digital abbildet.

Im Zentrum steht die Frage, wie die Versorgung entlang typischer Behandlungsphasen und Patientengruppen technisch unterstützt und organisatorisch vernetzt werden kann. Die in Kapitel 3 dargestellten **Transformationsmodule (M-Module)** dienen dabei als methodische Bausteine, um die zuvor beschriebenen Versorgungsideen mess-, steuer- und skalierbar zu machen.

So entsteht aus der inhaltlichen Konzeption ein konkretes digitales Ökosystem der Therapiesteuerung, das die Grundlage für die technische und ökonomische Implementierung bildet, wie in Kapitel 4 bzw. 5 dargelegt.

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, bei chronischen Erkrankungen und 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

Abbildung 8: Übersicht prozessbezogener Module



Quelle: _fbeta GmbH

digitale Ergänzungen (Expertensysteme) oder systemübergreifende Intermediärstrukturen (Plattformen) können Fragmentierung abgebaut, Versorgungskontinuität gefördert und sektorenübergreifende Leistungsfähigkeit gesteigert werden.

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).

Bevor die konkreten Maßnahmen der Therapiesteuerung entwickelt werden, erfolgt eine vertiefte Betrachtung der Wertschöpfung entlang der therapeutischen Kernprozesse. Diese Analyse bildet die konzeptionelle Brücke zwischen den im Sprint I (Potenzialanalyse) identifizierten Potenzialen und der anschließenden systemischen Umsetzung.

Die Betrachtung der Wertschöpfungsketten macht sichtbar, an welchen Stellen entlang des Versorgungspfades Mehrwert entsteht, für Patientinnen und Patienten, Behandlerinnen und Behandler sowie das Versorgungssystem insgesamt. Sie ermöglicht es, die in den Modulen beschriebenen Funktionsdefizite in eine Prozesslogik zu überführen und die Effekte digitaler Interventionen gezielt zu verorten.

Auf dieser Grundlage kann die Therapiesteuerung nicht nur technologisch, sondern auch organisatorisch so ausgerichtet werden, dass sie sektorenübergreifend wirkt und eine durchgängige Behandlungs- und Betreuungskontinuität sicherstellt.

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

Strukturell lassen sich die 15 M-Module¹ 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 Mensch und Technik fungieren. Die übrigen fünf 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 1.2.1.4) beschriebenen Systematik (Versorgungs-, Organisations-, Technik- und Kontraktmodule) entwickelt, sind jedoch spezifisch für die Transformationsstrategie „Virtuelles Team für die Therapiesteuerung“ ausgestaltet. Sie übertragen das modulare Transformationsprinzip auf die koordinierte, digital gestützte Steuerung von Therapien chronisch erkrankter Menschen und adressieren die besonderen Anforderungen an interprofessionelle Zusammenarbeit, Informationsintegration und Kontinuität der Versorgung.

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
<i>Pfadbezogene Module</i>			
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
<i>Querschnittsmodule</i>			
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.	Modulname	Priorität
<i>Pfadbezogene Module</i>		
M-1	Früherkennung und Vorsorge	x
M-2	Assessment, Fallklärung, Erstdiagnose und Erstveranlassung	x
M-3	Finanzierungsnavigation bevorstehender Leistungen	
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
<i>Querschnittsmodule</i>		
M-9	Passive Vernetzung (Akte) von wesentlichen Leistungserbringern mit Patienten	
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 „Chronische Erkrankungen“ 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 Rechnung tragen, sondern auch mit den akteursseitigen, organisatorischen und vertraglichen Lösungsvorschlägen harmonisieren.

Für die Versorgung von Chronikern empfiehlt das Projekt „Leistungsstarke Gesundheitsregionen“ drei aufeinander aufbauende Zuschnitte der M-Module, die zugleich drei aufeinander aufbauende

² Zur Abgrenzung der Fallgruppen und den Bezügen zur Transformationsstrategie siehe Kapitel 2.

Entwicklungsstufen einer plattformbasierten IT-Systemlandschaft für das regionale Ökosystem anstoßen.

Der **erste Zuschnitt** richtet sich vorrangig an Menschen mit Risikofaktoren sowie an Chroniker in der Erstdiagnose oder mit niedrigem Schweregrad (Fallgruppe 0 und I). Die Umsetzung erfolgt durch den Aufbau einer plattformbasierten IT-Systemlandschaft, die Früherkennung, Assessment und Gesundheitsförderung eng miteinander verknüpft. Schwerpunkte liegen in der Verzahnung von Prävention und hausärztlicher Versorgung, der Integration digitaler Leistungen zur Wissensvermittlung und der Unterstützung bei der Umsetzung von Therapieplänen. Prozessual und technisch stehen die M-Module M-1, M-2, M-4 und M-6 im Fokus.

Mit diesem Zuschnitt werden konkrete technische Potenziale adressiert – etwa digitale Früherkennungs- und Screeningtools, eLearning- und eCoaching-Plattformen – zur Unterstützung eines gesundheitsfördernden Lebensstils, Feedbacksysteme zu Präventionsmaßnahmen, digitale Programme für Selbsthilfegruppen sowie Workflow-Unterstützungssysteme für den Übergang in interprofessionelle Diagnostikepisoden. Diese Services sind Teil einer Therapiesteuerungsplattform, die das technische Fundament für die nachfolgenden Zuschnitte darstellt.

Der **zweite Zuschnitt** adressiert schwer chronisch kranke Menschen – oft mit Multimorbidität – sowie an Chroniker mit regelhaftem Bedarf an fachärztlicher Versorgung (Fallgruppe II). Ein zentraler Baustein ist dabei das kontinuierliche Monitoring, das es ermöglicht, Krankheitsverläufe eng zu begleiten, Risiken frühzeitig zu erkennen und Behandlungsmaßnahmen zeitnah anzupassen. Ergänzend werden Sicherheitsmechanismen und telemedizinische Anbindungen geschaffen, um insbesondere in kritischen Phasen eine schnelle und abgestimmte Reaktion aller beteiligten Akteure zu ermöglichen. Prozessual und technisch liegt der Schwerpunkt auf den M-Modulen M-5, M-7, M-11, M-12 und M-14n.

Mit diesem Zuschnitt werden insbesondere digitale Architekturen für multimodale Monitoringlösungen verlangt, die sich mit Fallmanagement- und Fallkommunikationsservices der Therapiesteuerungsplattform technisch verzahnen. Workflowsysteme koordinieren den schnellen, strukturierten Austausch zwischen Haus- und Fachärzten sowie ambulanten Pflegediensten. Telemedizinische Services (Videosprechstunden, Telekonsile) ermöglichen schnelle, ortsentkoppelte Hilfe und werden über eine Versorgungszugangsplattform vermittelt.

Der **dritte Zuschnitt** konzentriert sich auf die Integration stationärer Versorgungsepisoden in die kontinuierliche Betreuung von schwerwiegend chronisch kranken und multimorbiden Patientinnen und Patienten. Ziel ist es, stationäre Behandlungsphasen nicht als isolierte Ereignisse, sondern als integralen Bestandteil einer durchgängigen, plattformgestützten Versorgungskette zu gestalten. Dabei ist die horizontale Erweiterung von Fall- und Workflowmanagement um die klinischen Akteure (inkl. telekooperative Strukturen) entscheidend. Prozessual und technisch liegt der Schwerpunkt auf den M-Modulen M-11, M-12, M-7, M-14 und M-8.

Mit diesem Zuschnitt werden telemedizinische Kooperationssysteme gefordert, die eine lückenlose Fallkommunikation zwischen stationärer und ambulanter Versorgung sichern. Workflowsysteme koordinieren komplexe Falllagen durch ggf. mehrere Sektorenübergänge. Gekoppelte Expertensysteme zur Ressourcensteuerung ermöglichen eine schnelle Reaktion auf akute Anlässe. Der funktionale und technische Umfang der Plattformen Therapiesteuerung und Versorgungszugang müssen für diesen Zuschnitt am weitesten ausgebaut sein.

3.2 Wertschöpfung der wesentlichen Prozesse zwischen Akteuren im Ökosystem

Das modulare Maßnahmen- und Strukturkonzept der Therapiesteuerung, das im Rahmen der konzeptionellen Weiterentwicklung der sektorenübergreifenden Versorgung chronisch Erkrankter entwickelt wurde, ist in Abbildung 9 dargestellt. Sie veranschaulicht die Verknüpfung von fallgruppenspezifischen Versorgungsszenarien mit funktionalen und organisatorischen Querschnittselementen, die das Gesamtgerüst einer modernen, digital gestützten Versorgungsarchitektur bilden.

Im Zentrum steht die hausärztlich koordinierte Versorgung, die als kontinuierlicher Ankerpunkt für Patientinnen und Patienten fungiert. Der digitale Therapieplan ist hier das zentrale Steuerungsinstrument: Er bündelt medizinische Informationen (Anamnese, Befunde, Medikation), definiert Behandlungsziele und dokumentiert präventive sowie therapeutische Maßnahmen. Über die zentrale Therapiesteuerungsplattform wird der Therapieplan zwischen allen beteiligten Akteuren geteilt und fortgeschrieben. Das führt zu einer Verbesserung der Koordination, und Vermeidung von Doppelstrukturen werden. Patienten ermöglicht es eine nachvollziehbare Orientierung über ihren gesamten Behandlungspfad hinweg.

Um dieses Kernsystem herum gruppieren sich die **Fallgruppen 0 bis III** (siehe auch Tabelle 4), die verschiedene Versorgungssituationen chronisch erkrankter Menschen abbilden:

- **Fallgruppe 0** richtet den Fokus auf Risikopersonen und Patienten in frühen Krankheitsstadien. Ziel ist es, Prävention, Eigenverantwortung und Gesundheitskompetenz frühzeitig zu stärken, um Krankheitsprogression zu vermeiden.
- **Fallgruppe I** umfasst Patienten mit gelegentlichem fachärztlichem Unterstützungsbedarf, bei denen gezielte digitale Kooperationsstrukturen zwischen Haus- und Fachärzten im Vordergrund stehen.
- **Fallgruppe II** adressiert komplex chronisch Erkrankte mit hohem Steuerungsbedarf. Hier werden sektorenübergreifende Abstimmungsmechanismen, Telekonsile und digitale Monitoringprozesse besonders relevant.
- **Fallgruppe III** bezieht Patientinnen und Patienten ein, die regelmäßig oder dauerhaft auf stationäre Leistungen angewiesen sind. In diesem Bereich liegt der Fokus auf der Integration ambulanter Expertise in den stationären Prozess sowie auf der Sicherstellung von Behandlungskontinuität über Entlass- und Übergangssituationen hinweg.

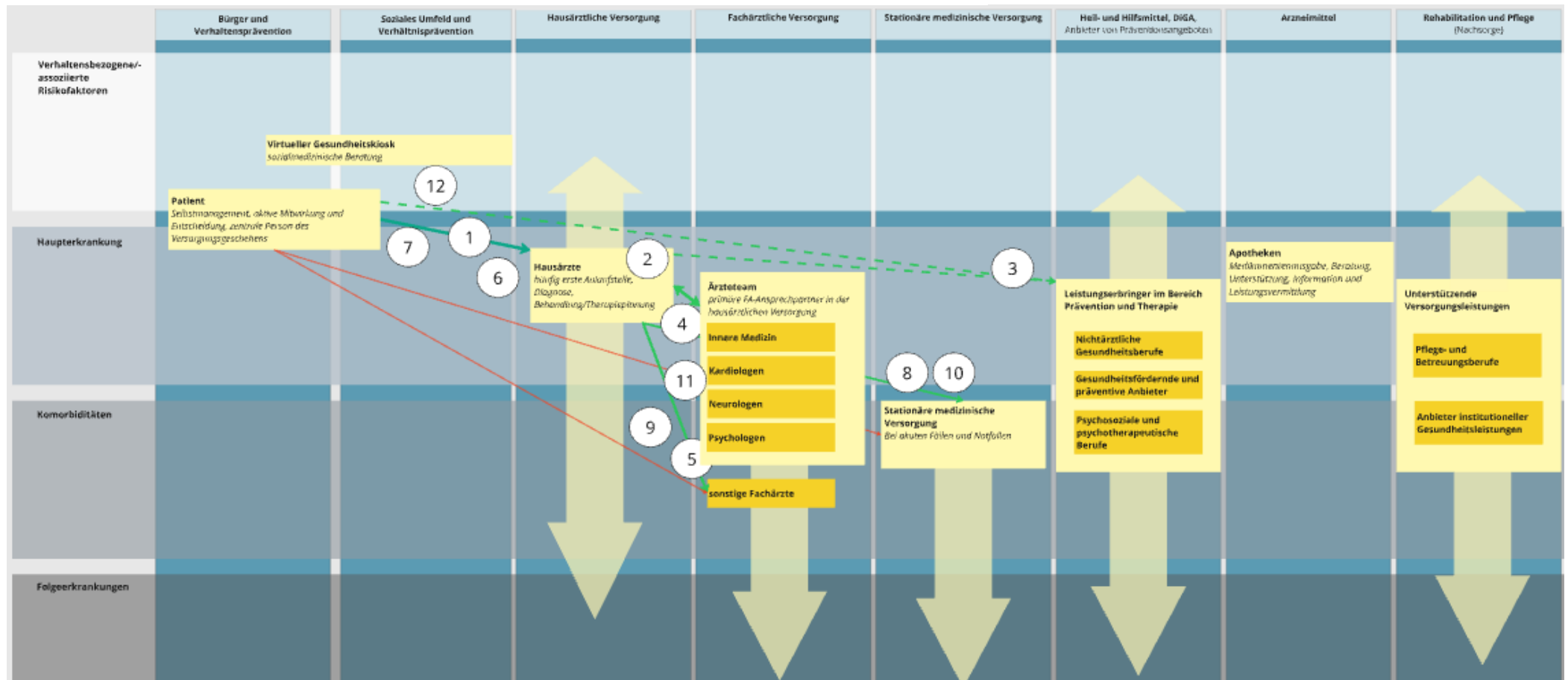
Das Ökosystem macht deutlich, dass die Fallgruppen nicht isoliert nebeneinanderstehen, sondern nach Schweregrad aufeinander aufbauen, von Fallgruppe 0 bis Fallgruppe III. Die Therapiesteuerung ist so ausgelegt, dass Patienten bei Änderungen in Krankheitsverläufen flexibel zwischen den Gruppen überführt werden können, ohne dass die Versorgungskoordination abreißt.

Außer den fallgruppenspezifischen Modulen zeigt Abbildung 9 auch bereichsübergreifende Elemente, die für alle Versorgungssituationen von Bedeutung sind. Dazu zählen insbesondere die funktionalen Module 9 und 10, die keine Maßnahmen im engeren Sinne darstellen; sie sind über alle Fallgruppen wirksam und bilden das organisatorische und technische Rückgrat der digitalen Therapiesteuerung. Sie sichern Prozessintegration, Dateninfrastruktur und Systemkoordination. Hinzu kommt die Maßnahme 12, die übergreifende Steuerungsbedarfe im Versorgungssystem adressiert und damit die Gesamtarchitektur stabilisiert.

Eine besondere Stellung nimmt die Maßnahme 11 („Telekonsile in der ambulanten, hausärztlich koordinierten Versorgung“) ein. Ihre ursprünglich nachgeordnete Position im Maßnahmenraster wurde im Zuge eines Technik-Workshops im Rahmen des LeiG-Projekts neu bewertet und im Konzept priorisiert.

Telekonsile ermöglichen eine schnelle, strukturierte und digital abgesicherte Einbindung fachärztlicher Expertise in die hausärztliche Versorgung. Sie sind damit als Schlüsselmechanismus, um eine sektorenübergreifende Zusammenarbeit im Alltag tatsächlich wirksam zu machen.

Abbildung 9: Ökosystem: Leistungstärke auf Ebene der Organisation und Technologie



Quelle: _fbeta GmbH

Tabelle 4: **Modulare Struktur der Maßnahmen in der Strategie Therapiesteuerung**

Fallgruppe	Potenzial	Maßnahme
Grundlagen für die Therapiesteuerung		
Fallgruppe 0 – Personen mit Risikofaktoren und Chroniker bei Erstdiagnose und/oder mit niedrigem Schweregrad	Integration der Betroffenen in den Therapieplan, Orientierung über den Behandlungspfad	1. Digitaler Therapieplan
	Unterstützung von Adhärenz, Organisation	2. Therapie-Coach
	Verzahnung von Prävention und Behandlung	3. Präventive Angebote
Kooperation und telemedizinische Anbindung		
Fallgruppe I und II –Patienten mit gelegentlichem oder häufigem Bedarf an fachärztlicher Versorgung	Zusammenarbeit bei Interventionsplanung	4. Abstimmung Haus-/Fachärzte
	Interdisziplinäre, teamgestützte Versorgung	5. Versorgung komplexer Patienten
	Schnelle Einbindung von Fachärzten	11. Telekonsile (ambulant)
	Frühzeitige Reaktion, Vermeidung von Eskalationen	6. Monitoring
	Versorgung im häuslichen Umfeld	7. Tele-Hausbesuche
Organisation von schweren Fällen		
Fallgruppe III –Patienten mit regelmäßigem oder häufigem Bedarf an stationärer Versorgung	Dispatching, Vermeidung von Eskalationen	8. Lenkung akuter Versorgung
	Primärversorgung, multiprofessionelle Teams	9. Regionale Versorgungseinheiten

	Kontinuität stationäre/ambulante Versorgung	10. Einbindung ambulant tätiger Ärzte in den stationären Prozess
	Zugang und Navigation in die Versorgung	
Ohne Fallgruppenbezug	Lotsenfunktion, niedrighschwelliger Zugang	12. Virtueller Gesundheitskiosk
		Quelle: _fbeta GmbH

Zur konzeptionellen Weiterentwicklung der sektorenübergreifenden Versorgung chronisch erkrankter Menschen wurde im Themenfeld „Therapiesteuerung“ ein modular aufgebautes Maßnahmen- und Strukturkonzept erarbeitet. Grundlage bildeten umfangreiche Analysen regionaler Versorgungsdaten sowie die Ergebnisse aus fachlich begleiteten Workshops und Expertensitzungen. Dabei wurden die Versorgungssituationen entlang definierter Fallgruppen strukturiert, Bedarfe identifiziert und darauf aufbauend konkrete Maßnahmen sowie technische und organisatorische Module entwickelt.

Thematische Blöcke der Therapiesteuerung

Analog zur Struktur im Bereich Pflege basiert auch die Ausgestaltung der Therapiesteuerung auf thematischen **Versorgungsblöcken**, die jeweils einer spezifischen **Fallgruppe** zugeordnet sind. Diese Fallgruppen bilden typische Versorgungssituationen chronisch kranker Menschen ab – von leichten Verlaufsformen mit Präventionsbedarf bis hin zu Patienten mit regelmäßigem oder häufigem stationären Versorgungsbedarf. Jeder Block umfasst dabei gezielte Maßnahmen, die entlang der Versorgungspfade wirken und durch geeignete digitale Werkzeuge sowie vertragliche und organisatorische Rahmenbedingungen flankiert werden.

Zentrales Ziel der Konzeption ist es, durch gezielte digitale, organisatorische und präventive Interventionen eine kontinuierliche, abgestimmte und wirksame Versorgung über alle Sektoren hinweg zu gewährleisten. Die verschiedenen Maßnahmenblöcke und funktionalen Module bilden gemeinsam das Rückgrat einer modernen Therapiesteuerung, die sowohl die individuellen Patientenbedarfe als auch die Systemeffizienz in den Blick nimmt.

Die in diesem Kapitel dargestellten Inhalte basieren auf der strukturierten Auswertung der Workshops und Expertengespräche im Rahmen der Konzeptionsphase Sprint II

sowie auf einer tiefgehenden Analyse aktueller Versorgungsdefizite. Sie zeigen, in welchen Aspekten die bestehenden Versorgungspfade erweitert, verbessert oder neu strukturiert werden müssen, und bilden die Grundlage für die weitere Ausgestaltung der Transformationsstrategie im Bereich der Therapiesteuerung.

3.3 Fallgruppe 0 – Menschen mit Risikofaktoren und Chroniker bei Erstdiagnose und/oder mit niedrigem Schweregrad

Die Fallgruppe 0 adressiert Personen mit erhöhtem Gesundheitsrisiko oder einer beginnenden chronischen Erkrankung im frühen Stadium. Es handelt sich überwiegend um Patientinnen und Patienten mit ersten Auffälligkeiten oder Risikofaktoren – etwa Bluthochdruck, erhöhter Blutzuckerspiegel, Übergewicht oder Bewegungsmangel –, die aber bislang weitgehend selbstständig leben und keine komplexen Versorgungsstrukturen benötigen. Auch Patienten mit einer frischen Erstdiagnose und stabiler Ausgangslage fallen in diese Kategorie.

Kennzeichnend ist, dass die Erkrankung oder Risikolage grundsätzlich gut beeinflussbar ist – vorausgesetzt, es gelingt, die Betroffenen frühzeitig, gezielt und strukturiert in den Versorgungsprozess einzubinden. In dieser Phase kann die Grundlage für eine stabile Krankheitsverarbeitung, eine gesunde Lebensführung und die Vermeidung von Krankheitsverschärfungen gelegt werden. Die Patienten sind oftmals in der Lage, eigenverantwortlich zu handeln, benötigen dafür aber geeignete Informationen, kontinuierliche Begleitung und klare Strukturen.

Im Zentrum der Versorgung steht die Hausarztpraxis als primärer Ansprechpartner, mit der ein regelmäßiger, strukturierter Austausch erfolgt. Gleichzeitig geht es darum, die Eigenverantwortung der Patienten zu stärken und Prävention als festen Bestandteil der Behandlung wirksam zu machen.

Die drei in dieser Fallgruppe verorteten Maßnahmen verfolgen deshalb ein abgestimmtes Zielsystem:

- **Maßnahme 1** schafft mit einem digitalen, interdisziplinär abgestimmten Therapieplan eine gemeinsame Grundlage für die Behandlung und Förderung der Gesundheitskompetenz.
- **Maßnahme 2** unterstützt durch den Einsatz von Therapie-Coaches die nachhaltige Umsetzung von Therapie- und Präventionszielen im Alltag.
- **Maßnahme 3** bindet strukturierte Präventionsangebote systematisch in die hausärztlich koordinierte Versorgung ein – von der Früherkennung bis zur zielgerichteten Intervention.

Dadurch entsteht ein Versorgungskonzept, das Früherkennung, Eigenverantwortung, Adhärenz und präventive Steuerung miteinander verbindet. Es wirkt sowohl individuell stabilisierend als auch systemisch entlastend, indem es spätere Komplikationen und aufwendige Behandlungen vermeidet.

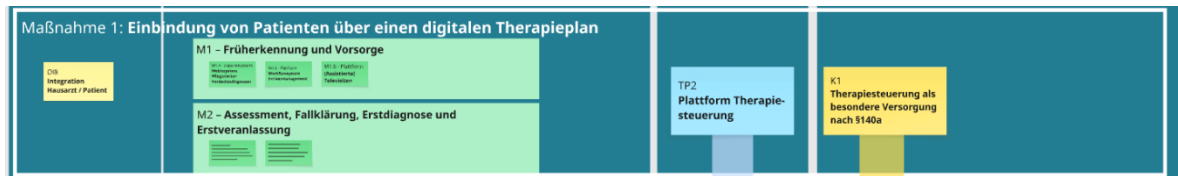
Abbildung 10: Maßnahmen 1 – 3 im Ökosystem



Quelle: _fbeta GmbH

3.3.1 Einbindung von Patienten über einen digitalen Therapieplan

Abbildung 11: **Maßnahme 1**



Quelle: _fbeta GmbH

3.3.1.1 Herleitung auf Basis von Defiziten und Potenzialen

Ein zentrales strukturelles Defizit in der aktuellen Versorgung chronisch Erkrankter ist die mangelnde Koordination zwischen verschiedenen medizinischen und therapeutischen Fachrichtungen. Die Behandlung erfolgt häufig fragmentiert, sektoral getrennt und indikationsspezifisch, wodurch Risiken wie Polypharmazie, doppelte Diagnostik, fehlende Prävention und ineffiziente Abläufe entstehen.

Vor allem im Bereich der Sekundär- und Tertiärprävention fehlt eine verbindliche Integration der Patienten in bestehende Versorgungspfade. Die therapeutischen Maßnahmen – insbesondere nicht-medikamentöse Interventionen wie Bewegungs- und Ernährungstherapien oder psychosoziale Unterstützung – werden selten zusammengeführt und aufeinander abgestimmt. Damit fehlt es an einem gemeinsamen Steuerungsinstrument, das Patienten und Behandler entlang klarer Ziele begleitet.

Gleichzeitig zeigen Studien, dass ein gemeinsamer, transparenter Therapieplan, der in den Alltag der Patienten eingebettet wird, erheblich zur Verbesserung der Behandlungsqualität, Eigenverantwortung und Zielerreichung beitragen kann.

3.3.1.2 Maßnahmenbeschreibung

Ziel dieser Maßnahme ist die **Einführung eines digital gestützten Therapieplans**, der von Hausarzt/primärbehandelnder Arzt und Patient gemeinsam geführt und kontinuierlich angepasst wird. Der Plan dokumentiert nicht nur medizinische Befunde und Verordnungen, sondern auch präventive Maßnahmen, individuelle Gesundheitsziele und relevante organisatorische Abläufe.

Die Hausarztpraxis übernimmt die medizinische Steuerung des Plans, unterstützt durch medizinisches Fachpersonal. Über die **digitale Therapiesteuerungsplattform** wird der Plan technisch umgesetzt und mit bestehenden Systemen wie der elektronischen Patientenakte (ePA) und Praxisverwaltungssystemen (PVS) verknüpft.

Die organisatorische und technische Umsetzung des Plans erfordert entsprechende Schulungen der Beteiligten sowie eine erweiterte Vergütungsstruktur, z. B. über Ziffernregelungen.

3.3.1.3 Zusätzlicher (Versorgungs-)Nutzen

Die Maßnahme schafft einen Paradigmenwechsel in der Versorgung chronisch kranker Patientinnen und Patienten, indem sie den Fokus von der reinen Krankheitsbehandlung hin zu einem systematischen Gesundheitsmanagement verschiebt. Durch die konsequente Nutzung des digitalen Therapieplans wird die Transparenz über Behandlungsziele, Verantwortlichkeiten und den individuellen Versorgungsstand deutlich erhöht. Patienten erhalten so einen nachvollziehbaren Fahrplan für ihre Behandlung und werden aktiv in Entscheidungsprozesse eingebunden. Dies stärkt die Gesundheitskompetenz und Eigenverantwortung, verbessert die Adhärenz und ermöglicht eine koordinierte Umsetzung präventiver und therapeutischer Maßnahmen im Alltag. In Summe führt die Maßnahme zu einem neuen Rollenmodell zwischen Patienten und Arzt.

Gleichzeitig profitieren auch Leistungserbringer: Der gemeinsame Therapieplan schafft eine verbindliche Struktur, in der Informationen effizient weitergegeben und Entscheidungen auf einer einheitlichen Datengrundlage getroffen werden können. Die Vermeidung redundanter Maßnahmen, die frühzeitige Reaktion auf Abweichungen im Krankheitsverlauf sowie der strukturierte Austausch zwischen Ärzten, Patienten und weiteren Akteuren führen zu einem nachhaltig verbesserten Versorgungskonzept. Der digitale Therapieplan wird damit zu einem zentralen Werkzeug der Therapiesteuerung, das über alle Versorgungsstufen hinweg wirkt.

3.3.1.4 Akteure

Patient (und ggf. Angehörige oder Betreuer)

Status quo (Handlungsfelder/Strukturen)

- Bisher überwiegend passive Empfänger von mündlichen Hinweisen zu Krankheitsverhalten, Medikamentenverordnungen und weiteren veranlassten Leistungen
- Unsystematische Rückmeldungen, meist nur bei akuten Problemen oder Kontrollterminen
- Häufig fehlende Transparenz über Therapieziele und Behandlungsschritte

Zukünftig

- Direkter Zugang zum digitalen Therapieplan zum Einsehen von Informationen, zur Nachverfolgung von Behandlungsschritten und Dokumentation eigener Beobachtungen
- Aktive und strukturierte Einbindung in die Therapieplanung durch das **Organisationsmodul OI8 „Integration Hausarzt/Patient“**
- Stärkung der Eigenverantwortung, Gesundheitskompetenz und Therapietreue

Hausarzt/primärbehandelnder Arzt

Status quo (Handlungsfelder/Strukturen)

- Koordination der Behandlung meist über papierbasierte Pläne oder nicht interoperable Systeme
- Fragmentierte Abstimmung mit Fachärzten und Patienten
- Häufung von Doppeluntersuchungen und Informationsverlusten

Zukünftig

- Übernahme der medizinischen Gesamtsteuerung des digitalen Therapieplans
- Erstellung, Aktualisierung und Teilen des digitalen Therapieplans mit allen Beteiligten
- Zeitnahe Anpassung von Therapieentscheidungen über strukturierte Rückmeldungen
- Stärkung der Rolle als zentraler Koordinator über das **Organisationsmodul O18 „Integration Hausarzt/Patient“**, das eine sektorenübergreifende Abstimmung ermöglicht

Medizinisches Fachpersonal/Versorgungsassistenzen

Status quo (Handlungsfelder/Strukturen)

- Bisher nur punktuelle Unterstützung der Patienten, z. B. bei Organisation oder Dokumentation
- Kaum Verknüpfung von Schulungs- und Beratungsaufgaben mit der Therapieplanung

Zukünftig

- Unterstützung der Patienten bei der Dokumentation und Fortschreibung des Therapieplans
- Durchführung von Schulungen und Informationsangeboten für Patienten
- Engere Begleitung der Patienten im Alltag und Schnittstellenfunktion zwischen Arzt und Patient
- Professionalisierung und Stärkung nicht-ärztlicher Fachkräfte (Therapie-Coaches) in der Primärversorgung über das **Organisationsmodul O18 „Integration Hausarzt/Patient“**

Plattformanbieter

Status quo (Handlungsfelder/Strukturen)

- Fragmentierte IT-Systeme, die nicht sektorenübergreifend nutzbar sind
- Parallelllaufen unterschiedlicher Patientenakten und mehrerer IT-Systeme in Arztpraxen

Zukünftig

- Betrieb einer integrierten Therapiesteuerungsplattform
- Zusammenführung von Patientendaten, Arztbefunden und Dokumentationen
- Sicherstellung von Schnittstellen, Datenschutz und Benutzerfreundlichkeit
- Schaffung der technischen Grundlage für die direkte Zusammenarbeit zwischen Arzt und Patient im Rahmen des **Organisationsmoduls O18 „Integration Hausarzt/Patient“**

Weiterbildung/Schulungen für Hausärzte und medizinisches Fachpersonal

Status quo (Handlungsfelder/Strukturen)

- Unregelmäßig Schulungen zu digitalen Anwendungen
- Oft Beschränkung der Inhalte auf einzelne Softwarelösungen
- Digitale Kompetenz ist heterogen ausgeprägt.

