

Transformationsstudie Teil C3

Leistungsstarke Gesundheitsregionen (LeiG)

Zusammenfassung Potenzialanalyse und
Transformationskonzeption sowie
Umsetzungsperspektiven



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

Das vorliegende Dokument zu den „Leistungsstarke Gesundheitsregionen“ (LeiG) ist als mehrteilige Berichtsstruktur aufbereitet:

Teil A definiert Begrifflichkeiten, Zielbild und strategischen Rahmen.

Teil B beschreibt Vorgehen, Methoden und Evaluation.

Teil C bündelt die inhaltliche Arbeit in der Region – von der Potenzialanalyse über die Strategien bis zur Umsetzungsperspektive (C1 – C3).

Der vorliegende Text fasst Band C zusammen und folgt dem dort angelegten dreistufigen Entwicklungsprozess:

Teil C1 Potenzialanalyse und Strategie

Teil C2a und **C2b** Konzeption zu den Strategien Pflege und Therapiesteuerung

Teil C3 Implementierungsplanung

Diese drei Bausteine bilden ein modulares Framework, mit dem regionale Versorgung strukturell weiterentwickelt und auf digitale, interprofessionelle und sektorenübergreifende Zusammenarbeit ausgerichtet wird. Im Zentrum steht der Übergang von einer fragmentierten und reaktiven Versorgung hin zu einem verbindlichen, digital gestützten und vorausschauend organisierten regionalen Versorgungsmodell.

C1 – Potenzialanalyse: Warum die Region neue Lösungen braucht

Die Transformationsstudie C1 beschreibt die strukturellen Herausforderungen und Versorgungslagen der Region Aachen. Sie zeigt eine hohe Krankheitslast bei chronischen Erkrankungen, wachsende Pflegebedarfe bei gleichzeitig knappen Ressourcen, unkoordinierte Behandlungsverläufe und fehlende digitale Grundlagen. Darüber hinaus werden Präventionspotenziale bislang zu wenig genutzt und Informationsflüsse zwischen ambulanten und stationären Akteuren bleiben brüchig.

Aus diesen Befunden leitet C1 drei zentrale Versorgungsgegenstände ab – chronische Erkrankungen, Root Causes und Pflege. Sie markieren jene Bereiche, in denen die größten strukturellen Hebel liegen, weil Versorgung heute besonders fragmentiert, analog geprägt und individuell belastend ist. Auf dieser analytischen Grundlage bauen die Transformationsstrategien in C2 auf.

C2a – Transformationsstrategie Pflege

Die Pflegestrategie adressiert die strukturellen Engpässe der Region: steigende Pflegebedürftigkeit, hohe Belastung informell Pflegenden und begrenzte professionelle Kapazitäten. Im Zentrum steht der Aufbau eines digital gestützten, interprofessionellen Unterstützungs- und Koordinationsmodells. Es verbindet Orientierung, Coaching und Navigation für Angehörige mit digitalen Werkzeugen für ambulante Dienste und Hausärzte sowie mit modularen Monitoring- und Sicherheitslösungen.

Durch digitale Fallkommunikation, telepflegerische Unterstützung und strukturierte Übergänge entsteht ein stabileres, besser planbares Versorgungsumfeld im häuslichen Bereich. Modellrechnungen zeigen erhebliche Wirkungen: in der Region jährlich rund 92 Millionen Euro Entlastung in der ambulanten Pflege sowie zusätzliche personelle Entlastungen durch effizientere Abläufe. Damit stärkt C2a die häusliche Pflege als zentrale Säule der regionalen Versorgung und etabliert ein digitales, verbindliches Arbeitsmodell für informelle und professionelle Pflege.

C2b – Transformationsstrategie Therapiesteuerung

Die Strategie der digitalen Therapiesteuerung ergänzt die Pflegeperspektive um ein strukturiertes medizinisches Steuerungsmodell für chronische Erkrankungen. Ziel ist eine Versorgung, die Risiken früher erkennt, Behandlungsentscheidungen konsistenter trifft und Übergänge zwischen ambulanter und stationärer Versorgung verbindlich gestaltet.

Kern des Ansatzes ist ein digital geführter Therapieplan mit klaren Zuständigkeiten, standardisierten Behandlungspfaden und einer fallgruppenorientierten Steuerungslogik. Monitoring, algorithmische Auswertung, Telekonsile, Televisiten, digitale Hausbesuche und strukturierte Übergänge sorgen für kontinuierliche Verlaufskontrolle und proaktives Eingreifen.

C2b etabliert damit eine integrierte medizinische Prozesslogik, die chronische Erkrankungen nicht länger reaktiv behandelt, sondern die Gesundheitsversorgung vorausschauend, datenbasiert und im Team führt. Die Modellrechnungen bilden eine bedeutsame finanzielle Entlastung ab: für die Region Aachen etwa 30 – 60 Millionen Euro pro Jahr. Diese Effekte werden im Wesentlichen durch die Primärversorgung und stärkere Integration der Lebensstilinterventionen erreicht. Die Integration von indikationsbezogenen Versorgungsansätzen bedeutet eine Verbesserung gegenüber der Regelversorgung, aber in den Verbesserungspotenzialen dominieren Primärversorgung und Lebensstilinterventionen.

C3 – Implementierungsplanung: Umsetzung und Verstetigung

C3 konkretisiert die Umsetzung der Transformationsstrategien und legt fest, wie die Gesundheitsregion organisatorisch, steuernd, technisch und betrieblich realisiert wird. Dazu gehören Governance-Struktur, Rollen und Verantwortlichkeiten, das Zusammenwirken der Projektpartner, die technische Architektur, die Proof-of-Concept-Planung, Rollout- und Betriebsmodell, Qualitätssicherung sowie Finanzierungs- und Vertragslogik. Der Abschnitt bündelt damit die Bausteine, um die in C1 und C2 entwickelten Konzepte in eine handlungsfähige, verlässliche und skalierbare Umsetzungsstruktur zu überführen. Die oben beschriebenen Effekte aus Pflege und Therapiesteuerung übersteigen die Umsetzungsaufwände substanziell. Somit kann hierüber eine langfristige Entlastung des Gesundheitswesens allein in der Implementierung über die vier Landkreise geschaffen werden. Eine Skalierung auf weitere Landkreise oder Regionen erweitert die Möglichkeiten in den Ausbaustufen und Effekten.

Inhaltsverzeichnis

Impressum	I
Zusammenfassung	II
Inhaltsverzeichnis	IV
Abbildungsverzeichnis	VI
Tabellenverzeichnis	VIII
1 Einleitung	1
1.1 Herleitung	1
1.2 Methodischer Ansatz	1
2 Ausgangslage und Potenziale der Region Aachen	4
2.1 Ausgangssituation: Warum das deutsche Gesundheitswesen neue Wege gehen muss	5
2.2 Regionales Setting	6
2.3 Versorgungsgegenstand chronische Erkrankungen	11
2.4 Versorgungsgegenstand Root Causes	14
2.5 Versorgungsgegenstand Pflege	17
2.6 Priorisierte Transformationsstrategien der Gesundheitsregion	19
3 Rahmenstrategie LeiG	22
3.1 Definition und Grundlogik der Gesundheitsregion	22
3.2 Kernelemente einer Gesundheitsregion	23
3.3 Arbeits- und Wirkannahmen der Gesundheitsregion	24
4 Konzeption zur Strategie Pflege	25
4.1 Digitale Plattformarchitektur als technologisches Rückgrat der Pflegestrategie	26
4.2 Vertrags- und Vergütungslogik für eine integrierte und digital gestützte Pflegeversorgung	27
4.3 Die zehn Maßnahmen der Transformationsstrategie „Virtuell gestützte informelle und professionelle ambulante Pflege sowie Primärversorgung“	29
4.4 Technologische und organisatorische Basis der Pflegestrategie	32
4.5 Geschäftsmodell und Wirklogik der digitalen Pflegekoordination	34
5 Konzeption zur Strategie Therapiesteuerung	35
5.1 Digitale Therapiesteuerung: Architektur, Logik und Nutzen	36
5.2 Vertrags- und Vergütungslogik für eine integrierte, digital gestützte Therapieverversorgung	37
5.3 Zwölf Maßnahmen für den Aufbau der virtuellen Therapiesteuerung	39
5.4 Technologische und organisatorische Basis der Therapiesteuerung	42

5.5	Geschäftsmodell und Wirklogik der digitalen Therapiesteuerung	45
6	Umsetzung, Organisation und Betriebsmodell	47
6.1	Programmarchitektur und Zeitachse 2026–2030	47
6.2	Regionales Stakeholder-Management	52
6.3	Proof of Concept Pflege: Struktur und Ablauf	58
6.4	Proof of Concept Therapiesteuerung: Struktur und Ablauf	59
6.5	Querschnittsaufgaben	60
6.6	Technische Umsetzung und Systemarchitektur	61
6.7	Risikofelder der Umsetzung	64
6.8	Erfolgsfaktoren	65
6.9	Konzeptioneller Rahmen der Wirtschaftlichkeitslogik	66
6.10	Betriebs- und Finanzplanung (Detailkonzept)	67
6.10.1	Grundlogik der Kosten-, Wirkungs- und Amortisationsrechnung	68
6.10.2	Szenarienbasierte Wirtschaftlichkeitsbetrachtung	70
6.10.3	Kostenstruktur, Rechtskreisabgrenzung und Skalierung	72
6.10.4	Amortisation und Break-even-Analyse	75
7	Politische Implikationen	78
	Literaturverzeichnis	IX

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Transformationscanvas als Framework zur Ableitung von Szenarien, Strategien und Maßnahmen	2
Abbildung 2: Verteilung von Versorgungsbedarfen und Kostenanteilen im Lebensverlauf – Schwerpunkt Pflege, chronische Erkrankungen und Multimorbidität (bundesweit)	6
Abbildung 3: Ergebnisübersicht Strategiebewertung	20
Abbildung 4: Markt- und Managementmodell „Leistungsstarke Gesundheitsregion“ (LeiG)	23
Abbildung 5: Zielbild der virtuell gestützten Pflege im Rahmen von LeiG	25
Abbildung 6: Leistungslogik für die Pflegestrategie – Versorgungs- und Infrastrukturleistungen	28
Abbildung 7: Leistungslogik für die digitale Therapiesteuerung – Versorgungs- und Infrastrukturleistungen	29
Abbildung 8: Übersicht zehn Maßnahmen zur Unterstützung der häuslichen und ambulanten Pflege	29
Abbildung 9: Zielbild der digital gestützten Therapiesteuerung im Rahmen von LeiG	35
Abbildung 10: Zwölf Maßnahmen für den Aufbau der virtuellen Therapiesteuerung	39
Abbildung 11: Übergeordnete Vision zur Systemveränderung mit drei politischen und vier praktischen Schwerpunkten	48
Abbildung 12: Priorisierung der Ausbaustufen 1 und 2 für die Umsetzungsplanung	49
Abbildung 13: Release-Planung für Proof of Concept (POC) und Ausbaustufen der Programmstränge Pflege und Chroniker-/Therapiesteuerung	49
Abbildung 14: Matrixorganisation, die die inhaltliche Fokussierung mit strategischer Kohärenz verbindet	51
Abbildung 15: Phasen der Programmarchitektur und Zusammenarbeit der Projektpartner	51
Abbildung 16: Primärversorgung als politische Priorität	52
Abbildung 17: Regionales Betriebssystem „Digitale Transformation Versorgung“ – Vorteile des hybriden, indikationsübergreifenden LeiG-Versorgungsansatzes	62
Abbildung 18: Technische Integration der LeiG-Produkte in die bestehende Systemlandschaft	63
Abbildung 19: Konzeptioneller Rahmen der Wirtschaftlichkeitslogik	67
Abbildung 20: Grundlogik der Modellierung	68
Abbildung 21: Vergleich jährliche Effektstärke der Wirkmechanismen	70
Abbildung 22: Kernkennzahlen: Überblick über kalkulatorische Annahmen	71

Abbildung 23: Abgrenzungen und Limitationen der Modellierung	72
Abbildung 24: Versorgungskosten und Verbesserungseffekte pro Person	74
Abbildung 25: Programm- und Projektkosten: Pflege und Therapiesteuerung	74
Abbildung 26: Break-even	75
Abbildung 27: Politische Implikationen: Therapiesteuerung	79
Abbildung 28: Politische Implikationen: Pflege	80

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Strukturindikatoren der Region Aachen	7
Tabelle 2: Prävalenzen chronischer Erkrankungen in der Region Aachen und Abweichungen zu NRW und Bund (Stand 2023)	9
Tabelle 3: Herausforderungen und versorgungsinhaltliche Potenziale – Chronische Erkrankungen	12
Tabelle 4: Chronische Erkrankungen und indikationsspezifische Potenziale	13
Tabelle 5: Vermeidbare Fälle durch Lebensstilinterventionen 30 – 50 Prozent der inzidenten Fälle	14
Tabelle 6: Herausforderungen und versorgungsinhaltliche Potenziale – Root Causes	15
Tabelle 7: Versorgungsinhaltliche Potenziale nach Kategorien – Root Causes	16
Tabelle 8: Herausforderungen und versorgungsinhaltliche Potenziale – Pflege	17

1 Einleitung

1.1 Herleitung

Das Modellvorhaben „Leistungsstarke Gesundheitsregionen“ (LeiG) verfolgt das Ziel, regionale Versorgung in einem strukturierten Managementprozess weiterzuentwickeln und neue Modelle der Zusammenarbeit, Digitalisierung und Steuerung zu erproben. Um hierfür tragfähige strategische Entscheidungen treffen zu können, bedarf es einer Analyse, die Versorgungsrealitäten nicht nur beschreibt, sondern systematisch in einen umsetzbaren Entwicklungsrahmen überführt.

Die Herleitung der Transformationsstudie basiert daher auf der Notwendigkeit, komplexe Versorgungssysteme so aufzubereiten, dass daraus konsistente Szenarien, Strategien und spätere Maßnahmen entwickelt werden können. Die Studie muss nicht nur zeigen, *wo* regionale Transformation sinnvoll ist, sondern *wie* sich regionale Versorgung strukturell denken, organisieren und ausgestalten lässt.

Die Potenzialanalyse (C1) bildet den analytischen Rahmen, in dem Herausforderungen, Potenziale und systemische Mechanismen sichtbar gemacht und in übergeordnete Versorgungsszenarien überführt werden. Diese Szenarien markieren nicht einzelne Projekte, sondern mögliche Entwicklungspfade des Versorgungssystems, an denen sich die strategische Ausarbeitung in C2 orientiert.

Damit begründet Kapitel 1.1 die Logik des Gesamtvorhabens: Regionale Transformation benötigt ein strukturiertes Vorgehen, das Analyse, Strategieentwicklung und Umsetzung eng miteinander verknüpft. Die Potenzialanalyse (C1) schafft hierfür die Grundlagen, indem sie die Ausgangssituation systematisch ordnet und die strategischen Leitlinien ableitet, die in den folgenden Teilen C2a, C2b und C3 weitergeführt werden.

1.2 Methodischer Ansatz

Die Transformationsstudie Teil C folgt einem modularen Analyse- und Entwicklungsframework, das die komplexe Realität des Versorgungssystems in klar abgegrenzte Arbeitsebenen überführt. Dieses Framework bildet den methodischen Kern des gesamten Projekts und stellt sicher, dass Analyse, Strategieentwicklung und spätere Umsetzung konsistent aufeinander aufbauen.

Vier Analyse- und Entwicklungsebenen

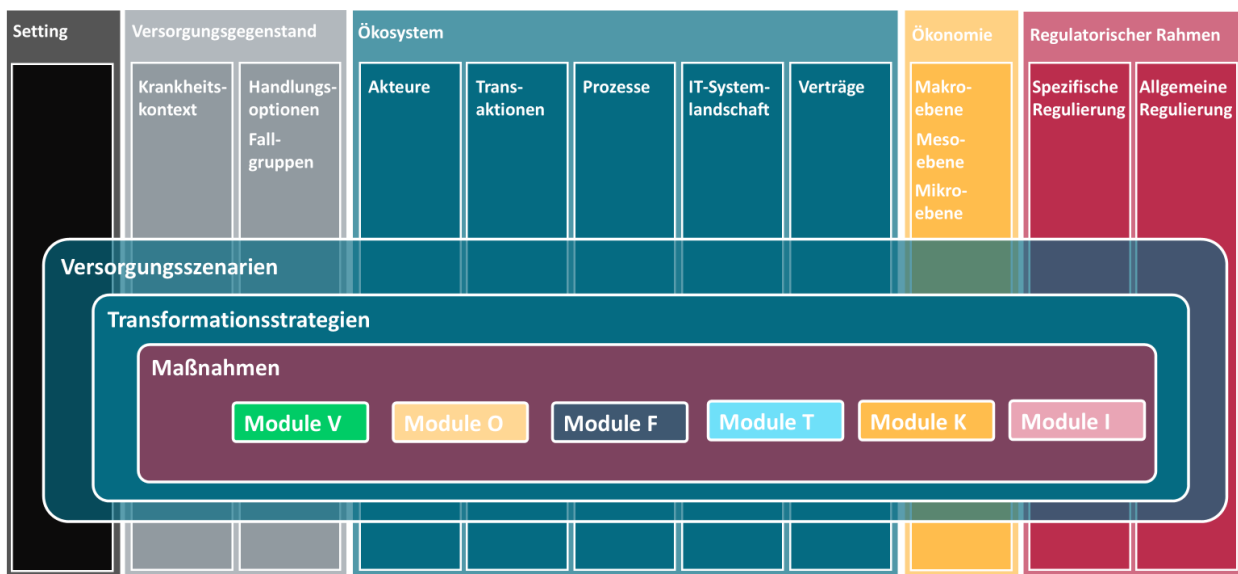
1. **Versorgungsszenarien** – indikationsübergreifende Segmente, die typische Versorgungslagen und Nutzungslogiken beschreiben.
2. **Transformationsstrategien** – übergeordnete Lösungsansätze, die aus den Szenarien abgeleitet werden und den strategischen Rahmen bilden.
3. **Maßnahmen** – konkrete operative Bausteine, die in den Teilen C2a (Pflege) und C2b (Therapiesteuerung) ausgearbeitet werden.
4. **Module** – u. a. fachliche, organisatorische, vertragliche und technische Komponenten einzelner Maßnahmen.

Die Potenzialanalyse (C1) konzentriert sich ausschließlich auf die ersten beiden Ebenen. Damit schafft sie die inhaltliche Grundlage für alle weiteren Arbeitsschritte und dient als Brücke zwischen Ausgangsanalyse und Umsetzung.

Der Transformationscanvas bildet das zentrale analytische Strukturierungsinstrument der Transformationsstudie. Er beschreibt Versorgung als zusammengesetztes Ökosystem aus fünf Systemdimensionen – Setting, Versorgungsgegenstand, Ökosystem, Ökonomie, regulatorischer Rahmen – und ordnet ihnen die vier Entwicklungsebenen der Studie (Versorgungsszenarien, Transformationsstrategien, Maßnahmen und Module) zu.

Die folgende Abbildung zeigt die logische Verknüpfung dieser Dimensionen und Ebenen im Gesamtframework.

Abbildung 1: Transformationscanvas als Framework zur Ableitung von Szenarien, Strategien und Maßnahmen



Quelle: _fbeta GmbH

Drei Sprints als Struktur des Gesamtprojekts

Das Gesamtvorhaben folgt einer klaren zeitlichen und inhaltlichen Sequenzierung:

1. **Sprint 1 – Potenzialanalyse (C1):**
Identifikation regionaler Potenziale, Strukturierung zentraler Herausforderungen und Ableitung erster strategischer Entwicklungsrichtungen
2. **Sprint 2 – Strategie- und Maßnahmenentwicklung (C2a, C2b):**
Ausgestaltung der Transformationsstrategien in konkrete Maßnahmen und Umsetzungspfade
3. **Sprint 3 – Implementierungsplanung (C3):**
Planung der organisatorischen, technischen und finanziellen Umsetzung

Damit liefert Sprint 1 nicht nur analytische Befunde, sondern den methodischen Rahmen für die Konzeption in Sprint 2 und die Umsetzung in Sprint 3.

Methodisches Vorgehen in der Potenzialanalyse

Die Analyse folgt einem integrierten Mixed-Method-Ansatz, der qualitative, quantitative und systemanalytische Elemente kombiniert:

- qualitative Inhaltsanalyse bestehender Daten und Dokumente,
- Workshops und Experteninterviews auf regionaler und überregionaler Ebene,
- datengestützte Auswertungen zur Versorgungssituation und Bevölkerungsstruktur,
- systematische Verknüpfung aller Erkenntnisse mit dem Transformationscanvas.

Der Transformationscanvas als analytisches Gerüst

Der Transformationscanvas bildet die zentrale methodische Strukturierungslogik der Potenzialanalyse. Er beschreibt Versorgung als vernetztes Ökosystem und ermöglicht eine systematische Betrachtung entlang der Dimensionen:

- Versorgungssettings und Lebenssituation,
- Akteurslandschaft,
- Versorgungs- und Unterstützungsprozesse,
- Datenflüsse und technologische Infrastruktur,
- ökonomische und regulatorische Rahmenbedingungen.