Zukünftig

- Einführung strukturierter, kontinuierlicher Weiterbildungsprogramme
- Vermittlung von Technik, organisatorischen Abläufen und Vergütungslogik
- Einbeziehung von Lebensstilfaktoren zur ganzheitlichen Patientenversorgung
- Gezielte Stärkung digitaler Kompetenzen im Umgang mit dem Therapieplan über das **Organisationsmodul O18 „Integration Hausarzt/Patient“**

Anbieter von Präventionsleistungen (z. B. Physiotherapeuten, Ernährungsberaterinnen, Psychologen, Gesundheitscoaches)

Status quo (Handlungsfelder/Strukturen)

- Erbringen von Präventionsleistungen meist separat und ohne strukturelle Anbindung an den ärztlichen Behandlungsprozess
- Häufiges Fehlen oder nur punktuelle Übermittlung von Informationen zu Therapieplänen, Behandlungszielen oder medizinischen Befunden
- Überwiegend informelle Kommunikation, ohne digitale Schnittstellen, mit Hausärzten und Patienten
- Doppelstrukturen, unkoordinierte Maßnahmen und eine begrenzte Wirksamkeit präventiver Interventionen

Zukünftig

- Einbindung der Anbieter von Präventionsleistungen in den gemeinsamen Therapieplan über die digitale Therapiesteuerungsplattform
- Zugang zu relevanten Informationen (z. B. Gesundheitsziele, ärztliche Vorgaben, Verlaufsergebnisse) und Dokumentation eigener Maßnahmen über die Plattform
- Abgestimmte Umsetzung nicht-medikamentöser Interventionen wie Bewegungs- und Ernährungstherapien, Stressmanagement oder psychosoziale Unterstützung der Patienten
- Aktive Unterstützung des Therapieverlaufs über strukturierte Rückmeldungen an Arzt und Patient
- Förderung einer ganzheitlichen, sektorenübergreifenden Betreuung der Patienten und Erhöhung der Wirksamkeit präventiver Maßnahmen im Alltag über das **Organisationsmodul O18 „Integration Hausarzt/Patient“** als verbindliche Schnittstelle zwischen ärztlicher Versorgung und präventiven Angeboten

3.3.2 Therapie-Coach in der hausärztlichen Versorgung

Abbildung 12: **Maßnahme 2**



3.3.2.1 Herleitung auf Basis von Defiziten und Potenzialen

Ein zentrales Hindernis für den langfristigen Behandlungserfolg chronisch kranker Patientinnen und Patienten ist die unzureichende Adhärenz. Sowohl bei medikamentösen Therapien als auch bei verhaltensorientierten Interventionen, wie Bewegungs- und Ernährungstherapien oder Stressreduktion, ist die Umsetzung im Alltag vielfach lückenhaft oder bricht nach kurzer Zeit ab. Die Ursachen sind komplex: Patienten unterschätzen häufig ihre Selbstwirksamkeit, erwarten primär passive Heilverfahren und fühlen sich mit der Integration ärztlicher Empfehlungen in ihren Alltag überfordert. Auch Polymedikation erhöht das Risiko für Therapieabbrüche, Nebenwirkungen und mangelnde Zielerreichung.

Ein weiterer Engpass besteht in der Kommunikation: Patienten erhalten oft widersprüchliche oder für sie unzureichend verständliche Informationen – insbesondere bei Übergängen zwischen Sektoren oder Leistungserbringern. Die Vermittlung von krankheitsspezifischem Wissen erfolgt nicht kontinuierlich, sondern punktuell. Gleichzeitig fehlt im hausärztlichen Setting häufig die Zeit für ausführliche Begleitung, Nachfragen oder Motivation. Dies führt dazu, dass zentrale präventive und therapeutische Potenziale nicht ausgeschöpft werden – mit negativen Folgen für die individuelle Prognose und die Systemstabilität.

Diese strukturelle Lücke eröffnet ein hohes Potenzial für nicht-ärztliche Fachkräfte, die definierte Aufgaben im Patientenprozess übernehmen und gezielt zur Verbesserung von Adhärenz, Gesundheitskompetenz und Versorgungstabilität beitragen können.

3.3.2.2 Maßnahmenbeschreibung

Mit dieser Maßnahme wird die **Rolle eines Therapie-Coaches in der hausärztlichen Versorgung etabliert**. Dabei handelt es sich um eine nicht-ärztliche Fachkraft, die auf Basis einer erweiterten Qualifikation spezifische Aufgaben in der Betreuung chronisch kranker Patienten übernimmt. Der Therapie-Coach ist zentrale Ansprechperson für organisatorische, alltagsbezogene und edukative Anliegen. Die medizinische Verantwortung verbleibt vollständig beim Hausarzt – alle Aufgaben des Coaches sind delegierbar und klar abgegrenzt.

Der Einsatz des Therapie-Coaches wird durch standardisierte Rollenkonzepte, technische Unterstützung (z. B. digitale Therapieplattform) und gezielte Qualifizierungsmaßnahmen begleitet. Die Maßnahme ist eng mit dem digitalen Therapieplan (Maßnahme 1) verzahnt, den der Coach bei Bedarf mit vorbereitet und aktualisiert.

3.3.2.3 Zusätzlicher (Versorgungs-)Nutzen

Die Maßnahme schafft durch die systematische Einbindung qualifizierter Versorgungsassistenzen eine erhebliche Erweiterung der Versorgungskapazitäten im hausärztlichen Bereich. Wiederkehrende,

beratungsintensive oder organisatorische Aufgaben können an den Therapie-Coach delegiert werden, ohne dass die Behandlungsqualität oder Entscheidungsverantwortung beeinträchtigt wird. Dies entlastet Hausärzte und stärkt zugleich die Kontinuität der Patientenbetreuung.

Für Patientinnen und Patienten entsteht ein verlässlicher Kontaktpunkt, der auch außerhalb von Praxiszeiten erreichbar ist. Diese kontinuierliche Begleitung erleichtert die Umsetzung präventiver und therapeutischer Empfehlungen im Alltag – insbesondere für Patienten mit komplexem Versorgungsbedarf. Der Coach trägt zur Stabilisierung der Versorgung, zur Verbesserung der Adhärenz und zur frühzeitigen Identifikation von Versorgungsproblemen bei.

Darüber hinaus fördert die Maßnahme die Professionalisierung nicht-ärztlicher Rollen in der Primärversorgung. Durch klare Aufgabenprofile, gezielte Weiterbildung und digitale Werkzeuge können Therapie-Coaches eigenständig relevante Aufgaben übernehmen und so die Effizienz der Gesamtversorgung steigern.

Schließlich entsteht über regionale Qualitätszirkel und Weiterbildungsformate ein gemeinsames Lernsystem, in dem Praxen voneinander profitieren, erfolgreiche Strategien weitergeben und die Versorgungsqualität kontinuierlich verbessern können.

3.3.2.4 Akteure

Hausärztinnen und Hausärzte

Status quo (Handlungsfelder/Strukturen)

- Medizinische Gesamtverantwortung für Diagnostik, Therapieplanung und Steuerung des Behandlungsprozesses
- Arzt-Patienten-Gespräche, auch zu organisatorischen und edukativen Fragen, oft unter starkem Zeitdruck

Zukünftig

- Delegation definierter Aufgaben an den Therapie-Coach durch Integration des **Organisationsmoduls OI10 „Therapie-Coach“**, insbesondere im Bereich Organisation, Patientenbegleitung Integration präventiver und therapeutischer Maßnahmen in den Alltag
- Nutzung strukturierter Rückmeldungen des Therapie-Coachs zur gezielteren Steuerung von Therapieplänen und Behandlungspfaden
- Entlastung durch die Aufgabendelegation und dadurch Gewinnung von mehr Zeitressourcen für komplexe medizinische Entscheidungen und Kriseninterventionen

Therapie-Coach/Praxisassistenten

Status quo (Handlungsfelder/Strukturen)

- Übernahme vor allem unterstützender Tätigkeiten (z. B. Dokumentation, Organisation, Terminmanagement)
- Begrenzung von Patientenkontakten in der Regel auf administrative Belange oder technische Hilfen

Zukünftig

- Neue Rolle durch Integration des **Organisationsmoduls OI10 „Therapie-Coach“**
- Übernahme strukturierter Gespräche mit Patienten zur Therapiebegleitung, Adhärenz und Belastungssituation
- Vorbereitung von Arztterminen durch Sammeln relevanter Informationen
- Koordination einzelner Behandlungselemente (z. B. Facharzttermine, Präventionsangebote, Hilfsmittel)
- Dokumentation von Interventionen und Rückmeldung an den Hausarzt bzw. die behandelnden Ärztinnen und Ärzte bei auffälligen Entwicklungen
- Unterstützung der Patienten im Umgang mit digitalen Anwendungen (z. B. Therapieplattform)

Patientinnen und Patienten

Status quo (Handlungsfelder/Strukturen)

- Wahrnehmung ärztlicher Behandlungstermine
- Erhalten Informationen und Empfehlungen oft nur in punktueller Form, mit begrenzter Unterstützung bei der Umsetzung im Alltag
- Geben meist unstrukturierte und unregelmäßige Rückmeldungen zur eigenen Belastungssituation oder Schwierigkeiten

Zukünftig

- Kontinuierliche Begleitung und Unterstützung durch einen Therapie-Coach
- Geben strukturierte Rückmeldungen zum Verlauf und zur Umsetzung der Therapie im Alltag
- Erhalten gezielte Motivation und Hilfestellungen zur Stärkung von Adhärenz und Selbstwirksamkeit
- Profitieren von einer klaren Ansprechperson neben dem Hausarzt/behandelnden Arzt

Weiterbildungsanbieter und regionale Netzwerke

Status quo (Handlungsfelder/Strukturen)

- Bieten punktuelle Fortbildungen für ärztliches und nicht-ärztliches Personal an
- Erfahrungsaustausch zwischen hausärztlichen, fachärztlichen und weiteren an der Versorgung beteiligten Praxen erfolgt in unregelmäßigen, meist informellen Formaten.

Zukünftig

- Entwicklung gezielter Weiterbildungs-/Schulungsangebote für Therapie-Coaches, insbesondere in Kommunikation, Lebensstilberatung und digitaler Dokumentation
- Aufbau regionaler Qualitätszirkel zum Erfahrungsaustausch und zur Weiterentwicklung der Coaching-Rolle
- Systematische Unterstützung der Praxen bei der Implementierung neuer Aufgabenprofile.

3.3.3 Früherkennung und Prävention in der hausärztlich koordinierten Versorgung

Abbildung 13: Maßnahme 3



Quelle: _fbeta GmbH

3.3.3.1 Herleitung auf Basis von Defiziten und Potenzialen

Trotz eindeutiger Leitlinienempfehlungen und wissenschaftlicher Evidenz zur Wirksamkeit präventiver Maßnahmen sind deren Verfügbarkeit und systematische Einbindung in die hausärztlich koordinierte Versorgung bislang nur unzureichend. Während Heil-, Hilfs- und Arzneimittel strukturell fest in die Versorgungsprozesse integriert sind, existieren für die Bereiche Sekundär- und Tertiärprävention kaum verbindliche Strukturen, Verantwortlichkeiten oder Anreizsysteme.

Gerade bei chronisch Erkrankten oder Risikopatienten ist Prävention jedoch ein zentraler Hebel zur Vermeidung von Krankheitsprogression, Folgeschäden oder stationären Aufenthalten. In der Praxis bleiben Präventionsangebote jedoch häufig ungenutzt oder wirken nicht nachhaltig, weil sie organisatorisch vom medizinischen Versorgungspfad abgekoppelt sind. Es fehlen eine gezielte Zuweisung, abgestimmte Inhalte sowie die Rückkopplung der Ergebnisse an den behandelnden Arzt.

Diese Lücke stellt nicht nur ein Risiko für die individuelle Versorgung dar, sondern auch eine verpasste Chance zur Entlastung des Gesundheitssystems. Gleichzeitig eröffnet sie das Potenzial für ein strukturiertes, regional gesteuertes Netzwerk an qualitätsgesicherten Präventionsleistungen, das medizinisch eingebettet, digital gestützt und koordiniert über eine Therapieplattform funktioniert.

3.3.3.2 Maßnahmenbeschreibung

Ziel dieser Maßnahme ist die systematische und strukturierte Einbindung qualitätsgesicherter sekundärpräventiver Angebote in die hausärztlich koordinierte Versorgung. Dafür werden drei zentrale Elemente verknüpft: die **datenbasierte Identifikation von Risikofällen**, **standardisierte Gesundheitschecks** und die **digitale Steuerung durch eine Therapieplattform**.

Die Identifikation erfolgt auf der Grundlage von Routinedaten der Krankenkassen, Auswertungen aus Arztpraxen oder betriebsärztlichen Untersuchungen. Dabei kommen definierte Risikoprofile, Verlaufsmuster, Grenzwertanalysen oder – perspektivisch – prädiktive Modelle zum Einsatz. Nach Erkennung geeigneter Patienten erfolgen strukturierte Assessments in verschiedenen Varianten, z. B. als Selbstcheck per App, Kurz-Check-up in der Praxis oder vertiefender Gesundheitscheck mit Verlaufskontrolle.

Der Gesundheitscheck bildet die Grundlage für einen individualisierten Interventionsplan mit Schwerpunkt auf Lebensstilmaßnahmen (z. B. Bewegung, Ernährung, Stressbewältigung). Diese können durch Präventionsanbieter, Coaches oder digitale Angebote umgesetzt werden – mit begleitender Rückmeldung an die behandelnde Praxis.

Die Prozesskoordination erfolgt über eine digitale Plattform, in der alle relevanten Schritte – von der Identifikation über den Check-up bis zur Durchführung und Evaluation – standardisiert und nachvollziehbar dokumentiert sind. So entsteht ein geschlossenes Versorgungssystem mit klarem Informationsfluss, Verbindlichkeit und Qualitätssicherung.

3.3.3.3 Zusätzlicher (Versorgungs-)Nutzen

Die Maßnahme verbessert die Verfügbarkeit und Wirksamkeit von Präventionsangeboten wesentlich, indem sie strukturelle und organisatorische Lücken schließt. Durch ein zentrales Verzeichnis qualitätsgesicherter Anbieter entsteht ein transparenter Zugang zu passgenauen Leistungen, die indikationsspezifisch und regional aussteuerbar sind. Das erhöht die Nutzungsrate, verbessert die Planbarkeit, insbesondere bei Gruppenangeboten, und stärkt die Integration in bestehende Versorgungsstrukturen.

Ein weiterer zentraler Nutzen liegt in der Rückkopplung: Präventionsanbieter erhalten Einblick in relevante medizinische Informationen und Behandlungsziele. Umgekehrt können sie ihre Beobachtungen und Ergebnisse dokumentieren und an die Hausarzt- bzw. behandelnde Praxis zurückspielen. So wird aus der präventiven Maßnahme ein integraler Bestandteil des Gesamttherapieplans – mit unmittelbarer Reaktionsfähigkeit bei unerwünschten Entwicklungen wie ebenso bei Behandlungserfolgen.

In der Summe trägt die Maßnahme zur Vermeidung akuter Ereignisse, zur Stabilisierung der ambulanten Versorgung und zur langfristigen Verbesserung individueller Krankheitsverläufe bei. Sie verankert Prävention als strukturelles Element ärztlicher Versorgung und hebt sie aus ihrer bisherigen Nebenrolle in ein zentrales Versorgungsmodul.

3.3.3.4 Akteure

Hausärztinnen und Hausärzte sowie Praxis-Team (inkl. Therapie-Coach, falls eingebunden)

Status quo (Handlungsfelder/Strukturen)

- Identifikation von Risikofällen
- Durchführung von Kurz-Check-ups und speziellen Vorsorgeuntersuchungen
- Organisation von Folgeterminen

Zukünftig

- Veranlassung weiterer Leistungen und Einbindung geeigneter Präventionsmaßnahmen in den individuellen Therapieplan
- Maßnahmen zur Stärkung der Gesundheitskompetenz der Patienten
- Bewertung des Behandlungserfolgs und Anpassung der weiteren therapeutischen Schritte
- Koordination mit externen Präventionsanbietern über die Plattform
- Neue Aufgabenfelder durch das **Organisationsmodul O19 „Integration Sekundärprävention“**, das die systematische Nutzung von Präventions- und Check-up-Daten ermöglicht

Betriebsärztinnen und Betriebsärzte

Status quo (Handlungsfelder/Strukturen)

- Identifikation von Risikofällen, insbesondere im Rahmen von Arbeitsunfähigkeitsfällen

Zukünftig

- Durchführung von Kurz-Check-ups und speziellen Vorsorgeuntersuchungen
- Einbindung geeigneter Präventionsmaßnahmen in individuelle Therapiepläne
- Rückmeldung des Behandlungserfolgs an Hausärzte und Plattform
- Gezielte Einleitung von präventiven Maßnahmen mittels einer strukturierten Schnittstelle zur hausärztlichen Versorgung durch das **Organisationsmodul O19 „Integration Sekundärprävention“**

Krankenkassen

Status quo (Handlungsfelder/Strukturen)

- Durchführung von Kampagnen zur Teilnahme an Vorsorgeuntersuchungen
- Kommunikation von Gesundheitsinformationen über Geschäftsstellen oder Beratungsangebote

Zukünftig

- Datengestützte Identifikation von Risikofällen und gezielte Steuerung in Präventionsprogramme
- Weiterleitung relevanter Informationen an Hausärzte und Plattformanbieter
- Coaching und Begleitung einfacher Fälle (z. B. durch Kurse, digitale Präventionsprogramme)

Patientinnen und Patienten

Status quo (Handlungsfelder/Strukturen)

- Teilnahme an Vorsorgeuntersuchungen
- Eigenständiger Aufbau von Gesundheitskompetenz
- Umsetzung präventiver Maßnahmen im Alltag

Zukünftig

- Aktive Teilnahme an Check-ups und empfohlenen Präventionsmaßnahmen
- Strukturierte Rückmeldung an Hausärzte sowie an weitere beteiligte Behandler und Plattform über Fortschritte, Belastungen und Motivation
- Frühzeitige Identifizierung und zielgerichtete Einbindung in Präventionspfade durch das **Organisationsmodul O19 „Integration Sekundärprävention“**

Präventionsanbieter/Fachkräfte für Gesundheitsförderung

Status quo (Handlungsfelder/Strukturen)

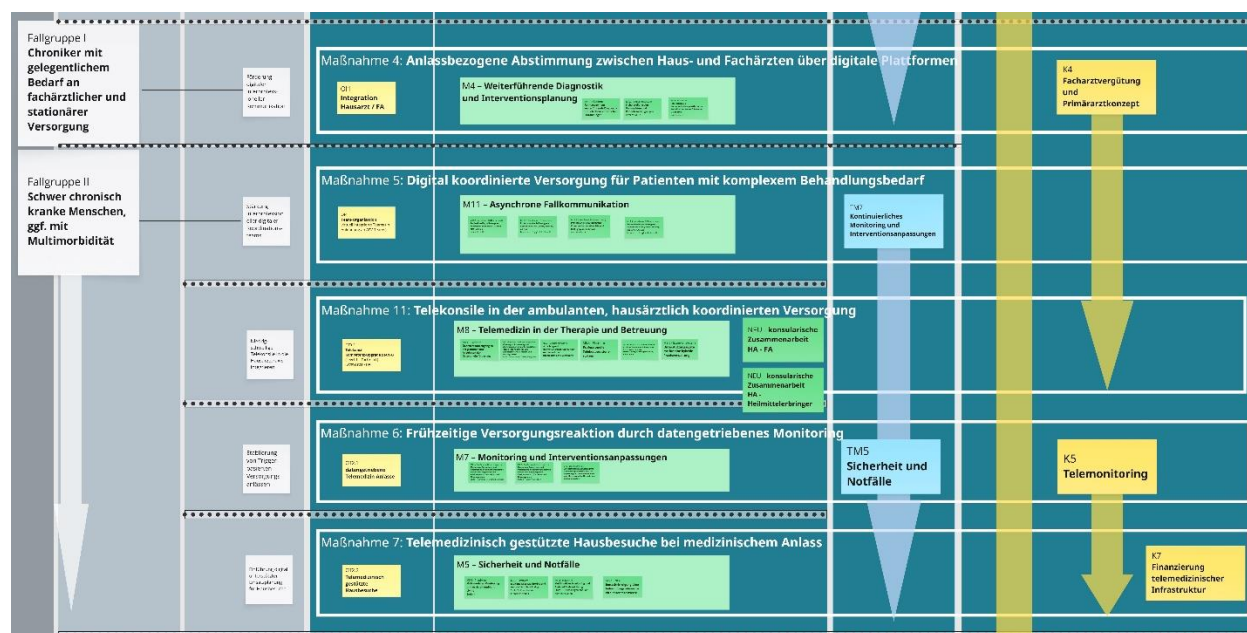
- Durchführung von Präventionsmaßnahmen in Einzel- oder Gruppensettings gemäß Vorgaben der Kostenträger
- Dokumentation von Teilnahme und Maßnahmenverläufen

Zukünftig

- Nutzung der Therapiesteuerungsplattform zur Sichtbarmachung und Vernetzung von Präventionsangeboten
- Rückmeldung an Hausärzte sowie an weitere beteiligte Behandler und Plattform über durchgeführte Maßnahmen und erzielte Ergebnisse
- Unterstützung der Anbindung der Präventionsangebote an den hausärztlich koordinierten Versorgungspfad durch das **Organisationsmodul O19 „Integration Sekundärprävention“**

3.4 Fallgruppen I und II – Menschen mit gelegentlichem oder häufigem Bedarf an fachärztlicher Unterstützung

Abbildung 14: Maßnahmen 4 – 7 und 11 im Ökosystem



Quelle: _fbeta GmbH

Die Maßnahmen 4 – 7 und 11³ adressieren Patientengruppen mit fortgeschrittenem oder komplexerem Versorgungsbedarf. Sie umfassen sowohl Menschen mit gelegentlichem fachärztlichem Unterstützungsbedarf (Fallgruppe I) als auch schwer chronisch bzw. multimorbid Erkrankte mit hohem Steuerungsbedarf oder hohem Risiko für Versorgungslücken (Fallgruppe II).

Funktional rückt in diesen Fallgruppen die koordinierte Interaktion zwischen Patient, Hausarzt und Facharzt in den Vordergrund. Die Versorgungsprozesse erfordern eine verlässliche Abstimmung, präzise Informationsweitergabe und klare Verantwortlichkeiten über Sektorengrenzen hinweg. Dabei spielen digitale Plattformen und Kommunikationsmittel eine zentrale Rolle zur Unterstützung einer kontinuierlichen und abgestimmten Versorgung.

Inhaltlich stehen die medizinische Steuerung komplexer Krankheitsverläufe, die gezielte Integration fachärztlicher Expertise, das frühzeitige Reagieren auf Risiken sowie die Vermeidung stationärer Behandlungen im Fokus. Alle diese Maßnahmen zielen darauf ab, bestehende Versorgungsbrüche zu vermeiden, unnötige Doppelstrukturen abzubauen und die therapeutische Wirksamkeit zu verbessern.

Die Maßnahmen adressieren damit zentrale Herausforderungen einer koordinationsintensiven Versorgung:

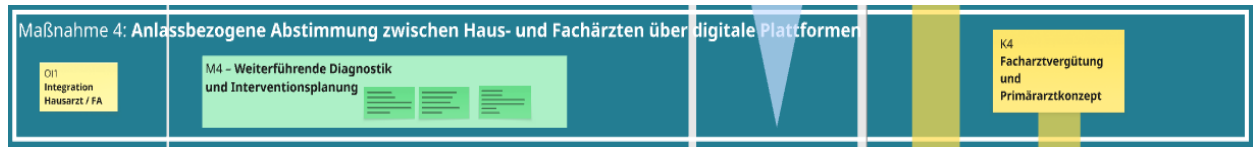
- **Maßnahme 4** – Anlassbezogene Abstimmung zwischen Haus- und Fachärzten über digitale Plattformen

³ Zur besonderen Stellung der Maßnahme 11 „Telekonsile in der ambulanten, hausärztlich koordinierten Versorgung“ siehe die Ausführungen in Kapitel 3.2.

- **Maßnahme 5** – Digital koordinierte Versorgung für Patienten mit komplexem Behandlungsbedarf
- **Maßnahme 6** – Frühzeitige Versorgungsreaktion durch datengestütztes Monitoring
- **Maßnahme 7** – Telemedizinisch gestützte Hausbesuche bei medizinischem Anlass
- **Maßnahme 11** – Telekonsile in der ambulanten, hausärztlich koordinierten Versorgung

3.4.1 Anlassbezogene Abstimmung zwischen Haus- und Fachärzten über digitale Plattformen

Abbildung 15: Maßnahme 4



Quelle: _fbeta GmbH

3.4.1.1 Herleitung auf Basis von Defiziten und Potenzialen

Die Verfügbarkeit von Facharztterminen stellt eine zunehmende Herausforderung im ambulanten Versorgungssystem dar. Ein wesentlicher Grund dafür sind unnötige oder redundante Facharztkontakte, etwa durch Doppeluntersuchungen oder direkte Selbstvorstellung der Patientinnen und Patienten – häufig ohne gezielte medizinische Fragestellung. Die Folge ist eine Überlastung der Facharztpraxen, ein erschwerter Zugang für dringliche Fälle und eine teils ineffiziente Nutzung vorhandener Ressourcen. Plattformen zur Terminvergabe – insbesondere privatwirtschaftlich organisierte – verschärfen diese Entwicklung, indem sie eine Priorisierung bestimmter Patientengruppen erlauben (z. B. Selbstzahler oder Privatversicherte).

Gleichzeitig zeigt die Praxis, dass funktionierende Kooperationen zwischen Haus- und Fachärzten bereits existieren: Fachärzte, die von Patienten ohne Überweisung aufgesucht werden, verweisen diese regelmäßig zurück an deren Hausärzte. Diese informellen Strukturen benötigen jedoch eine formale, strukturierte Unterstützung, um flächendeckend wirksam zu sein.

Ein zentraler Lösungsansatz liegt in der **Stärkung der hausärztlichen Koordination** durch eine standardisierte, digital unterstützte Zuweisung an Fachärzte – mit klarem Untersuchungsauftrag, gemeinsamer Informationsbasis und effizienter Rückmeldung. Ein solches System kann die Terminverfügbarkeit verbessern, medizinische Qualität erhöhen und die Koordination der Versorgung gezielt optimieren.

3.4.1.2 Maßnahmenbeschreibung

Diese Maßnahme zielt auf die **strukturierte, digital unterstützte Zusammenarbeit zwischen haus- und fachärztlicher Versorgung** – ohne Aufbau virtueller Behandlungsteams, sondern **durch gezielte anlassbezogene Abstimmungen** bei konkretem Bedarf.

Im Zentrum steht die gemeinsame Nutzung einer **digitalen Therapieplattform**, die einen standardisierten Zugriff auf patientenbezogene Informationen erlaubt. Dort werden Anamnesen, Befunde, Therapieziele und Verlaufsdaten dokumentiert, geteilt und kontinuierlich aktualisiert. Die Plattform ersetzt, die bisher fragmentierte, oft papierbasierte Kommunikation und wird zur neuen Form des „Arztbriefes“ – digital, strukturiert, nachvollziehbar.

Ergänzend kommen weitere technische Werkzeuge zum Einsatz:

- **Therapieplattform** mit strukturiertem Fallraum und Zugriff für Haus- und Fachärzte
- **Triagierungstool** zur Einschätzung der Dringlichkeit und Priorisierung fachärztlicher Zuweisungen

- **Terminservicestelle** mit der Möglichkeit zur bevorzugten Terminvergabe bei hausärztlicher Überweisung
- **Asynchrone Kommunikation** über gesicherte Kanäle (z. B. KIM/TIM)
- **Telekonsile** als ergänzende Option für Einzelfälle

Organisatorisch verbleibt die Versorgungsverantwortung beim Hausarzt, während der Facharzt spezialisierte diagnostische und therapeutische Leistungen erbringt. Die Kommunikation erfolgt strukturiert, dokumentiert und standardisiert – abgestimmt auf den konkreten Fall. Die bisher oft ungerichtete Informationsweitergabe wird durch verbindliche Abläufe ersetzt. Die Maßnahme ist als strukturierte Ergänzung zur bestehenden Versorgungspraxis konzipiert.

3.4.1.3 Zusätzlicher (Versorgungs-)Nutzen

Die Maßnahme leistet einen zentralen Beitrag zur **Effizienzsteigerung und Qualitätssicherung in der ambulanten Versorgung**. Durch die Nutzung einer digitalen Fallakte entfällt die telefonische Abstimmung im Praxisalltag, da relevante Informationen zeitunabhängig bereitgestellt und bearbeitet werden können. Das entlastet sowohl Haus- als auch Fachärzte organisatorisch und reduziert Kommunikationsverluste.

Die konsistente Informationslage erhöht gleichzeitig die **therapeutische Qualität**: Doppeluntersuchungen/-dokumentationen werden vermieden, Behandlungsentscheidungen können besser aufeinander abgestimmt werden, und Rückmeldungen fließen direkt in den hausärztlichen Therapieplan ein. Patientinnen und Patienten profitieren von einem nachvollziehbaren und abgestimmten Behandlungsverlauf.

Darüber hinaus stärkt die Maßnahme die **Steuerungsfunktion der hausärztlichen Versorgung**: Patientenströme werden gezielter gelenkt, Facharzttermine bedarfsgerecht vergeben, der Einsatz fachärztlicher Ressourcen wird effizienter gestaltet – ohne Überbeanspruchung oder unnötige Kontakte. Damit trägt die Maßnahme auch zur besseren Versorgung komplexer Fälle bei.

3.4.1.4 Akteure

Hausärztinnen und Hausärzte (koordinierend, übergreifend verantwortlich)

Status quo (Handlungsfelder/Strukturen)

- Gesamtverantwortung für Diagnose, Therapieplanung und Koordination
- Überweisungen mit knapper Fragestellung, fachärztliche Rückmeldungen oft verspätet/unvollständig
- Fehlen einer strukturierten digitalen Unterstützung der Abstimmung zwischen HA/FA

Zukünftig

- Nutzung strukturierter fachärztlicher Rückmeldungen über die Plattform für Steuerung und Verlaufskontrolle (**Organisationsmodul OI11 „Integration Hausarzt/FA“**)
- Standardisierte, digitale Kommunikation (asynchron), weniger Aufwand für Telefonate/Kommunikation auf Papier
- Kontinuierliche Koordination des Behandlungsverlaufs auf Basis des gemeinsamen Fallraums

Fachärztinnen und Fachärzte (zielgerichtete Mitbehandlung auf Anforderung)

Status quo (Handlungsfelder/Strukturen)

- Spezialisierte Diagnostik/Therapie auf Überweisung durch den HA
- Rückmeldungen an HA unstrukturiert, häufig papierbasiert
- Terminvergabe primär nach Verfügbarkeit statt medizinischer Priorität

Zukünftig

- Berücksichtigung der im digitalen Therapieplan hinterlegten Informationen und hausärztlichen Fragestellung (**Organisationsmodul OI11 „Integration Hausarzt/FA“**)
- Standardisierte, digitale Rückmeldungen an HA im gemeinsamen Fallraum
- Terminvergabe orientiert an Dringlichkeit/Behandlungsbedarf; reduzierte Doppeluntersuchungen

3.4.2 Digital koordinierte Versorgung für Patienten mit komplexem Behandlungsbedarf

Abbildung 16: Maßnahme 5



Quelle: _fbeta GmbH

3.4.2.1 Herleitung auf Basis von Defiziten und Potenzialen

Eine der größten Schwächen des Gesundheitssystems ist die fehlende, strukturierte Zusammenarbeit zwischen verschiedenen medizinischen Disziplinen – insbesondere bei komplexen, chronischen oder mehrfachen Erkrankungen. Die Trennung zwischen ambulanter, stationärer und rehabilitativer Versorgung führt zu Bruchstellen, an denen wichtige Informationen verloren gehen. Besonders bei multimorbiden Patientinnen und Patienten fehlt häufig ein übergreifender Therapieplan, der Behandlungsziele, Verantwortlichkeiten und den zeitlichen Ablauf der Behandlung klar definiert.

Elektronische Patientenakten existieren, werden jedoch nicht konsequent genutzt, sind oft unvollständig und bieten keine Plattform für eine aktive fallbezogene Zusammenarbeit. Arztbriefe erreichen beteiligte Leistungserbringer häufig zu spät, sind unstrukturiert oder lassen wichtige Informationen aus. Die fehlende Standardisierung von Kommunikations- und Dokumentationsprozessen erschwert eine koordinierte kontinuierliche Versorgung. Dadurch wird wertvolle Zeit verschenkt, fachliche Expertise kommt zu spät zum Einsatz, und Patienten erleben die Versorgung als unverbunden und fragmentiert.

3.4.2.2 Maßnahmenbeschreibung

Diese Maßnahme schafft die **strukturelle Grundlage für die fallbezogene Zusammenarbeit von Hausärzten, Fachärzten, Therapeuten und weiteren Leistungserbringern bei Patienten mit komplexem Versorgungsbedarf**. Ziel ist eine koordinierte, patientenzentrierte Versorgung – digital gestützt, sektorenübergreifend und ohne regionale Einschränkungen. Die Organisation orientiert sich am Prinzip der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung (ASV), übernimmt jedoch nicht deren formale Struktur.

Im Zentrum steht ein gemeinsam genutzter, digital gepflegter Therapieplan, der allen Beteiligten zur Verfügung steht und die Grundlage für eine abgestimmte Versorgung bildet. Die Zusammenarbeit erfolgt über eine gesicherte Plattform, die strukturierte Kommunikation, Dokumentation und fallbezogenen Austausch ermöglicht – sowohl synchron über virtuelle Fallkonferenzen als auch asynchron im Rahmen definierter Kommunikationsprozesse.

Eine zentrale Rolle übernimmt der Therapie-Coach. Dieser koordiniert einzelne Behandlungselemente (z. B. Facharzttermine), begleitet den Patienten im Versorgungsprozess und stellt die Verbindung zwischen den Behandlern sicher. Die medizinische Verantwortung verbleibt bei den jeweiligen Fachleuten. Klare Rollen, nachvollziehbare Zuständigkeiten und standardisierte Abläufe sorgen dafür, dass jeder Beteiligte seine Expertise gezielt einbringen kann.

3.4.2.3 Zusätzlicher (Versorgungs-)Nutzen

Die Maßnahme ermöglicht die frühzeitige und flexible Bildung interdisziplinärer Behandlungsteams, wobei fachärztliche Expertise bedarfsgerecht und fallbezogen eingebunden wird – ganz ohne formale Barrieren. So wird eine koordinierte, indikationsspezifische Behandlung frühzeitig möglich, was bessere Voraussetzungen für positive Krankheitsverläufe bei komplexen Erkrankungen schafft. Zudem führt die Einführung einer zentralen digitalen Fallakte zu einer deutlichen Entbürokratisierung und Effizienzsteigerung: Die strukturierte Dokumentation sowie asynchrone Kommunikationsmöglichkeiten erleichtern den Austausch der Beteiligten und reduzieren Doppeldokumentationen, Medienbrüche und zeitintensive Abstimmungen. Darüber hinaus sorgt die verbindliche Zusammenarbeit über Sektoren- und Praxisgrenzen hinweg für ein belastbares, digital gestütztes Teamgefüge, das kontinuierlich und koordiniert arbeiten kann – unabhängig vom Ort oder der Einrichtung der beteiligten Leistungserbringer.

3.4.2.4 Akteure

Hausärztinnen und Hausärzte (Praxis) (häufig koordinierend)

Status quo (Handlungsfelder/Strukturen):

- Übernahme der hausärztlichen Versorgung und kontinuierlichen Fallbegleitung
- Einbindung fachärztlicher Expertise bei Bedarf, ggf. auch über Telekonsile
- Dokumentation und Umsetzung von Therapieentscheidungen im Praxissystem

Zukünftig

- Beteiligung an virtuellen Fallbesprechungen und interdisziplinären Abstimmungen
- Nutzung gemeinsamer digitaler Plattformen zur Koordination komplexer Verläufe
- Unterstützung durch das **Organisationsmodul O14 „Team-Organisation virtuell integrierte Teams“** (in Anlehnung an ASV-Teams)

Fachärztinnen und Fachärzte (Praxis) (mitbehandelnd)

Status quo (Handlungsfelder/Strukturen)

- Fachspezifische Diagnostik und Therapie gemäß Indikationsstellung
- Kontinuierlicher Informationsaustausch mit der hausärztlichen Praxis bei komplexen Verläufen

Zukünftig

- Strukturierte Rückmeldung in digitalen Fallkonferenzen über die Plattform
- Einbindung in die Team-Organisation über das **Organisationsmodul O14 „Team-Organisation virtuell integrierte Teams“**
- Dokumentation relevanter Befunde und Therapieschritte im gemeinsamen Therapieplan

Therapeuten und sonstige Leistungserbringer (spezialisierte ambulante Versorger oder weitere an der Behandlung beteiligte Fachdisziplinen)

Status quo (Handlungsfelder/Strukturen)

- Zuarbeit der eigenen veranlassten Leistungen
- Sichtbarmachung im Therapieplan
- Fallweise asynchrone mit den an der Behandlung beteiligten Ärztinnen und Ärzten sowie weiteren Leistungserbringern

Zukünftig

- Stärkere Integration in interdisziplinäre Abstimmungen über die Plattform
- Einheitliche Dokumentationsstandards zur Vermeidung von Informationsverlusten
- Beteiligung an der Team-Organisation über das **Organisationsmodul OI4 „Team-Organisation virtuell integrierte Teams“**

Patientenbezogene Festlegung der Rolle „Koordinierender Arzt“

Status quo (Handlungsfelder/Strukturen)

- Fehlen einer systematischen Festlegung einer koordinierenden Instanz
- Steuerung erfolgt meist durch Haus- oder Facharzt, abhängig vom jeweiligen Krankheitsbild

Zukünftig

- Klare Zuweisung der Rolle „Koordinierender Arzt“ (Haus- oder Facharzt, je nach Fallkonstellation)
- Übernahme der Koordination von Therapieplanung, Terminlogistik und Leistungssteuerung
- Verantwortung für die Pflege der digitalen Fallakte und Abstimmung mit allen Beteiligten
- Verankerung der Rolle über **das Organisationsmodul OI4 „Team-Organisation virtuell integrierte Teams“**

Patientenbezogene Festlegung der Rolle „Therapie-Coach“

Status quo (Handlungsfelder/Strukturen)

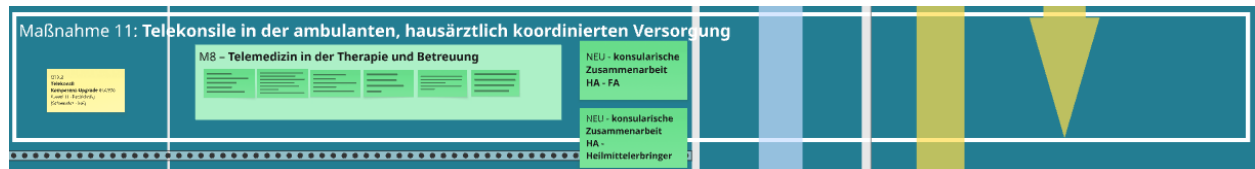
- Fehlen einer verbindlichen Rolle für die patientennahe, kontinuierliche Begleitung und Steuerung im Alltag

Zukünftig

- Einführung der Rolle „Therapie-Coach“ für die kontinuierliche Begleitung der Patienten
- Verantwortung für die Pflege der digitalen Fallakte und Kommunikation mit allen Beteiligten
- Integration über das **Organisationsmodul OI4 „Team-Organisation virtuell integrierte Teams“**

3.4.3 Telekonsile in der ambulanten, hausärztlich koordinierten Versorgung

Abbildung 17: Maßnahme 11



Quelle: _fbeta GmbH

3.4.3.1 Herleitung auf Basis von Defiziten und Potenzialen

In der ambulanten Versorgung fehlt es oft an schnellen, strukturierten Abstimmungswegen zwischen Haus- und Fachärzten. Bei komplexen Krankheitsbildern oder unklaren Befunden führt dies zu unnötig langen Überweisungs- und Wartezeiten, in denen der Gesundheitszustand der Patientinnen und Patienten stagnieren oder sich verschlechtern kann.

Fachärztliche Expertise wird bislang meist nur durch persönliche Vorstellung der Patienten oder schriftliche Arztbriefe eingebunden – Verfahren, die zeitaufwendig sind und selten zeitnah Ergebnisse liefern. Gerade in ländlichen oder strukturschwachen Regionen ist der Zugang zu bestimmten Fachrichtungen eingeschränkt, sodass Patienten weite Wege und lange Wartezeiten in Kauf nehmen müssen. Gleichzeitig fehlen klare Rahmenbedingungen und standardisierte Abläufe für digitale Konsile, was zu Unsicherheiten in der Anwendung führt. Ohne verbindliche Strukturen und eine sichere digitale Kommunikationsplattform bleibt das Potenzial telemedizinischer Rücksprache weitgehend ungenutzt.

3.4.3.2 Maßnahmenbeschreibung

Die Maßnahme verfolgt das Ziel, **Telekonsile zwischen Haus- und Fachärzten als festen Bestandteil der ambulanten Versorgung zu etablieren**. Durch die digitale Einbindung fachärztlicher Expertise sollen Überweisungswege verkürzt, Wartezeiten reduziert und die Versorgungsqualität verbessert werden.

Zur Sicherstellung der Praxistauglichkeit werden regionale Standards definiert und verbindliche Regelungen zur Durchführung der Telekonsile vereinbart. Damit werden bestehende Unsicherheiten beseitigt und fehlende Abstimmungsstrukturen systematisch geschlossen.

Die Umsetzung erfolgt im Rahmen der Vorgaben der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) und wird regional durch ambulant tätige Ärztinnen und Ärzte konkret ausgestaltet. Repräsentativ beteiligte Praxen legen gemeinsam fest:

- fachliche Indikationen für Konsile,
- organisatorische Abläufe,
- technische Standards,
- verantwortliche konsilgebende Stellen.

Die Einbindung einer zentralen Therapiesteuerungsplattform gewährleistet eine einheitliche Dokumentation und Kommunikation. So können relevante Informationen effizient geteilt, Therapieentscheidungen fundiert getroffen und unnötige Überweisungen oder Einweisungen vermieden werden.

3.4.3.3 Zusätzlicher (Versorgungs-)Nutzen

Die Einführung von Telekonsilen verbessert die ambulante Versorgung spürbar und nachhaltig. Durch die digitale Rücksprache mit Fachärztinnen und Fachärzten erhalten Hausärzte schnell und strukturiert fachliche Einschätzungen. Dies ist besonders wertvoll bei komplexen oder instabilen Krankheitsverläufen, bei denen eine zeitnahe fachärztliche Rückmeldung entscheidend sein kann.

Gleichzeitig werden FacharztKapazitäten gezielt entlastet. Viele medizinische Fragestellungen lassen sich im hausärztlichen Setting klären, wodurch unnötige Überweisungen vermieden und der organisatorische Aufwand für Patientinnen und Patienten reduziert wird. Die Behandlungsqualität profitiert von der engen, dokumentierten Zusammenarbeit: Hausärzte bleiben die koordinierende Instanz, während fachärztliche Empfehlungen strukturiert in die Therapieplanung einfließen. So entsteht ein transparenter und durchgängiger Versorgungsprozess, bei dem die Verantwortung klar zugeordnet ist.

Besonders in strukturschwachen oder ländlichen Regionen trägt das Modell zur Sicherung der Versorgung bei. Der ortsunabhängige Zugang zu fachärztlicher Expertise schließt bestehende Versorgungslücken und reduziert die Notwendigkeit von Patiententransporten. Insgesamt stärkt die Maßnahme die Effizienz, Qualität und Erreichbarkeit der ambulanten Versorgung – und schafft damit einen echten Mehrwert für alle Beteiligten.

3.4.3.4 Akteure

Konsilanfragende, insbesondere Hausärztinnen und Hausärzte

Status quo (Handlungsfelder/Strukturen)

- Häufig unstrukturierte Konsilanfragen; fehlende Templates/Standards
- Rückmeldungen von Fachärzten variieren in Form und Qualität
- Dokumentation im digitalen Fallraum nicht durchgängig

Zukünftig

- Strukturierte Konsilanfragen mit klarer Fragestellung und klinischem Kontext
- Kontinuierliche Dokumentation im digitalen Fallraum (**OT3.2 „Telekonsil Kompetenz-Upgrade (HA/FA)“**)
- Nutzung synchroner/asynchroner Kanäle gemäß regionalen Standards; Nachverfolgung der fachärztlichen Empfehlungen im Therapieplan (**OT3.2 „Telekonsil Kompetenz-Upgrade (HA/FA)“**)
- Priorisierung und erneute Konsile bei Verlaufsänderungen

Konsilgebende, insbesondere Fachärztinnen und Fachärzte (ambulant; perspektivisch stationär)

Status quo (Handlungsfelder/Strukturen)

- Oft verspätete/unstrukturierte Rückmeldungen; Terminabhängigkeit
- Uneinheitliche Dokumentation und Verantwortlichkeiten

Zukünftig

- Standardisierte, nachvollziehbare Rückmeldungen mit konkreten Handlungsempfehlungen und Verantwortlichkeiten; Übergabe im digitalen Fallraum (**OT3.2 „Telekonsil Kompetenz-Upgrade (HA/FA)“**)
- Gezielte, zeitlich begrenzte Mitbehandlung bei Bedarf; klare Rücküberweisung an die Hausarztpraxis
- Verbindliche Fristsetzungen für Rückmeldungen gemäß regionalem Standard

Technikanbieter/Plattformdienste

Status quo (Handlungsfelder/Strukturen)

- Heterogene Lösungen; Schnittstellenprobleme zu PVS/KIS/ePA
- Unklare Rollen-/Rechtemodelle

Zukünftig

- Interoperable Konsil-Funktion mit KIM/TIM-Integration, Rechtemanagement und Audit-Trail
- Sichere Verfügbarkeit/Support; reibungslose Einbindung in Praxis- und Kliniksysteme

Weiterbildung/Schulung

Status quo (Handlungsfelder/Strukturen)

- Uneinheitliche Qualifizierung zu Telekonsil-Prozessen, Technik und Vergütung

Zukünftig

- Systematische Fortbildungen zu fachlichen, organisatorischen und technischen Aspekten, Umsetzung regionaler Standards und Qualitätssicherung

3.4.4 Frühzeitige Versorgungsreaktion durch datengetriebenes Monitoring

Abbildung 18: Maßnahme 6



Quelle: _fbeta GmbH

3.4.4.1 Herleitung auf Basis von Defiziten und Potenzialen

In der aktuellen Regelversorgung werden kritische Veränderungen im Gesundheitszustand häufig erst im Rahmen von regulären Arztkontakten erkannt – oft zu spät, um eine Verschlechterung wirksam zu verhindern. Die Versorgung bleibt dadurch überwiegend reaktiv statt proaktiv.

Zwar stehen technische Lösungen wie Telemonitoring oder digitale Symptomabfragen zur Verfügung, doch diese sind in der Breite weder in den Praxisalltag integriert noch mit klaren Prozessen hinterlegt. Hausärztinnen und Hausärzte erhalten oft nur sporadische, unsystematische Informationen zu relevanten Vitalparametern oder Beschwerden. Die sektorale Trennung und die fehlende Echtzeiteinbindung von Daten führen dazu, dass Auffälligkeiten zwischen den Terminen unbemerkt bleiben.

Ein kontinuierliches, datengestütztes Monitoring kann hier Versorgungslücken schließen – vorausgesetzt, es gibt standardisierte Prozesse, definierte Reaktionspflichten und eine sichere, zentrale Plattform zur Datenübermittlung und -auswertung.

3.4.4.2 Maßnahmenbeschreibung

Diese Maßnahme beschreibt einen **strukturierten Versorgungsansatz zur kontinuierlichen, bedarfsorientierten Patientensteuerung**. Im Gegensatz zur quartalsbasierten Regelversorgung setzt sie auf eine dynamische Betreuung mithilfe digitaler Technologien wie Telemonitoring, digitale Symptomabfragen und asynchrone Kommunikation (z. B. über KIM oder TIM). Ziel ist es, kritische Veränderungen im Gesundheitszustand frühzeitig zu erkennen und gezielt darauf zu reagieren.

Grundlage für die Umsetzung ist die ärztliche Verordnung des Telemonitorings sowie die Anbindung der Patientinnen und Patienten an eine digitale Plattform, die eine kontinuierliche Dateneinsicht ermöglicht. Darauf aufbauend lassen sich drei Szenarien unterscheiden:

- **Szenario 1:** Die eingehenden Gesundheitsdaten werden im Rahmen regulärer Arztkontakte strukturiert gesichtet und in die Behandlung integriert.
- **Szenario 2:** Die Daten werden in regelmäßigen Abständen (z. B. monatlich oder quartalsweise) überprüft, um anlassbezogen über einen Versorgungskontakt zu entscheiden.
- **Szenario 3:** Die Daten werden fortlaufend überwacht, wobei bei kritischen Veränderungen eine Reaktionspflicht besteht – vergleichbar mit etablierten Telemonitoring-Modellen, etwa bei Herzinsuffizienz.

Die Maßnahme schafft die Voraussetzungen für eine proaktive, datengestützte Versorgung, die nicht nur die Behandlungsqualität verbessert, sondern auch die Effizienz im Versorgungsprozess steigert.

3.4.4.3 Zusätzlicher (Versorgungs-)Nutzen

Die Maßnahme ermöglicht eine deutlich präzisere und individuellere Versorgung durch die kontinuierliche Nutzung patientenbezogener Gesundheitsdaten. Im Szenario 1 profitieren Hausärztinnen und Hausärzte sowie medizinisches Fachpersonal von einer datengestützten Verlaufskontrolle, die ein objektives Bild des Gesundheitszustands liefert. Auf dieser Basis können Therapien kurzfristig und gezielt angepasst werden – dynamisch, individuell und orientiert am tatsächlichen Krankheitsverlauf.

Im Szenario 2 wird die Versorgung anlassbezogen gesteuert. Die strukturierte Auswertung der Monitoringdaten erlaubt es, medizinisch relevante Kontakte gezielt zu initiieren. Besuche ohne konkreten Anlass entfallen, wodurch sowohl zeitliche Ressourcen in den Praxen als auch die Belastung für Patientinnen und Patienten reduziert werden.

Das Szenario 3 bietet einen zusätzlichen Sicherheitsgewinn: Kritische Veränderungen im Gesundheitszustand werden frühzeitig erkannt. Dies ermöglicht ein präventives Eingreifen, senkt das Risiko von Eskalationen und vermeidet potenzielle Krankenhauseinweisungen. Der sogenannte „Entgleisungsalarm“ fungiert dabei als digitales Sicherheitsnetz und stärkt die Versorgungssicherheit insbesondere bei vulnerablen Patientengruppen.

3.4.4.4 Akteure

Szenario 0 – Initialphase: Geräteausgabe und Einweisung

Hausärztinnen und Hausärzte/MFA

Status quo (Handlungsfelder/Strukturen)

- Unsystematische Indikationsstellung für Monitoringgeräte
- Einweisung der Patienten zum Gerätehandling erfolgt oft unvollständig oder uneinheitlich

Zukünftig

- Indikationsstellung und gezielte Ausgabe von Monitoringgeräten (**OT2.1 „Datengetriebene Telemedizin-Anlässe“**)
- Durchführung strukturierter technischer und inhaltlicher Einweisungen der Patienten
- Festlegung klarer Reaktionslogiken für Patienten im Falle von Alarmen

Technikanbieter/Plattformdienste

Status quo (Handlungsfelder/Strukturen)

- Nicht standardisierte Installation und Integration
- Uneinheitliche Supportprozesse

Zukünftig

- Installation, Funktionsprüfung und laufender Support (**OT2.1 „Datengetriebene Telemedizin-Anlässe“**)
- Sicherstellung von Datenschutz und -integrität sowie Schnittstellenkompatibilität

Patientinnen und Patienten

Status quo (Handlungsfelder/Strukturen):

- Lernen den Umgang mit Geräten unregelmäßig, häufig ohne klare Anleitung

Zukünftig

- Erhalten systematische Einweisung und üben den Umgang mit Geräten (**OT2.1 „Datengetriebene Telemedizin-Anlässe“**)
- Verstehen Messplan und Reaktionswege bei Auffälligkeiten

Szenario 1 – Datencheck bei Arztterminen

Hausärztinnen und Hausärzte/MFA

Status quo (Handlungsfelder/Strukturen):

- Berücksichtigung von Monitoringdaten nur bei akuten Beschwerden oder auf Nachfrage

Zukünftig:

- Systematische Nutzung von Monitoringdaten bei regulären Arzt-Patienten-Kontakten zur Einschätzung des Gesundheitszustands (**OT2.1 „Datengetriebene Telemedizin-Anlässe“**)

Patientinnen und Patienten

Status quo (Handlungsfelder/Strukturen)

- Bringen Daten teilweise selbstständig mit, keine strukturierte Einbindung

Zukünftig

- Erfassen regelmäßig Werte und stellen diese über die Plattform zur Verfügung

Szenario 2 – Anlassbezogene Rückmeldung nach Datensichtung

Hausärztinnen und Hausärzte/MFA

Status quo (Handlungsfelder/Strukturen)

- Reaktion auf Auffälligkeiten oft verspätet und unsystematisch

Zukünftig

- Regelmäßig Analyse eingehender Daten (**OT2.1 „Datengetriebene Telemedizin-Anlässe“**)
- Vereinbaren Termine oder leiten Interventionen ein bei Auftreten von Auffälligkeiten auftreten

Versorgungsassistenzen (z. B. VERAH, NäPa)

Status quo (Handlungsfelder/Strukturen)

- Kaum Einbindung in die Bearbeitung von Monitoringdaten

Zukünftig

- Übernehmen strukturierte Vorprüfung von Alarmen (**OT2.1 „Datengetriebene Telemedizin-Anlässe“**)
- Dokumentieren Auffälligkeiten und kommunizieren mit Patienten bei nicht-akuten Problemen

Patientinnen und Patienten

Status quo (Handlungsfelder/Strukturen)

- Unsicherheit bei Auffälligkeiten, keine klaren Kommunikationswege

Zukünftig

- Strukturierte Rückmeldungen zu Beschwerden und Nutzung der Plattform als festen Kommunikationskanal

Szenario 3 – Kontinuierliches Monitoring durch Telemonitoringzentrum (TMZ)

Telemonitoringzentrum (TMZ)

Status quo (Handlungsfelder/Strukturen)

- Nur bei einzelnen Indikationen etabliert, uneinheitliche Prozesse

Zukünftig

- Kontinuierliche Sichtung eingehender Gesundheitsdaten (**OT2.1 „Datenge Telemedizin-Anlässe“**)
- Ärztliche Bewertung und strukturierte Rückmeldung an Hausarztpraxis
- Einleitung nächster Schritte bei Auffälligkeiten gemäß Eskalationsplan

Hausärztinnen und Hausärzte

Status quo (Handlungsfelder/Strukturen)

- Alarmmeldungen erreichen die HA-Praxis verzögert oder unsystematisch

Zukünftig

- Übernahme der zentralen Steuerung und Anpassung der Therapie bei Alarmmeldungen
- Integration von Monitoringdaten in digitale Therapiepläne und Fallakten

Technikanbieter/Plattformdienste

Status quo (Handlungsfelder/Strukturen)

- Fehlende Standards, unklare Zuständigkeiten

Zukünftig

- Gewährleisten Datenschutz und -integrität sowie Verfügbarkeit der Systeme (**OT2.1 „Datengetriebene Telemedizin-Anlässe“**)

Patientinnen und Patienten

Status quo (Handlungsfelder/Strukturen)

- Unregelmäßige Erfassung von Daten, oft ohne klare Anleitung
- Unklarheit über Reaktionswege bei Auffälligkeiten

Zukünftig

- Kontinuierliche Erfassung eigener Gesundheitsdaten (Vitalparameter etc.) (**OT2.1 „Datengetriebene Telemedizin-Anlässe“**)
- Nutzung von Erinnerungsfunktionen und zeitnahe Rückmeldung zu Beschwerden an den behandelnden Arzt

3.4.5 Telemedizinisch gestützte Hausbesuche bei medizinischem Anlass

Abbildung 19: Maßnahme 7



Quelle: _fbeta GmbH

3.4.5.1 Herleitung auf Basis von Defiziten und Potenzialen

Hausbesuche sind ein wichtiges Instrument der wohnortnahen, (haus-)ärztlichen Versorgung, Niedergelassene Ärztinnen und Ärzte stoßen jedoch zunehmend an Kapazitäts- und Zeitgrenzen. Besonders in ländlichen Regionen oder bei hohem Patientenaufkommen führt dies dazu, dass Besuche verschoben werden müssen oder nicht zeitnah stattfinden können.

Gleichzeitig gibt es viele Situationen, in denen eine ärztliche Einschätzung erforderlich ist, ohne dass zwingend ein Hausbesuch notwendig wäre. Dennoch werden sie häufig durchgeführt, weil strukturierte Delegations- und Telemedizinkonzepte fehlen.

Technische Möglichkeiten wie Videosprechstunden oder telemedizinisch unterstützte Einsätze von medizinischem Fachpersonal sind vorhanden, werden jedoch selten systematisch in eine abgestufte Versorgungslogik integriert. Ohne klare Eskalationsstufen, definierte Rollen und eine sichere technische Ausstattung bleibt das Potenzial für eine effizientere und schnellere Versorgung im häuslichen Umfeld ungenutzt.

3.4.5.2 Maßnahmenbeschreibung

Die Maßnahme beschreibt ein gestuftes Versorgungsmodell für Situationen, in denen Patientinnen und Patienten nicht in der Lage sind, eine Arztpraxis aufzusuchen (z. B. bei Bettlägerigkeit), aber eine medizinische Einschätzung oder Versorgung benötigen. Ziel ist es, **durch abgestufte Interventionsformen eine bedarfsgerechte, ressourcenschonende und qualitativ hochwertige Versorgung sicherzustellen – unter Einbindung telemedizinischer Komponenten.**

Je nach Praxisstruktur und individueller Patientensituation stehen fünf Eskalationsstufen zur Verfügung, die einer abgestuften Prüf- und Entscheidungssystematik folgen:

1. **Digitale Abklärung per Videosprechstunde**, ggf. im Beisein einer informellen Pflegeperson oder Pflegefachkraft.
2. **Delegierter Hausbesuch durch medizinisches Fachpersonal** (z. B. VERAH/NäPA) mit telemedizinischer Ausstattung wie einem Telemedizin-Rucksack.
3. **Delegierter Hausbesuch ohne technische Ausstattung**, durchgeführt durch medizinisches Fachpersonal der Praxis.
4. **Klassischer ärztlicher Hausbesuch**, bei dem die Ärztin oder der Arzt persönlich vor Ort ist.
5. **Notfallversorgung durch Rettungsdienst oder Notarzt**, sofern eine akute medizinische Gefährdung vorliegt.