Durch die Verbindung regionaler Daten mit nationalen Versorgungsleitlinien, unseren national formulierten Hypothesen, Impulsen aus nationalen Initiativen und Experteneinschätzungen entsteht ein konsistentes, mehrdimensionales Bild der Versorgungssituation.

2 Ausgangslage und Potenziale der Region Aachen

Das deutsche Gesundheitswesen steht unter erheblichem Transformationsdruck. Demografische Alterung, der starke Anstieg chronischer und multimorbider Erkrankungen sowie wachsende Anforderungen an die Pflege treffen auf ein Versorgungssystem, das historisch gewachsen, aber strukturell fragmentiert ist. Zuständigkeiten, Planungslogiken und Datenräume sind getrennt organisiert; digitale Lösungen existieren, entfalten aber kaum systemische Wirkung, weil verbindliche Prozesslogiken, Interoperabilität und abgestimmte Rollenmodelle fehlen.

Innovationen entstehen – insbesondere im zweiten Gesundheitsmarkt –, doch ihr Transfer in die Regelversorgung bleibt die große strukturelle Herausforderung. Gleichzeitig wird sichtbar, dass regionale Versorgungskontexte immer stärker zu einem Ort werden, an dem eine systemische Weiterentwicklung tatsächlich möglich ist: Hier treffen medizinische, pflegerische, kommunale und soziale Logiken unmittelbar aufeinander und können neu organisiert werden.

Zielsetzung: eine integrierte, hybride Strukturplanung als neuer Ansatz

Die Transformationsstudie verfolgt einen Ansatz, der klassische Planungsmethoden mit modernen Organisations- und Digitalisierungslogiken verbindet. Dieser hybride Ansatz beschreibt eine Form der Gesundheitsplanung, die sowohl indikations- als auch lebensweltorientiert arbeitet, Daten systematisch nutzt und auf regionaler Ebene operative Voraussetzungen für Innovationen schafft.

Zentrale Elemente dieses Ansatzes sind:

- **Integration** der sektoralen Versorgung (ambulant, stationär, pflegerisch),
- **Hybridisierung** analoger, telemedizinischer und digitaler Leistungen,
- **Datenbasierung** als Grundlage für Planung, Steuerung und Monitoring,
- **kooperatives Arbeiten** zwischen regionalen und überregionalen Akteuren,
- **strategische Strukturentwicklung**, die auf messbaren Zielen basiert.

Die Transformationsstudie strebt damit eine Versorgung an, die regional verankert und gleichzeitig bundesweit anschlussfähig ist – ein Modell, das lokale Besonderheiten berücksichtigt und dennoch skalierbare Lösungen entwickelt.

Vor diesem Hintergrund zeigt die **Potenzialanalyse (C1)** die regionalen Voraussetzungen für den Aufbau einer Gesundheitsregion auf. Sie beschreibt Versorgungsbedarfe, strukturelle Hemmnisse wie auch Entwicklungspotenziale und schafft damit die Grundlage für die Konzepte der **Transformationsstrategien in Teil C2a (Pflege) und Teil C2b (Therapiesteuerung)** sowie das **Implementierungskonzept C3**.

2.1 Ausgangssituation: Warum das deutsche Gesundheitswesen neue Wege gehen muss

Die Notwendigkeit neuer regionaler Versorgungsmodelle ergibt sich aus mehreren strukturellen Entwicklungen:

Demografie und Krankheitslast

Die Anzahl chronisch und multimorbid erkrankter Menschen steigt stark. Dies erhöht die Komplexität der Versorgung und belastet insbesondere die hausärztliche und pflegerische Infrastruktur.

Personalmangel

Ärztliche, pflegerische und therapeutische Fachkräfte stehen nur begrenzt zur Verfügung. Ohne neue Formen der digitalen, arbeitsteiligen Versorgung werden Qualitäts- und Versorgungslücken größer.

Kostendruck und begrenzte Systemeffizienz

Die Ausgaben in Kranken- und Pflegeversicherung steigen schneller als die Einnahmen. Gleichzeitig verbleiben viele moderne Versorgungsansätze – Telemedizin, Monitoring, digitale Kommunikation – im Pilotstatus und erreichen nicht die Fläche.

Digitale Fragmentierung

Elektronische Dokumentation, Telemedizin, ePA, KIM, TI-Messenger und lokale digitale Anwendungen existieren nebeneinander, aber ohne verbindende Prozesslogik. Die Folgen sind Redundanzen, Medienbrüche und geringe Nutzung.

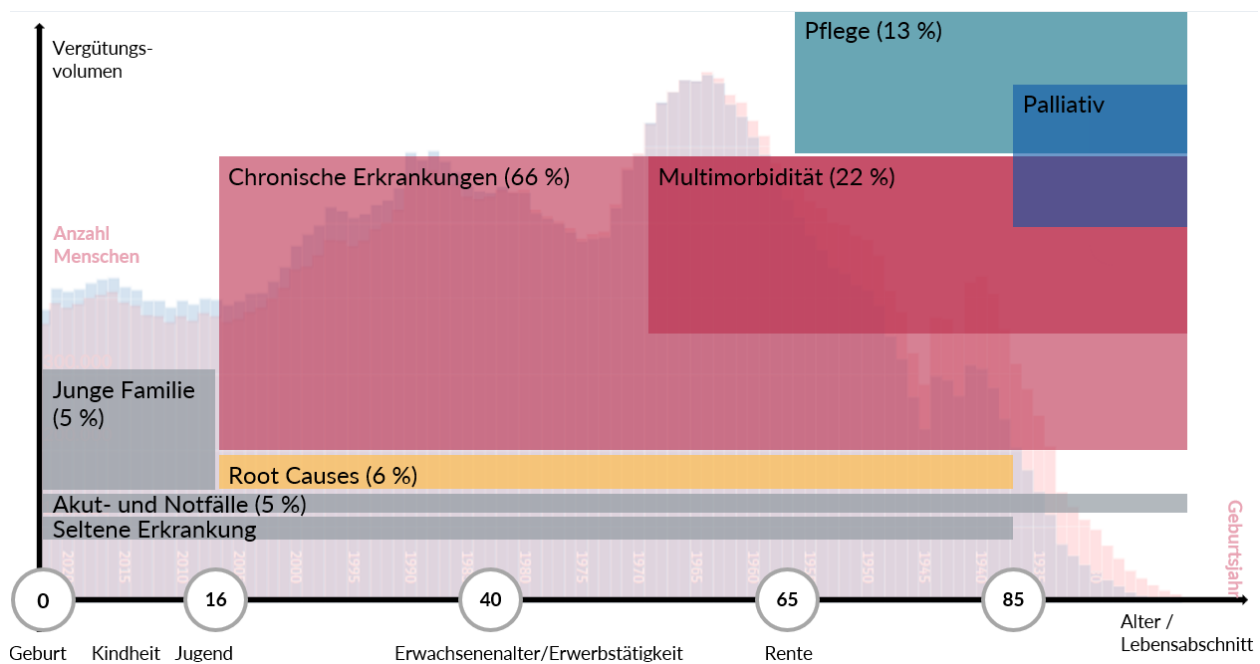
Institutionelle Fragmentierung

Krankenkassen, Kassenärztliche Vereinigungen, Kommunen, Krankenhäuser, Pflege und soziale Dienste agieren in getrennten Verantwortungsräumen. Das verhindert integrierte Versorgungspfade und den Einsatz digital unterstützter, teamorientierter Arbeitsweisen.

Damit wird deutlich: Die digitale Transformation des Versorgungssystems erfordert keine neuen Einzelinstrumente, sondern ein neues **organisatorisches „Betriebssystem“**, das Versorgung koordinierter, digitaler und regional gestaltbar macht. Gesundheitsregionen bieten dafür den notwendigen strukturellen Rahmen.

Aus der Verteilung von Versorgungsbedarf und Kosten lassen sich drei zentrale Versorgungsszenarien ableiten: chronische Erkrankungen, Pflege (aufgrund hoher Fallzahlen und Ausgabenanteile) sowie Root Causes (aufgrund bislang ungenutzter Präventions- und Steuerungspotenziale). Diese Szenarien können jeweils durch homogene Transformationsstrategien im regionalen Versorgungssystem gezielt unterstützt werden, von datenbasierter, vorausschauender Chronikerversorgung über koordinierte Pflegeunterstützung bis hin zu wirksamer Prävention und Ursachenbearbeitung.

Abbildung 2: Verteilung von Versorgungsbedarfen und Kostenanteilen im Lebensverlauf – Schwerpunkt Pflege, chronische Erkrankungen und Multimorbidität (bundesweit)



Quelle: _fbeta GmbH

2.2 Regionales Setting

Die Potenzialanalyse, Teil C1 der Transformationsstudie, basiert auf einer regionalen Betrachtung, die exemplarisch im Raum Aachen durchgeführt wurde. Die Region eignet sich dafür besonders, da sie einerseits eine hohe strukturelle Vielfalt aufweist, andererseits über eine ausgeprägte Forschungs- und Innovationslandschaft verfügt. Diese Kombination aus komplexen Versorgungsrealitäten und gleichzeitig vorhandenen Innovationsressourcen macht die Region zu einem geeigneten Modellraum für die Entwicklung neuer Versorgungsmodelle.

Die Städteregion Aachen bildet gemeinsam mit den Kreisen Düren, Euskirchen und Heinsberg den funktionalen Bezugspunkt der Analyse. Diese Abgrenzung folgt nicht primär administrativen Grenzen, sondern stützt sich auf reale Versorgungsbeziehungen, gemeinsame Infrastrukturen, Pendlerströme und kooperative Strukturen, die über lange Zeit gewachsen sind. Damit wird der Versorgungsraum so definiert, wie er sich aus der Perspektive der Bevölkerung tatsächlich darstellt.

Die Region ist zugleich städtisch, suburban und ländlich geprägt. Die Stadt Aachen weist eine hohe Bevölkerungsdichte, internationale Einflüsse und ein breites medizinisches Leistungsspektrum auf. In den umliegenden Kreisen finden sich hingegen eher ländliche Strukturen mit einer geringen Besiedlungsdichte sowie einem teilweise begrenzten Zugang zu medizinischen Einrichtungen. Dieses Nebeneinander unterschiedlicher Versorgungslagen stellt besondere Anforderungen an Planung, Steuerung und Organisation. Zugleich eröffnet es Möglichkeiten, unterschiedliche Versorgungsmodelle zu erproben und diese auf ihre Übertragbarkeit zu prüfen.

Regionale Abgrenzung und Strukturindikatoren

Die definierte Planungsregion umfasst mehrere Verwaltungsebenen:

- **Bundesland:** Nordrhein-Westfalen
- **Regierungsbezirk:** Köln
- **Kreise:** Städteregion Aachen, Düren, Euskirchen, Heinsberg
- **Stadt Aachen** als urbanes Zentrum

Die Region ist mit rund 1,3 Millionen Einwohnerinnen und Einwohnern ein bedeutender Versorgungsraum. Sie zeigt jedoch erhebliche Unterschiede in Demografie, sozioökonomischer Struktur und gesundheitlicher Lage. Diese Heterogenität beeinflusst die Versorgung deutlich und verstärkt den Bedarf an koordinierter Planung.

Tabelle 1: Strukturindikatoren der Region Aachen

	NRW	Städteregion Aachen	Stadt Aachen	Euskirchen	Heinsberg	Düren
Regionale Struktur¹²³⁴⁵						
Fläche (km ²)	34,110	706,92	160,85	1.238,72	627,92	941,48
Stadtgliederung		10 Gemeinden	7 Stadtbezirke	11 Gemeinden	10 Gemeinden	15 Gemeinden
Stand 2022¹²³⁴⁵⁶						
Bevölkerung						
Einwohnerzahl	18,15 Mio.	307.644	252.136	197.247	261.833	270.833
Migrationshintergrund	33 %	17,66 %	22,34 %	9,15 %	13,5 %	13,13 %
Bevölkerungsdichte E./km ²	526	435	1568	159	416	287
Altersverteilung						
Anteil 0–17 Jahre	17,2 %	15,6 %	14 %	17 %	16,9 %	17,1 %
Anteil 18–64 Jahre	61,3 %	63,6 %	67,6 %	60,6 %	61,3 %	60,9 %
Anteil ab 65 Jahre	21,5 %	20,8 %	18,4 %	22,4 %	21,8 %	22 %
Prognose 2030¹²³⁴⁵⁶						
Bevölkerung	18,14 Mio.	307.799	k. A.	199.229	262.043	268.728

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

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

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

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

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

Bevölkerungsdichte E./km²	526	435		160	417	285	
Altersverteilung							
Anteil 18–64 Jahre	56,8 %	55,8 %	k. A.	55,5 %	56,2 %	56,3 %	
Anteil ab 65 Jahre	24,85 %	26,47 %	k. A.	27,06%	26,36%	25,6 %	
Versorgungsbedarf							
Morbiditätsindex ⁶		+ 0 % (1,0)	+ 8 % (1,08)	k. A.	+ 6 % (1,06)	+ 5 % (1,05)	+ 4 % (1,04)
Pflegegeldempfänger ⁷ (pro 100 000 E.)		3653	5639	3477	4853	5551	5234

Quelle: _fbeta GmbH

Die Daten zeigen im Wesentlichen:

- eine überdurchschnittliche Morbiditätslast,
- regional variable Altersstrukturen,
- signifikante Unterschiede hinsichtlich des Migrationshintergrunds und der sozialen Lebenslagen,
- einen überdurchschnittlich hohen Anteil pflegebedürftiger Menschen in mehreren Teilräumen.

Auffällig ist auch die Zunahme älterer Bevölkerungsgruppen, insbesondere in den ländlichen Gebieten. Die prognostizierten Veränderungen bis 2030 zeigen einen deutlichen Anstieg der über 65-Jährigen, während die Gruppe der Erwerbstätigen abnimmt. Diese demografische Entwicklung führt zu steigender Inanspruchnahme medizinischer Leistungen und verstärkt den Druck auf die hausärztliche und pflegerische Versorgung.

Die Kombination aus alternder Bevölkerung, sozialer Heterogenität und variierenden Zugangsmöglichkeiten prägt die regionale Versorgungssituation maßgeblich.

Strukturelle Ausgangslage: eine Region zwischen Innovationskraft und Versorgungsdruck

Die Region Aachen weist eine besondere Ausgangslage auf, die sich durch zwei gegenläufige Entwicklungen auszeichnet: Einerseits existieren erhebliche strukturelle Herausforderungen, andererseits verfügt die Region über ungewöhnlich starke Innovationspotenziale.

Strukturelle Herausforderungen

In vielen Teilen der Region Aachen sind Versorgungsengpässe sichtbar:

- In verschiedenen ländlichen Gebieten bestehen unterdurchschnittliche Hausarztversorgungsgrade.
- Die Morbiditätswerte liegen teils deutlich über den bundesweiten Vergleichszahlen.

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

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

- Mobilitätseinschränkungen erschweren insbesondere älteren Menschen den Zugang zu medizinischen Leistungen.
- Pflegerische Kapazitäten sind bereits heute knapp und stehen vor weiter steigendem Bedarf.

Diese strukturellen Belastungen werden durch demografische Trends verstärkt. Der Anteil der über 65-Jährigen wächst in allen Kreisen, während die Gruppe der berufstätigen Bevölkerung schrumpft. Damit steigen sowohl die Bedarfe an koordinierter Versorgung als auch an präventionsorientierten und digital gestützten Leistungen.

Innovationspotenziale

Gleichzeitig verfügt die Region Aachen über stabile Treiber einer modernen Versorgung:

- ein Exzellenz-Universitätsklinikum mit telemedizinischem Profil,
- eine dynamische Forschungslandschaft,
- eine akademische Infrastruktur mit Kompetenzen in Medizintechnik, KI und Datenwissenschaft,
- zahlreiche digitalaffine Unternehmen,
- eine zunehmende Zahl regionaler Gesundheitsinitiativen.

Diese Innovationsressourcen können genutzt werden, um neue Versorgungsmodelle aufzubauen, digitale Lösungen zu integrieren und die Versorgung sektorenübergreifend weiterzuentwickeln.

Versorgungskontext und Transformationsdruck

Die Versorgungssituation in der Region ist durch mehrere Faktoren geprägt, die den Transformationsdruck deutlich erhöhen:

Hohes Auftreten chronischer Erkrankungen

Die Region Aachen weist im bundesweiten Vergleich überdurchschnittliche Prävalenzen vieler chronischer Erkrankungen auf – besonders relevant sind dabei COPD, Depressionen, Kreuzschmerzen und die koronare Herzkrankheit. Diese Krankheitslast erzeugt einen hohen Versorgungsbedarf und überlastet bestehende Strukturen.

Tabelle 2: Prävalenzen chronischer Erkrankungen in der Region Aachen und Abweichungen zu NRW und Bund (Stand 2023)

Prävalenzen	Bund	NRW	Region gesamt	Abweichung Region zu NRW	Abweichung Region zu Bund
Asthma	4,35 %	4,89 %	5,19 %	6,03 %	19,20 %
COPD	6,73 %	8,18 %	8,63 %	5,44 %	28,16 %
Depressionen	12,12 %	12,94 %	14,49 %	12,00 %	19,58 %
Herzinsuffizienz	4,97 %	4,83 %	5,13 %	6,21 %	3,22 %
Hypertonie	29,31 %	30,27 %	32,09 %	6,01 %	9,48 %

Koronare Herzkrankheit (KHK)	7,99 %	8,81 %	9,74 %	10,50 %	21,84 %
Kreuzschmerzen	31,60 %	33,45 %	35,29 %	5,50 %	11,68 %
Typ-2-Diabetes	10,98 %	11,52 %	11,47 %	-0,41 %	4,49 %

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

Überdurchschnittlicher Pflegebedarf

Der Anteil pflegebedürftiger Menschen liegt in der Region Aachen deutlich über den Durchschnittswerten anderer Regionen. Dies führt bereits heute zu Engpässen in der ambulanten und stationären Pflege und erhöht die Bedeutung koordinierter Versorgungsmodelle.

Heterogene Versorgungsstrukturen

Zwischen den urbanen und ländlichen Räumen in der Region bestehen erhebliche Unterschiede hinsichtlich:

1. Erreichbarkeit medizinischer Leistungen,
2. sozialer und ökonomischer Lebensbedingungen,
3. digitaler Infrastruktur.

Diese Unterschiede erschweren die Versorgungsgestaltung, eröffnen aber auch Ansatzpunkte für differenzierte, zielgruppenspezifische Versorgungsmodelle.

Innovationsdruck und -potenzial

Sind die strukturellen Herausforderungen in der Region einerseits hoch, so bestehen gleichzeitig starke Potenziale für neue Versorgungsansätze, etwa:

- telemedizinische Dienste,
- kommunale Gesundheitsregionen,
- sektorenübergreifende Kooperationsmodelle,
- digitale Assistenzsysteme,
- Versorgungsangebote mit Präventionsfokus,
- moderne Pflege- und Betreuungskonzepte.

Die Potenzialanalyse zeigt, dass die Region Aachen sowohl hohen Handlungsdruck als auch günstige strukturelle Voraussetzungen vereint. Genau diese Kombination macht sie zu einem geeigneten Modellraum für die Entwicklung leistungsstarker Gesundheitsregionen.

Übergang zu den Versorgungsszenarien

Vor diesem Hintergrund richtet die Transformationsstudie (Teil C1) – Potenzialanalyse ihren Fokus auf drei zentrale Versorgungsszenarien, die in besonderem Maße den regionalen Versorgungsdruck prägen und zugleich große Entwicklungspotenziale bieten:

Chronische Erkrankungen

- Zentrale Treiber der Morbidität und des Versorgungsbedarfs
- Hohe Prävalenzen in der Region
- Erhebliche Möglichkeiten zur Verbesserung von Kooperation, Prävention und Adhärenz

Root Causes

- Grundlegende Lebensstilfaktoren (u. a. Ernährung, Bewegung, Tabak- und Alkoholkonsum, mentale Gesundheit) stärkste modifizierbare Treiber für chronische Erkrankungen
- Bislang strukturell unterentwickelt in der Regelversorgung

Pflege

- Wachsender Bedarf durch die demografische Entwicklung
- Engpässe in nahezu allen pflegerischen Bereichen
- Zentrale Bedeutung für Versorgungskontinuität, Prävention und sektorenübergreifende Prozesse

Diese drei Versorgungsszenarien bilden den Kern der Potenzialanalyse. Anhand einer systematischen und vergleichbaren Struktur werden Versorgungsbedarf, kontextuelle Rahmenbedingungen, inhaltliche Potenziale und Handlungsmöglichkeiten beschrieben. Aus diesen Erkenntnissen leitet C1 später jene Transformationsstrategien ab, die im weiteren Projektverlauf in C2a und C2b ausgearbeitet werden.