Die Maßnahme ermöglicht eine flexible und situationsgerechte Versorgung, die sowohl die Selbstständigkeit der Arztpraxen stärkt als auch die Versorgungssicherheit für Patientinnen und Patienten erhöht. Durch den gezielten Einsatz telemedizinischer Instrumente können unnötige Hausbesuche vermieden, Ressourcen effizient eingesetzt und die ärztliche Präsenz auf medizinisch notwendige Fälle fokussiert werden.

3.4.5.3 Zusätzlicher (Versorgungs-)Nutzen

Das gestufte Modell telemedizinisch gestützter Hausbesuche verbessert die Versorgungssicherheit im häuslichen Umfeld – insbesondere für Patientinnen und Patienten mit eingeschränkter Mobilität, deren medizinische Betreuung zuverlässig ermöglicht wird, ohne dass ein Praxisbesuch erforderlich ist.

Durch den gezielten Einsatz von qualifiziertem medizinischem Fachpersonal mit Zusatzqualifikationen (z. B. VERAH/NäPA) in Kombination mit telemedizinischer Ausstattung lassen sich ärztliche Ressourcen effizienter nutzen. Routineeinsätze können delegiert werden, wodurch sich die Effizienz in der Praxis erhöht und die ärztliche Versorgung auf komplexe Fälle konzentriert bleibt.

Die abgestufte Struktur der Maßnahme trägt dazu bei, unnötige Rettungsdiensteinsätze zu vermeiden – ein entscheidender Vorteil in ländlichen oder unterversorgten Regionen mit begrenzten Notfallkapazitäten. Gleichzeitig fördert das Modell die interprofessionelle Zusammenarbeit: Die strukturierte Einbindung von VERAHs und NäPAs sowie die klare Rollenverteilung schaffen ein koordiniertes Versorgungssystem, das Kontinuität und Qualität nachhaltig stärkt.

3.4.5.4 Akteure

Hausärztinnen und Hausärzte / Hausarztpraxis (koordiniert und delegiert)

Status quo (Handlungsfelder/Strukturen)

- Hausbesuche überwiegend persönlich, telefonische Rücksprachen ad hoc
- Begrenzte Kapazitäten, keine standardisierte telemedizinische Zuschaltung
- Dokumentation getrennt von der fallbezogenen Zusammenarbeit

Zukünftig

- Digitale Erstabklärung per Videosprechstunde; strukturierte Triage und Dokumentation (**O17.2 „Telemedizinisch gestützte Hausbesuche“**)
- Koordination und Zuschaltung der VERAH/NäPa beim Hausbesuch, inkl. Telemedizin-Support – **O17.2 „Telemedizinisch gestützte Hausbesuche“**
- Delegation geeigneter Tätigkeiten (z. B. Messung von Vitalwerten, Symptomabfrage), ärztliche Entscheidungen aus der Praxis
- Einheitliche Dokumentation im Therapieplan und klare Eskalationswege

Medizinisches Fachpersonal für Hausbesuche (VERAH/NäPa)

Status quo (Handlungsfelder/Strukturen)

- Aufsuchende Einsätze ohne verlässliche telemedizinische Anbindung

- Uneinheitliche Aufgabenprofile und Rückmeldewege
- Begrenzt strukturierte Dokumentation

Zukünftig

- Strukturierte Hausbesuche auf ärztliche Veranlassung mit Telemedizinikit (Video, Datenübermittlung) (**O17.2 „Telemedizinisch gestützte Hausbesuche“**)
- Durchführung einfacher diagnostischer/unterstützender Maßnahmen nach Anordnung (z. B. Vitalwerte, Medikationsanleitung)
- Laufende Rückmeldung an Praxis; Eskalation bei Abweichungen; standardisierte Protokolle

Patientinnen und Patienten (chronische Erkrankungen, eingeschränkte Mobilität)

Status quo (Handlungsfelder/Strukturen)

- Erschwerter Praxiszugang; Wartezeiten auf ärztliche Hausbesuche
- Unklare Kontaktwege bei Verschlechterungen

Zukünftig

- Teilnahme an Videosprechstunden; wohnortnahe Versorgung durch VERAH/NäPa mit ärztlicher Zuschaltung (**O17.2 „Telemedizinisch gestützte Hausbesuche“**)
- Mitwirkung an Maßnahmen im häuslichen Umfeld; klare Hinweise zu Eskalationswegen

Plattformdienste/Technikanbieter

Status quo (Handlungsfelder/Strukturen)

- Heterogene Geräte, fehlende Standardisierung und Integration

Zukünftig

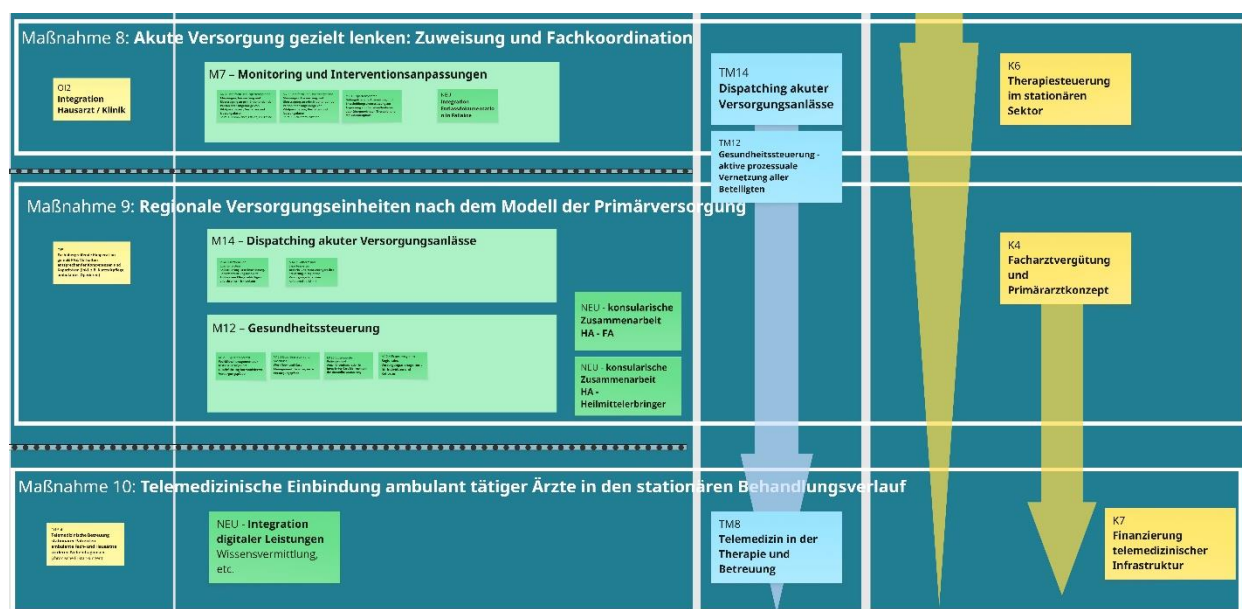
- Bereitstellung, Betrieb und Support von Telemedizinikits, inkl. sichere Datenübertragung (**O17.2 „Telemedizinisch gestützte Hausbesuche“**)
- Integration in die Therapiesteuerungsplattform; Sicherstellung der Verfügbarkeit, von Datenschutz und Service

3.5 Fallgruppe III – Menschen mit regelmäßigem oder häufigem Bedarf an stationärer Versorgung

Fallgruppe III umfasst chronisch erkrankte Patientinnen und Patienten, die regelmäßig auf fachärztliche Versorgung sowie auf stationäre Leistungen angewiesen sind. Diese Patientengruppe ist durch komplexe, oft langandauernde Behandlungsverläufe gekennzeichnet, die eine sektorenübergreifende medizinische Betreuung notwendig machen. Funktional steht die kontinuierliche und strukturierte Interaktion zwischen Patienten, Hausarzt und stationären Leistungserbringern im Vordergrund. Inhaltlich geht es vorrangig um die gezielte Steuerung der Versorgung, die Sicherstellung der Behandlungskontinuität sowie um die Erleichterung der Übergänge zwischen ambulanter und stationärer Versorgung.

Ziel ist es, Versorgungsprozesse so zu gestalten, dass unnötige Wiederaufnahmen vermieden, Informationsverluste verhindert und Therapieentscheidungen durchgängig nachvollziehbar getroffen werden können. Die Maßnahmen 8 – 10 beschreiben hierfür zentrale Hebel und Strukturen.

Abbildung 20: Maßnahmen 8 – 10 im Ökosystem



Quelle: _fbeta GmbH

Maßnahme 8 betrifft die Lenkung akuter Versorgungssituationen. Durch Monitoring und laufende Interventionsanpassungen wird ermöglicht, medizinische Eskalationen frühzeitig zu identifizieren und gezielt zu steuern. Entscheidungsunterstützende digitale Systeme sowie die koordinierte Zusammenarbeit zwischen Haus- und Fachärzten tragen dazu bei, die Versorgung am tatsächlichen Bedarf auszurichten und Über- oder Fehlversorgungen zu vermeiden.

Maßnahme 9 stärkt die regionale Versorgung durch den Aufbau integrierter Versorgungseinheiten nach dem Modell der Primärversorgung. Diese übernehmen u. a. das Dispatching akuter Versorgungslagen sowie die Steuerung der langfristigen gesundheitlichen Entwicklung chronisch Erkrankter. Ergänzt wird das Modell durch neue Kooperationsformen: die konsiliarische Zusammenarbeit zwischen Haus- und

Fachärzten sowie die sektorenübergreifende Einbindung weiterer Gesundheitsberufe. So entsteht ein multiprofessionelles, koordinierendes Versorgungssystem auf regionaler Ebene.

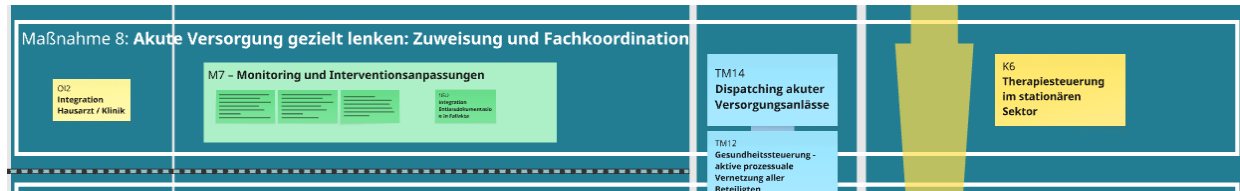
Maßnahme 10 stellt die telemedizinische Einbindung ambulant tätiger Ärztinnen und Ärzte in stationäre Behandlungsverläufe sicher. Ziel ist es, vorhandenes Wissen und bestehende Versorgungskontinuitäten auch während eines stationären Aufenthalts der Patienten aufrechtzuerhalten. Die Integration digitaler Leistungen, fachlicher Expertise und therapeutischer Begleitung trägt dazu bei, Behandlungsbrüche zu vermeiden und die Übergänge zwischen ambulantem und stationärem Sektor wirksam zu gestalten.

Flankiert werden diese drei Maßnahmen durch strukturelle Systemelemente wie die sektorenübergreifende Therapiesteuerung im stationären Bereich, ein angepasstes Facharzt- und Primärarztvergütungssystem sowie die Finanzierung einer tragfähigen telemedizinischen Infrastruktur. Unterstützende Funktionen wie digitales Dispatching und koordinierte Versorgungsplanung stärken die operative Umsetzbarkeit der Maßnahmen zusätzlich.

Insgesamt leisten die Maßnahmen für Fallgruppe III einen zentralen Beitrag zur sektorenübergreifenden Versorgung chronisch Erkrankter mit hohem Steuerungsbedarf. Sie ermöglichen eine präzise, koordinierte und digital unterstützte Betreuung, die die Versorgungssicherheit erhöht, die Behandlungskontinuität fördert und die Effektivität der therapeutischen Maßnahmen insgesamt verbessert.

3.5.1 Akute Versorgung gezielt lenken: Zuweisung und Fachkoordination

Abbildung 21: Maßnahme 8



Quelle: _fbeta GmbH

3.5.1.1 Herleitung auf Basis von Defiziten und Potenzialen

Die Behandlung chronischer Erkrankungen erfordert eine laufende Beobachtung des Krankheitsverlaufs sowie eine flexible Anpassung therapeutischer Maßnahmen. Im stationären Setting geschieht dies jedoch häufig ohne systematische Rückkopplung mit der ambulanten Versorgung – obwohl dort wesentliche Informationen über den bisherigen Verlauf, über bewährte Therapien sowie psychosoziale Rahmenbedingungen vorliegen.

Insbesondere bei stationären Aufenthalten werden medizinische Entscheidungen oft losgelöst vom bestehenden Behandlungsplan getroffen. Das birgt die Gefahr von Therapieabbrüchen, Doppeluntersuchungen und Informationsverlusten – insbesondere bei ungeplanten Klinikaufnahmen. Gleichzeitig fehlt es bisher an verbindlichen technischen und organisatorischen Strukturen, um relevante Informationen aus der ambulanten Versorgung sicher und standardisiert in die stationäre Behandlung zu integrieren.

Die frühzeitige Einbindung ambulanter Behandlerinnen und Behandler – sowohl bei geplanten als auch bei ungeplanten stationären Aufnahmen – bietet die Möglichkeit, klinische Entscheidungen stärker am Langzeitverlauf auszurichten. Ziel ist eine kontinuierliche, sektorenübergreifende Therapiesteuerung, bei der Monitoringdaten, Verlaufseinschätzungen und Rückmeldungen systematisch einfließen. Digitale Schnittstellen, abgestimmte Dokumentationsprozesse und gemeinsame Bewertungskriterien bilden dafür die notwendige Grundlage.

3.5.1.2 Maßnahmenbeschreibung

Die Maßnahme beschreibt ein **strukturiertes Verfahren zur digital unterstützten Übergabe medizinischer Verantwortung zwischen ambulanter und stationärer Versorgung** – sowohl bei der Aufnahme in eine Klinik als auch beim Übergang zurück in die hausärztlich koordinierte Nachsorge. Ziel ist es, Versorgungslücken zu vermeiden, Wiederaufnahmen zu reduzieren und eine nahtlose Anschlussbehandlung sicherzustellen.

Im Zentrum steht der Moment der Krankenhausentlassung – ein kritischer Punkt mit hoher Relevanz für die Behandlungsqualität. Informationsverluste, Medikationsfehler oder unklare Therapieanpassungen können hier gravierende Folgen haben. Auch während des stationären Aufenthalts ist die Weiterführung bestehender Therapien – insbesondere bei Nebendiagnosen – ein zentraler Aspekt der Versorgungskontinuität (siehe auch unter 3.5.3).

Die Maßnahme stellt sicher, dass alle relevanten patientenbezogenen Informationen – Diagnosen, Medikation, Kontrolluntersuchungen oder Therapieanpassungen – vollständig und standardisiert

übermittelt werden. Bei einer geplanten stationären Aufnahme können Informationen über ambulante ärztliche Behandlungen frühzeitig bereitgestellt werden. Bei akutstationären Aufnahmen stehen in der digitalen Fallakte hinterlegte Daten zur Verfügung.

Die technische Umsetzung erfolgt über eine sektorenübergreifende Therapiesteuerungsplattform mit standardisierter Fallakte, auf die sowohl Hausärztinnen und Hausärzte als auch Krankenhausärztinnen und -ärzte zugreifen können. Die Plattform wird zur zentralen Schnittstelle für Informationsaustausch, Behandlungsplanung und Nachsorge.

3.5.1.3 Zusätzlicher (Versorgungs-)Nutzen

Die Maßnahme leistet einen zentralen Beitrag zur Verbesserung der medizinischen Entscheidungsqualität, zur Sicherstellung der Behandlungskontinuität und zur strukturierten Rückkopplung zwischen stationärer und ambulanter Versorgung. Bereits bei der stationären Aufnahme – auch bei Akutfällen – ermöglicht der digitale Zugriff auf die strukturierte Fallakte eine fundierte Einschätzung der Patientensituation. Klinikärztinnen und -ärzte erhalten damit frühzeitig Zugang zu relevanten Vorinformationen wie bestehender Medikation, dokumentierten Vorerkrankungen oder bereits eingeleiteten Therapien. Dies erhöht die Sicherheit klinischer Entscheidungen und schafft die Grundlage für eine gezielte, patientengerechte Versorgung.

Darüber hinaus wird die stationäre Behandlung besser auf den bestehenden hausärztlich koordinierten Therapieplan abgestimmt. Die Kenntnis über Langzeitziele und bisherige Verläufe der Behandlung erleichtert es den Klinikteams, bestehende Therapien fortzuführen oder gezielt anzupassen, anstatt medizinische Maßnahmen isoliert neu zu planen. Dies verbessert die Passgenauigkeit der Versorgung und verhindert Brüche im Behandlungsverlauf.

Nach der Entlassung der Patientinnen und Patienten profitieren die sie weiterbehandelnden Hausärztinnen und Hausärzte von einer verlässlichen, strukturierten Rückmeldung. Die klinischen Informationen werden über die digitale Plattform direkt in den Therapieplan zurückgespielt, sodass eine lückenlose ambulante Weiterbehandlung unmittelbar im Anschluss an den stationären Aufenthalt erfolgen kann. Dadurch wird nicht nur der Aufwand für telefonische oder schriftliche Rückfragen reduziert – auch das Risiko von Informationsverlusten oder verzögerten Anschlussmaßnahmen wird erheblich verringert.

3.5.1.4 Akteure

Hausärztinnen und Hausärzte

Status quo (Handlungsfelder/Strukturen)

- Nachsorge nach Klinikaufenthalten, häufig telefonische/papierbasierte Abstimmung
- Verspäteter oder unvollständiger Erhalt von Entlassinformationen der Kliniken
- Doppeluntersuchungen und Medienbrüche durch fehlende strukturierte Übergaben

Zukünftig

- Digitale Vorabübermittlung relevanter Informationen an Kliniken (Medikation, Diagnosen, Allergien, Betreuungspersonen) über die Plattform Therapiesteuerung (**O12 „Integration Hausarzt/Klinik“**)

- Frühzeitige Abstimmung über Anschlussmaßnahmen (Reha, Hilfsmittel, ambulante Termine) mittels standardisierter Prozesse (**O12 „Integration Hausarzt/Klinik“**)
- Nutzung strukturierter Entlassinformationen zur unmittelbaren Weiterbehandlung; definierte Kontakt- und Eskalationswege
- Lückenlose Dokumentation im digitalen Therapieplan; Reduktion von Doppeluntersuchungen

Kliniken (stationär, ggf. ambulante Strukturen)

Status quo (Handlungsfelder/Strukturen)

- Entlassbriefe oft verspätet/unvollständig; Nebenfunde/Medikation nicht konsistent
- Stationäre Aufnahmen in Akutfällen ohne ambulante Vorinformationen
- Uneinheitliche, nicht standardisierte Kommunikation mit ambulanten Praxen

Zukünftig

- Abruf und Nutzung ambulanter Vorinformationen bereits bei Aufnahme über die digitale Fallakte; Fortführung/gezielte Anpassung bestehender Therapien (**O12 „Integration Hausarzt/Klinik“**)
- Standardisierte digitale Entlassinformationen in Echtzeit an Hausärzte (inkl. Medikationsplan, Kontrolltermine, Verantwortlichkeiten) (**O12 „Integration Hausarzt/Klinik“**)
- Frühzeitige Abstimmung zur Anschlussversorgung (Reha, Hilfsmittel, Pflege) über die Plattform
- Verbindliche Rückmeldungen in den digitalen Therapieplan

Patientinnen und Patienten

Status quo (Handlungsfelder/Strukturen)

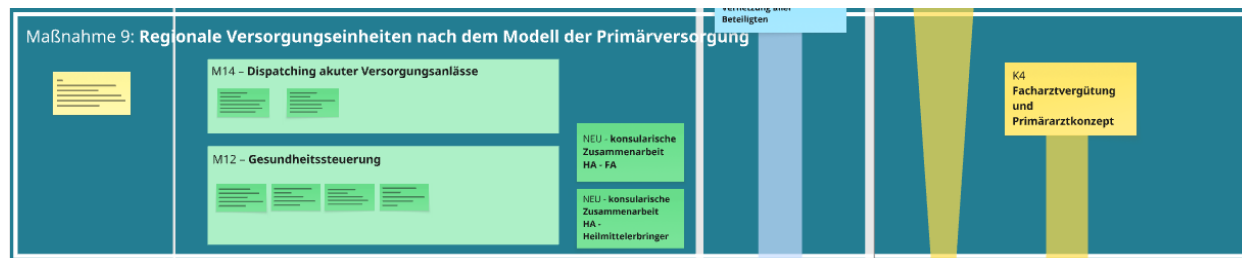
- Geringe Transparenz über Informationsflüsse; wiederholte Anamnesen
- Unsicherheiten bei Nachsorge und Zuständigkeiten

Zukünftig

- Einwilligung in die Weitergabe aller personenbezogenen Informationen über digitale Kanäle
- Verbesserung der Versorgung durch Transparenz über Schritte der Nachsorge und eine lückenlose ambulante Weiterbehandlung
- Strukturierte Informationen zu Terminen, Verantwortlichkeiten und Eskalationswegen; Reduzierung von Doppelwegen

3.5.2 Regionale Versorgungseinheiten nach dem Modell der Primärversorgung

Abbildung 22: **Maßnahme 9**



Quelle: _fbeta GmbH

3.5.2.1 Herleitung auf Basis von Defiziten und Potenzialen

Die Versorgung chronischer Erkrankungen leidet in vielen Regionen nicht primär an fehlenden medizinischen Leitlinien oder spezialisierten Angeboten, sondern an mangelnder Verzahnung, begrenzter Zugänglichkeit und unzureichender Anpassungsfähigkeit an komplexe Lebens- und Krankheitssituationen. Die Analyse versorgungsübergreifender Defizite zeigt, dass insbesondere Patientinnen und Patienten mit chronischen oder psychischen Erkrankungen häufig von Versorgungsengpässen betroffen sind, lange Wartezeiten in Kauf nehmen müssen oder ihnen der Zugang zu niedrigschwelligen Angeboten fehlt.

Ein zentrales Problem liegt im ungleichen Zugang zur Versorgung. Während die medizinische Grundversorgung in vielen Bereichen weitgehend gewährleistet ist, bestehen bei psychischen Erkrankungen – insbesondere bei Depressionen – weiterhin strukturelle Versorgungslücken. Auch die Notfallversorgung wird häufig in Anspruch genommen, weil ambulante Alternativen fehlen oder nicht ausreichend bekannt sind. Es mangelt an regional integrierten Strukturen, die unterschiedliche Angebote bündeln und koordiniert zur Verfügung stellen.

3.5.2.2 Maßnahmenbeschreibung

Die Maßnahme beschreibt den **Aufbau regionaler, multiprofessioneller Versorgungseinheiten nach dem Modell der Primärversorgung**. Ziel ist es, durch feste, institutionell verankerte Strukturen eine koordinierte, kontinuierliche und patientenzentrierte Versorgung, insbesondere für chronisch oder mehrfach belastete Patientinnen und Patienten, sicherzustellen. Anders als bei fallbezogenen virtuellen Teams liegt der Fokus auf dauerhaften Kooperationen zwischen verschiedenen Berufsgruppen innerhalb eines strukturierten Versorgungskontexts.

Im Zentrum steht die hausärztliche Ebene, ergänzt durch Fachärztinnen und Fachärzte sowie qualifiziertes Gesundheits- und Pflegepersonal. Die Versorgungseinheit wird unterstützt durch Versorgungsassistenzen, Case Manager oder Gesundheitslotsen, die die Patienten durch den gesamten Behandlungsprozess begleiten, Informationen bündeln und Sektorenübergänge koordinieren. Die Steuerung erfolgt über eine gemeinsame digitale Infrastruktur, die eine standardisierte Fallführung, Terminorganisation und Kommunikation zwischen allen Beteiligten ermöglicht.

Darüber hinaus hält die Versorgungseinheit selbst bestimmte Leistungen vor, wie beispielsweise Kurzzeitpflege, ambulante Operationen oder dringliche Sprechstunden. Weitere Akteure – etwa Pflegeeinrichtungen, der ärztliche Bereitschaftsdienst oder auch Notaufnahmen – können über digitale

Schnittstellen eingebunden werden. So entsteht ein regional abgestimmtes, interprofessionelles Versorgungssystem, das sektorenübergreifend arbeitet und Versorgungslücken gezielt schließt.

3.5.2.3 Zusätzlicher (Versorgungs-)Nutzen

Die Maßnahme trägt wesentlich zur Verbesserung der Versorgungsqualität bei. Durch die enge, digital unterstützte Zusammenarbeit von Haus- und Fachärzten mit weiteren Akteuren in der Gesundheitsversorgung können medizinische und nichtärztliche Kompetenzen innerhalb einer Versorgungseinheit gebündelt werden. Patientinnen und Patienten profitieren von einer ganzheitlichen Betreuung, bei der Informationen kontinuierlich verfügbar sind und Behandlungspfade effizient gesteuert werden können.

Die Nutzung medizinischer Informationen über eine gemeinsame digitale Infrastruktur reduziert unnötige Überweisungen und Doppelstrukturen und sorgt für eine ressourcen- sowie patientenschonende Versorgung. Gleichzeitig sichert die telemedizinische Einbindung von Fachärzten – insbesondere in ländlichen Räumen – den gleichwertigen Zugang zu spezialisierter Expertise, ohne zusätzliche Wege oder lange Wartezeiten.

3.5.2.4 Akteure

Hausärzte und Fachärzte (telemedizinisch eingebunden)

Status quo (Handlungsfelder/Strukturen)

- Konsultationen und Rückmeldungen meist telefonisch oder per Arztbrief; interprofessionelle Abstimmung ad hoc und intransparent
- Verbleib von Informationen im jeweiligen Praxissystem; Fehlen einer standardisierten digitalen Übergabe an weitere Beteiligte
- Uneinheitliche Nutzung von Telemedizin; nicht festgelegte Abläufe, Rollen und Dokumentation

Zukünftig

- Durchführung telemedizinischer Konsultationen synchron oder asynchron (per Video, Telefon, Chat) zur Diagnostik, Verlaufskontrolle und Therapieanpassung
- Dokumentation und Übertragung der relevanten Informationen in das Praxisverwaltungssystem (PVS) oder die gemeinsame digitale Infrastruktur (**OIS „Fachübergreifende Kooperation gemäß PVZ“**)
- Interprofessionelle Abstimmung bei Bedarf (z. B. mit Pflege, Case Management) entlang klarer Verantwortlichkeiten und Prozesse
- Nutzung telemedizinischer Sprechstunden bei akuten oder chronischen Situationen; sichtbarer Eintrag im digitalen Therapieplan

Medizinisches Fachpersonal/Praxisassistenz

Status quo (Handlungsfelder/Strukturen)

- Punktuelle Terminorganisation und Vorbereitung der Konsultationen; Fehlen einer verlässlichen Regelung zur technischen Unterstützung der Patienten
- Selten strukturierte Erfassung von Vorabinformationen oder Rückmeldung an das Ärzteteam

Zukünftig

- Verbindliches Termin-, Kommunikations- und Technikmanagement für telemedizinische Konsultationen
- Begleitung der Patientenvorbereitung z. B. Gerätecheck, Vorabfragebögen, digitale Einwilligungen (**O15 „Fachübergreifende Kooperation gemäß PVZ“**)
- Strukturierte Erfassung und Weitergabe von Vorabinformationen sowie Rückmeldungen an das Ärzteteam über die Plattform oder PVS

Patientinnen und Patienten

Status quo (Handlungsfelder/Strukturen)

- Unregelmäßige Nutzung telemedizinischer Angebote; häufig informelle Rückmeldungen zu Symptomen und Befunden
- Uneinheitliche digitale Kanäle, unklare Anforderungen an Stabilität und Nutzbarkeit

Zukünftig

- Aktive Nutzung telemedizinischer Angebote zur Klärung gesundheitlicher Anliegen, insbesondere bei chronischen oder akuten Symptomen (**O15 „Fachübergreifende Kooperation gemäß PVZ“**)
- Übermittlung von Vitaldaten, Befunden und Beschwerden über sichere, strukturierte digitale Kanäle gemäß vereinbarten Qualitätskriterien

Pflegerisches Fachpersonal (Einrichtungen oder ambulant)

Status quo (Handlungsfelder/Strukturen)

- Häufig telefonische und unstrukturierte Übermittlung medizinischer Rückmeldungen aus dem Pflegekontext; nur teilweise Einfließen von Beobachtungen in die Therapie

Zukünftig

- Mitwirkung an telemedizinisch unterstützter Versorgung (z. B. Kurzzeitpflege, geriatrische Versorgung)
- Unterstützung bei Anamnese, Datenerfassung und Messung von Vitalwerten im Rahmen digitaler Sprechstunden
- Einbringen von Anforderungen und Informationen aus dem Pflegekontext (z. B. Rückmeldungen zu Veränderungen) in die medizinische Versorgung (**O15 „Fachübergreifende Kooperation gemäß PVZ“**)

Plattformdienste/Technikanbieter

Status quo (Handlungsfelder/Strukturen)

- Fehlen einer einheitlichen, sektorenübergreifende digitalen Infrastruktur; begrenzte Interoperabilität zu PVS/KIS

Zukünftig

- Betrieb und Weiterentwicklung der gemeinsamen, interoperablen Plattform (Schnittstellen zu PVS/KIS, sichere Kommunikation, Datenschutz)
- Technischer Support für Praxen, Einrichtungen und Patienten
- Monitoring der Verfügbarkeit und Qualität der Dienste

3.5.3 Telemedizinische Einbindung ambulant tätiger Ärzte in den stationären Behandlungsverlauf

Abbildung 23: Maßnahme 10



3.5.3.1 Herleitung auf Basis von Defiziten und Potenzialen

Digitale Lösungen gewinnen zunehmend an Bedeutung für eine moderne, sektorenübergreifende Gesundheitsversorgung. In der Gesundheitsregion wird Telemedizin gezielt eingesetzt, um die Versorgung chronisch kranker, pflegebedürftiger oder mobilitätseingeschränkter Menschen zu verbessern. Telemedizinische Anwendungen ermöglichen eine kontinuierliche ärztliche Betreuung und therapeutische Begleitung – unabhängig von Ort und Zeit. Sie tragen dazu bei, Hausbesuche zu ergänzen, Facharztkonsile zu erleichtern und mobile Einsatzteams effizient zu unterstützen.