2.3 Versorgungsgegenstand chronische Erkrankungen

Chronische Erkrankungen stellen einen der größten Versorgungshebel der Region Aachen dar. Die Potenzialanalyse zeigt, dass die Prävalenzen bei fast allen acht betrachteten Indikationen über dem Landes- und Bundesdurchschnitt liegen (siehe Tabelle 2). Diese hohe Belastung führt zu steigender Inanspruchnahme, komplexeren Behandlungsverläufen und einem wachsenden Bedarf an koordinierter Versorgung.

Gleichzeitig wird deutlich: Die Versorgungsprobleme resultieren nicht primär aus medizinischen Defiziten, sondern aus strukturellen Schwächen – insbesondere unklaren Verantwortlichkeiten, fehlender sektorenübergreifender Abstimmung und unzureichender Integration digitaler Möglichkeiten. So erleben chronisch Erkrankte häufig u. a. Brüche zwischen der ambulanten und stationären Versorgung sowie das Fehlen einer kontinuierlichen Adhärenz- und Selbstmanagementunterstützung.

Tabelle 3: Herausforderungen und versorgungsinhaltliche Potenziale – Chronische Erkrankungen

Zentrale Herausforderungen
– Unzureichende Integration von Prävention und Risikoerkennung – Fehlende sektorenübergreifende Koordination und Informationswege – Geringe Interdisziplinarität zwischen Haus- und Fachärzten, Pflege- und Therapieberufen – Fehlende kontinuierliche Adhärenz- und Selbstmanagementunterstützung – Verspätete Interventionen durch fehlendes Monitoring – Kaum genutzte digitale Unterstützungsangebote
Versorgungsinhaltliche Potenziale
Die Potenzialanalyse identifiziert mehrere Hebel, die indikationsübergreifend wirken: – Frühe Prävention und Risikoerkennung (v. a. Typ-2-Diabetes, Hypertonie, COPD, KHK) – Interdisziplinäre Teamstrukturen, die medizinische, pflegerische und therapeutische Prozesse verbinden – Stärkung von Adhärenz und Selbstmanagement durch Coaching und digitale Begleitung – Einbettung von Telemedizin und Monitoring besonders bei Herzinsuffizienz, Hypertonie, Depressionen und Atemwegserkrankungen – Unterstützung vulnerabler Gruppen, um Zugangsbarrieren zu reduzieren

Quelle: _fbeta GmbH

Fazit für die Gesundheitsregion

Das hohe Auftreten chronischer Erkrankungen bildet einen strukturellen Schwerpunkt für den Aufbau einer leistungsstarken Gesundheitsregion. Die Region Aachen verfügt über klare Potenziale, hier eine Versorgung durch digitale, koordinierte und präventiv ausgerichtete Modelle deutlich zu verbessern. Die Ergebnisse unterstreichen: Eine integrierte Versorgungslogik, nicht einzelne sektorale Maßnahmen, erzeugt die wirksamsten Effekte.

Tabelle 4: Chronische Erkrankungen und indikationsspezifische Potenziale

Chronische Erkrankungen	Indikationsspezifische Potenziale
Asthma	Die Versorgung von Asthma kann durch eine bessere Patientenaufklärung und strukturierte Schulungsprogramme verbessert werden, um Adhärenz und Selbstmanagement zu stärken. Zudem sollten evidenzbasierte telemedizinische Konzepte entwickelt und in die Regelversorgung integriert werden, um Therapietreue und den Krankheitsverlauf engmaschig zu begleiten.
COPD	Für COPD-Patienten ist eine systematische Tabakentwöhnung zentral, die aktuell zu wenig in die Versorgung integriert ist. Ergänzend sind innovative Schulungs- und Telemedizinangebote erforderlich, um Adhärenz, Selbstmanagement und Therapieeffektivität nachhaltig zu verbessern.
Diabetes Typ 2	Die Versorgung von Diabetes kann durch eine bessere Früherkennung, koordinierte Nachsorge und niedrigschwellige Angebote zur Änderung des Lebensstils erheblich verbessert werden. Schulungen und innovative Ansätze in Disease-Management-Programmen (DMP) sind notwendig, um Selbstmanagement und Adhärenz zu stärken und Folgeerkrankungen zu vermeiden.
Depressionen	Eine bessere Versorgung erfordert die Früherkennung sowie eine koordinierte, niedrigschwellige Steuerung der Patienten, um Über- und Fehlversorgung zu vermeiden. Der Ausbau ambulanter und digitaler Angebote sowie kultursensible Versorgungsformen sind notwendig, um Versorgungslücken zu schließen und die Lebensqualität der Betroffenen zu erhöhen.
Hypertonie	Die Versorgung von Hypertonie sollte systematisch auf die Förderung eines gesunden Lebensstils setzen, um medikamentöse Therapien möglichst lange hinauszuzögern. Ergänzend braucht es evaluierte digitale Angebote und den Einsatz von Telemonitoring, um Adhärenz und Verlaufskontrolle nachhaltig zu sichern.
Koronare Herzkrankheit (KHK)	Um die Versorgung der koronaren Herzkrankheit zu verbessern, müssen Schnittstellen zwischen Haus- und Fachärzten optimiert sowie Prävention und Adhärenz stärker gefördert werden. Alltagsnahe, niedrigschwellige Angebote zur Änderung des Lebensstils sind entscheidend, um Patienten langfristig zu unterstützen und Folgeerkrankungen zu vermeiden.
Herzinsuffizienz	Eine strukturierte Koordination beim Übergang von der stationären zur ambulanten Versorgung ist entscheidend, um Therapieabbrüche zu vermeiden. Zusätzlich sollten Telemonitoring sowie niedrigschwellige Präventions- und Lebensstilangebote stärker genutzt werden, um Patienten langfristig zu stabilisieren.
Kreuzschmerzen	Eine wirksamere Versorgung erfordert die konsequente Umsetzung multimodaler Ansätze sowie eine nachhaltige Bewegungsförderung im Alltag und am Arbeitsplatz. Wichtig ist zudem, Patienten in ihrer Selbstwirksamkeit zu stärken und psychische Belastungen stärker in die Behandlung einzubeziehen.

Quelle: _fbeta GmbH

2.4 Versorgungsgegenstand Root Causes

Lebensstilfaktoren wie Bewegung, Ernährung, Tabak- und Alkoholkonsum sowie mentale Gesundheit sind die entscheidenden modifizierbaren Ursachen großer Volkskrankheiten. Die Analyse zeigt: Prävention besitzt enorme gesundheitliche und ökonomische Potenziale - wird in Deutschland jedoch bislang nur sehr begrenzt umgesetzt und strukturell nicht ausreichend verankert.

Ungesunde Lebensstile verkürzen die Lebenserwartung erheblich und erhöhen das Risiko für nahezu alle priorisierten Erkrankungen. Gleichzeitig zeigen Studien, dass ein großer Anteil chronischer Erkrankungen durch wirksame Lebensstilinterventionen vermeidbar wäre, wie die folgende Tabelle zeigt.

Tabelle 5: Vermeidbare Fälle durch Lebensstilinterventionen 30 – 50 Prozent der inzidenten Fälle

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

Quelle: _fbeta GmbH

Die Tabelle verdeutlicht: Für Asthma, COPD, Depression, Kreuzschmerz, Diabetes, Hypertonie, KHK und Herzinsuffizienz liegt der Anteil vermeidbarer Fälle zwischen 20 und 90 %. Auch bei Krebs, Schlaganfall und Demenz sind die vermeidbaren Potenziale hoch.

Tabelle 6: Herausforderungen und versorgungsinhaltliche Potenziale – Root Causes

Zentrale Herausforderungen
– Geringe Zielgruppenorientierung vieler Präventionsangebote – Unzureichende Motivation und fehlende alltagsnahe Begleitung – Geringe Integration in Lebenswelten wie Schule, Betrieb, Quartier – Digitaler Präventionsmarkt ohne klare Qualitäts- und Evidenzstandards – Geringe Nutzung digitaler Tools bei vulnerablen Gruppen – Fehlende verbindliche Präventionsarchitektur auf regionaler Ebene Die Analyse zeigt zudem, dass Wissen allein nicht ausreicht – Verhaltensmuster, Belastungssituationen, Zeitmangel und fehlende soziale Einbettung verhindern nachhaltige Veränderungen zur Verbesserung der Versorgung.
Versorgungsinhaltliche Potenziale
Die Region Aachen kann an mehreren zentralen Hebeln ansetzen (siehe Tabelle 7) – von Zugang über Motivation bis hin zu strukturellen Rahmenbedingungen. – Zugänge erleichtern Präventionsangebote dort verankern, wo Menschen sind (Apotheken, Supermärkte, Quartiere, Betriebe) – Motivation stärken Gamification, soziale Formate, Challenges, digitale Begleitung – Zielgruppenorientierung verbessern Formate für Berufstätige 35 – 65, ältere Menschen, vulnerable Zielgruppen – Lebenswelten einbeziehen Schule, Betrieb, Pflegeeinrichtungen, Vereine – Digitale Unterstützung ausbauen Benutzerfreundliche Apps, Wearables, hybride Programme – Gesundheitskompetenz stärken Ernährung, Bewegung und Stressbewältigung

Fazit für die Gesundheitsregion

Root Causes bilden den stärksten systemischen Hebel für Gesundheitsgewinne und Kostenreduktionen. Gut gestaltete Lebensstilinterventionen wirken breit, nachhaltig und kostenwirksam. Für Gesundheitsregionen eröffnet dies die Chance, Prävention verbindlich, niedrigschwellig und alltagsnah zu verankern – jenseits projektformiger Einzelmaßnahmen.

Tabelle 7: Versorgungsinhaltliche Potenziale nach Kategorien – Root Causes

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

	– Schulungen zu Lebensstiländerung in bestehenden Programmen (z. B. DMP) verbessern – Adipositas-DMP konsequent weiterentwickeln und implementieren
9. Vertrauen, Kontinuität und Nachhaltigkeit	– Stabile, vertrauensvolle Arzt-Patienten-Beziehungen als Basis für Prävention nutzen – Empfehlungen nachhaltiger gestalten durch kontinuierliche Begleitung

Quelle: _fbeta GmbH

2.5 Versorgungsgegenstand Pflege

Pflege ist ein zentraler Versorgungsgegenstand, der in der Region Aachen schon heute erheblichen Transformationsdruck erzeugt (siehe Abbildung 3). Die Transformationsstudie Teil C1 – *Potenzialanalyse* zeigt, dass die Region überdurchschnittliche Pflegeprävalenzen aufweist und in nahezu allen pflegerischen Bereichen Engpässe bestehen – ambulant, stationär und informell.

Die Analyse beschreibt ein Versorgungssystem, das durch demografische Trends, Personalmangel und organisatorische Fragmentierung stark belastet ist. Gleichzeitig zeigt sich ein deutliches Potenzial für die Entwicklung neuer pflegezentrierter Versorgungsmodelle, die digitale Technologien, sektorenübergreifende Kooperationen und neue Arbeitsformen integrieren.

Tabelle 8: Herausforderungen und versorgungsinhaltliche Potenziale – Pflege

Zentrale Herausforderungen
1. Demografisch bedingter Anstieg des Pflegebedarfs 2. Rückgang potenzieller Pflegekräfte 3. Unzureichende Unterstützung informell Pflegender 4. Begrenzte Digitalisierung der Pflege 5. Mangelnde Verzahnung von Hausärzten, Pflegekräften und ambulanten Diensten 6. Hohe Belastung durch Dokumentationspflichten und komplexe Arbeitsabläufe 7. Begrenzte strukturelle Kapazitäten in stationären Einrichtungen
Diese Herausforderungen sind systemisch und verstärken sich gegenseitig. Besonders relevant ist der hohe Anteil informell Pflegender, die häufig ohne ausreichende Unterstützung Aufgaben übernehmen, die in anderen Versorgungssystemen professionell begleitet werden.
Versorgungsinhaltliche Potenziale für die Gesundheitsregion
Die Analyse zeigt mehrere strukturelle Hebel, an denen die Region ansetzen kann: – Integration digitaler Assistenzsysteme, etwa Ambient Assisted Living, Sensorik, Telecare – Entlastung informell Pflegender durch Coaching, Schulung, Kurzzeitpflege und digitale Tools – Aufbau regionaler Primärversorgungszentren mit ambulanten und pflegerischen Leistungen

-
- **Stärkung interprofessioneller Kooperation** zwischen Hausärzten, Pflegekräften und Therapeuten
 - **Reorganisation stationärer Pflegeeinrichtungen** entlang moderner Organisations- und Personalkonzepte
 - **Anbindung an sektorenübergreifende digitale Akten** zur Koordination und Dokumentation
-

Diese Handlungsoptionen werden in der Transformationsstudie Teil C2a – *Konzeption Strategie Pflege* anschließend weiter operationalisiert.

2.6 Priorisierte Transformationsstrategien der Gesundheitsregion

Auf Basis der weiter oben in diesem Kapitel beschriebenen Ausgangslagen wurden im Rahmen von Workshops, Experteninterviews und der strukturierten Potenzialanalyse die zentralen Handlungsfelder der Region priorisiert. Die Priorisierung macht sichtbar, welche Themen die größte Relevanz, Dringlichkeit und Wirkung für die regionale Versorgung besitzen. Sie dient als inhaltliche Brücke zwischen Analyse und Strategieentwicklung und bildet die Grundlage für die in Teil C2a und C2b der Transformationsstudie ausgearbeiteten Strategien.

Aus den priorisierten Handlungsfeldern wurden zwei Basisstrategien sowie sieben darauf aufbauende Transformationsstrategien abgeleitet.

Diese ordnen sich vier zentralen Entwicklungsbereichen zu:

Verbesserung des Zugangs zur Versorgung

Strategie 1: Virtueller regionaler Gesundheitsmarkt – Zugang in die Versorgung und grundlegende Organisationsprozesse

Versorgung chronisch erkrankter Patientinnen und Patienten

Strategie 2a: Virtuelles Team für die Therapiesteuerung

Strategie 2b: Indikationsspezifische hybride Versorgungsangebote und Versorgungsmanagement

Bearbeitung zentraler gesundheitlicher Einflussfaktoren/Root Causes

Strategie 3: Verhältnisprävention mit zielgruppenspezifischen Kampagnen, Setting-Angeboten in Quartieren und Organisationen

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

Weiterentwicklung der Pflege und Primärversorgung

Strategie 5: Digital gestützte informelle und professionelle ambulante Pflege und Primärversorgung

Strategie 6: Digital gestützte stationäre Pflege und Primärversorgung

Die Bewertungsmatrix zeigt eine Schwerpunktsetzung auf Strategien mit hoher Wirkung und guter Umsetzbarkeit im regionalen Versorgungssystem. Besonders priorisiert sind die auf chronische Erkrankungen bezogenen Strategien 2a und 2b sowie die Stärkung der häuslichen Versorgung über Strategie 5.

Die Präventionsstrategien 3 und 4 flankieren diese Schwerpunkte. Strategie 1 und Strategie 6 werden nachrangig bzw. als Ausbaustufe eingeordnet; übergreifende Basisstrategien (z. B. Organisationsentwicklung der Gesundheitsregion und Integration der Telematikinfrastruktur) wirken als Enabler für die Umsetzung.

Abbildung 3: Ergebnisübersicht Strategiebewertung

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

Quelle: _fbeta GmbH

Übergreifendes Fazit und Handlungsoptionen

Die Potenzialanalyse zeigt, dass die Versorgungsgegenstände chronische Erkrankungen, Root Causes und Pflege in der Region Aachen durch komplexe, teilweise miteinander verknüpfte Herausforderungen geprägt sind. Gleichzeitig eröffnen sie erhebliche Potenziale für eine regionale Weiterentwicklung.

Die zentralen Befunde lassen sich wie folgt verdichten:

- **Chronische Erkrankungen** sind die größten Treiber des Versorgungsbedarfs.
- **Root Causes** sind die stärksten modifizierbaren Hebel für Prävention und Versorgung.
- **Pflege** ist das am stärksten belastete Versorgungsfeld und zugleich ein Schlüssel für Versorgungskontinuität.

Gemeinsam zeigen diese drei Felder, wo die größten strukturellen Transformationspotenziale liegen:

1. **Verbesserung der sektorenübergreifenden Koordination**
2. **Stärkung interdisziplinärer Behandlungspfade**
3. **Digitale Unterstützung für Prävention, Therapie und Pflege**
4. **Systematische Verankerung von Prävention**
5. **Professionelle Unterstützung informell Pflegenden**
6. **Aufbau einer regionalen Governance-Struktur und gemeinsamer Standards**
7. **Nutzung der Innovationskraft der Region Aachen für skalierbare Modelle**

Auf der Grundlage dieser Analyse entsteht nun der Übergang von der Beschreibung des Versorgungsbedarfs und der Potenziale hin zur strategischen Gestaltung der Gesundheitsregion. Dieser

Schritt bildet das Herzstück des Transformationsprozesses: Die Erkenntnisse aus Teil C1 der Transformationsstudie werden nun in eine übergeordnete Gesamtstrategie überführt, die klare Ziele, Schwerpunkte und Entwicklungsrichtungen vorgibt.

Während Teil C1 die Frage beantwortet, wo die größten Herausforderungen und Potenziale liegen, wird hier in Kapitel 2 dargelegt, wie diese Potenziale strategisch genutzt und weiterentwickelt werden sollen.

Die Gesamtstrategie berücksichtigt dabei drei zentrale Anforderungen:

1. **Integration** – Verknüpfung medizinischer, pflegerischer und präventiver Versorgung
2. **Hybridisierung** – Kombination analoger und digitaler Leistungen entlang eines gemeinsamen Versorgungspfads
3. **Regionale Steuerung** – Aufbau einer Governance-Struktur, die sektorenübergreifende Zusammenarbeit ermöglicht

Damit entsteht ein strategischer Rahmen, der sowohl die kurzfristige Weiterentwicklung der Versorgung als auch langfristige strukturelle Transformation ermöglicht.

3 Rahmenstrategie LeiG

Die in den Berichten zur pflegerischen Strategie („Virtuell gestützte informelle und professionelle ambulante Pflege sowie Primärversorgung“) und zur Therapiesteuerung chronischer Erkrankungen beschriebenen Transformationsansätze bilden den programmatischen Kern des LeiG-Verfahrens. Während das Kapitel 1 hier die strukturellen Ausgangslagen und Handlungsbedarfe des regionalen Versorgungssystems aufgezeigt hat, beschreibt Kapitel 2 die strategischen Grundprinzipien, mit denen diese Herausforderungen systematisch adressiert werden sollen.

Beide Transformationsstrategien verfolgen ein gemeinsames Zielbild: Sie schaffen ein integriertes, datenbasiertes und sektorenübergreifendes Versorgungsmodell, das bei chronischen Erkrankungen wie auch in der Pflege Orientierung, Stabilität und Entlastung ermöglicht und regionale Verantwortung stärkt.

Technisch und organisatorisch basieren beide Strategien auf einem gemeinsamen Fundament:

- den Plattformen Versorgungszugang und Therapiesteuerung,
- der Integration in die Telematikinfrastruktur,
- einem abgestimmten Rollen- und Rechtekonzept sowie
- einer regionalen Träger- und Steuerungsstruktur.

Die Strategien unterscheiden sich daher primär in ihrer fachlichen Ausrichtung: Während die Pflegestrategie die häusliche Versorgung, die Unterstützung informell Pflegender und die Stabilisierung des Alltags adressiert, fokussiert die Therapiesteuerung die medizinische Prozesslogik chronischer Erkrankungen. Zusammen entsteht ein durchgängiges, digital gestütztes regionales Versorgungsmodell, das Prävention, Therapie und Pflege miteinander verbindet.

Die folgenden Kapitel stellen zunächst die Transformationsstrategie Pflege dar (Kapitel 4), anschließend die Strategie zur Therapiesteuerung chronischer Erkrankungen (Kapitel 5).