Dabei steht nicht allein die Technik im Vordergrund, sondern deren sinnvolle Einbettung in bestehende Versorgungsprozesse. Gerade im stationären Kontext sind digitale Rückkopplungen bislang kaum in die Routine integriert. Die elektronische Patientenakte (ePA) bietet grundsätzlich das Potenzial, Informationen sektorenübergreifend verfügbar zu machen, wird in der Praxis jedoch nur punktuell genutzt. Gleiches gilt für die sichere digitale Kommunikation über KIM und TIM.

Besonders problematisch wirkt sich dies auf vulnerable Gruppen aus: Menschen mit chronischen Erkrankungen, begrenzter Mobilität oder sozialer Benachteiligung haben häufig erschwerten Zugang zu kontinuierlicher medizinischer Begleitung. Dabei ist gerade bei chronischen Erkrankungen wie Diabetes oder Herzinsuffizienz die durchgängige Betreuung entscheidend für den Behandlungserfolg. Die Digitalisierung bietet hier große Chancen – vorausgesetzt, ihre Potenziale werden strukturiert und systematisch in die stationäre Versorgung integriert.

3.5.3.2 Maßnahmenbeschreibung

Die Maßnahme beschreibt die **strukturierte telemedizinische Einbindung ambulant tätiger Haus- oder Fachärztinnen und -ärzte während eines stationären Aufenthalts von Patienten** – mit dem Ziel, eine arbeitsteilige, sektorenübergreifende Behandlung chronischer Nebendiagnosen sicherzustellen. Anders als bei klassischen, innerklinischen Konsilen oder rein beratenden Telekonsilen geht es hier um die aktive Fortführung ambulanter Therapien im Rahmen einer digitalen, intersektoralen Zusammenarbeit.

Während das Krankenhauspersonal die akute Hauptdiagnose behandelt, bleiben die ambulant betreuten chronischen Erkrankungen – wie z. B. Diabetes, COPD oder Herzinsuffizienz – unter der Verantwortung der primär behandelnden niedergelassenen Ärztin oder des Arztes. Im Bedarfsfall werden diese über eine digitale Therapiesteuerungsplattform telemedizinisch einbezogen – entweder synchron (z. B. per Video, Telefon) oder asynchron (z. B. strukturierter Fallbericht). Die ambulanten Behandlerinnen und Behandler bringen dabei ihr Wissen über Krankheitsverlauf, Medikationshistorie und individuelle Therapieziele ein und unterstützen die Entscheidungen im stationären Behandlungsverlauf.

Diese Form der Zusammenarbeit ermöglicht es, medizinische Kontinuität zwischen ambulanter und stationärer Versorgung sicherzustellen. Die Verantwortung wird dabei klar arbeitsteilig organisiert: Die Klinik verantwortet die Behandlung der Hauptdiagnose, während die Versorgung der chronischen Nebendiagnosen – in Rücksprache mit dem stationären Team – bei den ambulanten primär behandelnden Ärztinnen und Ärzten verbleibt.

3.5.3.3 Zusätzlicher (Versorgungs-)Nutzen

Die Maßnahme schafft einen deutlichen Mehrwert für alle Beteiligten und adressiert ein bislang ungelöstes Problem in der stationären Behandlung von Patienten: den systematischen Einbezug ambulanter Expertise während eines Klinikaufenthalts.

Durch die oben beschriebene arbeitsteilige Kooperation von ambulanten Behandlern und stationärem Team wird einerseits das Krankenhauspersonal entlastet.

Zum anderen bleibt die therapeutische Kontinuität erhalten: Bestehende Behandlungsstrategien – etwa zur Diabeteseinstellung oder bei kardiologischen Vorerkrankungen eines Patienten – können auch im stationären Setting konsistent fortgeführt werden. Das erhöht nicht nur die medizinische Qualität, sondern auch die Sicherheit für Patientinnen und Patienten.

Nicht zuletzt verbessert die Maßnahme die Entlassplanung. Da die ambulanten Behandler bereits während des Aufenthalts eingebunden sind, kann die Weiterbehandlung frühzeitig abgestimmt werden. Brüche im Übergang von der stationären in die ambulante Versorgung werden dadurch gezielt vermieden.

3.5.3.4 Akteure

Krankenhausärztinnen und -ärzte (stationär behandelnd)

Status quo (Handlungsfelder/Strukturen)

- Fokussierung auf die akute Hauptdiagnose; uneinheitliche Berücksichtigung von Nebendiagnosen
- Verspätete oder informelle Rückkopplung mit ambulanten Behandlerinnen und Behandlern
- Häufig nicht strukturierte Verfügbarkeit relevanter Informationen zur Vorgeschichte/Medikation von Patienten

Zukünftig

- Organisation und Durchführung telemedizinischer Rücksprache mit ambulanten Behandlerinnen und Behandlern bei relevanten Nebendiagnosen (**OI10 „Telemedizinische Einbindung ambulanter Ärzte im stationären Verlauf“**)
- Integration von Empfehlungen aus dem Konsil in die stationäre Behandlungsplanung, z. B. Medikation, Diabetes-/Herzinsuffizienz-Management (**OI10 „Telemedizinische Einbindung ambulanter Ärzte im stationären Verlauf“**)
- Strukturierte Dokumentation interdisziplinärer Einschätzungen im klinischen Verlauf

Hausärzte/Fachärzte (ambulant tätig)

Status quo (Handlungsfelder/Strukturen)

- Erhalt von Informationen zum stationären Behandlungsverlauf erst nach Entlassung der Patienten; Koordination der Nachsorge mit Medienbrüchen
- Keine verlässliche Möglichkeit fachlichen Eingreifens während des stationären Aufenthalts eines Patienten

Zukünftig

- Telemedizinische Einschätzungen während des stationären Aufenthalts zu chronischen Nebendiagnosen eines Patienten (z. B. COPD, Herzinsuffizienz) (OT3.4 Telemedizinische Betreuung stationärer Patienten)
- Aktive Rückkopplung von Therapieplan, Medikationshistorie und Verlaufswissen in die stationäre Behandlung (OT3.4 Telemedizinische Betreuung stationärer Patienten)
- Vorbereitung ambulanter Nachsorge auf Basis der abgestimmten Entlassunterlagen

Patientinnen und Patienten

Status quo (Handlungsfelder/Strukturen)

- Passive Rolle während des stationären Aufenthalts; Brüche im Informationsfluss bei der Entlassung

Zukünftig

- Einwilligung zur telemedizinischen Einbindung der/des ambulanten Behandlerin/Behandlers (Datenschutz, Einverständnis)
- Wahrnehmung der Anschlussbehandlung gemäß gemeinsam abgestimmtem Versorgungsplan

Pflegendes Fachpersonal (Klinik)

Status quo (Handlungsfelder/Strukturen)

- Nur teilweise und unstrukturierte Einbindung von Pflegebeobachtungen in ärztliche Entscheidungen

Zukünftig

- Vorbereitung und Begleitung der telemedizinischen Fallbesprechungen, z. B. Vitalwerte der Patienten, Behandlungsverlauf, Technikbereitstellung (OT3.4 Telemedizinische Betreuung stationärer Patienten)
- Strukturiertes Einbringen relevanter Pflegebeobachtungen in die interdisziplinäre Abstimmung
- Unterstützung der Patienten bei Einwilligung und praktischer Durchführung

Plattformdienste/Technikanbieter

Status quo (Handlungsfelder/Strukturen)

- Fehlen einer durchgängigen, interoperablen Lösung für den sektorenübergreifenden Echtzeit-Austausch

Zukünftig

- Betrieb einer datenschutzkonformen, an PVS/KIS angebundenen Kommunikations- und Dokumentationsplattform für Konsile (OT3.4 Telemedizinische Betreuung stationärer Patienten)
- Sicherstellung von Verfügbarkeit, Support und Rechte-/Rollenkonzepten

3.5.4 Virtueller Gesundheitskiosk – digitale Lotsenfunktion im Versorgungssystem (ohne Fallgruppenbezug)

Abbildung 24: Maßnahme 12



Quelle: _fbeta GmbH

3.5.4.1 Etablierung einer digitalen Lotsenfunktion

Die Einrichtung digitaler Gesundheitskioske zur Unterstützung chronisch kranker Patienten stellt eine übergeordnete flankierende Maßnahme in der Transformationsstrategie dar zur Verbesserung von Versorgungsgerechtigkeit, Orientierung und Gesundheitskompetenz,, unabhängig von den oben beschriebenen Fallgruppen und Funktionszusammenhängen .

3.5.4.2 Herleitung auf Basis von Defiziten und Potenzialen

Digitale Lösungen bieten erhebliche Chancen für eine moderne, sektorenübergreifende Gesundheitsversorgung. In der Gesundheitsregion werden Telemedizin und digitale Kommunikationsmittel gezielt eingesetzt, um die Betreuung chronisch kranker, pflegebedürftiger oder mobilitätseingeschränkter Menschen zu verbessern. Dennoch bleibt der Zugang zur Versorgung für viele Menschen erschwert – insbesondere für sozial benachteiligte oder vulnerable Gruppen. Sprachliche, kulturelle, finanzielle oder bildungsbezogene Barrieren führen dazu, dass Erkrankungen später erkannt und weniger effektiv behandelt werden und häufiger schwere Verläufe zeigen.

Gleichzeitig werden zentrale Potenziale der Digitalisierung bisher nur punktuell genutzt. Viele digitale Anwendungen – etwa die elektronische Patientenakte (ePA), Telemonitoring, KIM/TIM oder digitale Gesundheitsanwendungen (DiGA) – sind in der Versorgungspraxis noch nicht etabliert oder zeigen eine geringe Nutzungsintensität. Insbesondere im Bereich der gesundheitlichen Orientierung und Navigation durch das komplexe Versorgungssystem fehlt es an niedrigschwelligen, patientennahen und strukturierten Unterstützungsangeboten.

Vor diesem Hintergrund entsteht mit dem virtuellen Gesundheitskiosk ein neues Instrument, das die digitalen Möglichkeiten gezielt mit dem Bedarf an individueller, sozialmedizinischer Unterstützung verbindet – ohne selbst als medizinische Behandlungsinstanz zu agieren.

3.5.4.3 Maßnahmenbeschreibung

Die Maßnahme ist als **digitales Unterstützungsinstrument** konzipiert zur **Verbreitung patientenorientierter und sozialmedizinischer Beratung**. Ziel ist es, insbesondere chronisch erkrankten, präventionsbedürftigen oder sozial belasteten Menschen einen strukturierten Zugang zu verständlichen Gesundheitsinformationen, digitalen Beratungsangeboten und passenden Versorgungsstrukturen zu

ermöglichen. Dabei ist der Gesundheitskiosk keine medizinische Behandlungsstelle, sondern fungiert als digitaler Lotse im Versorgungssystem.

Über eine zentrale, datenschutzkonforme Plattform erhalten Patientinnen und Patienten Orientierung bei der Navigation durch komplexe Versorgungsstrukturen. Der Kiosk bietet strukturierte, barrierearme und mehrsprachige Informationen zu regionalen Angeboten, Ansprechpartnern, Selbsthilfeorganisationen und sozialrechtlichen Unterstützungsleistungen. Die Plattform ist jederzeit verfügbar und darauf ausgelegt, auch Menschen mit geringer Gesundheitskompetenz oder eingeschränkter Mobilität zu erreichen.

Neben der Informationsbereitstellung ermöglicht der digitale Kiosk auch eine Beratung zu nicht-medizinischen Fragestellungen – etwa zur Einordnung gesundheitlicher Risiken, zur Nutzung empfohlener Leistungen oder zur Vorbereitung auf Behandlungsschritte. Diese Beratung erfolgt über sichere Text- oder Videoformate. Je nach Bedarf können Nutzerinnen und Nutzer an qualifizierte medizinische oder soziale Stellen weiterverwiesen werden.

Als digitale Ergänzung zu bereits bestehenden analogen Gesundheitskiosken bietet die Maßnahme eine flächendeckende, skalierbare Lösung zur Unterstützung vulnerabler Gruppen. Sie ermöglicht die Nutzung regional erprobter Konzepte bei gleichzeitiger Entlastung lokaler Teams, deren Expertise digital abrufbar gemacht wird.

3.5.4.4 Zusätzlicher (Versorgungs-)Nutzen

Der virtuelle Gesundheitskiosk trägt in mehrfacher Hinsicht zur Effizienz, Gerechtigkeit und Nutzerorientierung im Versorgungssystem bei. Durch die digitale Bereitstellung bewährter Informations- und Beratungsstrukturen kann das Konzept regional skaliert und ortsunabhängig verfügbar gemacht werden – auch außerhalb der Einzugsgebiete physischer Gesundheitskioske. Das verbessert die Versorgung insbesondere in ländlichen oder strukturschwachen Regionen.

Darüber hinaus ermöglicht der digitale Kiosk einen niedragschweligen Zugang zu gesundheitsbezogener Orientierung. Mehrsprachige, zielgruppengerechte Inhalte sowie eine einfache Navigation fördern die Gesundheitskompetenz – auch bei Menschen mit geringer Systemkenntnis oder technischer Affinität. Der Kiosk kann so eine erste Hürde im Versorgungssystem abbauen und dabei helfen, Versorgungslücken zu schließen.

Nicht zuletzt entlastet der virtuelle Gesundheitskiosk medizinische Einrichtungen durch Vorabklärung und Lotsenfunktion. Wiederkehrende, nicht-medizinische Beratungsanliegen von Nutzerinnen und Nutzern werden frühzeitig aufgefangen, Patienten gezielt an die passenden Anlaufstellen weitergeleitet. Dies trägt zu einer besseren Steuerung der Inanspruchnahme ambulanter Versorgungsstrukturen bei.

3.5.4.5 Akteure

Patientinnen und Patienten bzw. Nutzerinnen und Nutzer des digitalen Kiosks

Status quo (Handlungsfelder/Strukturen)

- Niedragschwelliger Zugang u. a. zu gesundheitsrelevanten Inhalten, Beratung, Orientierung und Navigation im Gesundheitssystem durch bereits bestehende analoge Gesundheitskioske
- Entscheidung über die Annahme von Empfehlungen (z. B. Vermittlung von medizinischen Leistungen, Wahrnehmung von Präventionsangeboten)

Zukünftig

- Ortsunabhängige Nutzung des digitalen Angebots zur Information, Navigation und Beratung (**Modul OM2.1 „Virtueller Gesundheitskiosk“**)

Mitarbeitende (virtueller Gesundheitskiosk)

Status quo (Handlungsfelder/Strukturen)

- Einschätzung der Dringlichkeit und Einordnung der Anfragen in den passenden Versorgungspfad

Zukünftig

- Befüllung und Redaktion der Inhalte des virtuellen Gesundheitskiosks (**Modul OM2.1 „Virtueller Gesundheitskiosk“**)
- Ersteinschätzung auf Grundlage standardisierter Eingaben oder strukturierter Chatverläufe

Plattformdienste/Technikanbieter

Status quo (Handlungsfelder/Strukturen)

- Technische Entwicklung, Betrieb und laufende Betreuung des virtuellen Gesundheitskiosks
- Sicherstellung von Datenschutz, Interoperabilität und Nutzerfreundlichkeit
- Integration zusätzlicher Funktionen z. B. digitale Terminvermittlung, strukturierte Risiko- und Symptomchecks, Navigation zu passenden Versorgungsangeboten sowie einfache telemedizinische Beratungsangebote
- Unterstützung der beteiligten Akteure durch Support, Schulungen und Systempflege

Zukünftig

- Weiterentwicklung und Optimierung des Systems zur kontinuierlichen Verbesserung der Lotsenfunktion im Versorgungssystem (**Modul OM2.1 „Virtueller Gesundheitskiosk“**)

4 Technologie und Architektur

Gesamtansatz. Plattformbasierte Versorgungsarchitektur für chronisch Erkrankte und ihre regionalen Versorgungsteams

Die oben beschriebene 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 chronisch oder mehrfach erkrankten Personen. Sie erfasst Gesundheits- und Therapiedaten, dokumentiert Ziele sowie Maßnahmen und fördert die aktive Einbindung der Betroffenen. Mithilfe digitaler Workflows unterstützt sie die interprofessionelle Koordination und ermöglicht eine ressourcenorientierte und salutogenetische Versorgung.

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 das technologische Rückgrat für eine hybride, integrierte Versorgung chronisch Erkrankter 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. **Zwei Plattformen für digitale Teilhabe, Aktivierung und Gesundheitsförderung einrichten – Therapiesteuerung und Versorgungszugang (Fallgruppen 0 und I)**

Risikofaktoren dämpfen, chronische Erkrankungen frühzeitig erkennen, digital unterstützen, Beziehung Patient/Hausarzt stärken – durch digitale Therapiepläne, niedrigschwelligen Zugang zu hybriden Präventionsangeboten und leitlinienbasierte Tools (Screening bis erweiterte Diagnostik)

- Stufe 2. **Ausbau der Plattformen – Integration ambulanter Versorgung: Monitoring, Telekooperation und ambulante Patientenpfade (Fallgruppe II)**

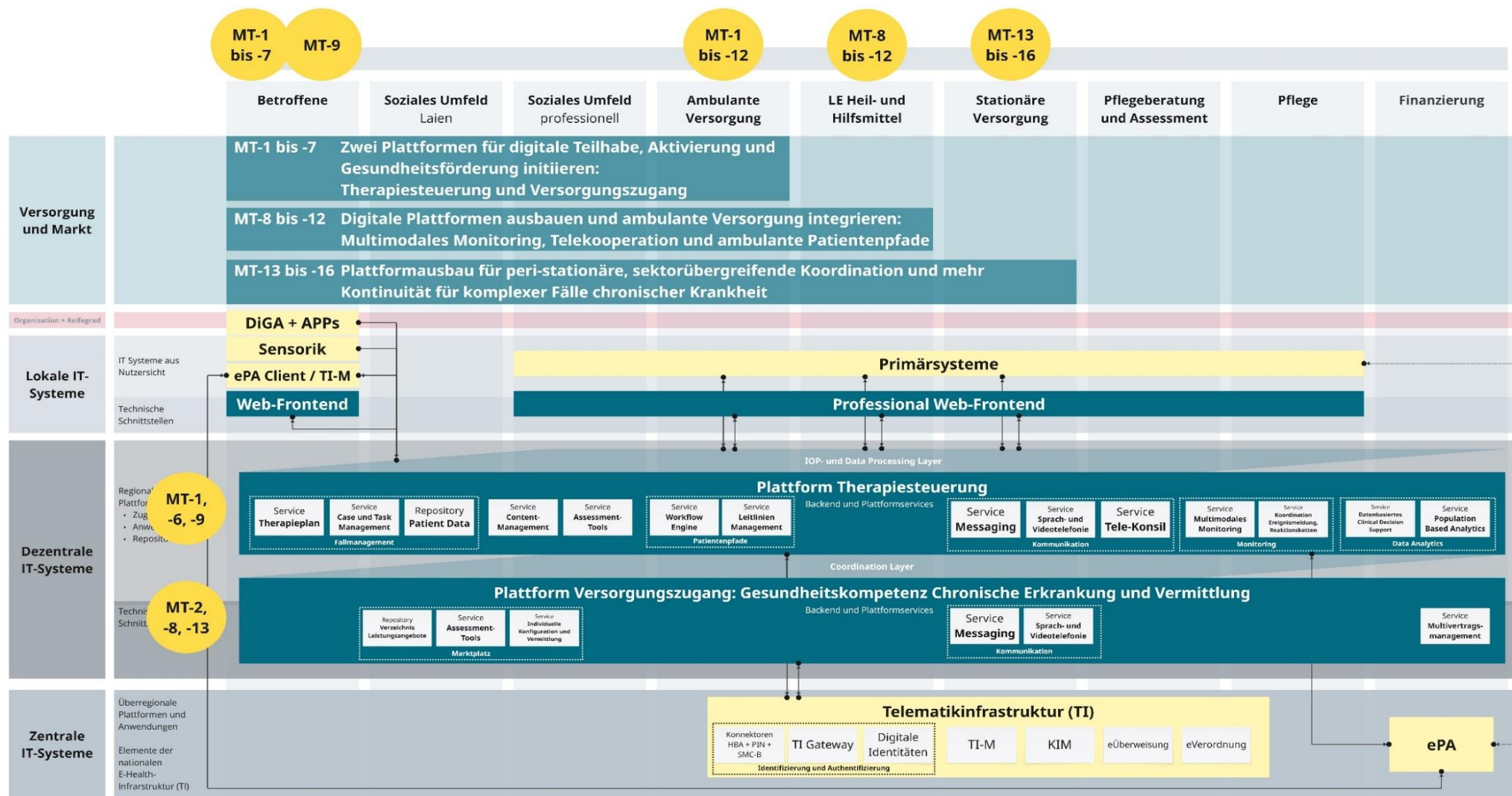
Technische Weiterentwicklung beider Plattformen zur Unterstützung koordinierter, datengestützter Versorgung komplexer Fälle

- Stufe 3. **Ausbau der Plattformen für peristationäre, sektorenübergreifende Koordination zur Sicherstellung der Kontinuität in der Versorgung chronisch Erkrankter mit regelmäßigem oder häufigem stationärem Bedarf (Fallgruppe III)**

Erweiterung beider Plattformen um stationäre Leistungen, standardisierte Übergangsprozesse, Telekooperation und datengetriebene Steuerung

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 wird die Plattform schrittweise sowohl in der Tiefe als auch in der Breite ausgebaut.

Abbildung 25: Zielarchitektur für das Versorgungsszenario „Chronische Erkrankungen“



4.1 Technische Maßnahmen und Komponenten

4.1.1 Stufe 1. Zwei Plattformen für digitale Teilhabe, Aktivierung und Gesundheitsförderung einrichten – Therapiesteuerung und Versorgungszugang (Fallgruppen 0 und I)

In der ersten Entwicklungsstufe (MT-1 – MT-7) werden die beiden Plattformen mit ihren Basisfunktionalitäten eingeführt und mit Mehrwertdiensten für die Fallgruppe 0 und I ausgestattet. Im Folgenden werden die Maßnahmen und Komponenten beschrieben, die aus technischer Sicht dazu notwendig sind.

Hinweis zur Nomenklatur: Die 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 Therapiesteuerung mit der Basisfunktionalität „Digitaler Therapieplan“

Technische Komponenten⁴:

- **Therapieplan Service:** Template Repository, Konfigurationsservice, Versionierungsservice
- **Case und Task Management:** Case Record Service, Classification Service (Fall- und Aufgabenstatus), Template Repository, Konfigurationsservice, Notification Services
- **Patient Data Repository:** standardisiertes Datenmodell, Daten Repository, Daten-/Meta-Datenmanagement Service
- **Content Management-Modul:** Repository und Management Service
- **Rollen- und Rechteverwaltung:** Repository und Management Service
- **Web-Frontend:** User Interface für Patienten und Versorger

MT-2. Entwicklung und Implementierung der Plattform Versorgungszugang – Umfang 1: Angebote zur Gesundheitsförderung und Prävention

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:** User Interface für Patienten und Leistungsanbieter

⁴ Aspekte der Interoperabilität, Schnittstellengestaltung und Systemintegration werden in einem separaten Unterkapitel besprochen.

- **Coordination Layer:** Middleware zur Orchestrierung zwischen den Plattformen Therapiesteuerung und Versorgungszugang; Service Bus (Funktionalitätsverknüpfung)

MT-3. Tele-Support – Integration in die Plattform Therapiesteuerung

Integration eines Kommunikationsdienstes in die Plattform Therapiesteuerung. Austausch zwischen Betroffenen und Fachpersonal, Begleitung der Maßnahmen des Therapieplans, etwa durch Therapie-Coaches oder Praxispersonal (z. B. MFA).

Mögliche technische Komponenten:

- **Vermittlungsservice:** Anfragemanagement, Notification Management
- **Kommunikationsservice:** Messaging Service, Sprach- und Videotelefonie
- **Dokumentationsservice:** Dokumentation therapiebezogener Rückfragen

MT-4. Assessment-Tools zur Früherkennung chronischer Erkrankungen – Integration in die Plattform Therapiesteuerung

Technische Komponenten:

- **Content Management-Modul:** Verwaltung digitaler Fragebögen, Editor-service Fragebögen
- **Execution und Scoring Engine:** Anwendung digitaler Fragebögen, inhaltliche Auswertung
- **Interface Patient Record:** Persistierung und Übergabe der Ergebnisse an digitale Fallakte

MT-5. Feedback Präventionsmaßnahmen – Integration in die Plattform Therapiesteuerung

Rückmeldung zu Präventionsmaßnahmen durch Betroffene und Anbieter.

Technische Komponenten:

- **Content Management-Modul:** Verwaltung und Editierung digitaler Feedbackformulare
- **Execution Engine:** Anwendung digitaler Fragebögen
- **Mapping Service:** Zuordnung zu konkreten Maßnahmen im Therapieplan
- **Interface Patient Record:** Persistierung und Übergabe der Ergebnisse an digitale Fallakte

MT-6. Entwicklung und Implementierung der Zusatzfunktionalität „Workflow Management“ in die Plattform Therapiesteuerung –

Entwicklung und Integration eines Workflow-Management-Systems (WMS), um standardisierte Versorgungspfade als Vorlagen abzubilden, fallbezogen zu instanziierten und mit dem bestehenden Case- und Task-Management zu verzahnen, z. B. Workflow 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-7. Leitlinien-Management – Entwicklung und Integration in die Plattform Therapiesteuerung

Technische Komponenten – Integration in bestehende Services:

- **Content Management:** transparente Darstellung von Soll-Pfaden für Versorgende
- **Workflow-Management:** inhaltliche Integration in die Gestaltung von Pfadvorlagen und als Informationspunkt innerhalb des Case Managements (leitliniengerechte Prozesssteuerung)

4.1.2 Stufe 2. Ausbau der Plattformen – Integration ambulanter Versorgung: Monitoring, Telekooperation und ambulante Patientenpfade (Fallgruppe II)

In der zweiten Entwicklungsstufe werden die Plattformen Versorgungszugang und Therapiesteuerung ausgebaut, um die koordinierte, datengestützte Versorgung komplexer Fälle zwischen mehreren ambulanten Leistungserbringenden zu unterstützen (Fallgruppe II). Folgende Maßnahmen (MT-8 – MT-12) und technischen Komponenten sind dazu notwendig.

MT-8. Erweiterung der Plattform Versorgungszugang – Umfang 2: Leistungen der ambulanten Versorgung

Ausbau der Plattform um ein Verzeichnis ambulanter Versorgungsangebote inkl. regionaler Fachärztinnen und Fachärzte, Heil- und Hilfsmittelerbringender, telemedizinischer Angebote und ambulanter Leistungen regionaler Kliniken. Einbezug aufsuchender Leistungen und Offenheit für neue Versorgungsmodelle (Hausbesuche durch qualifiziertes Personal und telemedizinische Interaktion mit HA/FA).

Zusätzliche technische Komponenten:

- **Erweiterung Datenbankstruktur im Verzeichnis Leistungsangebote:** Fachrichtung, Leistungstyp, Leistungsdetails, Verfügbarkeit (z. B. freie Termine, Erreichbarkeit)
- **Integration TSS-API:** REST-API zur Synchronisierung der Terminvermittlung
- Optional: **Synchronisierungsmechanismen mit Terminmanagement der PVS**

MT-9. Erweiterung der Plattform Therapiesteuerung mit der Zusatzfunktionalität „Multimodales Monitoring“

Entwicklung und Integration technischer Plattformkomponenten für multimodales Monitoring zur verbesserten Versorgung chronisch Erkrankter. Über Sensorik und Smart Devices werden Vitalparameter, Nutzungs- und Verhaltensdaten sowie therapiebezogene Informationen erfasst, ausgewertet und über die Plattform verfügbar gemacht.

Technische Komponenten:

- **IOP- und Data-Processing Layers:** u. a. Adapter, Konnektoren, Mechanismen der semantischen Harmonisierung, Validierungsservice, Annotationsservice, Selection und Aggregation Service
- **Multimodales Monitoring:** Tracking Service (Vitalparameter, Gesundheitsstatus, Verhaltens- und Nutzungsdaten), Zeitreihendatenbank, Rules und Execution Engine zur Ereignisdetektion
- **Datenvisualisierung:** UI-Komponentenbibliothek, Dashboard-Framework mit Personalisierung, rollenbasierte Darstellung

MT-10. Assessment-Tools zur Bedarfsermittlung und Leistungsvermittlung – Entwicklung und Integration in die Plattform Versorgungszugang

Integration eines Services zur Bedarfsermittlung und Steuerung auf Basis standardisierter Assessments (z. B. SMeD). Erfordert „Coordination Layer“ zur Brückenbildung zwischen beiden Plattformen zur synchronisierten Fallsteuerung und Angebotsvermittlung.

Technische Komponenten:

- **Content Management-Modul:** Verwaltung und Editierung digitaler Assessments
- **Assessment Execution Engine:** Ausführung digitaler Assessments
- **Rules Management und Execution Engine:** Abbildung regional konsentierter Steuerungslogiken

MT-11. Multivertragsmanagement – Entwicklung und Integration in die Plattform Versorgungszugang

Services zur multivertragsfähigen Vermittlung von Versorgungsleistungen inkl. Unterstützung bei Einschreibung, Dokumentation und Abrechnung.

Technische Komponenten:

- **Content Management-Modul:** Vertragsinformation, Einschreibeformulare, Dokumentationsvorlagen
- **Mapping Service:** Verknüpfung von Verträgen mit Versorgungsfällen auf der Plattform
- **KKIS-API:** Schnittstellen zu Krankenkasseninformationssystemen

MT-12. Fallkommunikation – Integration in die Plattform Versorgungssteuerung

Integration von Kommunikationsdiensten zur fallbezogenen Abstimmung zwischen Patienten und hausärztlicher Versorgung sowie zur professionellen Telekooperation zwischen Haus- und Fachärzten.