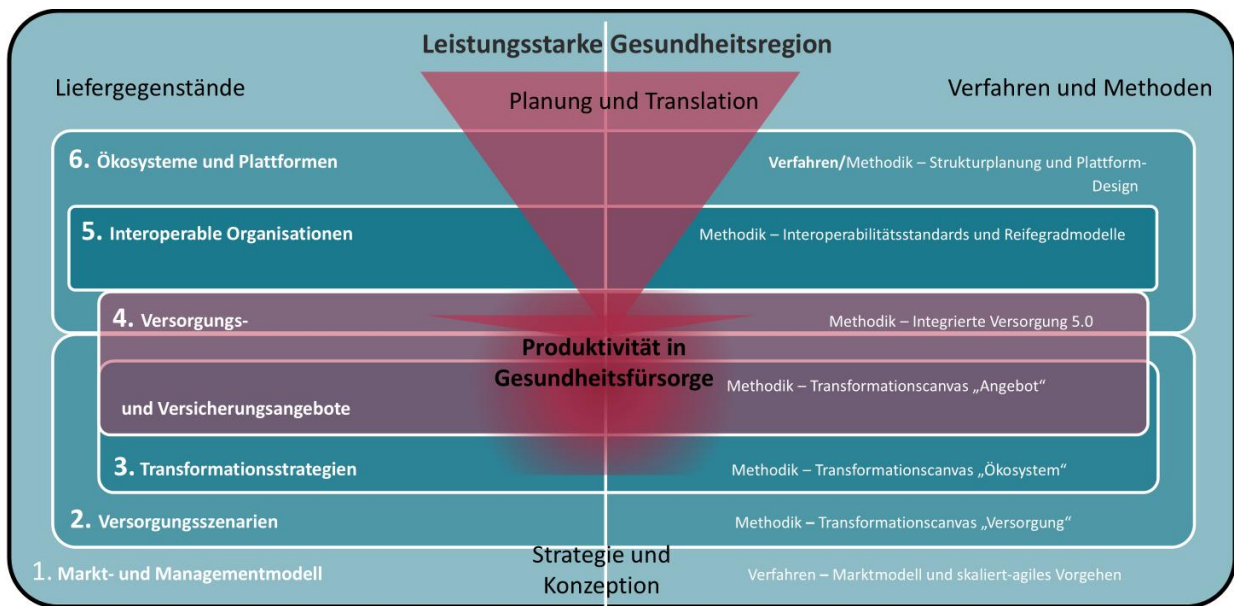
3.1 Definition und Grundlogik der Gesundheitsregion

Die Gesundheitsregion beschreibt einen klar abgegrenzten Versorgungsraum, in dem Akteure aus Medizin, Pflege, Prävention, Kommunen und sozialen Diensten eine gemeinsame Verantwortung für Versorgungsergebnisse und Prozessqualität übernehmen. Sie bildet einen organisatorischen, digitalen und vertraglichen Rahmen, der es ermöglicht, fragmentierte Versorgungspfade zu verbinden und chronische Erkrankungen koordiniert zu steuern.

Im Mittelpunkt steht die Erkenntnis, dass viele heute bestehende Probleme – unklare Zuständigkeiten, Informationsverluste, fehlende Prozesslogiken, geringe Nutzung digitaler Möglichkeiten – nicht durch neue Einzelmaßnahmen, sondern nur durch gemeinsam geregelte Arbeitsweisen und verbindliche digitale Werkzeuge gelöst werden können. Die Gesundheitsregion schafft hierfür die notwendige Struktur.

So verstanden bildet die Gesundheitsregion den strukturellen Rahmen für die in den weiteren Kapiteln dargestellten Strategien. Die dort beschriebenen Plattformen, Versorgungszugang, Pflegekoordination und Therapiesteuerung, sind keine isolierten Projekte, sondern die operativen Instrumente, mit denen eine Gesundheitsregion handlungsfähig wird und ihre Wirkannahmen realisiert.

Abbildung 4: Markt- und Managementmodell „Leistungsstarke Gesundheitsregion“ (LeiG)



Quelle: _fbeta GmbH

3.2 Kernelemente einer Gesundheitsregion

Leistungsstarke Gesundheitsregionen (LeiG) lassen sich als Markt- und Managementmodell verstehen: Sie schaffen einen regionalen Ordnungsrahmen, in dem Kooperation, Wettbewerb und regulierte Selbstverwaltung sinnvoll abgegrenzt und produktiv miteinander verbunden werden („Koopetition“). Zugleich ermöglichen sie ein integriertes, sektorenübergreifendes und hybrid (analog, digital, telemedizinisch) ausgerichtetes Management der Versorgung entlang eines gemeinsamen strategischen Zielbilds. Damit eine Gesundheitsregion dauerhaft funktionieren kann, müssen drei Voraussetzungen gleichzeitig erfüllt sein: eine verbindliche Governance (Verantwortung und Entscheidungsfähigkeit), eine gemeinsame operative Prozess- und Datenbasis (Koordination und Steuerung) sowie ein tragfähiger Finanzierungs- und Vertragsrahmen (Anreize und Verstetigung).

Aus diesem Grund bilden eine regionale Verantwortungsgemeinschaft, eine digitale Plattformlogik sowie gemeinsame Finanzierungs- und Vertragsmechanismen den Kern einer Gesundheitsregion.

1. Regionale Verantwortungsgemeinschaft

Die Gesundheitsregion funktioniert als verbindlicher Rahmen, in dem Versorgungsakteure abgestimmt handeln. Haus- und Fachärzte, Pflege, Kommunen, Prävention, soziale Dienste und weitere Partner tragen gemeinsam Verantwortung für Stabilität, Qualität und Ergebnisse der regionalen Versorgung. Verantwortlichkeiten werden transparenter und Übergänge zwischen Versorgungsebenen verbindlicher gestaltet.

2. Digitale Plattformlogik als technisches Fundament

Die Gesundheitsregion nutzt vorhandene nationale Infrastrukturen (u. a. TI, ePA, KIM, TI-Messenger) und ergänzt sie um regionale Plattformen für Zugänge, Koordination und Therapiesteuerung. Ziel ist nicht eine neue Parallelwelt, sondern die strukturierte Verbindung bestehender Systeme, ergänzt um fehlende

Funktionen wie Monitoring, digitale Assessments, teamorientierte Therapieplanung und standardisierte Kommunikation.

3. Gemeinsame Finanzierungs- und Vertragsmechanismen

Für eine koordinierte digitale Versorgung braucht es Verträge, die medizinische, pflegerische, digitale und präventive Leistungen gemeinsam abbilden. Regionale Budgets und integrierte Vertragsmodelle ermöglichen es, Infrastruktur, Telemedizin, Monitoring sowie Coaching- und Navigationsangebote dauerhaft zu finanzieren und mit Qualitäts- und Ergebniszielen zu verknüpfen.

3.3 Arbeits- und Wirkannahmen der Gesundheitsregion

Die folgenden Arbeits- und Wirkannahmen sind aus dem ersten Teil der Transformationsstudie zur Herleitung (Teil A) abgeleitet. Dort werden, trotz regionaler Unterschiede, die weitgehend einheitlichen Rahmenbedingungen und Optionsräume für leistungsstarke Gesundheitsregionen (LeiG) beschrieben und entlang der fünf Dimensionen Setting, Versorgungsgegenstand, Versorgungsökosystem, Ökonomie und Regulierung systematisiert. Die hier formulierten Hypothesen verdichten diese Grundlagen auf wenige zentrale Wirkzusammenhänge und dienen als Leitplanken für die Konzeption der Gesundheitsregion.

Die Konzeption der Gesundheitsregion folgt vier zentralen Hypothesen:

Hypothese 1: Koordinierte, digitale und teamorientierte Versorgung verbessert die Behandlung chronisch und multimorbid erkrankter Menschen deutlich stärker als sektorale Einzelmaßnahmen.

Hypothese 2: Versorgungslücken entstehen vor allem an Übergängen (ambulant/stationär, professionell/informell, medizinisch/sozial). Eine Gesundheitsregion schließt diese Übergänge durch verbindliche Prozess- und Kommunikationslogiken.

Hypothese 3: Digitale Werkzeuge entfalten nur dann Wirkung, wenn sie mit klaren Rollen, Verantwortlichkeiten, standardisierten Pfaden und verbindlichen Nutzungspflichten verknüpft sind.

Hypothese 4: Regionale Budgets und integrierte Vertragsmodelle schaffen die Flexibilität, die Versorgung innovativ, datenbasiert und bedarfsgerecht weiterzuentwickeln – ohne zusätzliche Sektorgrenzen.

4 Konzeption zur Strategie Pflege

Die Teil C1 der Transformationsstudie zeigt: Die Pflege ist ein systemkritisches Feld und einer der größten Engpässe der Region Aachen. Hohe Pflegeprävalenzen treffen auf begrenzte personelle Ressourcen, unklare Verantwortlichkeiten und geringe digitale Unterstützung, mit direkten Auswirkungen auf die gesamte Versorgung.

Drei strukturelle Faktoren prägen die Ausgangslage:

1. Steigende Bedarfe bei sinkenden Ressourcen

Die Pflegequoten sind überdurchschnittlich hoch, zugleich nehmen sowohl professionelle als auch informelle Pflegekapazitäten ab. Angehörige tragen den Großteil der Versorgung, jedoch ohne ausreichende strukturelle Entlastung.

2. Fragmentierte Prozesse und Verantwortlichkeiten

Pflege, Haus- und Fachärzte, ambulante Dienste und kommunale Angebote arbeiten häufig nebeneinander. Es fehlen gemeinsame Fallakten, abgestimmte Prozesse und digitale Kommunikationswege – mit Folgen für Kontinuität und Qualität der Versorgung.

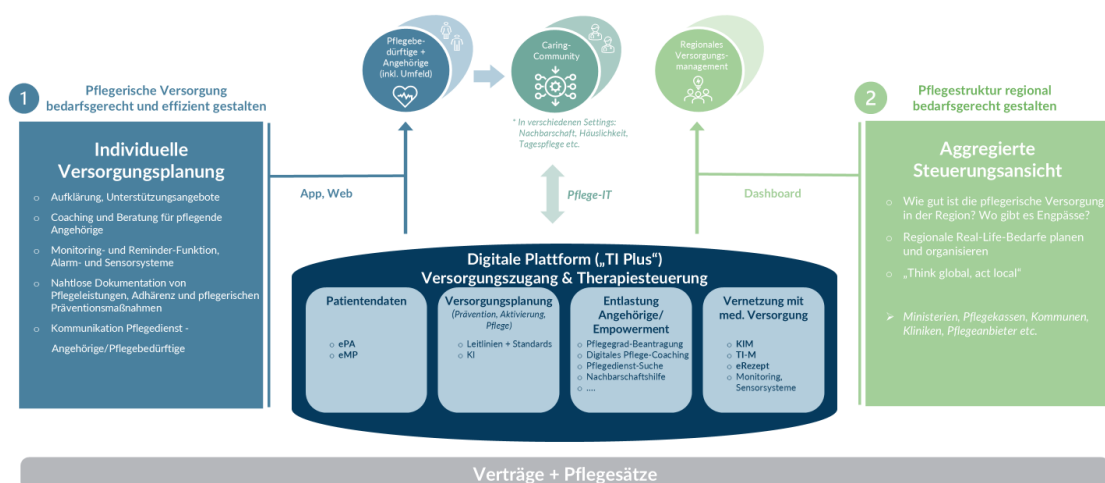
3. Geringe digitale Unterstützung in der Häuslichkeit

Digitale Lösungen existieren nur punktuell, sind nicht interoperabel oder nicht integriert. Gerade in der häuslichen Versorgung fehlt eine systematische Unterstützung für pflegende Angehörige und professionelle Akteure.

Die Strategie „virtuell gestützte Pflege“ setzt genau an diesen Strukturproblemen an. Sie baut auf einer zweigeteilten Plattformarchitektur auf – Versorgungszugang und Therapiesteuerung – und schafft damit ein digitales Rückgrat für koordinierte, interprofessionelle und ressourceneffiziente Pflegeverläufe.

Das folgende Zielbild verdeutlicht die Versorgungslogik der virtuell gestützten Pflege im Rahmen von LeiG. Es zeigt das Zusammenspiel von individueller Unterstützung, digitaler Plattformarchitektur und regionaler Steuerungsperspektive.

Abbildung 5: Zielbild der virtuell gestützten Pflege im Rahmen von LeiG



Quelle: HTH

4.1 Digitale Plattformarchitektur als technologisches Rückgrat der Pflegestrategie

Die Strategie zur virtuell gestützten Pflege basiert auf einer zweigeteilten, eng verzahnten digitalen Plattformarchitektur. Sie adressiert zentrale Probleme der Pflege – fehlende Koordination, fragmentierte Informationen, ineffiziente Kommunikation und mangelnde Unterstützung informell Pflegenden – und bildet das technologische Fundament des integrierten Versorgungsmodells.

Plattform Versorgungszugang – Orientierung, Befähigung, Navigation

Die Versorgungszugangsplattform ist der erste Kontaktpunkt für Pflegebedürftige und Angehörige. Sie unterstützt dort, wo die größten strukturellen Lücken bestehen: unklare Zuständigkeiten, Informationsdefizite und fehlende Hilfsangebote.

Kernfunktionen:

1. Orientierung und Bedarfserkennung

- Verständliche Informationen zu Leistungen, Finanzierung und Anträgen
- Digitale Assessments zur frühen Bedarfserkennung
- Empfehlungen und Lotsenfunktionen in die regionale Versorgung

2. Befähigung und Unterstützung

- Digitale Lern- und Coachingformate
- Niedrigschwellige Beratung (Video, Chat)
- Unterstützung in Belastungs- und Entscheidungssituationen

3. Vernetzung regionaler Angebote

- Kommunale Strukturen, Ehrenamt, Nachbarschaftshilfe
- Selbsthilfe- und Quartiersangebote
- Ambulante Pflege- und Therapieangebote

Damit wird ein niedrigschwelliger Zugang geschaffen, der pflegende Angehörige strukturell entlastet und frühzeitig an die Versorgung anbindet.

Plattform Therapiesteuerung – Fallakte, Monitoring, Workflow

Die Therapiesteuerungsplattform ist die Koordinationsschicht für medizinische und pflegerische Prozesse. Sie ermöglicht erstmals eine kontinuierliche, interprofessionelle Fallführung.

Zentrale Elemente:

1. Gemeinsamer Pflege- und Therapieplan
2. Digitale Fallakte und strukturierte Kommunikation
3. Monitoring und Ereigniserkennung (Sensorik, Telemonitoring, Frühwarnlogiken)
4. Workflow- und Case-Management

Damit entsteht eine digital gestützte Teamsteuerung, die im heutigen Pflegealltag weitgehend fehlt.

Zusammenspiel beider Plattformen – das regionale Pflege-Ökosystem

Beide Plattformen greifen funktional ineinander:

- **Versorgungszugang:** Einstieg, Orientierung, frühe Unterstützung
- **Therapiesteuerung:** koordinierte Versorgung, Monitoring, Teamarbeit

Ihr Zusammenspiel bildet eine durchgehende Versorgungskette, vom Bedarf bis zur professionellen Intervention.

Dreistufige Implementierung

Stufe 1 – Stärkung der informellen Pflege: Versorgungszugangsplattform, Coaching, Assessments

Nutzen: Entlastung, frühere Risikodetektion

Stufe 2 – Einbindung in die Therapiesteuerung: Monitoring, strukturierte Kommunikation, Pflege-/Therapieplan

Nutzen: frühere Interventionen, weniger Notfälle

Stufe 3 – Integration der professionellen Pflege: Telepflege, digitale Übergaben, standardisierte Reaktionslogiken

Nutzen: stabilere Verläufe, weniger Einweisungen, bessere Teamarbeit

4.2 Vertrags- und Vergütungslogik für eine integrierte und digital gestützte Pflegeversorgung

Die Umsetzung der pflegerischen Transformationsstrategie ist nur möglich, wenn organisatorische, technische und pflegerische Maßnahmen rechtlich und finanziell abgebildet werden können. Die Vertrags- und Vergütungslogik übersetzt die inhaltlichen Bausteine in abrechenbare Leistungen, strukturierte Verträge und nachhaltige Finanzierungsformen.

Die Analyse zeigt: Pflege befindet sich in einem Systembruch zwischen analoger Versorgung, digitalen Anwendungen und neuen Infrastrukturleistungen. Viele für eine moderne Pflege unverzichtbare Elemente sind heute nur teilweise oder gar nicht im SGB V bzw. SGB XI abbildbar – etwa digitale Koordination und Fallsteuerung, Telepflege, Monitoring, Assistenzsysteme in der Häuslichkeit oder Plattforminfrastrukturen.

Für die Strategie ist deshalb eine Unterscheidung von zwei Leistungskategorien zentral:

Versorgungsleistungen

Leistungen, die direkt bei den Pflegebedürftigen ankommen, z. B.:

- häusliche Pflegeleistungen und Übergangs-/Kurzzeitpflege,
- telepflegerische Interventionen und Monitoring,
- Coaching, Beratung und Befähigung informell Pflegenden.

Viele dieser Leistungen sind im SGB XI grundsätzlich verortet, benötigen aber Ergänzungen, um digitale und hybride Versorgungsformen zuverlässig zu finanzieren.

Infrastrukturleistungen

Leistungen, die Versorgung erst ermöglichen, u. a.:

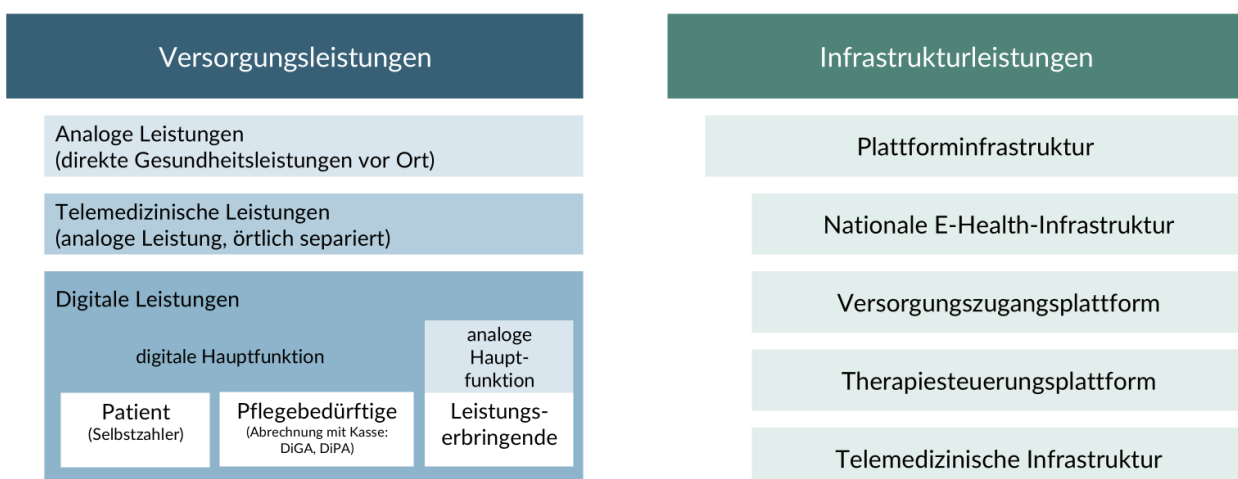
- Plattformen für Versorgungszugang und Therapiesteuerung,
- Alarm- und Sensorsysteme, Daten- und Kommunikationsschnittstellen,
- technischer Betrieb, Support und Qualifikationsstrukturen.

Diese Infrastruktur wird bislang kaum regelhaft refinanziert. Für sie braucht es zusätzliche Finanzierungswege, etwa regionale Budgets, Modellförderungen oder integrierte Verträge nach § 140a SGB V, die pflegerische, medizinische und digitale Leistungen gemeinsam abbilden können.

Die in hier den Kapiteln 4 (Pflege) und 5 (Therapiesteuerung) verwendete Vertrags- und Vergütungslogik basiert auf einer gemeinsamen Systematik, die sowohl für die pflegerische Strategie als auch für die digitale Therapiesteuerung gilt. Beide Strategien unterscheiden konsequent zwischen Versorgungsleistungen, die direkt bei Patientinnen, Patienten und Pflegebedürftigen sowie deren pflegenden Angehörigen ankommen, und Infrastrukturleistungen, die die technische und organisatorische Grundlage der Versorgung bilden.

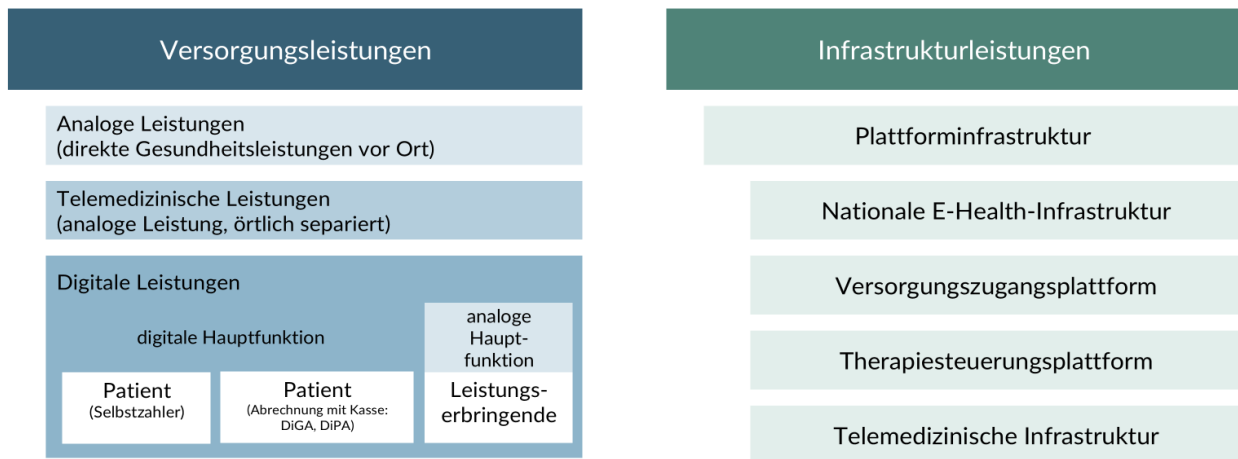
Diese gemeinsame Logik bildet das Fundament für integrierte Vertragsmodelle, modulare Vergütung und die Einbettung digitaler Elemente in bestehende Ordnungsrahmen. Die nachfolgenden Abbildungen fassen die relevanten Leistungsbereiche und Bausteine getrennt nach den beiden Strategiepfeilen zusammen: Die Abbildung 6 zeigt die Leistungslogik für die Pflegestrategie, die Abbildung 7 die Leistungslogik für die digitale Therapiesteuerung. In beiden Fällen wird zwischen Versorgungsleistungen (analog, telemedizinisch, digital) und Infrastrukturleistungen (u. a. Plattform- und nationale E-Health-Infrastruktur) unterschieden.