Technische Komponenten:

- **Messaging Service:** Integration eines TI-Messengers
- **Sprach- und Videotelefonie:** Integration eines zertifizierten Dienstes oder Überleitungsservices in externe Videosprechstunden-Dienste (Patient2Arzt)
- **Telekonsil-Service:** Engines und Repositorys für Konsil-Anfragen und Beantwortungen, Mapping Services zu Fallinformationen, Mapping zu Messaging-Service und Videotelefoniediensten
- Optional: **Mailing Service:** Integration KIM-Nachrichtendienst

MT-6*. Plattform Therapiesteuerung – Erweiterung der Zusatzfunktionalität „Workflow-Management“

Weiterentwicklung des bestehenden Workflow-Managements (MT-6) zur Abbildung komplexer, (semi-)formaler Versorgungspfade im ambulanten Setting. Die technischen Komponenten sind grundsätzlich identisch. Die zugrundeliegenden Prozessmodelle sind jedoch komplexer (mehr aktive beteiligte Akteure, stärkere Verzweigungen und Fallunterscheidungen). Entsprechend umfangreicher prägen sich die funktionalen Anforderungen an die in MT-6 genannten technischen Komponenten aus, etwa:

- **Pathway Modelling Notation:** Modellierung der Pfadmodelle auf Basis (semi-)formaler Notationen (BPMN, DMN, CMN)
- **Integration und Mapping Service:** Pfadmodelle und Pfadinstanzen mit Kopplung an Rollen-Rechte-Management, User Management, Task Management und Notification Service

4.1.3 Stufe 3. Ausbau der Plattformen zur peristationären, sektorenübergreifenden Koordination Sicherstellung der Versorgungskontinuität bei komplexen Fällen chronischer Erkrankung

In der dritten Entwicklungsstufe werden die beiden Plattformen weiter ausgebaut, um stationäre Leistungen zu integrieren. Somit können sektorenübergreifende Pfade von chronisch Erkrankten mit erhöhtem stationären Versorgungsbedarf in Diagnostik und Therapie abgebildet und besser koordiniert werden (Fallgruppe III). Folgende Maßnahmen (MT-13 – MT-16) und technischen Komponenten sind dazu notwendig:

MT-13. Erweiterung der Plattform Versorgungszugang – Umfang 3: Leistungen der stationären Versorgung

Ausbau der Plattform um ein Verzeichnis stationärer Versorgungsangebote.

Zusätzliche technische Komponenten:

- **Erweiterung Datenbankstruktur im Verzeichnis Leistungsangebote:** Fachrichtung, Leistungstyp, Leistungsdetails, Verfügbarkeit (z. B. freie Termine, freie Betten, Erreichbarkeit)
- **KIS-Interface Termin-API:** API (WEB > REST > FHIR) zur Synchronisierung der Terminvermittlung

MT-6**. Plattform Therapiesteuerung – Erweiterung der Zusatzfunktionalität „Workflow-Management“

Weiterentwicklung des bestehenden Workflow-Managements (MT-6) zur Abbildung von standardisierten Versorgungspfaden in Übergängen zwischen ambulanter und stationärer Versorgung (peristationär). Es sollen Workflows sowohl für geplante (z. B. Entlassmanagement) als auch für ungeplante stationäre Behandlungsepisoden (z. B. spontane Einweisung) abgebildet werden können. Die technischen Komponenten sind grundsätzlich identisch. Die zugrundeliegenden Prozessmodelle sind jedoch komplexer (mehr aktive beteiligte Akteure, stärkere Verzweigungen und Fallunterscheidungen). Entsprechend umfangreicher prägen sich funktionale Anforderungen an die in MT-6 genannten technischen Komponenten aus, so etwa:

- **Pathway Modelling Notation:** Modellierung der Pfadmodelle auf Basis (semi-)formaler Notationen (BPMN, DMN, CMN)
- **Integration und Mapping Service:** Pfadmodelle und Pfadinstanzen mit Kopplung an Rollen-Rechte-Management, User Management, Task Managements und Notification Service
- **Notification Service:** Klinik und Primärversorgende mit Zugang zu Fallinformationen in der Plattform Therapiesteuerung

MT-14. Telekonsile im hausärztlichen Setting – Integration in die Plattform Therapiesteuerung

Integration eines Telekonsil-Services in das hausärztliche Umfeld zur fallbezogenen Einbindung klinischer Fachexpertise bei komplexen Fragestellungen.

- **Telekonsil-Service:** Engines und Repositories für Konsil-Anfragen und Beantwortungen, Mapping Services zu Fallinformationen, Mapping zu Messaging-Service (TIM), Mailing-Service (KIM) und Videotelefoniediensten
- **Bereitstellung einer Falleinsicht** entweder durch Plattformzugriff oder im Report-Format

MT-15. Telekooperation ambulant tätiger Ärztinnen und Ärzte im stationären Setting – Integration in die Plattform Therapiesteuerung

Integration eines Telekooperations-Services zur Einbindung der ambulanten, primärärztlichen Versorgung in klinische Behandlungsprozesse (Versorgungskontinuität chronischer Erkrankungen).

- **Notification Services:** Rules und Execution Engines; Versand z. B. über KIM oder TIM; Triggern von An- und Rückfragen über TIM und KIM oder webbasierte Video-/Sprachtelefonie zur direkten Abstimmung im Behandlungsverlauf

MT-16. Data Analytics – Entwicklung und Integration in die Plattform Therapiesteuerung

Entwicklung eines Data Analytics Services zur Unterstützung individueller Therapieentscheidungen (Clinical Decision Support) und populationsbezogener Auswertungen, etwa für das regionale Versorgungsmanagement.

- **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), TIM-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 fein granulares 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 TIM und KIM

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

Allerdings sind TIM 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.

TIM sollte für Nutzende einen nahtlosen, dienstunabhängigen Zugriff auf ihre Kommunikation ermöglichen. Durch die Kopplung an die jeweilige TIM-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 TIM-Client erstellt oder beantwortet werden. Entscheidend ist, dass die Usability im Vordergrund steht.

4.4 Web-Frontend und Systemintegration

Die Systemintegration der Plattformen ist sowohl aus Sicht der Patientinnen und Patienten als auch der Leistungserbringenden ein zentraler Bestandteil des technischen Gesamtkonzepts. Für die Patienten stehen 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 Therapiesteuerungsplattform 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 Patientinnen und Patienten 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-e 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 Plattform **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 entstehen 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 sich 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, TIM oder die ePA als ergänzende Kommunikations- und Datenkanäle vorgesehen. So lassen sich Informationen aus der Plattform 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 strukturierten gesundheitsbezogenen Informationen (z. B. Befunde, Verlaufsdaten und Therapieplandaten) 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. ePA-Konnektivität und FHIR-Ressource CarePlan

In der **ersten Stufe** liegt der Fokus auf der technischen Anbindung von Akteuren im Bereich Gesundheitsförderung und Prävention. Da in diesem Bereich kaum spezialisierte Primärsysteme existieren, stehen auch keine etablierten, standardisierten Schnittstellen zur Verfügung. Dies eröffnet zugleich die Chance, dass die Plattformservices selbst als primäre digitale Werkzeuge für diese Akteure dienen können.

Für die Interaktion zwischen Patienten und Hausarztpraxen ist in dieser Stufe eine Integration der PVS grundsätzlich sinnvoll, aber zunächst nur in einer begrenzten technischen Tiefe vorgesehen. Die ePA kann als zentrale Datendrehscheibe fungieren, etwa für das Zurverfügungstellen des Therapieplans oder von Feedbackberichten einzelner Präventionsmaßnahmen. Zur direkten Kommunikation zwischen Patienten

und Hausarztpraxen ist der TI-Messenger (TIM) vorgesehen, der perspektivisch auch über den ePA-Client für die Versicherten zugänglich ist.

Als **zentrales IOP-Artefakt über alle Entwicklungsstufen** hinweg dient der **Therapieplan**, der auf Basis der FHIR-Ressource **CarePlan** modelliert werden soll. Für die Abbildung und den Austausch von Stammdaten der Patientinnen und Patienten kommen die FHIR-Basisprofile zum Einsatz, die eine semantisch saubere Integration über SNOMED CT und LOINC ermöglichen.

Vorgesehene Feedbacksysteme zu Präventionsmaßnahmen sind ebenfalls mit strukturierter Datenverarbeitung zu untersetzen. Diese Rückmeldungen sollten mindestens ein einheitliches, maschinenlesbares Metadaten-Set (z. B. Zeitraum, Patient, Maßnahme, Anbieter) bereitstellen, 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**, wodurch eine nahtlose Integration in übergreifende Datenflüsse und Analyseprozesse möglich wird.

4.5.2 Stufe 2. Semantische Standards für das Monitoring und Workflows

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. Als zentrales IOP-Artefakt dient der o.g. Therapieplan. 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).

Auch das Fall- und Versorgungsdatenmanagement der Plattform muss auf diesen semantischen Standards basieren. Neben der genannten Ressource CarePlan und den FHIR-Basisprofilen sind insbesondere die

FHIR-Ressourcen⁵ **CareGoal, CareTeam und Workflow on FHIR** relevant. Letztere rekurriert auf die formale Modellierung, Steuerung und Interpretation von Versorgungsprozessen unter Rückgriff auf etablierte Notationen (BPMN, CMMN oder DMN).

Für die Steuerung von Terminen und fallbezogenen Übergaben wird zudem die **TSS-API** (116117-API) genutzt oder weiterentwickelt werden, um auch komplexere Terminlogiken wie Rückfallregelungen oder priorisierte Vermittlungen zu unterstützen. Zudem rückt die Abbildung von Versorgungsverträgen stärker in den Fokus. Dafür sind geeignete Schnittstellen zur Verwaltung von Einschreibungen, Dokumentation und Abrechnung erforderlich. Da in der GKV-Landschaft bislang kein einheitlicher technischer Standard dazu existiert, sind entweder begrenzte Automatisierungsgrade in Kauf zu nehmen oder **neue, kassenübergreifende Schnittstellenspezifikationen** zu entwickeln. Der internationale Standard FHIR bietet hierfür grundsätzlich passende Ressourcen, diese müssten für das deutsche Gesundheitssystem angepasst und konkretisiert werden.

4.5.3 Stufe 3. Synergieeffekte dank IOP-Standards

In der dritten Entwicklungsstufe steht die horizontale Integration stationärer Leistungserbringender – insbesondere Kliniken – im Fokus. Dies erfordert die Anbindung klinischer Primärsysteme (KIS), wie im ambulanten Bereich ein politisch sensibles Thema. Strategisch wird auch hier eine Tiefenintegration über FHIR-APIs angestrebt; wo dies nicht möglich ist, bieten Web-Frontends eine pragmatische Alternative. Insbesondere bei Maximalversorgern und Universitätskliniken entstehen derzeit Interoperabilitätsplattformen, die die KIS-Anbindung technisch erleichtern.

Technisch können viele Schnittstellen und Standards aus der zweiten Stufe übernommen werden, da diese auch im Übergang zwischen ambulanter und stationärer Versorgung wirksam sind. Für sektorenübergreifende Workflows ist sicherzustellen, dass die Modellierungssprachen und technischen Umsetzungen kompatibel bleiben – insbesondere im Hinblick auf die Ressource **Workflow on FHIR**. So kann eine prozessuale Kontinuität über Systemgrenzen hinweg gewährleistet werden.

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, Value Sets und Mappings – unter anderem 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 –

⁵ FHIR stellt ein flexibles und standardisiertes Datenmodell für Gesundheitsinformationen bereit. Damit diese Ressourcen in konkreten Anwendungsszenarien interoperabel und eindeutig interpretierbar sind, müssen sie – sofern noch nicht erfolgt - durch Profile spezifiziert werden. Profile definieren die zulässige Struktur, verpflichtende Felder und semantische Codierungen und stellen die konsistente Datenverarbeitung zwischen Systemen sicher. <https://build.fhir.org/resourceindex.html>

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 Repositories abgerufen und in die Validierungsschicht der Plattform eingebunden. Dort wird jede eingehende oder neu erstellte FHIR-Ressource automatisch gegen die entsprechenden Profile geprüft. 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

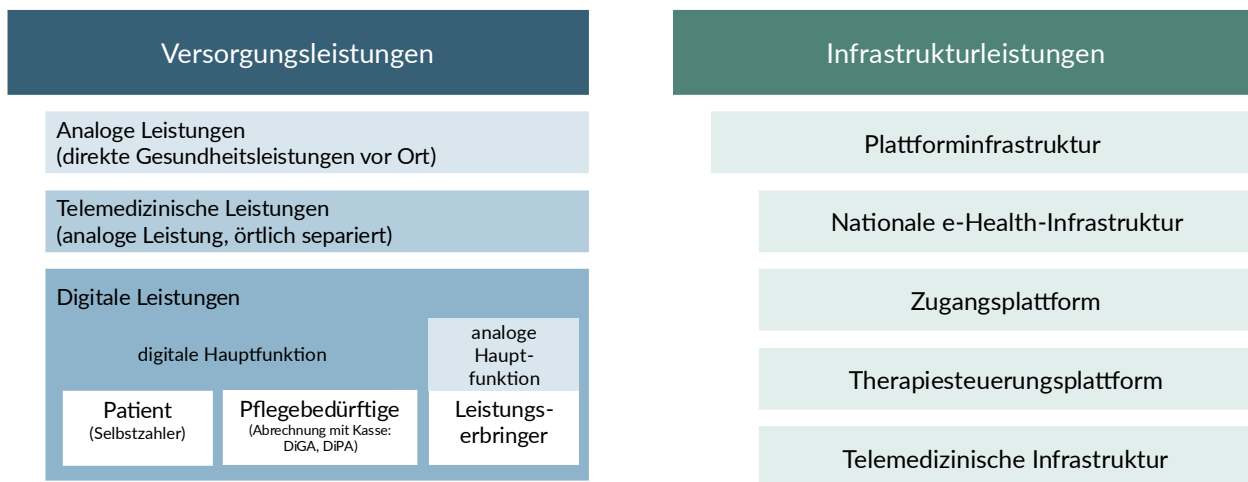
Dieses Kapitel beschreibt die vertraglichen und vergütungsbezogenen Voraussetzungen für die Umsetzung der organisatorischen und technischen Maßnahmen der Transformationsstrategie Therapiesteuerung, die in den Kapiteln 3 und 4 dargestellt sind. Es überführt die konzeptionellen und technologischen Bausteine 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 SGB XI) eine Integration in die Regelversorgung erfolgen kann.

5.1 Leistungsarten

Im Kontext der Maßnahmen sind sowohl Versorgungs- als auch Infrastrukturleistungen zu unterscheiden. Die Versorgung erfolgt hybrid und setzt sich aus analogen, digitalen und telemedizinischen Leistungen zusammen. Bereits hier wird Neuland betreten, z. B. bei der Integration von Telemonitoring, das aktuell bei chronischer Herzinsuffizienz, aber nicht darüber hinaus vergütet wird. Zudem werden digitale Leistungen mit digitaler Hauptfunktion im Rahmen der DiGA vergütet, jedoch nicht digitale Leistungen, die eine analoge, ärztliche Hauptfunktion unterstützen. Dies kann z. B. die Nutzung einer Plattform sein, in der die Therapieplanung KI-basiert erstellt wird, die Verantwortung und Haftung aber beim behandelnden Arzt liegt.

Infrastrukturleistungen sind z. B. die technischen Dienste, die gemeinsam in der Region vorgehalten werden sollen. Diese umfassen Services wie eine Therapiesteuerungsplattform, eine Zugangs- und Informationsplattform oder den Aufbau von Primärversorgungsstrukturen, die im Rahmen der Transformationsstrategien des LeiG-Projekts vorgesehen sind. Sie stellen keine klassischen Versorgungsleistungen dar im Sinne des SGB V bzw. SGB XI. Diese Aspekte und Rechtsgrundlagen müssen in die vertragliche Regelung einbezogen werden.

Abbildung 26: Herleitung nicht abgebildeter Leistungsbereiche

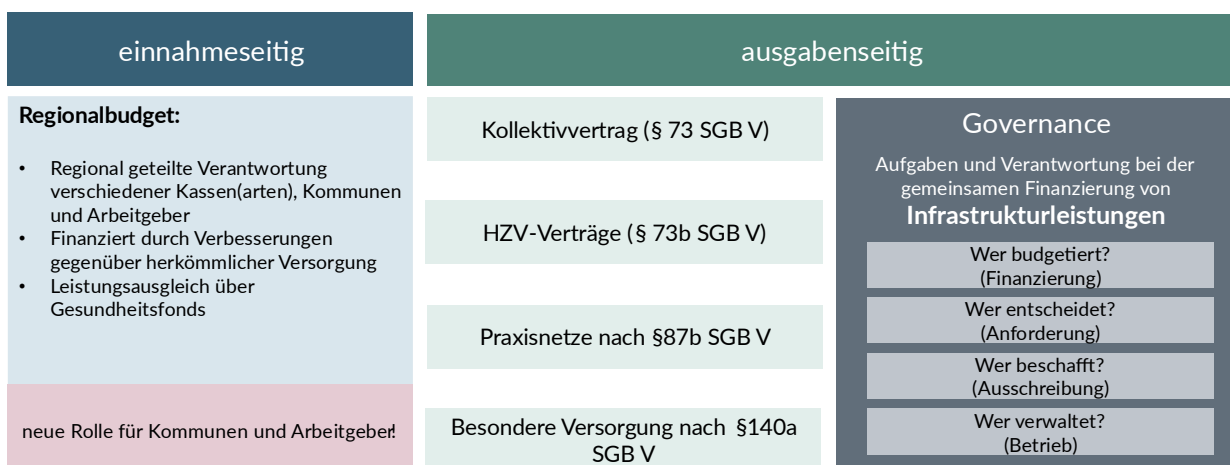


Quelle: [_fbeta GmbH](#)

Der Gesetzgeber hat Möglichkeiten vorgesehen, solche Versorgungs- und Infrastrukturleistungen durch die gesetzlichen Krankenkassen zu finanzieren, so etwa mit § 68a SGB V (Förderung der Entwicklung digitaler Innovationen durch Krankenkassen), § 68b SGB V (Förderung von Versorgungsinnovationen). § 291a SGB V (Elektronische Gesundheitskarte als Versicherungsnachweis und Mittel zur Abrechnung) regelt die Investitionsaufgaben im Rahmen der digitalen Gesundheitsakte, diese Regelung korrespondiert mit dem Anspruch auf digitale Gesundheitsanwendungen (DIGA) gemäß § 33a SGB V.

Für eine gesamthafte vertragliche Umsetzung kommt jedoch im Wesentlichen §140 SGB V zur (Besondere Versorgung) infrage. Hierüber können sowohl Versorgungs- als auch Infrastrukturleistungen flexibel kombiniert werden. Zudem kann auch ein gesamthafte Vorgehen in Kombination mit der Pflegeversicherung realisiert werden, da ein korrespondierender Paragraph SGB XI § 92b zur Integrierten Versorgung in der Pflege besteht. In dem Kontext bestehen zudem regulatorische Vorschläge aus dem AOK-System für die zusätzliche Schaffung von Regionalbudgets.

Abbildung 27: Herleitung möglicher Vertragsarten



Die **Entwicklung eines tragfähigen Vertragsmodells für die digitale Therapiesteuerung** erfordert die Verbindung bestehender Vergütungslogiken mit neuen Formen gemeinsamer Verantwortung. Die Herleitung (Abbildung 27) zeigt, dass sowohl einnahmeseitige als auch ausgabenseitige Ansätze relevant sind.

Ein Regionalbudget bildet dabei den Kern der einnahmeseitigen Logik: Es ermöglicht eine gemeinsame Finanzierungsverantwortung von Krankenkassen, Kommunen und Arbeitgebern, die ihre Mittel auf Basis gemessener Verbesserungen gegenüber der Regelversorgung bündeln. Dadurch entstehen Anreize, regionale Versorgungsqualität und Effizienz gemeinsam zu steigern.

Die Analyse der bestehenden Vertragsarten zeigt, dass unterschiedliche Modelle jeweils eigene Potenziale und Limitationen für die Umsetzung digital gestützter Therapiesteuerung aufweisen. Während klassische Kollektivverträge eine stabile rechtliche Grundlage und eine flächendeckende Absicherung gewährleisten, bieten sie nur begrenzten Raum für innovative, sektorenübergreifende Versorgungsformen. Selektivverträge und Verträge zur Hausarztzentrierten Versorgung (HZV-Verträge) ermöglichen dagegen eine gezieltere Steuerung chronisch erkrankter bzw. multimorbider Patienten, insbesondere durch digitale Koordination und strukturierte Nachsorge. Praxisnetze und kooperative Versorgungsstrukturen fördern interdisziplinäre Zusammenarbeit und Qualitätsentwicklung, stoßen jedoch an organisatorische und finanzielle Grenzen, wenn es um komplexe digitale Anwendungen oder sektorenübergreifende Integration geht.

Innovations- und Gestaltungsspielräume entstehen insbesondere dort, wo Vertragspartner eigenverantwortlich neue Formen der Zusammenarbeit, Datennutzung und Vergütung definieren können. Modelle, die auf Kooperation, Ergebnisqualität und digitale Unterstützung ausgerichtet sind, bieten die größten Chancen, um eine koordinierte, patientenzentrierte Versorgung nachhaltig zu etablieren. Entscheidend ist, dass die Vertragsart nicht nur eine rechtliche Basis bildet, sondern auch die notwendigen Steuerungs- und Anreizmechanismen berücksichtigt, um digitale Prozesse in die Regelversorgung zu überführen.

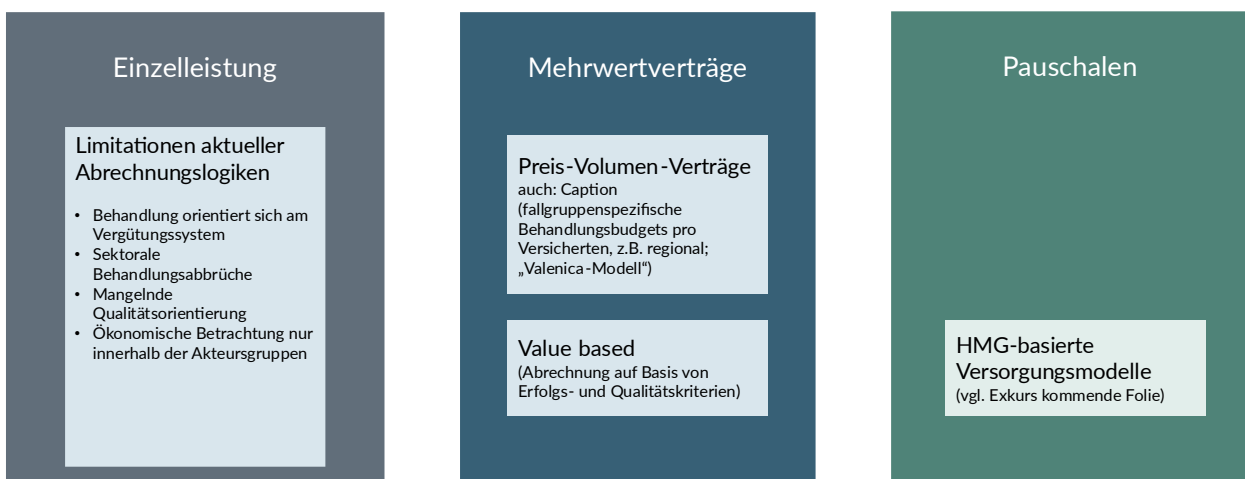
Abbildung 28: Detailbetrachtung infrage kommender Vertragsarten

Kollektivvertrag (§ 73 SGB V)	HZV-Verträge (§ 73b SGB V)	Praxisnetze (§ 87b SGB V)	Besondere Versorgung (§ 140a SGB V)
Vorteile: - Flächendeckende Grundversorgung mit gesetzlich garantierter freier Arztwahl - Einheitliche Abrechnungssystematik über den EBM mit klaren Leistungsdefinitionen - Rechtsverbindliche Rahmenbedingungen mit breiter Akzeptanz im Versorgungssystem Nachteile: - Kaum Spielraum für innovative Versorgungsformen - Geringe Förderung koordinierter Versorgung - Leistungsbezogene statt ergebnisorientierte Vergütung	Vorteile: - Strukturierte Versorgung über den Hausarzt als zentralen Koordinator - Pauschalvergütung ermöglicht kontinuierliche Betreuung chronisch Kranker - Integration nichtärztlicher Gesundheitsberufe (z. B. VERAH, NÄPA) möglich Nachteile: - Fachärztliche Versorgung ist nicht aktiv eingebunden - Vertragliche Regelungen variieren stark zwischen Kassen und Regionen - Unklare Perspektiven für Weiterentwicklung und Evaluation	Vorteile: - Förderung kooperativer Versorgungsstrukturen innerhalb der ambulanten Versorgung - Qualitätsförderung durch gemeinsame Fortbildungen, Leitlinienarbeit und Patientenpfade - Strukturförderung durch die KV für Koordination und Netzmanagement Nachteile: - Keine eigenständige Vergütung, nur EBM-basierte Abrechnung - Hoher Verwaltungsaufwand für Anerkennung, Fortbestand und Berichtspflichten - Geringe Steuerungswirkung auf Versorgungsprozesse	Vorteile: - Vertragsfreiheit erlaubt innovative, sektorenübergreifende Modelle - Gemeinsame Behandlungspfade mit klarer Aufgabenverteilung - Integration ärztlicher und nichtärztlicher Leistungserbringer möglich Nachteile: - Arztwahl für Versicherte kann eingeschränkt sein - Hoher Abstimmungs- und Dokumentationsbedarf bei Kooperationsmodellen - Umsetzung oft auf einzelne Regionen oder Kassen begrenzt

Die aktuelle Vergütungslandschaft im Gesundheitswesen ist überwiegend an Einzelleistungen orientiert und folgt einer Logik, die Menge statt Qualität honoriert. Diese Struktur führt zu sektoralen Bruchstellen, ineffizienten Behandlungsverläufen und einer geringen Ergebnisorientierung. Mit der zunehmenden Digitalisierung der Versorgung und der Einführung einer datengestützten Therapiesteuerung entsteht die Chance, Vergütungssysteme neu auszurichten – weg von der Einzelleistung hin zu einer qualitäts- und ergebnisorientierten Vergütung.

Mehrwert- und Pauschalmodelle stellen hierfür zentrale Ansätze dar. Sie ermöglichen, Behandlungsqualität, Therapieerfolge und Patientenergebnisse direkt in die Vergütungslogik einzubeziehen. Dabei kann z. B. die Kombination aus Pauschalen für Basisleistungen und Abrechnungsmodellen auf der Basis von Erfolgs- und Qualitätskriterien eine faire und zugleich steuerungswirksame Lösung bieten. Digitale Systeme liefern die notwendige Datengrundlage, um Qualität und Wirkung transparent zu messen und zu bewerten. Damit werden die Voraussetzungen geschaffen, Versorgungsverantwortung, Wirtschaftlichkeit und Patientennutzen stärker zu verzahnen und eine nachhaltige, am Patienten-Outcome orientierte Vergütung der Versorgungsleistungen zu etablieren.

Abbildung 29: Herleitung möglicher Vergütungsmodelle



Quelle: _fbeta GmbH

5.2 Vertrags- und Vergütungsmodule

Im Folgenden findet sich eine Übersicht der wesentlichen Vertrags- und Vergütungsmodule, die für die Umsetzung der Maßnahmen erforderlich sind. Diese Module werden im Folgenden Abschnitt nach Gegenstand, wesentlichen Ausgestaltungsmöglichkeiten sowie Limitationen beschrieben. Abbildung 30 bildet die zwölf Maßnahmen der Transformationsstrategie „Virtuelles Team für die Therapiesteuerung“ ab. Bei jeder Maßnahme sind die Zellen rot markiert, für deren Umsetzung bzw. (Re-)Finanzierung das entsprechende Vertrags- und Vergütungsmodul (hier K1 – K8) grundsätzlich geeignet ist.

Abbildung 30: Zuordnung der zwölf Maßnahmen der Strategie „Virtuelles Team für die Therapiesteuerung“ zu den relevanten Vertrags- und Vergütungsmodulen (K1 – K8)

Maßnahmen Therapiesteuerung	K1 bes. Versorgung nach § 140a	K2 Prävention & Präventions- experten	K3 kassen- spezifische Angebote	K4 Facharzt- vergütung	K5 Telemonitoring	K6 stationärer Sektor	K7 telemedizinische Infrastruktur	K8 regionale Gesundheits- plattform
1 dig. Therapieplan								
2 Therapie-Coach								
3 Prävention in der HA-Versorgung								
4 digitale HA/FA- Abstimmung								
5 dig. koordinierte Versorgung								
11 Telekonsile								
6 datengetriebenes Monitoring								
7 telemedizinische Hausbesuche								
8 Koordination Akutversorgung								
9 virtuelle Primärversorgung								
10 telemed. HA- Versorgung im KH								
12 virtueller Gesundheitskiosk								

Quelle: _fbeta GmbH

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

Für die Umsetzung der Transformationsstrategie Therapiesteuerung bildet § 140a SGB V (Besondere Versorgung) eine sinnvolle und sichere Basis.

Er bietet eine hohe Flexibilität für die Umsetzung der Maßnahmen innerhalb der Strategie und erlaubt die Entwicklung integrierter, sektorenübergreifender Versorgungsmodelle im Rahmen besonderer Versorgungsverträge, die geeignet sind, attraktive Vergütungsvereinbarungen für alle beteiligten Akteure abzubilden. Weitere Vorteile, die dafürsprechen, diesen Paragraphen als rechtliche Grundlage für die Umsetzung der Therapiesteuerung und der dafür erforderlichen Plattform zu nutzen, sind:

- Die Finanzierung von Infrastrukturleistungen (z. B. Telemedizinische Technik oder Plattformdienste) ist nicht ausgeschlossen.
- Die besondere Versorgung kann regional beschränkt vereinbart und leicht skaliert werden.
- Die besondere Versorgung nach § 140a SGB V erlaubt die Abbildung von Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitszielen, deren Nachverfolgung über entsprechende Cockpit-Funktionen sowie perspektivisch eine an diesen Zielen ausgerichtete erfolgsbasierte Vergütung.

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 Therapiesteuerungsplattform (z. B. als Selbstzahler) zu nutzen und wie die Abrechnung dieser Leistungen für die Leistungserbringer unkompliziert erfolgen kann.

In einer Weiterentwicklung des etablierten Vertrags zur besonderen Versorgung (Selektivvertrag) 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 Therapiesteuerungs-Plattform im Kollektivvertrag abzubilden.

Das Modul K1 betrifft alle Maßnahmen, bei denen der Therapieplan auf der Therapiesteuerungsplattform eingesetzt wird, also die Maßnahmen 1 (Einbindung von Patienten über den digitalen Therapieplan) bis 11 (Telekonsile in der ambulanten, hausärztlich koordinierten Versorgung).

5.2.2 K2 – Vergütung von Prävention und Präventionsexperten

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

Zusätzliche, nicht-medizinische Praxis- und/oder Präventionsleistungen werden durch neu zu definierende Fachpersonen (in diesem Dokument als „Therapie-Coaches“ bezeichnet) im Rahmen der Gesundheitsvorsorge, des Aufbaus von Gesundheitskompetenz und der Aktivierung der Selbstverantwortung chronisch Erkrankter im Rahmen der besonderen Versorgung abgebildet.

Implikationen

Die Frage der Definition von Berufsbezeichnungen, Aufgaben, Kompetenzen und Verantwortungen sowie der Organisation der entsprechenden Ausbildungswege ist von den zuständigen Stellen (Gesetzgeber, Ärzte- und/oder Pflegekammern, Berufsverbände, Kassenärztliche Vereinigungen) zu vereinbaren und umzusetzen.

Dieses Modul betrifft die Maßnahmen 2 (Therapie-Coach in der hausärztlichen Versorgung) und 3 (Früherkennung und Prävention in der hausärztlich koordinierten Versorgung).

5.2.3 K3 – Kassenspezifische Angebote/Bedingungen für Versicherte

Die Vereinbarung spezifischer zusätzlicher Leistungen und Bedingungen zwischen gesetzlichen Krankenkassen und Versicherten im Rahmen der Therapiesteuerung steht den Kassen frei und lässt sich innerhalb der Tarifstruktur der teilnehmenden Kassen abbilden.

Die Frage, ob und welche Vorteile (Boni) Patienten erhalten sollen, die sich aktiv und erfolgreich an der eigenen Therapie beteiligen und effiziente Lebensstiländerungen umsetzen, sollte nicht kassenübergreifend geregelt sein, solange diese nicht ärztliche Leistungen oder deren Vergütung betrifft. Diese Einschränkung ist notwendig, um die Abrechnungs- und Behandlungsprozesse in den Arztpraxen einheitlich und damit effizient gestalten zu können. Über derartige Angebote wird eine wettbewerbliche Komponente integriert.

Teilnehmende gesetzliche Krankenkassen sind angehalten, darüber nachzudenken, wie mit Patienten verfahren werden soll, die nicht bereit sind, an der Verbesserung ihres Gesundheitszustandes mitzuwirken. Eine Einschränkung von Zusatzleistungen oder Boni wäre hier denkbar, ein Ausschluss aus der besonderen Versorgung allerdings im Sinne der Gesundheitsförderung kontraproduktiv.

Dieses Modul betrifft die Maßnahmen 2 (Therapie-Coach in der hausärztlichen Versorgung) und 3 (Früherkennung und Prävention in der hausärztlich koordinierten Versorgung).

5.2.4 K4 – Facharztvergütung und Primärarztkonzept

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

Ökonomische Fehlanreize der Regelversorgung im Facharztbereich sollten im Vertrag zur besonderen Versorgung vermieden werden. Abzubilden sind Leistungsziffern oder Pauschalen, die eine qualitätsorientierte, wirkungsvolle und wirtschaftliche Facharztversorgung unterstützen. Die Regelungen in diesem Modul sind geeignet, Elemente eines Primärarztsystems umzusetzen, und können über eine angemessene Vergütung von digitalen Versorgungsformen wie Telekonsilen und weitere telemedizinische Angebote die fachärztliche Versorgung leichter zugänglich und effizienter gestalten.

Dieses Modul betrifft die Maßnahmen 4 (Anlassbezogene Abstimmung zwischen Haus- und Fachärzten über digitale Plattformen), 5 (Digital koordinierte Versorgung für Patienten mit komplexem Behandlungsbedarf), 9 (Regionale Versorgungseinheiten nach dem Modell der Primärversorgung) und 11 (Telekonsile in der ambulanten, hausärztlich koordinierten Versorgung).

5.2.5 K5 – Telemonitoring

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 zum Telemonitoring (egal, ob diese von Arztpraxen oder spezialisierten Telemedizin-Zentren erbracht werden) lassen sich im Rahmen des Vertrags zur besonderen Versorgung prinzipiell abdecken.

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

Dieses Modul betrifft die Maßnahmen 6 (Frühzeitige Versorgungsreaktion durch datengetriebenes Monitoring) und 7 (Telemedizinisch gestützte Hausbesuche bei medizinischem Anlass).

5.2.6 K6 – Therapiesteuerung im stationären Sektor

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

Die stationäre Versorgung der Haupterkrankung ist nicht Gegenstand der besonderen Versorgung. Klinische Leistungserbringer sollen vielmehr einen Vergütungsanreiz dafür erhalten, eine kontinuierliche Weiterbehandlung der chronischen Erkrankung(en) über die Therapiesteuerungs-Plattform zu ermöglichen.

Dieses Modul betrifft die Maßnahmen 8 (Akute Versorgung gezielt lenken: Zuweisung und Fachkoordination) und 10 (Telemedizinische Einbindung ambulanter Ärzte in den stationären Behandlungsverlauf).

5.2.7 K7 – Finanzierung telemedizinischer Infrastruktur

Dieses Modul stellt eine Erweiterung zum Basis-Vertrag nach Modul K1 dar und soll ebenso über § 140a SGB V 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 Maßnahmen 10 (Telemedizinische Einbindung ambulanter Ärzte in den stationären Behandlungsverlauf) und 11 (Telekonsile in der ambulanten, hausärztlich koordinierten Versorgung).

5.2.8 K8 – Regionale Gesundheitsplattform

Dieses Modul beschäftigt sich mit 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 (SGB XI) auf Basis von § 45c Abs. 9 SGB XI (Förderung regionaler/lokaler Netzwerke in der Pflege), § 8 Abs. 3 SGB XI (Förderung von Modellprojekten zur neuer Versorgungsformen in der Pflege) oder § 123 SGB XI (Modellvorhaben zur Stärkung unterstützender Versorgungsstrukturen) 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 bieten insbesondere § 20 SGB V (Primäre Prävention und Gesundheitsförderung) sowie § 137f SGB V (Strukturierte Behandlungsprogramme bei chronischen Krankheiten) geeignete rechtliche Grundlagen. Ergänzend können Modellvorhaben nach § 63 SGB V genutzt werden, um innovative und sektorenübergreifende Ansätze zu erproben, die über die klassische Versorgung hinausgehen. Es liegt im Ermessen der beteiligten Krankenkassen, in welchem Umfang sie im Rahmen solcher Projekte auch Leistungen aus angrenzenden Bereichen – etwa der Pflege – berücksichtigen oder Kooperationen eingehen. Darüber hinaus können spezifische Inhalte und Module der Plattform über die Präventionshaushalte der Krankenkassen finanziert werden, wodurch zusätzliche Spielräume für eine umfassende Umsetzung entstehen.

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

Dieses Modul betrifft im Rahmen der Therapiesteuerung die Maßnahme 12 (Virtueller Gesundheitskiosk: digitale Lotsenfunktion im Versorgungssystem).

6 Geschäftsmodell und Implementierung

Geschäftsmodell

Dieses Kapitel führt die in Kapitel 2 dargelegte versorgungsinhaltliche Logik als fachliches Fundament der Therapiesteuerung mit der in Kapitel 5 beschriebenen Vertrags- und Vergütungslogik sowie den in den Kapiteln 3 und 4 verdeutlichten technischen Implikationen zu einem belastbaren Business Case zusammen und beschreibt, wie die Plattform in der Praxis eingeführt, betrieben und verstetigt werden kann.

Die Therapiesteuerung wird als digitale Versorgungsplattform verstanden, nicht als lose Sammlung einzelner Programme. Ihr Zweck ist es, Behandlungsverläufe über Sektoren hinweg planbar zu machen, Verantwortlichkeiten eindeutig zuzuordnen und medizinische sowie organisatorische Arbeitsschritte so zu integrieren, dass Behandlungskontinuität, Ergebnisqualität und Wirtschaftlichkeit nachweislich steigen.

Die nachfolgende Modellrechnung dient der Abschätzung der Effekte pro Jahr im Routinebetrieb (Phase 3) und bildet somit den erwartbaren Zustand nach erfolgreicher Etablierung der Plattform ab. In den vorangehenden Phasen, Entwicklung und Pilotierung (Phase 1) sowie Rollout (Phase 2) werden zunächst Strukturen, Prozesse und Akteursnetzwerke aufgebaut. Die quantitativen Ergebnisse beziehen sich daher auf die Stufe der flächendeckenden Anwendung, in der etwa 30 Prozent der relevanten Versorgungseinrichtungen und Akteure aktiv beteiligt sind.

Methodisch werden **zwei Wirkungsebenen** unterschieden:

1. **Medizinischer Nutzen:** Die gesundheitsökonomischen Effekte durch verbesserte Versorgung und Prävention bei Patientinnen und Patienten (Primäreffekte).
2. **Struktur- und Verfahrenseffekte:** Effizienz-, Qualitäts- und Ressourcengewinne im Versorgungssystem (Sekundäreffekte).

Die Modellrechnung fokussiert die primären medizinischen Effekte, da diese quantitativ belastbar und indikationsspezifisch kalkulierbar sind. Sekundäre Effekte, wie verbesserte Organisation, Kapazitätsentlastung oder Ressourcenumlenkung, werden qualitativ berücksichtigt, aber nicht monetär bewertet.

Im Mittelpunkt steht damit der größte direkt messbare Hebel der digitalen Therapiesteuerung – die Vermeidung vermeidbarer Krankheitsfälle und die Reduktion kostenrelevanter Verschlechterungen bei chronischen Verläufen. Diese Effekte bilden die Grundlage der Berechnungen und verdeutlichen, in welchem Umfang eine konsequent digital koordinierte Versorgung zu messbaren Entlastungen des Gesundheitssystems beitragen kann.

Zielbild: eine Plattform als Basis für eine sektorenübergreifende Versorgung

Ausgangspunkt ist die in Kapitel 2 beschriebene Versorgungsarchitektur: Fallgruppen entlang des Schweregrads, darauf bezogene Maßnahmenpakete und zwei funktionale Querschnittsmodule, die Prozessintegration, Systemkoordination und Dateninfrastruktur bereitstellen. Der individuelle digitale Therapieplan bildet den zentralen Ansatzpunkt. Er enthält Anamnese, Ziele, Verlaufsparemeter, Befunde, Verordnungen und Eskalationsregeln, wird in der Regel vom Hausarzt verantwortet und von weiteren Leistungserbringern fallbezogen ergänzt.

Die Plattform stellt dafür die technische und organisatorische Koordinationsschicht: sichere Kommunikation, strukturierte Falldokumentation, Termin- und Aufgabensteuerung, Telekonsile, Telemonitoring, Navigations- und Präventionsangebote sowie standardisierte Auswertungen für Steuerung und Evaluation. Die im Rahmen der **Transformationsstrategie 2a – Virtuelles Team für die Therapiesteuerung** definierten Maßnahmen und funktionalen Module sind so konzipiert, dass sie sich wechselseitig ergänzen und in ihrem Zusammenspiel die volle Wirksamkeit entfalten.

Die Plattform Therapiesteuerung versteht sich nicht als rein technisches Produkt, sondern als integraler Bestandteil eines sektorenübergreifenden Versorgungskonzepts. Sie definiert Rollen, Verantwortlichkeiten und Datenflüsse, übersetzt diese in klare Arbeitsschritte und verknüpft sie mit verbindlichen Qualitäts- und Ergebniszielen. Für Patienten entsteht ein nachvollziehbarer Pfad mit festen Ansprechstellen, für Praxen, Kliniken und weitere Beteiligte ein verlässlicher Prozess mit minimaler Mehrdokumentation und messbarer Wirkung, für Kostenträger eine steuerbare Struktur, die auf Basis der Zielerreichung vergütet wird und sich modular ausbauen lässt.

Modellrechnung zur wirtschaftlichen Wirkung der Therapiesteuerung

Die Modellrechnung dient dazu, den wirtschaftlichen Hebel der Therapiesteuerung nicht abstrakt, sondern quantitativ greifbar zu machen. Sie beantwortet die Frage, welches jährliche Entlastungsvolumen sich erzielen lässt, wenn definierte, evidenzbasierte Interventionen, wie z. B. Telemedizin, strukturierte Therapiebegleitung, digitale Steuerung und Frühintervention, systematisch eingesetzt werden. Methodisch wird zwischen zwei Ebenen unterschieden: einer bundesweiten Betrachtung, die das gesamtgesellschaftliche Potenzial zeigt, und einer regionalen Analyse für den Raum Aachen und die angrenzenden Kreise, die den konkreten Nutzen für eine Versorgungsregion ausweist. Grundlage sind öffentlich verfügbare Krankheitskosten-, Inzidenz- und Prävalenzdaten des Statistischen Bundesamts (Destatis) sowie regionale Prävalenzwerte aus dem Gesundheitsatlas Deutschland. Die Berechnung erfolgt indikationsspezifisch für die acht betrachteten chronischen Erkrankungen: Asthma bronchiale, COPD, Depression, chronische Kreuzschmerzen, Typ-2-Diabetes, Hypertonie, Koronare Herzkrankheit und Herzinsuffizienz.

Bundesweite Modellrechnung: Ansatz, Annahmen, Ergebnisse

Die bundesweite Modellrechnung setzt an zwei Stellgrößen an, die durch die Therapiesteuerung adressiert werden: an der Inzidenz, also der Zahl der jährlichen Neuerkrankungen, und an prävalenzbedingten Verschlechterungen bei bereits Erkrankten. Für jede Indikation werden zunächst die maßgeblichen Basisparameter herangezogen: die Gesamtkosten der Indikation, die durchschnittlichen Kosten je Fall, die jährliche Inzidenz in absoluten Zahlen und die Gesamtprävalenz. Darauf aufbauend wird die vermeidbare Fallzahl modelliert. Bei der Inzidenz wird eine indikationsspezifische mittlere Reduktionsrate angesetzt, die sich aus Studien zur Wirksamkeit sekundärpräventiver, digital gestützter und organisatorischer Interventionen sowie aus Experteneinschätzungen ableitet (Dragioti et al., 2022, Zhu et al., 2024).

In den zugrunde gelegten Datensätzen liegen diese Werte — je nach Erkrankung — zwischen 10 und 40 Prozent; in der erläuternden Folienfassung werden sie konservativ als Bandbreite von 10 bis 30 Prozent beschrieben. Für die Prävalenz wird methodisch ein einheitlicher Ansatz gewählt: 10 Prozent der kostenrelevanten Verläufe bzw. Verschlechterungen gelten als vermeidbar, wenn strukturierte Therapieplanung, Monitoring, abgestimmte Zuweisung und qualitätsgesicherte Präventionspfade flächig

eingesetzt werden. Die vermiedenen Fälle werden mit den durchschnittlichen Kosten pro Fall bewertet; die Summe der inzidenz- und prävalenzbezogenen Effekte ergibt die jährliche Einsparung je Indikation.

Das Ergebnis dieser bundesweiten Modellierung ist eindeutig: Über alle acht Indikationen ergibt sich ein **jährliches Einsparpotenzial von rund 6,40 Milliarden Euro**. Davon entfallen **rund 1,22 Milliarden Euro** auf die Vermeidung von Neuerkrankungen und **rund 5,18 Milliarden Euro** auf die Vermeidung kostenrelevanter Verschlechterungen bei bestehenden Erkrankungen. Die größte absolute Entlastung wird bei **Depression** ausgewiesen (**rund 1,14 Milliarden Euro**), gefolgt von der **Koronaren Herzkrankheit** (**rund 1,02 Milliarden Euro**), **COPD** (**rund 967 Millionen Euro**) und **Typ-2-Diabetes** (**rund 932 Millionen Euro**). Diese Indikationen vereinen hohe Fallzahlen mit überdurchschnittlichen Pro-Kopf-Kosten, sodass selbst moderate Reduktionsraten zu erheblichen Entlastungen führen.

Wichtig ist die Einordnung der Annahmen: Sie sind bewusst konservativ formuliert und stützen sich auf publizierte Wirksamkeiten von Sekundärprävention, Telemonitoring, strukturierter Versorgung und digitaler Koordination. In der Praxis lässt sich die Wirkung zusätzlich durch konsequente Interoperabilität der Systeme, verbindliche Reaktionslogiken im Monitoring und klare Verantwortungszuordnung verstärken – allesamt Elemente, die im Rahmen der Therapiesteuerung konzeptionell vorgesehen sind.

Abbildung 31: Modellrechnung Effekte auf Inzidenz/Prävalenz von acht chronischen Erkrankungen (Bundesebene)

Quelle: Daten auf Basis von Angaben der Krankenkassen Bundesagentur für Statistik 2019 und 2024 Anteil der Personen, bei denen durch gemäß Informationsgesetz (2. Sekundärprävention) ein Fallkosten oder eine Verschlechterung des Gesundheitszustands verhindert werden kann. Annahme: Anteil der Personen, bei denen durch gemäß Informationsgesetz (2. Sekundärprävention) ein Fallkosten oder eine Verschlechterung des Gesundheitszustands verhindert werden kann. Anteil der Personen, bei denen durch gemäß Informationsgesetz (2. Sekundärprävention) ein Fallkosten oder eine Verschlechterung des Gesundheitszustands verhindert werden kann.											
Indikation	Krankheitskosten / Indikation	Krankheitskosten je Fall	Inzidenz	mittlere Reduktion (%)	mittlere Reduktion (N)	Reduktion Kosten	Prävalenz	mittlere Reduktion (%)	mittlere Reduktion (N)	Reduktion Kosten	Kostenreduktion bundesweit
Asthma bronchiale	2.017.000.000	252,13 €	550.000	20%	110.000	27.733.750 €	8.000.000	10%	800.000	201.700.000 €	229.433.750 €
COPD	7.198.000.000	2.249,38 €	275.000	40%	110.000	247.431.250 €	3.200.000	10%	320.000	719.800.000 €	967.231.250 €
Depression	9.453.000.000	1.783,58 €	1.100.000	10%	110.000	196.194.340 €	5.300.000	10%	530.000	945.300.000 €	1.141.494.340 €
Kreuzschmerzen (chronisch)	3.832.000.000	283,85 €	2.400.000	20%	480.000	136.248.889 €	13.500.000	10%	1.350.000	383.200.000 €	519.448.889 €
Typ-2-Diabetes	7.402.000.000	870,82 €	550.000	40%	220.000	191.581.176 €	8.500.000	10%	850.000	740.200.000 €	931.781.176 €
Hypertonie	6.566.000.000	291,82 €	700.000	30%	210.000	61.282.667 €	22.500.000	10%	2.250.000	656.600.000 €	717.882.667 €
Koronare Herzkrankheit	7.946.000.000	2.270,29 €	325.000	30%	97.500	221.352.857 €	3.500.000	10%	350.000	794.600.000 €	1.015.952.857 €
Herzinsuffizienz	7.427.000.000	2.970,80 €	225.000	20%	45.000	133.686.000 €	2.500.000	10%	250.000	742.700.000 €	876.386.000 €
					1.382.500	1.215.510.929 €			6.700.000	5.184.100.000 €	6.399.610.929 €

Quelle: _fbeta GmbH

Regionale Modellrechnung: Prävalenzüberhang und finanzieller Effekt

Während die bundesweite Modellrechnung die makroökonomische Größenordnung sichtbar macht, beantwortet die regionale Analyse die Frage, wo die gewählte Versorgungsregion heute steht und welches konkrete Entlastungsvolumen bei Annäherung an Referenzniveaus erreichbar ist. Methodisch wird dazu die regionale Prävalenz je Indikation — als gewichteter Durchschnitt für die Stadt Aachen sowie die Kreise Düren, Euskirchen und Heinsberg — den Vergleichswerten auf Landes- und Bundesebene gegenübergestellt. Aus der prozentualen Abweichung werden die erwarteten Fallzahlen berechnet, die sich ergeben würden, wenn die Region lediglich die Prävalenz in NRW bzw. die Prävalenz bundesweit aufwiese. Die Differenz zwischen den tatsächlich berechneten Fällen und den erwarteten Fällen bildet den Prävalenzüberhang. Multipliziert mit den jährlichen Krankheitskosten je Fall ergibt sich die finanzielle Mehrbelastung, die aktuell aus der höheren Krankheitslast resultiert.

Die Rechnung zeigt eine klare Tendenz: Die Region weist in mehreren der acht betrachteten Indikationen eine signifikant höhere Prävalenz auf. In der Summe resultieren daraus jährliche Mehrausgaben von **rund 105 Millionen Euro** gegenüber dem NRW-Durchschnitt und **rund 195 Millionen Euro** gegenüber dem Bundesdurchschnitt. Bezogen auf den Versichertenanteil der AOK Rheinland/Hamburg in der Region, in der Modellrechnung mit 30 Prozent angesetzt, entspricht dies einem möglichen Entlastungsvolumen von **rund 31,4 Millionen Euro** bei Orientierung am NRW-Wert bzw. **rund 58,6 Millionen Euro** bei Orientierung am Bundeswert. Besonders ausgeprägt fällt der Prävalenzüberhang und damit das Einsparpotenzial bei erfolgreicher Steuerung in den Indikationen Depression, COPD und chronische Kreuzschmerzen aus. Diese Muster decken sich mit der Bundesperspektive, in der diese Indikationen ebenfalls die größten absoluten Einsparungen erwarten lassen. Die regionale Analyse bestätigt somit die strategische Schwerpunktsetzung für die Einführung der Therapiesteuerungsplattform.

Abbildung 32: Modellrechnung Effekte auf Prävalenz von acht chronischen Erkrankungen (Region Aachen im Vergleich zur Landesebene)

Quelle: AOK Gesundheitsdaten Deutschland, Abfrage 01/2023, Zahlen von 1.1.2023										Berechnung: Prävalenz, Gesundheitszustand		Quelle: Daten auf Basis der Angaben des Statistischen Bundesamtes (Standzeit: 2020 und 2024)		Berechnung erwarteter Fälle: Prävalenz (NRW-Bund) * Versichertenanteil Region		Berechnung erwarteter Fälle: Prävalenz (NRW-Bund) * Versichertenanteil Region	
										Quelle: Berechnung Statistisches Bundesamt (Standzeit: 2020)		Berechnung: Differenz erwarteter Fälle und erwarteter Fälle * jährliche Krankheitskosten pro Fall		Berechnung Mehrausgaben: Differenz erwarteter Fälle und erwarteter Fälle * jährliche Krankheitskosten pro Fall		Berechnung Mehrausgaben: Differenz erwarteter Fälle und erwarteter Fälle * jährliche Krankheitskosten pro Fall	
Indikation	Daten der Gebietskörperschaften				Region gesamt	NRW	Bund	Abweichung (Info) zu		errechnete Fälle Region gesamt	Krankheits- kosten pro Fall/Jahr	erwartete Fälle (NRW-Präv.)	Überhang	regionale Mehrausgaben	erwartete Fälle (Bund-Präv.)	Überhang	regionale Mehrausgaben
Asthma bronchiale	5,29%	5,59%	5,05%	5,02%	5,23%	4,92%	4,36%	6,10%	19,72%	67.936	252,13 €	63.940	3.996	1.007.555 €	56.662	11.274	2.842.452 €
COPD	9,51%	8,69%	8,28%	9,02%	8,88%	8,51%	7,00%	1,80%	23,76%	115.339	2.249,36 €	110.595	4.744	10.669.951 €	90.972	24.367	54.811.392 €
Depression	14,92%	15,45%	13,68%	15,26%	14,83%	13,27%	12,52%	11,50%	18,18%	192.697	1.763,96 €	172.456	20.241	36.101.857 €	162.709	29.988	53.486.379 €
Kreuzschmerzen chronisch	36,84%	37,71%	34,30%	37,36%	36,55%	34,63%	32,63%	5,27%	11,73%	475.034	283,85 €	450.049	24.985	7.091.952 €	424.058	50.977	14.469.795 €
Typ-2-Diabetes	10,73%	13,26%	11,28%	12,15%	11,86%	11,43%	11,10%	7,06%	10,24%	154.132	870,82 €	148.544	5.588	4.866.983 €	144.255	9.877	8.601.049 €
Hypertonie	28,79%	34,90%	32,44%	33,12%	32,31%	30,36%	30,00%	10,30%	11,62%	419.931	291,82 €	394.557	25.375	7.404.864 €	389.878	30.053	8.770.166 €
Koronare Herzkrankheit	9,09%	9,98%	8,50%	10,92%	9,62%	8,76%	8,08%	11,87%	21,29%	125.053	2.270,29 €	113.844	11.209	25.447.629 €	105.007	20.046	45.510.687 €
Herzinsuffizienz	5,03%	5,20%	5,88%	4,51%	5,16%	4,84%	4,98%	7,37%	4,35%	66.994	2.970,80 €	62.900	4.094	12.161.627 €	64.720	2.274	6.796.459 €
												Summe		104.751.817 €			195.248.379 €
												Anteil AOK (30%)		31.425.545 €			58.574.514 €

Quelle: _fbeta GmbH

Einordnung der Ergebnisse, Grenzen der Modellierung und Konsequenzen für die Umsetzung

Die Ergebnisse beider Modellrechnungen sind in mehrfacher Hinsicht bedeutsam. Sie zeigen erstens, dass die Therapiesteuerung weit mehr leistet als die bloße Bereitstellung einer digitalen Plattform. Sie greift an zwei zentralen Stellen in das Versorgungsgeschehen ein: Zum einen verringert sie die Zahl neuer Krankheitsfälle, indem Prävention systematisch in die Primärversorgung integriert wird. Zum anderen senkt sie die Folgekosten bestehender chronischer Erkrankungen, indem Therapieziele, Zuweisung, Reaktionslogik und Nachsorge verbindlich koordiniert werden.

Zweitens macht insbesondere die regionale Analyse deutlich, dass der Nutzen keineswegs theoretisch ist. Er zeigt sich in Form konkret vermeidbarer Mehrausgaben, die, je nach Vergleichsmaßstab, zwischen dem Landes- und Bundesdurchschnitt im zwei- bis dreistelligen Millionenbereich pro Jahr liegen. Diese Zahlen belegen, dass die angestrebten Verbesserungen nicht nur aus gesundheitspolitischer, sondern auch aus wirtschaftlicher Sicht von erheblicher Bedeutung sind.

Drittens verdeutlicht die Gegenüberstellung der Ergebnisse der Modellrechnungen auf Bundes- und Regionalebene, wo der größte Hebel liegt. Das Einsparpotenzial durch eine Reduktion der Prävalenz übersteigt jenes aus der Verringerung der Inzidenz deutlich. Gleichzeitig ist die Prävalenzsenkung strukturell anspruchsvoller, da sie auf eine langfristige Veränderung von Versorgungsabläufen und Patientenverhalten angewiesen ist. Kurzfristige Effekte entstehen dagegen dort, wo durch Telemonitoring, strukturierte Zuweisung, telemedizinische Konsile sowie klare Entlass- und

Nachsorgeregulungen akute Verschlechterungen, unnötige Doppeluntersuchungen und vermeidbare stationäre Wiederaufnahmen verhindert werden.

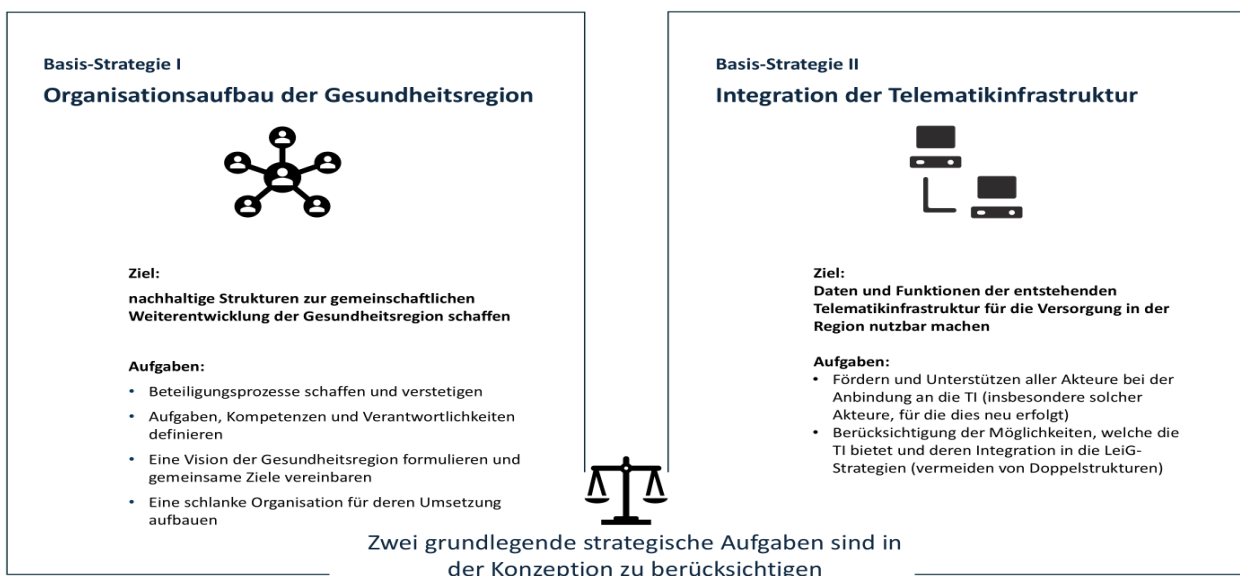
Wie bei jeder Modellierung gilt es, die methodischen Grenzen zu berücksichtigen. Die Reduktion bestehender Prävalenzen ist ein Prozess, der mehrere Jahre in Anspruch nimmt. Die hier gewählte Zielmarke von 10 Prozent bezieht sich ausschließlich auf die kostenrelevanten Verläufe und stellt daher eine konservative Annahme dar. Zudem bilden die acht betrachteten Indikationen einen großen, aber nicht den vollständigen Teil der chronischen Krankheitslast ab. Für weitere Erkrankungen ist ein Übertragungseffekt wahrscheinlich, wurde in den ausgewiesenen Summen jedoch nicht berücksichtigt.