Abbildung 6: Leistungslogik für die Pflegestrategie – Versorgungs- und Infrastrukturleistungen



Quelle: _fbeta GmbH

Abbildung 7: Leistungslogik für die digitale Therapiesteuerung – Versorgungs- und Infrastrukturleistungen

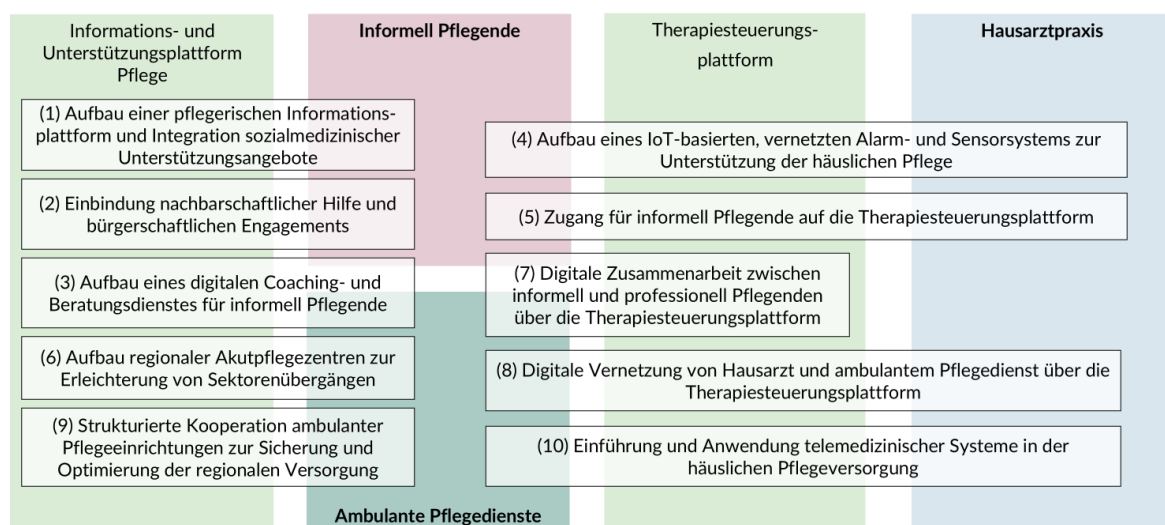


Quelle: _fbeta GmbH

4.3 Die zehn Maßnahmen der Transformationsstrategie „Virtuell gestützte informelle und professionelle ambulante Pflege sowie Primärversorgung“

Die Transformationsstrategie verfolgt das Ziel, die häusliche und ambulante Pflege systematisch zu stärken, informell Pflegende zu entlasten und eine koordinierte Zusammenarbeit zwischen pflegerischen, medizinischen und sozialen Akteuren zu ermöglichen. Grundlage sind zehn Maßnahmen, die inhaltliche, organisatorische und technische Veränderungen miteinander verbinden und stufenweise eingeführt werden. Sie bilden den funktionalen Rahmen der Strategie und sind zugleich Referenzpunkte für die später beschriebenen Vertrags- und Vergütungsmodule.

Abbildung 8: Übersicht zehn Maßnahmen zur Unterstützung der häuslichen und ambulanten Pflege



Quelle: _fbeta GmbH

Maßnahme 1 – Aufbau einer pflegerischen Informations- und Unterstützungsplattform

Die Maßnahme umfasst die Etablierung einer zentralen, regionalen Plattform für Information, Orientierung und Navigation. Sie bündelt Leistungen und Unterstützungsangebote, erklärt Versorgungswege, unterstützt die Bedarfserhebung und erleichtert Antrags- und Finanzierungsprozesse. Die Plattform dient als niedrigschwelliger Einstieg in die Versorgung, stärkt Gesundheitskompetenz und ermöglicht informell Pflegenden den schnellen Zugang zu relevanten Angeboten im Sozialraum. Sie legt damit das Fundament für die digitale Befähigung und Entlastung der informell Pflegenden.

Maßnahme 2 – Einbindung nachbarschaftlicher Hilfe und bürgerschaftlichen Engagements

Diese Maßnahme stärkt lokale Unterstützungsstrukturen, die zentral sind für die Entlastung informell Pflegender. Nachbarschaftshilfe, Ehrenamt, Alltagsbegleiter und quartiersbezogene Initiativen werden digital sichtbar gemacht und können über die Plattform vermittelt werden. Durch strukturierte Informations-, Registrierungs- und Qualifizierungsangebote entsteht ein verlässliches Unterstützungsnetz, das den Pflegebedürftigen im Alltag Sicherheit gibt und pflegende Angehörige entlastet.

Maßnahme 3 – Digitale Coaching- und Beratungsangebote für informell Pflegende

Pflegende Angehörige stehen häufig vor komplexen Aufgaben und emotionalen Belastungen. Die Maßnahme schafft ein digitales Coaching- und Beratungsangebot, das Wissen vermittelt, Alltagssituationen begleitet und in kritischen Momenten unterstützt. Es kann sowohl digital als auch hybrid genutzt werden und erweitert bestehende Beratungsstrukturen. Auf Basis der Versorgungszugangsplattform werden Schulungen, pflegepraktische Beratung, Problemlösungsstrategien und Unterstützungsangebote gebündelt und systematisch zugänglich gemacht.

Maßnahme 4 – IoT-basiertes Alarm- und Sensorsystem zur Unterstützung der häuslichen Pflege

Ein multimodales Monitoring bildet den Kern dieser Maßnahme. Sensorik, Wearables, Ambient Assisted-Living-Technologien und intelligente Ereigniserkennung unterstützen die häusliche Pflege durch kontinuierliche Beobachtung und frühzeitige Warnsignale. Ziel ist es, kritische Entwicklungen wie Stürze, Verschlechterungen oder Risiken rechtzeitig zu identifizieren und definierte Reaktionsketten auszulösen. Dies erhöht die Sicherheit Pflegebedürftiger, entlastet pflegende Angehörige und schafft die Grundlage für die telemedizinische und telepflegerische Unterstützung.

Maßnahme 5 – Multimodale Fallkommunikation zwischen informell Pflegenden und hausärztlicher Versorgung

Damit pflegende Angehörige und Hausärzte im Versorgungsalltag abgestimmt handeln können, braucht es verlässliche Kommunikationswege. Die Maßnahme verankert eine strukturierte Fallkommunikation in der Therapiesteuerungsplattform, ergänzt durch Messaging-, Video- und Dokumentationsdienste. Informell Pflegende können Beobachtungen, Monitoring-Ereignisse und Fragen standardisiert übermitteln, während Praxisteams strukturierte Rückmeldungen geben. Dies reduziert Unsicherheiten, fördert Handlungssicherheit und verhindert unnötige Eskalationen im häuslichen Umfeld.

Maßnahme 6 – Aufbau regionaler Akutpflegezentren zur Unterstützung von Übergängen

Diese Maßnahme begegnet einem zentralen Problem: den häufig misslingenden oder instabilen Übergängen zwischen professioneller (Krankenhaus, Reha) und häuslicher Pflege. Akutpflegezentren bieten kurzfristige, niedrigschwellige Kapazitäten für Übergangs- und Stabilisierungssituationen, vermeiden Überforderung informell Pflegender und schaffen verlässliche Übergabestrukturen. Sie entlasten sowohl professionelle stationäre Einrichtungen als auch ambulante Dienste und tragen zur regionalen Versorgungssicherheit bei.

Maßnahme 7 – Digitale Unterstützung koordinierter Behandlungs- und Pflegeprozesse

Diese Maßnahme etabliert digitale Workflows, Pfade und Reaktionslogiken im Versorgungsprozess. Sie bildet typische pflegerische und medizinische Abläufe strukturiert ab, unterstützt Übergänge, standardisiert Aufgabenverteilungen und reduziert Reibungsverluste. Durch gemeinsame Versorgungspfade wird eine abgestimmte, reproduzierbare Arbeitsweise über Berufsgruppen hinweg möglich. Dies wirkt der Fragmentierung entgegen und schafft die Basis für eine regionale Qualitätssicherung.

Maßnahme 8 – Digitale Vernetzung zwischen Hausarztpraxen und ambulanten Pflegediensten

Ziel dieser Maßnahme ist die technische und organisatorische Integration der ambulanten Pflege in die Therapiesteuerungsplattform. Sie umfasst den Zugriff auf Fallinformationen, digitale Übergaben, Telekommunikation und strukturierte Aufgabenverteilung. Damit entsteht erstmals eine kontinuierliche, professionsübergreifende Fallsteuerung im häuslichen Umfeld. Diese vernetzte Arbeitsweise verkürzt Reaktionszeiten, verhindert Informationsverluste und verbessert die Koordination komplexer Pflegeverläufe.

Maßnahme 9 – Strukturierte Kooperation ambulanter Pflegeeinrichtungen

Die professionell ambulante Pflege steht regional vor erheblichen Kapazitätsengpässen. Diese Maßnahme fördert die Zusammenarbeit ambulanter Dienste durch abgestimmte Kapazitätsplanung, gemeinsame Qualitätsstandards und kooperative Einsatzlogiken. Durch digitale Werkzeuge und transparente Verfügbarkeiten kann die Versorgung besser gesteuert und im Sozialraum ausbalanciert werden. Das stärkt die Ausfallsicherheit im System und verbessert die Versorgungsstabilität.

Maßnahme 10 – Einführung telemedizinischer Systeme in der häuslichen Pflegeversorgung

Telepflege, Televisite, digitale Diagnostik und Fernbeobachtung werden zu regulären Bausteinen der häuslichen Versorgung. Die Maßnahme schafft die infrastrukturellen und organisatorischen Voraussetzungen, um ortsferne Unterstützung in die tägliche Praxis einzubinden. Sie schafft Reichweitengewinne, verringert Wegzeiten, verbessert die Erreichbarkeit professioneller Dienste und ermöglicht ein vorausschauendes Versorgungsmanagement.

4.4 Technologische und organisatorische Basis der Pflegestrategie

Die digitale Pflegestrategie basiert auf einer infrastrukturellen Grundlage, die informelle und professionelle Pflege verbindet, Alltagsprozesse stabilisiert und Risiken frühzeitig erkennt.

Zwei Plattformen als Rückgrat der digitalen Pflegearchitektur

Zentral sind zwei Plattformen, eine gemeinsame Datenlogik sowie die konsequente Anbindung an nationale Standards der Telematikinfrastruktur. Erst dieses Zusammenspiel ermöglicht eine koordinierte, skalierbare und reproduzierbare Pflegeversorgung.

1. Plattform Versorgungszugang

Sie ist der digitale Einstiegspunkt für Pflegebedürftige und Angehörige und bietet:

- Strukturierte Assessments zur Bedarfserkennung
- Lern- und Coachingangebote
- Navigation zu regionalen Pflege-, Sozial- und Präventionsangeboten
- Vermittlung zeitlich begrenzter und kontinuierlicher professioneller Pflege
- Niedrigschwellige Kommunikationswege (Chat, Video)

Nutzen: Damit stärkt sie informelle Pflege und schafft früh eine stabile Anbindung an das Versorgungssystem.

2. Plattform Therapiesteuerung

Sie integriert pflegerische Inhalte in eine gemeinsame Fallführung, ihre zentralen Funktionen sind:

- Abgestimmte Pflege- und Therapiepläne
- Digitale Fallakten und dokumentierte Übergaben
- Multimodales Monitoring (Vitaldaten, AAL, Smart Devices)
- Telepflege, Televisite und strukturierte Fallkommunikation
- Workflow- und Aufgabenmanagement

Beide Plattformen greifen ineinander: Bedarfserhebungen fließen in die Fallführung ein; Pflegeprozesse werden digital unterstützt und abgestimmt.

Gemeinsame Pflegearchitektur: interoperabel, sicher, anschlussfähig

Die beiden Plattformen nutzen ein konsistentes Rollen- und Rechtenkonzept, in dem informelle und professionelle Pflege, Hausärzte und weitere Akteure klar definierte Zugriffsrechte erhalten.

Eine gemeinsame Datenbasis harmonisiert Informationen aus Assessments, Monitoring, pflegerischer Dokumentation, haus- und fachärztlicher Versorgung.

Die Einbettung in die Telematikinfrastruktur (TI-Messenger, KIM, eID/ePA-Login, FHIR-Profile) stellt sicher, dass die Plattformen interoperabel und anschlussfähig sind und schrittweise in PVS-, KIS- und Pflegesoftware integriert werden können.

Technische Umsetzung: schnell startbar, langfristig integrierbar

Der Einstieg erfolgt pragmatisch über Web-Frontends und modulare Dienste.

Mittelfristig ermöglichen standardisierte APIs (FHIR, REST, AWSt) einen strukturierten Datenrückfluss und weniger Doppeldokumentation. Langfristig wird eine tiefe Integration in Primärsysteme möglich.

Die Umsetzung erfolgt in drei Schritten – parallel zur Versorgungslogik der Pflegestrategie:

Stufe 1 – Stärkung informeller Pflege

Fokus:

- Versorgungszugang als Lotse und Unterstützer
- Digitale Assessments
- Zentrale Vermittlung von Entlastungsangeboten

Nutzen: Frühzeitige Orientierung und Entlastung informell Pflegender sowie schnellere Identifikation von Risiken.

Stufe 2 – Anbindung an die hausärztliche Versorgung

Fokus:

- Multimodales Monitoring
- Strukturierte Fallkommunikation
- Pfadbasierte Versorgung
- Zeitlich begrenzte professionelle Pflege

Nutzen: Stabilere häusliche Verläufe durch Monitoring und strukturierte Kommunikation mit der hausärztlichen Versorgung.

Stufe 3 – Integration der ambulanten Pflege

Fokus:

- Telepflege, Televisite
- Digitale Übergaben
- Abgestimmte Aufgaben- und Arbeitslisten
- Schnittstellen zu Pflegedokumentationssystemen

Nutzen: Weniger Reibungsverluste und Doppeldokumentation durch digitale Übergaben und integrierte Arbeitsprozesse der ambulanten Pflege.

4.5 Geschäftsmodell und Wirklogik der digitalen Pflegekoordination

Die digital gestützte Pflegestrategie bildet ein integriertes Versorgungssystem, das pflegerische Unterstützung nicht als isolierte Leistung, sondern als koordinierte, alltagsnahe Prozesslogik neu organisiert. Im Zentrum steht der gemeinsame digitale Pflege-/Therapieplan, der informelle und professionelle Pflege, Haus- und Fachärzte in einer transparenten Struktur verbindet. Die Versorgungszugangsplattform unterstützt informell Pflegenden durch Orientierung, Assessments und Navigation; die Therapiesteuerungsplattform koordiniert professionelle Abstimmungen, Monitoring und gemeinsame Entscheidungen. Beide Plattformen greifen ineinander und bilden ein regionales Pflege-Ökosystem, das häusliche Versorgung stabilisiert und Überforderung reduziert.

Wirkmechanismus

Das Geschäftsmodell beruht darauf, pflegerische Verläufe früher, konsistenter und arbeitsteiliger zu steuern. Die informelle Pflege wird gestärkt, Risiken werden früher erkannt, Verschlechterungen können durch definierte Reaktionslogiken seltener eskalieren. Für pflegende Angehörige entsteht Entlastung durch klare Information und digitale Unterstützung, für professionelle Pflege durch strukturierte Übergaben, transparente Aufgaben und einheitliche Kommunikationswege. Für Hausärzte und Behandlungsteams entsteht ein abgestimmtes Vorgehen statt unkoordinierter Einzelkontakte.

Wirtschaftlicher Effekt

Modellrechnungen zeigen für die Gesundheitsregion substanzielle Entlastungseffekte durch verzögerte Pflegebedürftigkeit, stabilere Verläufe und weniger ungeplante stationäre Einweisungen. Ein erheblicher Teil des wirtschaftlichen Nutzens entsteht bereits in frühen Stufen durch die Stärkung informeller Pflege und frühzeitige Risikoerkennung.

5 Konzeption zur Strategie Therapiesteuerung

Zur Abgrenzung von der Pflegestrategie bezeichnet „Therapiesteuerung“ in diesem Kapitel die medizinische Steuerung chronischer Behandlungsverläufe.

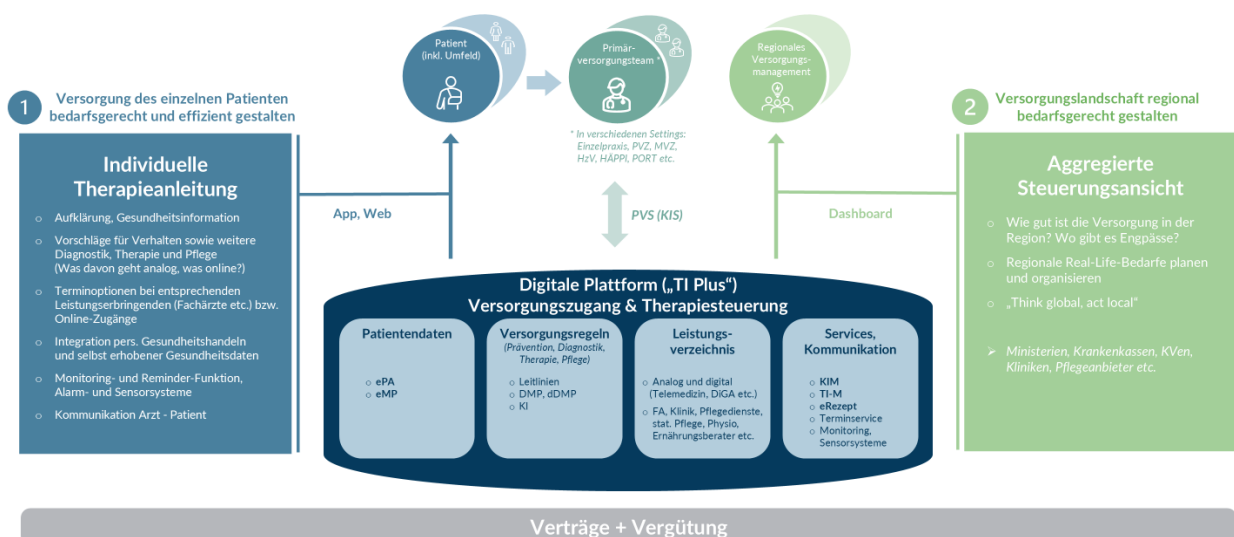
Die Versorgung chronischer und multimorbider Erkrankungen ist ein struktureller Schwerpunkt der regionalen Transformation. Die Analysen der Transformationsstudie (Teil C1) zeigen, dass der Versorgungsdruck in der Region Aachen besonders hoch ist: Überdurchschnittliche Prävalenzen, komplexe Verläufe und deutliche Eskalationsrisiken treffen auf fragmentierte Prozesse, mediale Brüche und unzureichend koordinierte Behandlungspfade. Viele dieser Herausforderungen entstehen an den Übergängen – zwischen Haus- und Fachärzten, ambulanten und stationären Einrichtungen sowie medizinischer und pflegerischer Unterstützung.

Die Strategie der digital gestützten Therapiesteuerung adressiert diese systemischen Brüche. Sie schafft ein medizinisch-organisatorisches Steuerungsmodell, das Prävention, Diagnostik, Therapie, Monitoring und Übergangsmanagement miteinander verbindet. Während die pflegerische Strategie auf Stabilisierung der häuslichen Versorgung und Entlastung der pflegenden Angehörigen zielt, richtet die Therapiesteuerung den Fokus auf durchgängige, interprofessionell abgestimmte Behandlungsverläufe.

Gemeinsam bilden beide Strategien das Kernstück einer zukünftigen integrierten Versorgungsarchitektur der Region Aachen. Die digitale Therapiesteuerung ist dabei nicht nur Technologie, sondern ein neues Versorgungsprinzip: verbindlich, datenbasiert, sektorenübergreifend und kooperativ.

Das folgende Zielbild verdeutlicht die Versorgungslogik der digital gestützten Therapiesteuerung im Rahmen von LeiG.