Auch Investitions- und Betriebskosten für die Plattform und die begleitenden Versorgungsleistungen sind in den Berechnungen nicht enthalten und müssen in einer umfassenden Wirtschaftlichkeitsanalyse gegengerechnet werden. Angesichts eines jährlichen Entlastungspotenzials von rund 6,4 Milliarden Euro auf Bundesebene und bis zu rund 195 Millionen Euro in der Region bleibt jedoch selbst bei moderater Teilnahme- und Nutzungsquote ausreichend Spielraum, um die erforderliche Infrastruktur nachhaltig zu finanzieren. Dieser Spielraum vergrößert sich, wenn erfolgsorientierte Vergütungsmodelle mit den auf der Plattform erfassten Ergebnis- und Prozesskennzahlen verknüpft werden. Auf diese Weise lässt sich der ökonomische Nutzen unmittelbar mit messbaren Qualitäts- und Versorgungseffekten verbinden.

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

Die in der Modellrechnung dargestellten Potenziale verdeutlichen das mögliche Wirkungsspektrum einer plattformgestützten Therapiesteuerung. Damit diese Effekte langfristig realisiert werden können, bedarf es einer Organisationsstruktur, die den Transformationsprozess und die Plattform dauerhaft trägt, weiterentwickelt und stufenweise in die Regelversorgung integriert. Die Abbildung 33 beschreibt die Basisstrategien für den Aufbau einer übergreifenden Steuerungs- und Trägerstruktur, die die organisatorischen und technischen Voraussetzungen für eine nachhaltige Implementierung der Therapiesteuerung schaffen.

Abbildung 33: 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.

Die Implementierung der Therapiesteuerung ist als langfristiger Transformationsprozess angelegt, nicht als einmaliges Projekt. Entscheidend für die praktische Umsetzung ist der Aufbau einer dauerhaften Organisation, die sektorenübergreifend arbeitet und die Plattform Schritt für Schritt in die Regelversorgung überführt. Im Mittelpunkt steht nicht die schnelle Einführung einzelner digitaler Anwendungen, sondern die Etablierung eines stabilen Rahmens, der verlässlich funktioniert, Verantwortlichkeiten klärt und die unterschiedlichen Akteure der Versorgung zusammenführt.

Das Vorgehen orientiert sich an den in der Konzeption definierten Prinzipien Modularität, Integration, Ergebnisorientierung und der konsequenten Verankerung von Sekundärprävention. Die Plattform soll so organisiert werden, dass Module, je nach Indikation und regionalem Bedarf, flexibel hinzugefügt oder angepasst werden können. Gleichzeitig muss sichergestellt sein, dass Prozesslogiken aufeinander abgestimmt sind, dass relevante Informationen zwischen den Beteiligten nahtlos fließen und dass die Qualität der Daten den Anforderungen einer evidenzbasierten Steuerung entspricht. Nur durch dieses integrative Zusammenspiel ist gewährleistet, dass die Plattform langfristig Wirkung entfaltet und die in der Modellrechnung beschriebenen Potenziale tatsächlich realisiert werden.

Ein Beispiel für die Umsetzung dieser Prinzipien ist das Projekt ALFie (Algorithmusgestützte Fallidentifikation und -steuerung). Es entwickelt Verfahren, um Patientinnen und Patienten mit komplexem oder erhöhtem Versorgungsbedarf frühzeitig zu erkennen und strukturiert in die Versorgung einzuschleusen. Damit wird eine Schnittstelle geschaffen zwischen Datenanalyse, Fallmanagement und sektorenübergreifender Versorgung. ALFie zeigt, wie digitale Steuerungslogiken auf der Basis von Routinedaten genutzt werden können, um Versorgungsprozesse zu priorisieren, individuelle Versorgungspfade zu gestalten und Ressourcen zielgerichtet einzusetzen. Als Pilotprojekt liefert ALFie wichtige Erkenntnisse für die Skalierung einer datengestützten Therapiesteuerung, die langfristig in die Regelversorgung überführt werden kann.

Für die praktische Umsetzung bedeutet dies, dass eine übergreifende Steuerungseinheit geschaffen werden muss, die fachliche, medizinische, pflegerische und therapeutische Expertise, organisatorische und technische Verantwortung bündelt. Diese Einheit bildet die Basis der Plattform, sorgt für einheitliche Standards, klare Rollen und Zuständigkeiten, stellt Verbindlichkeit her und gewährleistet eine kontinuierliche Weiterentwicklung der Plattform auf Grundlage der Praxiserfahrungen. Ergänzend braucht es Mechanismen der Qualitätssicherung, die medizinische, organisatorische und wirtschaftliche Effekte laufend messen und in die Steuerung zurückspiegeln. Damit wird ein Kreislauf geschaffen, in dem Erfahrungen aus der Praxis direkt in die Optimierung der Plattform einfließen.

Die Einführung erfolgt stufenweise. Zunächst werden einzelne Indikationen und Versorgungspfade adressiert, die als Lernräume dienen und erste Erfahrungen mit der praktischen Anwendung ermöglichen. Darauf aufbauend wird die Plattform sukzessive erweitert, regional verankert und schließlich in breiterem Maßstab skaliert. An die Stelle isolierter Pilotprojekte tritt somit ein kontinuierlicher Entwicklungsprozess, der auf Dauerhaftigkeit und Anschlussfähigkeit ausgelegt ist.

Die konkrete Ausgestaltung des Implementierungspaths – etwa zu Einschreibemodalitäten, technischen Mindeststandards, Anreizsystemen oder regionalen Steuerungsmechanismen – wird im Rahmen von Sprint III des LeiG-Projekts präzisiert. Für die Case Study steht im Vordergrund, das Prinzip einer dauerhaften, sektorenübergreifenden Organisationsstruktur herauszustellen, die den

Transformationsprozess trägt, kontinuierlich lernt und sicherstellt, dass die Therapiesteuerungsplattform nicht nur kurzfristige Effekte erzielt, sondern langfristig in die regionale Versorgungslandschaft integriert wird.

7 Gesundheitspolitische Implikationen

Die vorangegangenen Kapitel zeigen: Digitale Therapiesteuerung ist ein wirksamer Hebel, um Fragmentierung, Medienbrüche und verspätete Interventionen in der Versorgung chronisch bzw. multimorbid erkrankter Menschen zu überwinden. Damit die konzipierten Lösungen über Pilotprojekte hinaus systemisch wirken, braucht es einen kohärenten gesundheitspolitischen Rahmen, der Versorgungsorganisation, Technik und Finanzierung zusammenführt.

Im Fokus steht ein Primärversorgungssystem, das koordiniert, datenbasiert und präventionsorientiert arbeitet: Interdisziplinäre Teams arbeiten verlässlich zusammen, Therapiepläne werden digital geführt und sind interoperabel, telemedizinische Leistungen sind regelhaft eingebunden. Dazu sind klare Verantwortlichkeiten, verbindliche Standards und angemessene Vergütungsmechanismen erforderlich – abgestimmt zwischen regionaler Umsetzung und bundesweiter Regulierung.

Auf dieser Grundlage benennt dieses Kapitel neun Handlungsfelder, die die Skalierung und Verstetigung digital gestützter Therapiesteuerung ermöglichen: von virtuellen Teams und digitaler Therapieplanung über Telemedizin und Prävention bis zu technischen Plattformstandards, Zugangsstrukturen, regionalen Budgets und der institutionellen Verankerung im LeIG-Verfahren. Diese Agenda bildet den gesundheitspolitischen Ordnungsrahmen für eine integrierte, ergebnisorientierte Versorgung und wird in Form von neun Implikationsmodulen (**I-Modulen**) konkretisiert.

7.1 Primärversorgungssystem rund um virtuelle Teams

Die Einführung virtueller Teams stärkt die interdisziplinäre Koordination in der Primärversorgung und adressiert die Fragmentierung zwischen ärztlicher, pflegerischer und therapeutischer Versorgung. Dies ermöglicht eine kontinuierliche, digital gestützte Therapiesteuerung und hebt Prävention, Patientenbeteiligung und Verlaufskontrolle auf ein neues organisatorisches Niveau.

Ebene: Versorgung/Region

7.2 Therapieplanung und -steuerung technisch unterstützen, organisatorisch verankern und vergüten

Digitale Therapiepläne und Fallakten bilden das Rückgrat einer integrierten Versorgung, müssen aber verbindlich in die Versorgungsstrukturen eingebettet und angemessen vergütet werden. Nur wenn technische Interoperabilität, organisatorische Verankerung und eine angepasste Vergütungslogik zusammenkommen, kann eine nachhaltige Therapiesteuerung gelingen.

Ebene: Versorgung/Gesetzgeber

7.3 Telemedizin und Telemonitoring tiefer in der Regelversorgung verankern und vergüten, digitale Leistungen mit analoger Hauptfunktion etablieren und vergüten

Telemedizinische Leistungen wie Telekonsile, Telemonitoring und digitale Verlaufskontrolle sind zentrale Instrumente der Therapiesteuerung. Sie müssen dauerhaft in die Regelversorgung überführt, interoperabel mit medizinischen Systemen verbunden und gleichwertig zu analogen Leistungen vergütet werden, um eine sektorenübergreifende Versorgungskontinuität sicherzustellen.

Ebene: Versorgung/Gesetzgeber

7.4 Modifizierung der Angebotsformen von Sekundär- und Tertiärprävention in Richtung Lebensstilintervention und Coaching

Sekundärprävention darf nicht als punktuelles Zusatzangebot in Schulungsformaten verstanden werden, sondern muss integraler Bestandteil der Therapieplanung in der Regelversorgung werden. Die Umsetzung im Alltag sollte durch Coachings unterstützt werden. Dafür braucht es verbindliche Programme, digitale Begleitung und die angemessene Vergütung präventiver Maßnahmen auf allen Versorgungsebenen. Hierzu müssen u. a. die Zulassungskriterien für Präventionsanbieter und die Angebotsformen im *Leitfaden Prävention* der ZPP entsprechend erweitert sowie die Nutzung der Therapieplanungsplattform als Bindeglied zum ärztlichen Handeln gefördert werden.

Ebene: Versorgung/Gesetzgeber

7.5 Etablierung eines Standards für Therapieplattformen auf Basis regionaler Erprobung

Regionale Gesundheitsregionen können als Reallabore für die Erprobung digitaler Therapieplattformen und einer virtuellen Zusammenarbeit der Leistungserbringer dienen. Ein gemeinsamer Standard, der aus diesen Erprobungen hervorgeht, schafft Skalierbarkeit und Interoperabilität im nationalen Versorgungssystem. Hierüber können, wie auch in der nationalen E-Health-Infrastruktur üblich, ein nationaler Standard gesetzt und auf der Basis entsprechende IT-Anbieter für die Regionen empfohlen werden. Durch regionale Pilotierung können praktikable Standards entstehen, die dann schrittweise in einen auf Land oder Bund ausgerichteten Standard überführt werden können.

Ebene: Region/Gesetzgeber

7.6 Etablierung eines Standards für Zugangsplattformen auf Basis regionaler Erprobung

Zugangsplattformen bündeln regionale Versorgungsangebote und erleichtern Patienten den Weg zu Prävention, Therapie und Pflege. Damit sie wirksam sind, müssen die Plattformen interoperabel, rechtlich abgesichert und durch nationale Vorgaben harmonisiert werden. Durch regionale Pilotierung können praktikable Standards entstehen, die dann schrittweise in einen auf Land oder Bund ausgerichteten Standard überführt werden können.

Ebene: Region/Gesetzgeber

7.7 Integration des Öffentlichen Gesundheitsdienstes mit Settingmaßnahmen in das LeiG-Verfahren

Der Öffentliche Gesundheitsdienst (ÖGD), Gemeindeschwestern, kommunale Beratungsstellen, betriebliches Gesundheitsmanagement und ähnliche regionale Akteure sollten als aktive Partner in die digitale Therapiesteuerung eingebunden werden – insbesondere bei Prävention, Früherkennung und Coaching. Die Integration in regionale Plattformen stärkt die Schnittstelle zwischen Bevölkerungsgesundheit und individueller Versorgung. Zudem werden Settingmaßnahmen (Verhältnisprävention) mit individuellen Präventionsmaßnahmen (Verhaltensprävention) über den

digitalen Therapieplan verzahnt. Das Zusammenwirken der verschiedenen Akteure, der Verhältnis- und der Verhaltensprävention stärkt die Versorgungssteuerung im regionalen Kontext.

Ebene: Region/Gesetzgeber

7.8 Etablierung von regionalen Budgets für das Management von Gesundheitsregionen

Regionale Budgets ermöglichen, Versorgungspfade flexibel zu steuern und Ressourcen indikationsübergreifend einzusetzen. Sie schaffen Handlungsspielräume für hybride, digital unterstützte Versorgungsmodelle und fördern die Eigenverantwortung regionaler Akteure. Sie adressieren bestehende Fragmentierung in regionalen Gesundheitsökosystemen und sind eine zentrale Voraussetzung zur Verbesserung der Leistungsfähigkeit der regionalen Gesundheitsversorgung. Insbesondere wird damit die regionale Umsetzungskompetenz für Versorgungsinnovationen, wie z. B. Innovationsfondsprojekte, auf eine Finanzierungsgrundlage für den Rollout gestellt.

Ebene: Region Gesetzgeber

7.9 Integration des LeiG-Verfahrens in Gesundheitsregionen und regulierende Organe auf Landes- und Bundesebene mit Betreiber- und Ergebnisverantwortung

Die politische und regulatorische Einbettung des LeiG-Verfahrens ist eine zentrale Voraussetzung für dessen Skalierung und nachhaltige Verankerung. Nur durch eine institutionalisierte, verbindliche Rückkopplung zwischen regionaler Umsetzungsebene in Gesundheitsregionen und den nationalen Steuerungsorganen auf Landes- und Bundesebene kann das LeiG-Verfahren nachhaltig wirken. In den Regionen ist hier eine Organisation mit Betreiber- und Ergebnisverantwortung sinnvoll, auch um Implementierungsstärke für Versorgungsinnovationen und einen Transfer u. a. aus der Förderphase des Innovationsfonds zu schaffen.

Ebene: Gesetzgeber/Bund-Land-Koordination

8 Anhang: Grafiken

Abbildung 34: Versorgungsgegenstand. Versorgungsinhaltliche Potenzialanalyse

 Hoher Versorgungsbedarf durch chronische Erkrankungen: Chronische Erkrankungen wie COPD, Depression und Diabetes nehmen zu und verursachen steigende Kosten, insbesondere durch langfristige Verläufe, Multimorbidität und eingeschränkte Erwerbsfähigkeit.	 Indikationsübergreifende Versorgungslücken sichtbar: Die vergleichende Analyse zeigt, dass zentrale Herausforderungen wie fehlende Früherkennung, mangelnde Koordination oder unzureichende Präventionsangebote indikationsübergreifend auftreten.
 Selbstmanagement und Adhärenz als Erfolgsfaktoren: Eine zentrale Rolle spielt das individuelle Gesundheitsverhalten. Besonders bei Diabetes, Herzinsuffizienz und COPD beeinflussen Selbstmanagement und Krankheitswissen maßgeblich den Therapieerfolg.	 Strukturelle Unterversorgung trotz DMP-Angeboten: Für viele der betrachteten Erkrankungen bestehen keine Disease-Management-Programme (DMP), obwohl ein erheblicher Versorgungsbedarf besteht – dies betrifft u.a. Krebsschmerz, Hypertonie und Depression.
 Psychosoziale Faktoren oft unterschätzt: Psychische Belastungen, Einsamkeit oder soziale Probleme sind häufig Begleitfaktoren chronischer Erkrankungen und beeinflussen Therapieerfolg und Lebensqualität, werden aber selten systematisch adressiert.	 Früherkennung mit großem Potenzial: Strukturierte Screeningmaßnahmen in der hausärztlichen Versorgung können zur frühzeitigen Diagnostik beitragen und Verschlechterungen vermeiden – insbesondere bei Diabetes, Hypertonie und Depression.
 Regionale Krankheitslast überdurchschnittlich hoch: Die Region weist bei allen acht Erkrankungen höhere Prävalenzwerte als NRW und das Bundesgebiet auf – teils bis zu 26 % über dem Bundesdurchschnitt, besonders bei COPD, Depression und KHK.	 Multimorbidität als Versorgungsrealität: Die kumulierte Zahl chronischer Erkrankungen übersteigt die Einwohnerzahl der Region – ein Indikator für weit verbreitete Mehrfacherkrankungen und damit verbundene komplexe Versorgungsbedarfe.
 Dringender Handlungsbedarf in Prävention und Steuerung: Die demografischen und verhaltensbezogenen Trends machen deutlich, dass präventive Maßnahmen, strukturierte Versorgungspfade und koordinierte Steuerungsmodelle essenziell für die Zukunftsfähigkeit des Systems sind.	

Quelle: _fbeta GmbH

Abbildung 35: Versorgungssituation (Defizite)

 Es fehlt an ausreichenden Therapieangeboten Facharzttermine sind schwer verfügbar, was zu langen Wartezeiten und einer Überlastung der Notaufnahmen führt – oft ohne akute medizinische Notwendigkeit.	 Prävention nicht systematisch integriert Trotz ihrer Bedeutung für Verlauf und Vermeidung chronischer Erkrankungen ist Prävention nicht ausreichend Bestandteil der Regelversorgung.
 Interdisziplinäre Versorgung unzureichend Komplexe Krankheitsverläufe benötigen koordinierte Behandlungsansätze. Die derzeitige sektorale Trennung verhindert eine kontinuierliche Versorgung und erschwert die Zusammenarbeit verschiedener Akteure.	 Versorgung fokussiert zu stark auf Einzelindikationen Multimorbidität wird nicht adäquat abgebildet. Viele Behandlungspläne sind nicht aufeinander abgestimmt. Forschung, Versorgung und Abrechnung sind primär diagnosespezifisch organisiert.
 Adhärenz bleibt zentrale Herausforderung Empfehlungen werden häufig nicht umgesetzt. Bei Lebensstilveränderungen ebenso wie bei Medikamenteneinnahme. Gründe sind mangelndes Verständnis, fehlende Unterstützung und Polymedikation.	 Wissensvermittlung mangelhaft und uneinheitlich Patienten sind oft nicht ausreichend über ihre Erkrankung, Therapieoptionen oder Abläufe informiert. Fehlende Struktur, Zeit und digitale Unterstützung verstärken das Problem.
 Soziale Ungleichheit im Zugang zur Versorgung Menschen mit sprachlichen, kulturellen oder sozioökonomischen Barrieren sind strukturell benachteiligt und werden später oder schlechter versorgt.	 Digitalisierung wird nicht ausgeschöpft Telemedizin, DiGAs und digitale Kommunikation werden nur punktuell genutzt. Technische, finanzielle und strukturelle Hürden behindern eine flächendeckende Nutzung.

Quelle: _fbeta GmbH

Abbildung 36: Zentrale Aussagen zu krankheitsspezifischen Defiziten

 Ungleicher Zugang und strukturelle Versorgungslücken (v. a. Depression, Diabetes) Psychische Erkrankungen sind oft unterversorgt. Auch die Notfallversorgung wird überlastet, weil niedrigschwellige Alternativen fehlen oder nicht bekannt sind.	 Prävention bleibt vom Versorgungssystem entkoppelt (COPD, Hypertonie, KHK, Diabetes, Rückenschmerz) Präventive Maßnahmen sind wichtig, aber kaum in Versorgungspfade integriert. Es fehlen klare Zuständigkeiten und Anreize.
 Mangel an Zusammenarbeit über Sektorengrenzen hinweg (KHK, Herzinsuffizienz, Diabetes, multimorbide Patienten) Unkoordinierte Abläufe, unklare Zuständigkeiten und fehlende Kommunikation führen zu Doppeluntersuchungen, Polypharmazie und unnötigen Klinikaufenthalten.	 Adhärenz ist eine systemische Schwachstelle (Asthma, COPD, Hypertonie, Diabetes, KHK) Viele Patienten können Therapieempfehlungen nicht dauerhaft umsetzen. Es fehlt an Unterstützung, Aufklärung und einer kontinuierlichen Begleitung.
 Gesundheitskompetenz als Schlüssel für Versorgungserfolg (übergreifend bei allen Erkrankungen) Verständliche, konsistente Information ist Voraussetzung für Adhärenz und Selbstmanagement. Ohne sie gehen Versorgungseffekte verloren.	 Soziale Ungleichheit behindert den Zugang zur Versorgung (v. a. Diabetes, Depression) Bildung, Sprache und finanzielle Ressourcen beeinflussen die Nutzung von Angeboten – besonders bei Erkrankungen mit hohem Selbstmanagementbedarf.
 Digitalisierung wird nicht strategisch genutzt (Asthma, COPD, Hypertonie, Diabetes, Depression) Digitale Tools wie DiGAs oder Telemonitoring existieren, sind aber kaum integriert. Es fehlt an Standards, Konzepten und Anreizen für den flächendeckenden Einsatz.	 Fehlende Steuerung und Koordination (v. a. Depression, Diabetes, multimorbide Patienten) Verbindliche Versorgungspfade, digitale Schnittstellen und abgestimmte Kommunikation fehlen. Das erschwert Patientenorientierung und Ressourceneffizienz.

Quelle: _fbeta GmbH

Abbildung 37: Bedarf- und Bedürfnisanalyse. Gesundheitsverhalten in Deutschland

 Präventionsausgaben knapp über dem gesetzlichen Mindestwert, aber mit Lücken: Trotz formaler Zielerreichung bestehen Defizite insbesondere in Lebenswelten und stationärer Pflege.	 Anstieg der Ausgaben im Jahr 2023 mit ungleicher Verteilung: Zuwächse bei Kursen und Pflegeeinrichtungen, Rückgänge in Lebenswelten, die flächendeckende Wirkung bleibt begrenzt.
 Prävention bleibt strukturell unterrepräsentiert: Ihr Anteil an den Gesundheitsausgaben ist gering, strategische Verankerung fehlt.	 Gesundheitsverhalten verbessert sich nur langsam: Besonders Ernährung, Bewegung und Stressbewältigung bleiben problematisch, trotz bekannter Empfehlungen.
 Fehlende Zielvorgaben erschweren Steuerung: Für viele Lebensstilfaktoren gibt es keine messbaren Ziele, mit Ausnahme des Tabakkonsums.	 Ernährung ist ein zentraler Risikofaktor: Ungesunde Ernährungsgewohnheiten sind weit verbreitet, besonders in sozial benachteiligten Gruppen.
 Bewegungsmangel bleibt gesundheitspolitisch unterschätzt: Weniger als die Hälfte der Bevölkerung erreicht die Mindestempfehlungen, Sitzzeiten sind hoch.	 Tabakkonsum weiterhin auf hohem Niveau: Politische Maßnahmen zur Tabakkontrolle sind im internationalen Vergleich schwach ausgeprägt.
 Alkoholkonsum mit hoher Krankheits- und Kostenlast: Gesellschaftlich akzeptiert, aber gesundheitlich massiv belastend, es fehlt an wirksamen Eingriffen.	 Mentale Gesundheit mit steigender Relevanz: Stressbelastung und psychische Erkrankungen nehmen zu, Präventionsangebote sind lückenhaft und wenig zielgerichtet.

Quelle: _fbeta GmbH

Abbildung 38: Versorgungssituation (Defizite)



Fehlende Passung zwischen Präventionsangeboten und Lebensrealitäten
Viele Maßnahmen orientieren sich zu wenig am Alltag und den Bedürfnissen der Zielgruppen.



Fragmentierte Zuständigkeiten und mangelnde Steuerung
Unklare Rollenverteilungen und fehlende Koordination erschweren eine systematische Umsetzung.



Überforderung durch Zeitdruck und Alltagsroutinen
Insbesondere Erwerbstätige stellen Gesundheit trotz vorhandenen Wissens oft hinten an.



Begrenzte betriebliche Gesundheitsförderung, v. a. in KMU
Kleine und mittlere Unternehmen erhalten zu wenig Unterstützung für wirksame Präventionsstrukturen.



Digitale Angebote mit Zugangs- und Vertrauensbarrieren
Nutzung scheitert oft an fehlender Orientierung, geringer digitaler Gesundheitskompetenz und Unsicherheit.



Zu wenig gezielte Ansprache älterer Menschen
Fehlende Informationen, eingeschränkte Mobilität und soziale Isolation erschweren die Teilhabe.



Geringe Sichtbarkeit und Erreichbarkeit von Angeboten
Präventionsmaßnahmen sind oft schwer auffindbar, nicht bekannt oder mit Hürden verbunden.



Keine strukturelle Verankerung in der Regelversorgung
Prävention bleibt häufig ein freiwilliges Zusatzangebot ohne feste Einbindung in bestehende Versorgungsprozesse.



Unzureichende Gesundheitsbildung in Schule und Erwachsenenbildung
Gesundheitskompetenz wird weder früh noch praxisnah genug vermittelt.



Unklare Rolle betriebsärztlicher Expertise
Betriebsärztinnen und -ärzte sind bisher kaum systematisch in präventive Prozesse eingebunden.



Unzureichende Erreichbarkeit vulnerabler Gruppen
Menschen mit geringem Einkommen oder Migrationserfahrung bleiben unterversorgt und werden zu spät erreicht.

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 ▪ 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 Gesundheitskompetenz, 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 Interventionsanpassungen	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 ▪ HA/FA: primärärztlich verantwortetes Fallmanagement ▪ Alle regionalen professionellen LE: teamorientierte und arbeitsteilige Versorgung entlang individuell konfigurierter Versorgungspfade; fallbezogene Kommunikation und Dokumentation
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.	

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 (Patientenbedingungen, 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 bei 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 Akteuren 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 Fallkommunikation	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 Versorgung-
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 BILDUNG UND FORSCHUNG. 2014. Wie krank sind wir wirklich? - Erstmals liegen verlässliche Daten zu Mehrfacherkrankungen im Alter vor. *Bundesministerium für Bildung und Forschung*, 02.2014.
- [2] BUNDESZENTRALE FÜR POLITISCHE BILDUNG. 2022. *Gesundheitsausgaben* [Online]. Available: <https://www.bpb.de/kurz-knapp/zahlen-und-fakten/soziale-situation-in-deutschland/61804/gesundheitsausgaben/> [Accessed 10.05.2024].
- [3] DRAGIOTI, E., RADUA, J., SOLMI, M., ARANGO, C., OLIVER, D., CORTESE, S., JONES, P. B., IL SHIN, J., CORRELL, C. U. & FUSAR-POLI, P. 2022. Global population attributable fraction of potentially modifiable risk factors for mental disorders: a meta-umbrella systematic review. *Mol Psychiatry*, 27, 3510-3519.
- [4] FERRER, R. & KLEIN, W. M. 2015. Risk perceptions and health behavior. *Curr Opin Psychol*, 5, 85-89.
- [5] FERRER, R. A., KLEIN, W. M. P., AVISHAI, A., JONES, K., VILLEGAS, M. & SHEERAN, P. 2018. When does risk perception predict protection motivation for health threats? A person-by-situation analysis. *PLOS ONE*, 13.
- [6] GESUNDHEITSWISSEN, S. 2022. Immer mehr Menschen mit chronischen Erkrankungen über Jahrzehnte beeinträchtigt Bedarf an verlässlichen Gesundheitsinformationen steigt. 09.02.2022.
- [7] GEYER, S. & EBERHARD, S. 2022. Kompression und Expansion der Morbidität - Ein Vergleich von Kohorten gleichen Alters zu verschiedenen Zeitpunkten. *Dtsch Arztebl Intl*, 119, 810-5.
- [8] GLOBAL BURDEN OF DISEASE COLLABORATIVE NETWORK 2024. Global Burden of Disease Study 2021. Seattle, USA.
- [9] NATIONAL HEALTH SERVICE. 2025. *NHS Prevention Programme* [Online]. Available: <https://www.england.nhs.uk/ourwork/prevention/> [Accessed 16.04.2025].
- [10] RESNICOW, K., DIORIO, C., SOET, J., BORRELLI, B., HECHT, J. & ERNST, D. 2002. Motivational Interviewing in Health Promotion: It Sounds Like Something Is Changing. *Health psychology : official journal of the Division of Health Psychology, American Psychological Association*, 21, 444-51.
- [11] SCHÄFER, S. K., FRITZ, J., SOPP, M. R., KUNZLER, A. M., VON BOROS, L., TÜSCHER, O., GÖRITZ, A. S., LIEB, K. & MICHAEL, T. 2023. Interrelations of resilience factors and their incremental impact

for mental health: insights from network modeling using a prospective study across seven timepoints. *Translational Psychiatry*, 13, 328.

- [12]SCHÄFER, S. K., SUPKE, M., KAUSMANN, C., SCHAUBRUCH, L. M., LIEB, K. & COHRDES, C. 2024. A systematic review of individual, social, and societal resilience factors in response to societal challenges and crises. *Communications Psychology*, 2, 92.
- [13]STATISTISCHES BUNDESAMT. 2024. Gesundheitsausgaben im Jahr 2022 auf knapp 500 Milliarden Euro gestiegen. *Statistisches Bundesamt*.
- [14]STIFTUNG GESUNDHEITSWISSEN 2022. Immer mehr Menschen mit chronischen Erkrankungen über Jahrzehnte beeinträchtigt – Bedarf an verlässlichen Gesundheitsinformationen steigt. Pressemitteilung, 09.02.2022. Available: https://www.stiftung-gesundheitswissen.de/sites/default/files/pdf/PM_Studie%20zu%20Menschen%20mit%20chronischen%20Erkrankung_GesundheitsorientierungInformationsverhalten.pdf [Accessed 10.05.2024].
- [15]WANG, F. & WANG, J. D. 2021. Investing preventive care and economic development in ageing societies: empirical evidences from OECD countries. *Health Econ Rev*, 11, 18.
- [16]ZHU, F., BOERSMA, E., TILLY, M., IKRAM, M. K., QI, H. & KAVOUSI, M. 2024. Trends in population attributable fraction of modifiable risk factors for cardiovascular diseases across three decades. *Eur J Prev Cardiol*, 31, 1724-1733.