Abbildung 9: Zielbild der digital gestützten Therapiesteuerung im Rahmen von LeiG



Quelle: HTH

5.1 Digitale Therapiesteuerung: Architektur, Logik und Nutzen

Die digitale Therapiesteuerung adressiert eine der zentralen Schwächen des heutigen Versorgungssystems in Deutschland betreffend chronische und multimorbide Erkrankungen: die fehlende medizinische Koordination über Berufs- und Sektorengrenzen hinweg. Diagnostische Entscheidungen, therapeutische Schritte, Verlaufseinschätzungen und Reaktionslogiken erfolgen bislang häufig isoliert – in Einzelkontakten, mit getrennten Informationsgrundlagen und ohne eine gemeinsam entwickelte Prozesslogik. Dadurch entstehen Verzögerungen, Unsicherheiten und vermeidbare Eskalationen, insbesondere an den Übergängen zwischen ambulanter und stationärer Versorgung.

Die digitale Therapiesteuerung schafft hierfür ein verbindliches, interprofessionelles Steuerungsmodell. Zentrales Element ist ein digital geführter Therapieplan, der medizinische Maßnahmen, Zuständigkeiten, Monitoring-Elemente und definierte Reaktionswege zusammenführt. Er bildet einen gemeinsamen Referenzrahmen für Haus- und Fachärzte, Kliniken, Pflege und weitere Akteure und sorgt dafür, dass alle Beteiligten mit derselben Informationsbasis und Logik arbeiten.

Damit dieses Steuerungsmodell im Versorgungsalltag wirksam wird, bedarf es einer Plattform als integrativer Schicht, die Informationen, Rollen/Zuständigkeiten und Reaktionswege fallbezogen bündelt und verbindlich operationalisiert. Die Plattformarchitektur umfasst drei eng verzahnte Funktionsbereiche:

1. Therapieplanung und gemeinsame Entscheidungslogik mit den Kernpunkten:

- Strukturierte diagnostische und therapeutische Schritte
- Gemeinsame Zieldefinition und Priorisierung
- Klare Zuständigkeiten und abgestimmte Reaktionswege
- Dynamische Anpassung des Therapieplans je nach Verlauf

2. Digitale Kommunikation und Fallführung mit den Kernpunkten:

- Interoperable elektronische Fallakte
- Strukturierte Übergaben und Befundweitergaben
- Einheitliche Dokumentation relevanter Daten
- Nachvollziehbare Rollen- und Aufgabenverteilung im Behandlungsteam

3. Monitoring und ereignisbezogene Intervention mit den Kernpunkten:

- Integration von Telemonitoring, Wearables, Sensorik oder ePA-Daten
- Algorithmische Risikoerkennung und Verlaufseinschätzung
- Automatische Hinweise bei Abweichungen vom Zielverlauf
- Gezielte Interventionen zur Vermeidung bzw. Reduzierung von Eskalationen

In der Kombination adressiert die digitale Therapiesteuerung genau jene systemischen Brüche, die in der Region Aachen zu wiederkehrenden Unterbrechungen in der Versorgung, Doppeluntersuchungen,

unklaren Zuständigkeiten und unnötigen stationären Wiedereinweisungen führen. Sie setzt dabei primär auf eine Strukturierung von Verantwortlichkeiten und Entscheidungswegen: Die Primärversorgung wird gestärkt, Haus- und Fachärzte und Kliniken werden systematisch eingebunden und somit eine interprofessionelle Zusammenarbeit in abgestimmter Form ermöglicht.

Die Nutzenpotenziale für die Region Aachen lassen sich entsprechend in drei Kategorien bündeln:

Medizinische Ergebnisverbesserung

durch frühzeitige Interventionen, konsistente therapeutische Entscheidungen und strukturierte Behandlungspfade.

Höhere Versorgungssicherheit

durch klare Verantwortlichkeiten, verbindliche Reaktionslogiken und durchgängige Informationsflüsse.

Ökonomische Effizienz

durch reduzierte und vermiedene Eskalationen bzw. Wiedereinweisungen sowie eine ressourceneffiziente Nutzung medizinischer Leistungen.

Die digital gestützte Therapiesteuerung ist damit ein neues medizinisch-organisatorisches Versorgungsmodell: transparent, verbindlich, sektorenübergreifend und auf vorausschauende Stabilisierung angelegt.

5.2 Vertrags- und Vergütungslogik für eine integrierte, digital gestützte Therapieversorgung

Die digital gestützte Therapiesteuerung kann nur dann wirksam umgesetzt werden, wenn medizinische, organisatorische und digitale Leistungen gemeinsam finanzierbar sind. Das bestehende Vergütungssystem bildet diese Kombination bislang nur unzureichend ab. Viele Elemente der Strategie – insbesondere Monitoring, digitale Therapieplanung, telemedizinische Teamarbeit und Plattformbetrieb – lassen sich heute nicht oder nur fragmentiert über den EBM, die ePA oder Einzelleistungen abrechnen. Damit entsteht ein struktureller Finanzierungsbruch, der über integrierte Vertragsmodelle geschlossen werden muss.

Die Analyse zeigt: Die Therapiesteuerung bewegt sich zwischen klassischer Einzelleistungsvergütung, digitalen Infrastrukturelementen und neuen Rollen in den Feldern Prävention, Coaching und Verlaufskontrolle. Diese Logik entspricht nicht der heutigen Regelversorgung, wohl aber integrierten Versorgungsmodellen nach § 140a SGB V, die medizinische, pflegerische und digitale Leistungen gemeinsam abbilden können. Ergänzend greifen §§ 20, 68a/b und 137f SGB V (Prävention, Programme, digitale Innovationen) sowie anteilig SGB XI bei pflegerischen Bestandteilen.

A. Versorgungsleistungen (direkte Patientenleistungen)

Dies sind Leistungen, die unmittelbar den Verlauf chronischer Erkrankungen beeinflussen und im Team erbracht werden, sie umfassen:

- digitale Therapieplanung und Fallführung,
- telemedizinische Konsile und Verlaufskontrollen,
- Monitoring (Vitalparameter, Symptome, Ereignisdetektion),
- Coaching- und Adhärenzprogramme,
- strukturierte Übergangsprozesse (ambulant–stationär–ambulant).

Ein Teil dieser Leistungen ist im EBM oder im DMP-System abbildbar, jedoch nicht in der für eine echte Prozesssteuerung notwendigen Kombination. § 140a SGB V ermöglicht hier die Bündelung medizinischer, telemedizinischer und präventiver Leistungen in einem integrierten Vertrag mit gemeinsamer Qualitäts- und Ergebnislogik.

B. Infrastrukturleistungen

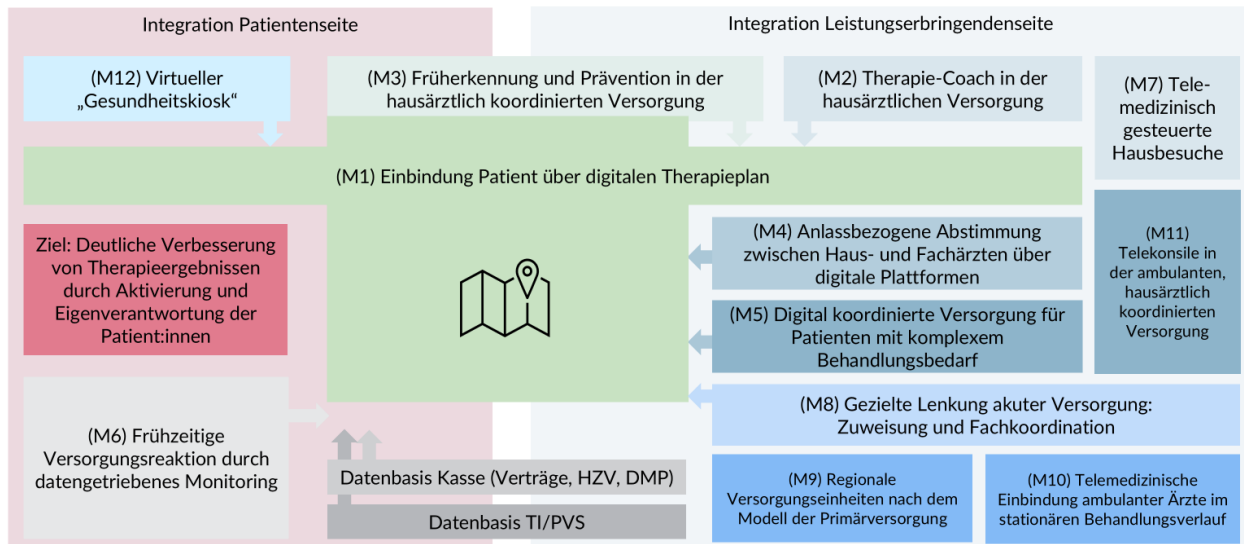
Diese Leistungen bilden das Rückgrat der digital gestützten Therapiesteuerung, sind aber im Regelsystem kaum refinanzierbar, sie umfassen:

- Plattformen für Therapieplanung, Monitoring und Teamkommunikation,
- Daten- und Schnittstelleninfrastruktur (FHIR, TI-Dienste, Identitäten),
- technische Betriebs- und Supportstrukturen,
- Analytik- und Steuerungsinstrumente,
- Rollenmodelle für Koordination, Coaching und digitale Begleitung.

Solche Leistungen erfordern gemeinsame Finanzierungswege, etwa regionale Budgets, gemeinsame Trägerstrukturen oder eine Bündelung der genannten Leistungen in einem integrierten Versorgungsvertrag gemäß §140a SGB V. Nur durch diese Kombination entsteht ein ökonomisch tragfähiges Modell, das nicht an Einzelleistungen gebunden ist, sondern an koordinierte, miteinander verzahnte Versorgungslogiken.

5.3 Zwölf Maßnahmen für den Aufbau der virtuellen Therapiesteuerung

Abbildung 10: Zwölf Maßnahmen für den Aufbau der virtuellen Therapiesteuerung



Quelle: _fbeta GmbH

Maßnahmen nach Fallgruppen

Die folgenden Fallgruppen und Maßnahmen beschreiben ein integriertes Versorgungskonzept, in dem einerseits Hausärzte eine zentrale steuernde Rolle einnehmen und andererseits digitale Werkzeuge zur Therapieplanung, Koordination, zum Monitoring sowie für sektorenübergreifende Übergänge eingesetzt werden.

Fallgruppe 0

Maßnahme 1 – Digitaler Therapieplan

Der digitale Therapieplan ist das zentrale Steuerungsinstrument für Patienten und Hausärzte. Er bündelt Befunde, Therapieziele, Maßnahmen, Präventionsbausteine und organisatorische Schritte in einer strukturierten Fallakte.

Hausärzte behalten die medizinische Verantwortung, Patienten werden aktiv in Dokumentation und Zielverfolgung einbezogen. Die technische Umsetzung erfolgt über die Therapiesteuerungsplattform mit Anbindung an TI-Dienste, ePA, PVS und FHIR-Schnittstellen.

Nutzenpotenziale sind eine höhere Transparenz, eine bessere Adhärenz sowie eine deutliche Reduktion redundanter Untersuchungen – ein Paradigmenwechsel hin zu gemeinsamer, datenbasierter Therapieplanung.

Maßnahme 2 – Therapie-Coach in der hausärztlichen Versorgung

Der Therapie-Coach ist eine qualifizierte, nichtärztliche Fachperson, die Patientinnen und Patienten kontinuierlich begleitet, Adhärenz unterstützt, organisatorische Aufgaben übernimmt und eng mit der Hausarztpraxis kooperiert.

Zu seinen Aufgaben gehören strukturierte Gespräche, die Vorbereitung medizinischer Termine, die Koordination regionaler Angebote, die Dokumentation sowie die Rückmeldung relevanter Beobachtungen an die behandelnden Ärzte.

Die Rolle entlastet Hausärzte, stabilisiert Verläufe im Alltag und stärkt die Umsetzung gesundheitsförderlicher Verhaltensweisen.

Maßnahme 3 – Früherkennung und Prävention in der hausärztlich koordinierten Versorgung

Diese Maßnahme verankert Prävention als Bestandteil der Regelversorgung. Ein dreistufiges System aus Risikoidentifikation, Gesundheitschecks und digitalen Präventionspfaden verbindet Vorsorge, Therapie und Alltagsunterstützung.

Die Plattform bildet den kompletten Ablauf digital ab und ermöglicht eine koordinierte Einbindung der Präventionsanbieter, die erstmals strukturierte Rückmeldungen in die Versorgung geben können. Prävention wird so kontinuierlich und verbindlich Teil der Therapiesteuerung.

Kernlogik Fallgruppe 0: Verbindliche digitale Therapieplanung als Steuerungsinstrument, ergänzt um kontinuierliches Coaching und frühzeitige, strukturierte Präventions- und Interventionspfade.

Fallgruppen I und II – Koordinierte ambulante Versorgung

Maßnahme 4 – Digital unterstützte Abstimmung zwischen Haus- und Fachärzten

Die Maßnahme strukturiert die Zusammenarbeit zwischen Haus- und Fachärzten über digitale Fallräume mit klaren Abläufen für Zuweisung, Befundübermittlung, Rückmeldung und Terminsteuerung.

Fragen und Dringlichkeiten werden präzise kommuniziert, fachärztliche Ressourcen zielgerichtet genutzt, und die Primärversorgung wird in ihrer Steuerungsfunktion gestärkt.

Doppeluntersuchungen, ineffiziente Abläufe und Informationsverluste werden reduziert.

Maßnahme 5 – Digital koordinierte Versorgung komplexer Fälle

Komplexe, multimorbide Patientinnen und Patienten werden in einem virtuellen Team versorgt. Haus- und Fachärzte, Pflege, Therapie-Coach und weitere Akteure arbeiten über eine gemeinsame Fallakte zusammen.

Ziele, Maßnahmen und Zuständigkeiten sind klar definiert; Fallkonferenzen und strukturierte Entscheidungen werden durch die digitale Plattform unterstützt.

Für die häufig instabilen Verläufe der Fallgruppe II ist dies ein zentraler Stabilisierungseffekt.

Maßnahme 6 – Frühzeitige Versorgungsreaktion durch datengetriebenes Monitoring

Telemonitoring, Symptomfeedbacks und algorithmische Auswertungen ermöglichen eine frühere Erkennung kritischer Veränderungen.

Je nach Risikoprofil werden definierte Reaktionsketten ausgelöst – vom Kontakt mit dem Therapie-Coach bis zur ärztlichen Intervention.

So entsteht ein Übergang von reaktiver zu proaktiver Versorgung, Eskalationen werden reduziert oder vermieden, und die Alltagssicherheit der Patientinnen und Patienten steigt.

Maßnahme 7 – Telemedizinisch gesteuerte Hausbesuche

Ein abgestuftes System aus Videosprechstunden, delegierten Hausbesuchen (VERAH/NäPa) und ärztlichen Vor-Ort-Besuchen erleichtert die flexible Versorgung im häuslichen Umfeld.

Die telemedizinische Unterstützung ermöglicht schnelle Einschätzungen, reduziert Wegezeiten und stärkt die ambulante Stabilisierung.

Besonders für fragile Patientinnen und Patienten werden unnötige Notfalleinsätze vermieden und Versorgungslücken geschlossen.

Maßnahme 11 – Telekonsile in der hausärztlich koordinierten Versorgung

Telekonsile ermöglichen schnelle fachärztliche Einschätzungen – synchron oder asynchron – mit klaren Standards für Dokumentation, Fristen und Verantwortlichkeiten.

Die Maßnahme entlastet Fachärzte, beschleunigt Entscheidungsprozesse und verbessert die Behandlungsqualität, insbesondere in der Primärversorgung.

Fallgruppe III – Versorgung mit regelmäßigem stationärem Bedarf

Maßnahme 8 – Strukturierte Übergänge zwischen stationär und ambulant

Stationäre Aufnahme, Entlassung und Übergabeprozesse werden durch standardisierte digitale Verfahren koordiniert. Relevante Nebendiagnosen, Therapiepläne und Nachsorgepfade werden ambulanten Behandlern vollständig übermittelt.

Die Maßnahme schließt Versorgungslücken, senkt das Risiko unnötiger Wiedereinweisungen und stellt sicher, dass ambulante Behandler den Ablauf einer stationären Behandlung klar nachvollziehen und Maßnahmen und Therapien in der Nachsorge fortführen können.

Maßnahme 9 – Regionale Versorgungseinheiten

Regionale Versorgungseinheiten bündeln Haus- und Fachärzte, Pflege, Assistenzrollen und telemedizinische Expertise in einer multiprofessionellen Kooperationsstruktur.

Sie übernehmen Fallkoordination, Monitoring, Dispatching und Qualitätsmanagement für besonders belastete Patientinnen und Patienten.

Dies schafft ein neues organisatorisches Fundament, um komplexe Fälle dauerhaft stabil zu versorgen.

Maßnahme 10 – Telemedizinische Einbindung ambulanter Ärzte in den stationären Behandlungsverlauf

Ambulante Behandler bleiben während des Klinikaufenthalts der Patientinnen und Patienten aktiv in die Behandlung eingebunden und führen chronische Nebendiagnosen weiter.

Telemedizinische Abstimmungen sichern die Behandlungskontinuität und verbessern das Entlassmanagement.

Damit entsteht erstmals eine echte Ko-Verantwortung zwischen ambulanter und stationärer Versorgung.

Maßnahme 12 –Virtueller „Gesundheitskiosk“

Als Querschnittsmaßnahme flankiert dieses Instrument alle übrigen Maßnahmen. Es bietet eine niedrigschwellige, mehrsprachige Unterstützung zur Navigation im komplexen Gesundheitswesen, um Präventionsangebote und Versorgungsstrukturen zu finden, sowie sozialmedizinische Beratung.

Der Kiosk verbessert die Gesundheitskompetenz, baut Zugangsbarrieren ab, erleichtert die Einsteuerung besonders vulnerabler Gruppen und wirkt als Bindeglied zwischen digitaler Plattform, Versorgungspraxis und regionalen Angeboten.

Kernlogik Fallgruppe I und II: Digitale Koordination zwischen Haus- und Fachärzten, + virtuelle Teamversorgung mit multiprofessionelle Kooperationsstrukturen zur stabilen Versorgung komplexer Fälle, proaktives Monitoring und telemedizinisch gestützte Interventionen.

5.4 Technologische und organisatorische Basis der Therapiesteuerung

Die digital gestützte Therapiesteuerung beruht auf einer technologischen und organisatorischen Infrastruktur, die Versorgungsprozesse sektorenübergreifend verbindet und eine koordinierte, kontinuierliche Behandlung chronisch erkrankter Menschen ermöglicht. Ihr Kern ist das Zusammenspiel zweier Plattformen, eines gemeinsamen Daten- und Rollenmodells sowie einer Abstimmung mit den nationalen Standards der Telematikinfrastruktur. Erst dieses Zusammenspiel ermöglicht eine verlässliche, reproduzierbare und skalierbare Versorgungspraxis.

Zwei Plattformen als technisches Rückgrat der Versorgungsarchitektur

Die Strategie stützt sich auf zwei komplementäre Plattformen, die unterschiedliche Funktionen erfüllen, aber technisch und organisatorisch eng miteinander verwoben sind.

1. Plattform Therapiesteuerung

Sie bildet das Führungsinstrument der medizinischen Versorgung. Ihre zentralen Funktionen sind:

- digitale Therapiepläne als verbindliche, sektorenübergreifende Arbeitsgrundlage,
- strukturierte Fallakten und dokumentierte Übergaben,
- Monitoring-Module für Vitalparameter und Symptome,
- telemedizinische Funktionen wie Telekonsile, Videosprechstunden und digitale Konferenzen,
- Workflow- und Aufgabenmanagement zur Steuerung interprofessioneller Zusammenarbeit.

Die Plattform verankert damit eine gemeinsame Logik, ersetzt unkoordinierte Abläufe und Einzelkontakte durch reproduzierbare Prozesse und stellt sicher, dass alle Beteiligten auf denselben Informationsstand zugreifen und damit arbeiten können.

2. Plattform Versorgungszugang

Diese Plattform ist das niedrigschwellige Einstiegsmodul, das Patientinnen und Patienten insbesondere in Prävention, Selbstmanagement und der Navigation im komplexen Gesundheitswesen unterstützt. Sie bietet:

- strukturierte Assessments zur Erfassung von Risiken und Unterstützungsbedarfen,
- digitale Lern- und Coachingangebote,
- Orientierung im regionalen Versorgungsraum (Therapie, Prävention, Pflege, Sozialangebote),
- Unterstützung bei Finanzierungsfragen, Anträgen, Entlastungsleistungen.

Während die Therapiesteuerungsplattform die Arbeit der Leistungserbringer koordiniert, unterstützt die Versorgungszugangsplattform Patientinnen und Patienten sowie pflegende Angehörige im Alltag. Beide Plattformen greifen ineinander: Assessments und Coaching-Erkenntnisse fließen in den digitalen Therapieplan ein; Therapieanpassungen werden über die Versorgungszugangsplattform alltagsnah begleitet. Damit stärkt sie Prävention und Selbstmanagement, senkt Zugangshürden und sorgt dafür, dass relevante Patientensignale frühzeitig in die koordinierte Behandlung einfließen.

Gemeinsame Versorgungsarchitektur: interoperabel, sicher, integrierbar

Um eine sektorenübergreifende Versorgung zu ermöglichen, nutzen beide Plattformen ein gemeinsames technisches Fundament, das folgende Komponenten beinhaltet:

- einheitliches Rollen- und Rechtekonzept,
- Steuerung medizinischer Entscheidungen durch Hausärzte,
- abgestufte Schreib- oder Leserechte für Fachärzte und weitere Gesundheitsberufe,
- kontrollierter Zugriff von Patienten und Angehörigen auf relevante Inhalte,
- klar definierte Kommunikations- und Dokumentationsrechte für Pflege und Therapie.

Diese Rollenverteilung ist essenziell, um Verantwortung transparent abzubilden und gleichzeitig Datenschutz und Datensparsamkeit zu gewährleisten.

Integration in die Telematikinfrastruktur

Die beiden Plattformen setzen konsequent auf nationale Standards und Dienste:

- Authentifizierung und Identitätsmanagement über eHBA, SMC-B und eID-basierte Verfahren,
- Kommunikation über TI-Messenger und KIM,
- Datenaustausch über standardisierte FHIR-Profile und interoperable Schnittstellen,
- perspektivisch Einbindung ePA-naher Workflows (z. B. Dokumente/Strukturen für eine sektorenübergreifende Zusammenarbeit).

Durch diese Einbettung sind die Plattformen interoperabel und schrittweise in Primärsysteme (PVS, KIS und Pflegesoftware) integrierbar sowie anschlussfähig an laufende Digital-Health-Regelungen.

Gemeinsame Datenbasis

Die ineinandergreifenden Plattformen harmonisieren Informationen aus:

- Praxis- und Kliniksystemen,
- Telemonitoring- und Sensorikdaten,
- Symptomfeedbacks und Assessments,
- pflegerischer Dokumentation,
- Patientenbeobachtungen.

Die Daten werden semantisch normalisiert und zeitlich abgeglichen, sodass sie sowohl für individuelle Therapieentscheidungen als auch für populationsbezogene Analysen verwendet werden können (z. B. regionale Steuerung, Risikosegmentierung, Qualitätsmonitoring).

Stufenweise Implementierung: von niedrigschwellig bis voll integriert

Die Einführung der digital gestützten Therapiesteuerung folgt einem klar strukturierten Roadmap-Ansatz. Jede Stufe erweitert den Funktionsumfang und erweitert die Integration in bestehende Versorgungssysteme.

Die Umsetzung erfolgt in drei Stufen, vom niedrigschwelligen Einstieg bis zur vollen Integration in ambulante und stationäre Versorgungspfade.

Stufe 1 – Prävention, Selbstmanagement und frühe Diagnostik

In der ersten Stufe stehen niedrigschwellige Module im Vordergrund:

- digitale Assessments und Checks,
- einfache Therapiepläne für Frühstadien,
- Teleberatung und Selbstmanagementangebote,
- Nutzung grundlegender digitaler Kommunikationswege (z. B. Messengerdienste).

Diese Stufe schafft einen schnellen Einstieg, erhöht Adhärenz und ermöglicht eine frühzeitige Risikoidentifikation.

Stufe 2 – Ambulante Integration

Die zweite Stufe verbindet das hausärztliche System mit Fachärzten, Pflege und therapeutischen Berufen durch:

- multimodales Monitoring,
- digitale Patientenpfade,
- standardisierte Kommunikation zwischen Berufsgruppen,

- telemedizinische Abstimmungen,
- Eskalationslogiken.

Diese Stufe macht die Versorgung kontinuierlich steuerbar und reduziert Reibungsverluste zwischen Berufsgruppen durch standardisierte Kommunikation und Eskalationslogiken.

Stufe 3 – Stationäre Integration

In der dritten Stufe wird der stationäre Sektor eng eingebunden durch:

- digitale Aufnahme- und Entlassprozesse,
- Einbindung ambulanter Behandler während des Klinikaufenthalts,
- strukturierte stationäre Pfade,
- gemeinsame Nachsorgeprozesse.

Diese Stufe schließt intersektorale Brüche, stabilisiert Übergänge (Aufnahme/Entlassung/Nachsorge) und verankert die stationäre Behandlung im durchgehenden Versorgungsprozess.

Technische Umsetzung: pragmatischer Start, anschlussfähige Weiterentwicklung

Kurzfristig wird die Plattform über Web-Frontends und modulare Dienste nutzbar sein. Dies ermöglicht eine schnelle Einführung, geringe technische Hürden sowie eine geringe Abhängigkeit von Softwareherstellern.

Mittelfristig werden standardisierte APIs (z. B. FHIR, GDT, AWSt) eine tiefe Integration in PVS-, KIS- und Pflegesysteme ermöglichen. Dadurch wird eine Doppelung von Dokumentationen vermieden und eine bessere Datenqualität sowie stabilere Abläufe sind gewährleistet.

In Summe entsteht damit eine einheitliche, digital gestützte Prozesslogik, die chronische Krankheitsverläufe vorausschauend steuert und eine sektorenübergreifende Zusammenarbeit im Alltag praktikabel macht. Diese Versorgungsarchitektur bildet die Grundlage für die im Folgenden beschriebene Wirklogik.

5.5 Geschäftsmodell und Wirklogik der digitalen Therapiesteuerung

Die digitale Therapiesteuerung bildet ein zusammenhängendes Versorgungssystem, das chronische Erkrankungen nicht über Einzelmaßnahmen, sondern über eine koordinierte, digital gestützte Prozesslogik adressiert. Im Zentrum steht der digitale Therapieplan: Er strukturiert Verläufe, definiert Ziele, klärt Zuständigkeiten und verbindet Diagnostik, Intervention und Nachsorge zu einem nachvollziehbaren, abgestimmten Prozess. Die Therapiesteuerungsplattform stellt dafür die technische und organisatorische Infrastruktur bereit – sichere Kommunikation, strukturierte Falldaten, telemedizinische Funktionen, Monitoring und klare Reaktionslogiken.

Wirkmechanismus

Das Geschäftsmodell beruht darauf, die Versorgung frühzeitiger, konsistenter und arbeitsteiliger zu steuern. Risiken werden durch Monitoring eher erkannt, Verschlechterungen systematisch verhindert, und Übergänge zwischen stationären und ambulanten Versorgungsebenen verlaufen ohne

Informationsverluste. Für Patientinnen und Patienten entstehen kontinuierliche, nachvollziehbare Behandlungspfade, für Leistungserbringende ein koordiniertes Arbeitsmodell, das Redundanzen reduziert und die interprofessionelle Zusammenarbeit erleichtert.

Die Modellrechnungen zeigen das wirtschaftliche Potenzial dieser Wirklogik deutlich:

Bundesweit ergibt sich ein Einsparvolumen von rund 6,4 Milliarden Euro pro Jahr, für die Region Aachen zwischen 30 und 60 Millionen Euro jährlich. Diese Effekte sind keine theoretischen Projektionen, sondern resultieren aus vermeidbaren Verschlechterungen chronischer Erkrankungen aufgrund stabilerer Versorgungsverläufe.

6 Umsetzung, Organisation und Betriebsmodell

Die in den Teilen C1, C2a und C2b der Transformationsstudie entwickelten Analysen und Strategien markieren den inhaltlichen Rahmen der Gesundheitsregion: Sie beschreiben, warum die Region Aachen neue Versorgungsmodelle benötigt, welche strategischen Ansatzpunkte gewählt wurden und wie diese in Form einer pflegerischen Transformationsstrategie sowie einer digitalen Therapiesteuerung konkretisiert werden.

Mit der vorliegenden Umsetzungs- und Organisationsplanung wird dieser Rahmen nun in ein operatives Programm überführt. Ziel ist es, die Transformationsansätze in einem gestuften Proof of Concept praktisch zu erproben, zu evaluieren und anschließend schrittweise in die Regelversorgung zu überführen. Grundlage sind die Ergebnisse der Workshops in der Planungsphase (Sprint III).

Ausgangspunkt und Zielbild der Umsetzung

Die Umsetzungsplanung folgt drei leitenden Prämissen:

1. Die Gesundheitsregion wird nicht als Einzelprojekt, sondern als mehrjähriges Transformationsprogramm verstanden, das digitale, organisatorische und vertragliche Innovationen miteinander verknüpft.
2. Der Einstieg erfolgt über zwei inhaltlich klar definierte LeiG-Produkte – die virtuell gestützte Pflege und die digitale Therapiesteuerung chronischer Erkrankungen – die in Form eines zweigleisigen Proof of Concept (Pflege und Therapiesteuerung) in ausgewählten Regionen pilotiert werden.
3. Die inhaltliche Entwicklung erfolgt in einem skaliert-agilen Projektansatz und unter enger Einbindung regionaler Leistungserbringender, Kostenträger, Kommunen und weiterer Partner.

Ziel ist es, bis zum Ende der Programmphase eine belastbare Evidenz zur Wirksamkeit, Wirtschaftlichkeit und Praktikabilität der Konzepte zu erzeugen, die sowohl für die Region selbst als auch für landes- und bundesweite Reformprozesse nutzbar ist.

6.1 Programmarchitektur und Zeitachse 2026–2030

Die Umsetzung der Gesundheitsregion ist als mehrjähriges Programm angelegt, das sich über die Jahre 2026 bis mindestens 2030 erstreckt. Die Programmlogik unterscheidet dabei drei ineinandergreifende Ebenen: die LeiG-Programmplanung, die Proof-of-Concept-Projekte (Pflege und Therapiesteuerung) sowie die parallel laufenden politischen und strategischen Initiativen.

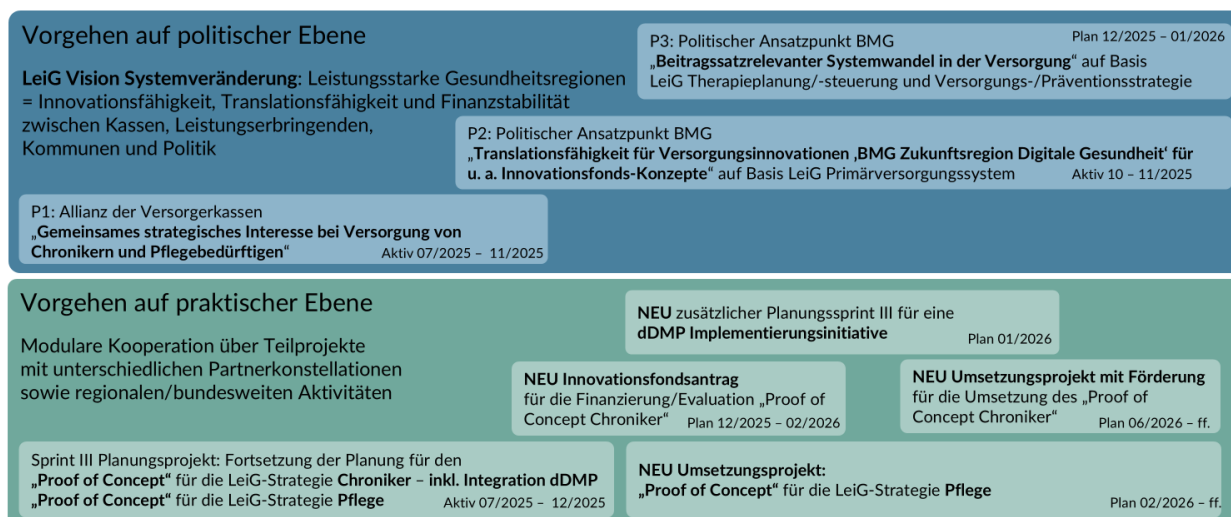
Auf Programmebene lassen sich fünf Phasen unterscheiden:

1. **Planungsphase (Sprint III)** – Fortführung und Konkretisierung der Konzeption für die LeiG-Produkte Pflege und Therapiesteuerung, Vertiefung von Detailanalysen, Schärfung von Produktdefinitionen und Vorbereitung der Voraussetzungen für Förderanträge, insbesondere im Innovationsfonds
2. **Vorbereitung (Produktdefinition)** – Ableitung umsetzungsfähiger Produkte mit definierten Funktionsumfängen, Zielgruppen, KPIs und technischen Anforderungen aus den Konzepten

3. **Entwicklung und Tests** – Konfiguration bzw. Beschaffung der erforderlichen digitalen Lösungen, Durchführung von Usability-Tests, Bedarfsanalysen und Marktrecherchen, Aufbau von Prototypen und Klick-Journeys sowie erste technische Tests
4. **Rollout und Betriebsübergang** (Proof of Concept) – Ausrollen der Lösungen in ausgewählten Pilotpraxen und -pflegediensten, Durchführung des Testbetriebs, begleitende Evaluation und Vorbereitung der Verstetigung
5. **Betrieb, Weiterentwicklung, Wartung und Pflege** – Überführung der Lösungen in einen stabilen Betrieb, sukzessive Ausweitung auf weitere Regionen und Leistungsbereiche, inkrementelle Weiterentwicklung auf Basis der Evaluationsergebnisse

Die zeitliche Planung sieht vor, dass die Proof-of-Concept-Phasen in den Jahren 2026 und 2027 vorbereitet und umgesetzt werden, während ab 2028 der schrittweise Übergang in eine Ausbaustufe mit breiterer regionaler Implementierung erfolgt. Dies schließt mehrere Wellen des Rollouts und die Überführung in dauerhafte Vertrags- und Finanzierungsstrukturen ein.

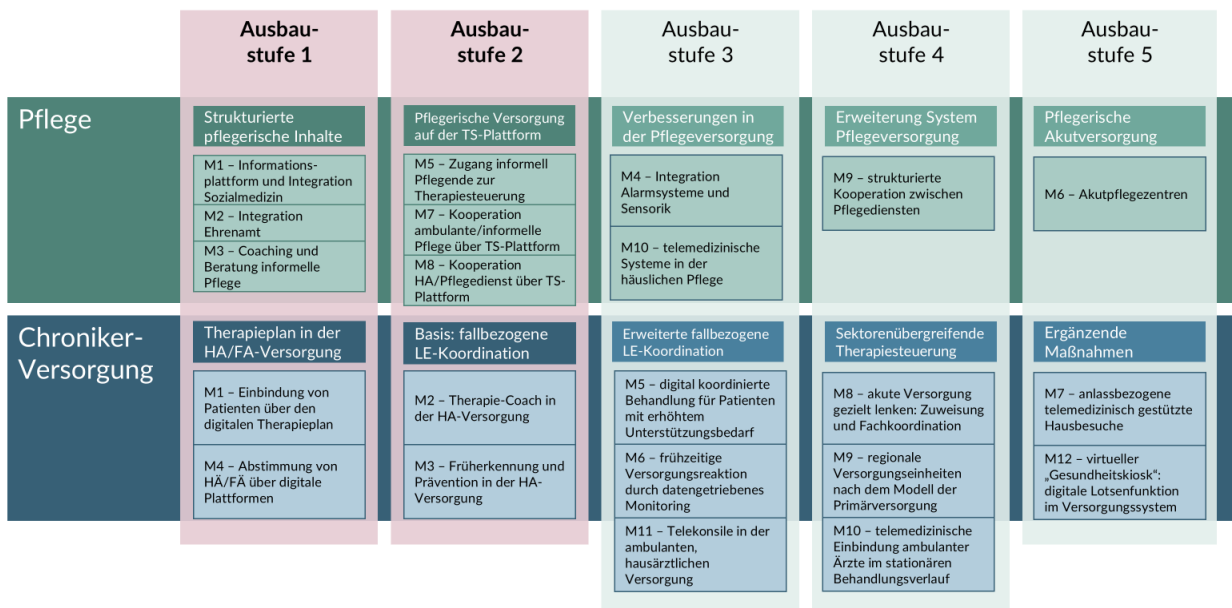
Abbildung 11: Übergeordnete Vision zur Systemveränderung mit drei politischen und vier praktischen Schwerpunkten



Quelle: [_fbeta GmbH](#)

Ergänzend zur phasenbasierten Zeitachse wurden die priorisierten Inhalte im Zielbild-Workshop in eine stufenweise Ausbaulogik überführt. Die folgende Übersicht zeigt für die beiden Programmstränge Pflege und Chroniker-/Therapiesteuerung, wie die jeweiligen Maßnahmen in den Ausbaustufen 1 – 5 sequenziert und inhaltlich gebündelt sind. Damit wird transparent, welche Basisfähigkeiten frühzeitig im Proof of Concept aufgebaut werden und welche Erweiterungen in späteren Ausbaustufen folgen. Die Ausbaustufen dienen somit als inhaltliche Roadmap zur Verzahnung von Proof of Concept (2026/2027) und Rollout/Verstetigung (ab 2028). Die in Abbildung 12 verwendeten Maßnahmenummern (M1 – M12) referenzieren die Maßnahmenbeschreibungen in Kapitel 4.3 (Pflege) und Kapitel 5.3 (Chroniker-/Therapiesteuerung).

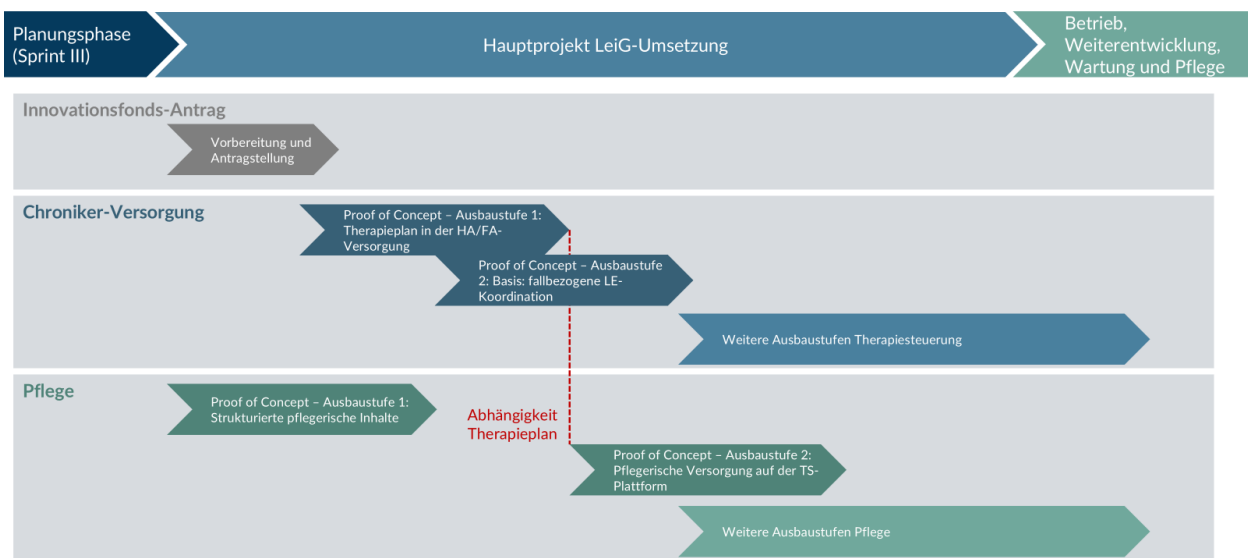
Abbildung 12: Priorisierung der Ausbaustufen 1 und 2 für die Umsetzungsplanung



Quelle: _fbeta GmbH

Die nachfolgende Grafik übersetzt diese inhaltlichen Ausbaustufen der Programmstränge in eine mögliche Release- und Zeitplanung für den Proof of Concept und die anschließenden Rollout-Wellen.

Abbildung 13: Release-Planung für Proof of Concept (POC) und Ausbaustufen der Programmstränge Pflege und Chroniker-/Therapiesteuerung



Quelle: _fbeta GmbH

Governance-Struktur und Kooperationsrahmen

Um die Komplexität der Umsetzung beherrschbar zu machen, wird eine mehrschichtige Governance-Struktur etabliert, die operative Projektsteuerung, strategische Koordination und politische Flankierung miteinander verbindet. Die Struktur folgt dem Prinzip einer Matrixorganisation, in der fachliche Verantwortlichkeiten, Produktteams und Steuerungsgremien miteinander verknüpft sind.

Steuerungskreis

Der Steuerungskreis übernimmt die strategische Gesamtverantwortung für das Programm. Er legt prioritäre Entwicklungslinien fest, entscheidet über Ausbaustufen und Meilensteine und erhält regelmäßige Berichte der Projektleitung. Darüber hinaus fungiert er als Schnittstelle zur Landes- und Bundespolitik sowie zu relevanten Institutionen der Selbstverwaltung.

Operative Managementrunde

Die operative Managementrunde verantwortet die fachlich-operative Führung des Programms. Sie steuert Ressourcen, Zeitplanung, Abhängigkeiten und Sprint-Logiken, priorisiert Backlogs und stellt sicher, dass fachliche, technische und rechtliche Anforderungen in der Umsetzung kohärent zusammengeführt werden.

Projektleitung und Project Management Office (PMO)

Die Projektleitung und das PMO bilden das operative Zentrum der Governance. Sie koordinieren die Gesamtumsetzung, überwachen Fortschritt, Risiken und Qualität, strukturieren die Arbeit der Entwicklungsteams und gewährleisten die Transparenz gegenüber Steuerungskreis, Beirat und Betriebsgesellschaft.

Inhaltlich-strategische Abstimmungsrunde

Diese Runde bündelt die fachlichen Perspektiven des Programms und sorgt dafür, dass Versorgungskonzepte, technische Architektur, rechtliche Rahmenbedingungen, Vergütungslogiken und Kommunikationsstrategien konsistent weiterentwickelt werden. Sie ermöglicht eine fachlich getragene und strategisch abgestimmte Entscheidungsvorbereitung für den Steuerungskreis.

Wissenschaftlicher Beirat

Der wissenschaftliche Beirat begleitet die Konzeption, Implementierung und Evaluation der LeiG-Produkte. Er stellt sicher, dass Studiendesigns, Indikatorensets und Auswertungen wissenschaftlichen Standards entsprechen und die Ergebnisse für Förderlogiken, etwa im Innovationsfonds, sowie für Landes- und Bundespolitik anschlussfähig sind. Er berät sowohl Steuerungskreis als auch Projektleitung.

Betriebsgesellschaft

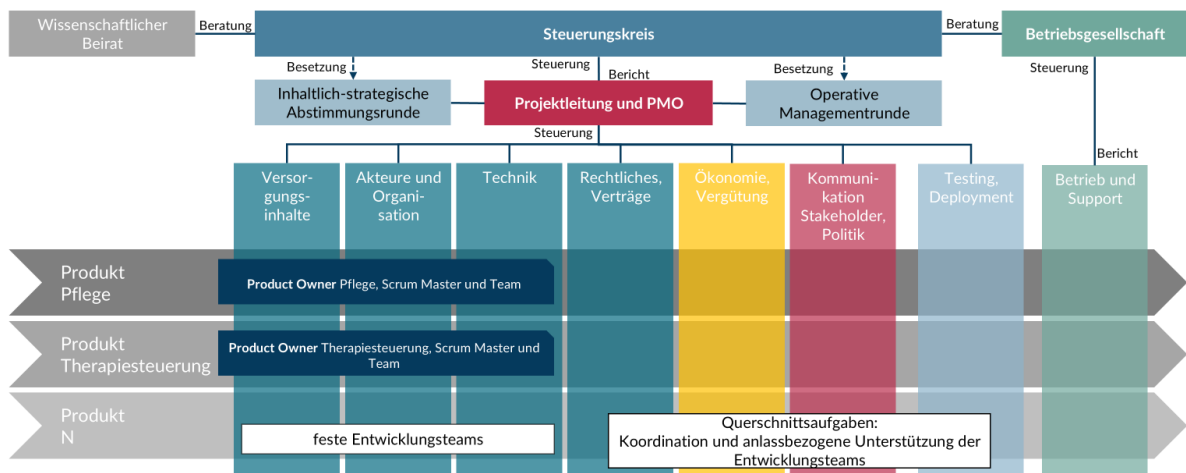
Für Betrieb, Verstetigung und Weiterentwicklung der digitalen Plattformen sowie des regionalen Managements wird eine Betriebsgesellschaft vorgesehen. Sie verantwortet den technischen Betrieb, Support, Service-Level-Prozesse sowie die kontinuierliche Verbesserung der Produkte. Zugleich stellt sie die organisatorische Infrastruktur für den Übergang vom Projekt in den Dauerbetrieb sicher.

Skaliert-agiles Projekt und Entwicklungsteams

Die inhaltliche Entwicklung der LeiG-Produkte erfolgt in einem skaliert-agilen Projektansatz. Crossfunktionale Teams arbeiten entlang der definierten fachlichen Schwerpunkte – Versorgung, Organisation, Technik, Recht, Vergütung, Kommunikation sowie Testing/Deployment. Der Matrixansatz ermöglicht, dass jedes Produktteam (z. B. Pflege, Therapiesteuerung) sowohl eigenständige Verantwortung trägt als auch systematisch durch die jeweiligen Fachdomänen unterstützt wird.

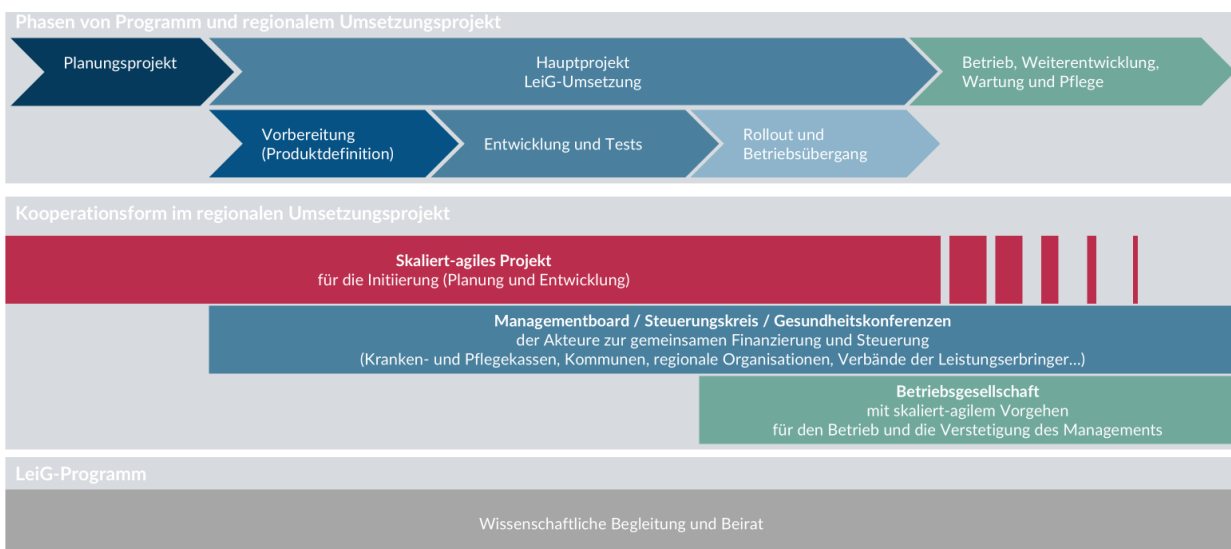
Begleitend zur fachlich-technischen Umsetzung werden politische und strategische Initiativen etabliert, um Sichtbarkeit, Akzeptanz und Anschlussfähigkeit sicherzustellen. Dazu gehören die abgestimmte Positionierung der beteiligten Kranken- und Pflegekassen, die Einbindung weiterer relevanter Akteursgruppen, die Kooperation mit bestehenden bundespolitischen Programmen sowie ein strukturiertes Stakeholder-Management in der Region.

Abbildung 14: Matrixorganisation, die die inhaltliche Fokussierung mit strategischer Kohärenz verbindet



Quelle: _fbeta GmbH

Abbildung 15: Phasen der Programmarchitektur und Zusammenarbeit der Projektpartner



Quelle: _fbeta GmbH

Politischer Rahmen: Primärversorgung als prioritäres Handlungsfeld

Die Umsetzung der LeiG-Strategie erfolgt vor dem Hintergrund einer klaren bundespolitischen Schwerpunktsetzung. Die Primärversorgung wird zunehmend als steuernde erste Anlaufstelle verstanden, die Versorgung stärker koordinieren und unnötige Facharztkontakte vermeiden soll. Parallel verfolgt die Gesundheitspolitik das Ziel, Ressourcen effizienter einzusetzen, ambulante Strukturen auszubauen und Termin- sowie Versorgungswege gezielter zu steuern.

Digitalisierung wird dabei als zentraler Motor der Verbesserung gesehen: von der elektronischen Patientenakte (ePA) über digitale Ersteinschätzungen bis hin zum Einsatz von KI und datenbasierten Tools zur Reduktion der Dokumentationslast. Gleichzeitig entstehen neue Rollen in der Versorgung, etwa erweiterte Aufgaben für Medizinische Fachangestellte, Pflegekräfte oder hochqualifizierte Funktionen wie Advanced Practice Nurses (APN). Teamorientierte Versorgungsmodelle sollen die hausärztliche Versorgung entlasten und neue Formen koordinierter Versorgung ermöglichen.

Diese politischen Leitplanken bilden einen wichtigen Referenzrahmen für das Vorhaben der Gesundheitsregion. Sie unterstützen die inhaltliche Ausrichtung der LeiG-Produkte Pflege und Therapiesteuerung und erhöhen die Anschlussfähigkeit des Programms an nationale Reformprozesse.

Abbildung 16: Primärversorgung als politische Priorität

1. Primärversorgung als steuernde erste Anlaufstelle

- Aufbau eines verbindlicheren Primärversorgungssystems
- Hausärztliche Versorgung soll stärker koordinieren und lenken
- Ziel: weniger ungezielte Facharztkontakte, weniger Doppeluntersuchungen

3. Digitalisierung als Motor der Verbesserung

- Elektronische Patientenakte soll Informationsfluss verbessern
- Digitale Ersteinschätzung (z. B. über die 116117-Services) entlastet Praxen
- Einsatz von KI und digitalen Tools zur Reduktion von Dokumentationslast

2. Effizienz und smarter Ressourceneinsatz

- Fokus auf Strukturreformen statt reiner Budgetausweitung
- Mehr ambulante Versorgung, weniger unnötige stationäre Leistungen
- Optimierung der Terminsteuerung und Versorgungswege

4. Neue Rollen in der Versorgung

- Erweiterte Aufgaben für medizinische Fachangestellte und Pflegekräfte
- Einsatz hochqualifizierter Pflegefachkräfte mit erweiterten Kompetenzen (z. B. Advanced Practice Nurses)
- Entlastung der Hausärzte durch teamorientierte Versorgungsmodelle

Quelle: [_fbeta GmbH](#)

6.2 Regionales Stakeholder-Management

Das regionale Stakeholder-Management ist eine wesentliche Voraussetzung für die Umsetzung und Skalierung der Gesundheitsregion. Die LeiG-Produkte Pflege und Therapiesteuerung greifen unmittelbar in bestehende Versorgungsstrukturen, Arbeitsweisen und Verantwortlichkeiten ein. Ihre Wirksamkeit, Umsetzbarkeit und spätere Skalierbarkeit hängen daher von der aktiven Mitwirkung regionaler Akteure ab. Stakeholder-Management wird im Rahmen der Gesundheitsregion nicht nur als initiale Kommunikationsaufgabe verstanden, sondern als strategisches Instrument zur strukturierten Entwicklung von virtuellen Teams, zur Einbindung relevanter Leistungserbringender und zur Integration in bestehende Versorgungsstrukturen in der Region.

Vorarbeiten haben gezeigt, dass sich Anforderungen, Motivlagen und Einbindungslogiken zwischen medizinischer Versorgung und Pflege deutlich unterscheiden. Gleichzeitig bestehen enge inhaltliche Schnittstellen zwischen beiden Bereichen. Entsprechend wird eine aufeinander abgestimmte Stakeholder-Strategie verfolgt: Im Proof of Concept werden drei bis fünf regionale Teams gebildet, die sowohl die medizinische als auch die pflegerische Versorgung abdecken. Die Teams starten mit einer der im Projekt bereits eingebundenen, größeren Hausarztpraxen. Diese werden durch weitere medizinische und pflegerische Akteure im Umfeld erweitert. Für die Versorgungszugangsplattform in der Pflege sind darüber hinaus kommunale und regionale Akteure in den beteiligten Kreisen in die Stakeholder-Ansprache einzubeziehen.

Die Ansprache potenzieller Partner beginnt zeitlich deutlich vor Start des Proof of Concept, um Abstimmung, Auswahl und Vorbereitung zu ermöglichen. Die operative Verantwortung für die Ansprache liegt bei den Produktverantwortlichen (PO) im Projektteam.

Über beide Bereiche hinweg erfolgt die Einbindung der Stakeholder stufenweise, von früher Information und Erwartungsklärung über eine fokussierte Beteiligung im Proof of Concept bis hin zu verbindlicheren Kooperations- und Vertragsbeziehungen. Dieses schrittweise Vorgehen ermöglicht es, mit einer begrenzten Zahl geeigneter Partner zu starten, Erfahrungen systematisch zu sammeln und die Zusammenarbeit auf einer belastbaren Grundlage auszubauen.

Das regionale Stakeholder-Management folgt dabei einem lernenden und umsetzungsorientierten Ansatz. Rückmeldungen aus der praktischen Erprobung werden ausgewertet und in die Weiterentwicklung von Produkten, Prozessen und Kooperationsmodellen integriert. Stakeholder-Management ist damit nicht nur Begleitmaßnahme, sondern Teil der Implementierungsstrategie. Ziel ist eine schrittweise wachsende Verbindlichkeit in Nutzung, Prozessen und Zusammenarbeit, sodass die Gesundheitsregion langfristig als kooperatives, regional getragenes Versorgungsmodell etabliert werden kann.

Teil A: Medizinische Leistungserbringende im virtuellen Team Therapiesteuerung

Einbindung und Skalierung

Die Einbindung medizinischer Leistungserbringender erfolgt entlang der drei Umsetzungsphasen Proof of Concept, Rollout und Betrieb.

- In der ersten Phase wird mit einer begrenzten Startkohorte gearbeitet, die den vier vorgesehenen virtuellen Versorgungsteams fest zugeordnet ist. Ziel ist die praktische Erprobung der definierten Versorgungsprozesse unter festgelegten Rahmenbedingungen. Dadurch können organisatorische Abläufe stabilisiert und Erfahrungen zur Integration in bestehende Versorgungsstrukturen gewonnen werden.

Der Übergang in die Rollout-Phase setzt eine strukturierte Auswertung der Erfahrungen aus der Proof of Concept-Phase voraus.

- Bewertet werden insbesondere Prozessstabilität, Praktikabilität im Versorgungsalltag sowie die Akzeptanz der definierten Abläufe bei den beteiligten Haus- und Facharztpraxen. Auf dieser Grundlage wird die Einbindung zusätzlicher Praxen schrittweise ausgeweitet. Die Ausweitung erfolgt bevorzugt über bestehende Ärztenetze und Kooperationsstrukturen.

Früh eingebundene Praxen übernehmen in späteren Phasen eine Multiplikatorenrolle, indem sie Erfahrungen weitergeben und als Referenzstandorte für neue Partner dienen.

Ansprache und Umsetzung

Die Gewinnung teilnehmender Praxen erfolgt vorrangig über bestehende Kontakte und gewachsene LeiG-Netzwerke. Ergänzend werden bestehende Ärztenetze und, wo sinnvoll, Strukturen der Kassenärztlichen Vereinigungen zur indirekten Ansprache genutzt.

- Erstgespräche finden in persönlichen 1:1-Formaten auf Entscheidungsebene statt, um Aufwand, Erwartungen und Rahmenbedingungen zu klären. Darauf aufbauend werden bei Bedarf kleinere, thematisch fokussierte Austauschformate mit interessierten Praxen durchgeführt. Große Informationsveranstaltungen sind in der frühen Phase nicht vorgesehen.
- Der Einstieg in die Zusammenarbeit erfolgt zunächst über informelle Teilnahmezusagen. Für die Phase des Proof of Concept werden Mitwirkungsvereinbarungen mit definierten Rollen, Erwartungen und Feedbackroutinen geschlossen.

Teamzusammensetzung

Die Zusammenarbeit im Team erfolgt im Kern durch drei Akteursgruppen: Die hausärztliche Praxis übernimmt die Gesamtkoordination und Verlaufsübersicht, während fachärztliche Praxen ihre Expertise in definierten Indikationsbereichen einbringen und in enger Rückkopplung mit der hausärztlichen Versorgung agieren. Zudem unterstützen Coaches (Medizinische Fachangestellte, Präventionsanbieter, Ernährungsberater sowie weitere qualifizierte Anbieter) aus der Arztpraxis oder eigenständig in der praktischen Umsetzung.

- Berücksichtigt werden insbesondere Praxen mit Vorerfahrung im LeiG-Kontext (z. B. Projektteilnahme und Projektkennntnis), relevanten Fallzahlen chronisch erkrankter Patientinnen und Patienten sowie einer nachweisbaren digitalen Arbeitsweise (z. B. digitale Dokumentation).
- Es wird von einer größeren hausärztlichen Praxis als Startpunkt ausgegangen. Weitere Praxen im Umfeld werden bei Bedarf mit einbezogen. Ziel ist es, eine ausreichend große Patientenzahl zu erreichen, die eine entsprechende Überschneidung mit dem fachärztlichen Netzwerk aufweisen.
- Die fachärztliche Einbindung wird indikationsbezogen priorisiert. Die Auswahl der Fachrichtungen orientiert sich an der Zielpopulation und an den häufigsten chronischen Indikationen in der Region. Für den Proof of Concept werden insbesondere Kardiologie, Orthopädie, Neurologie, Psychologie sowie Innere Medizin berücksichtigt.
- Für den Proof of Concept ist die Einbindung von mindestens vier, angestrebt fünf fachärztlichen Praxen je Team vorgesehen.
- Ergänzend wird geprüft, inwieweit ePA-erfahrene Praxen (TI-Rollout) einbezogen werden können. Ziel ist eine fokussierte Zusammenarbeit mit wenigen, verlässlich mitwirkenden Partnern. Die regionale Verteilung innerhalb der Region Aachen wird so gewählt, dass unterschiedliche Versorgungsräume berücksichtigt werden.
- Die Coachingrolle wird zunächst durch Mitarbeitende der Praxisteams (z. B. MFA) übernommen und kann schrittweise um weitere Akteure wie Ernährungsberater und Präventionsanbieter (ZPP) ergänzt werden.

Die Teilnahme setzt die in Kapitel 6.10.2 (Szenarienbasierte Wirtschaftlichkeitsbetrachtung) definierten Mindestfallzahlen voraus.

Digitale und organisatorische Anforderungen

Ein zentraler Erfolgsfaktor ist die technische und organisatorische Anschlussfähigkeit an den Praxisalltag.

- Teilnahmevoraussetzung für die Praxen ist die Nutzung eines gängigen Praxisverwaltungssystems mit digitaler Dokumentation sowie eine bestehende Anbindung an die Telematikinfrastruktur (TI). Die Nutzung der elektronischen Patientenakte ist von Beginn an ein integraler Bestandteil der vorgesehenen Versorgungsprozesse. Darüber hinaus wird die Bereitschaft vorausgesetzt, projektbezogene digitale Anwendungen im Rahmen der Versorgungssteuerung einzusetzen.
- Das Onboarding erfolgt zentral über das Projektteam mit benannten Ansprechpersonen. Der initiale Einführungsaufwand pro Praxis ist auf wenige Stunden begrenzt und umfasst die technische Einrichtung sowie eine kurze prozessuale Einführung.
- Grundlage der Zusammenarbeit ist eine Prozessdefinition zur Datenerfassung und -nutzung, um parallele Dokumentation zu vermeiden. Neue Abläufe werden so gestaltet, dass sie sich in bestehende Praxisroutinen integrieren und keine zusätzlichen Dokumentationslasten erzeugen.

Motivlagen und Nutzenargumente

Die Einbindung medizinischer Leistungserbringender basiert auf der folgenden Nutzenperspektive:

- Im Vordergrund steht die Entlastung bei der Koordination komplexer chronischer Krankheitsverläufe. Strukturierte Steuerungsprozesse reduzieren ungeplante Rückfragen und ermöglichen eine gezieltere Betreuung von Patientinnen und Patienten mit erhöhtem Versorgungsbedarf.
- Dies verbessert die Übersicht über relevante Patientengruppen und unterstützt eine frühzeitige Identifikation von Patientinnen und Patienten mit erhöhtem Versorgungsbedarf.
- Kurzfristig bietet der Proof of Concept eine strukturierte Zusammenarbeit und eine verbesserte Informationslage. Langfristig zielt das Modell auf stabilere Versorgungsverläufe und eine effizientere Praxisorganisation.
- Die Dokumentation kann aus einem Therapieplanungssystem (je nach Anbieter) automatisiert über die ePA in Praxisverwaltungssystemen erfolgen.
- Die Abrechnung von besonderen Leistungen auf der Therapieplattform kann (je nach Anbieter) über die Plattform automatisiert erfolgen (u. a. für asynchrone Telekonsile).

Die Vergütungslogik wird transparent kommuniziert und schrittweise konkretisiert. Die Positionierung erfolgt als Instrument zur Versorgungssteuerung und nicht als zusätzliche Dokumentationsanforderung.

Teil B: Pflegerische Leistungserbringende für das virtuelle Team Pflege und kommunale Akteure für die Versorgungszugangsplattform in die pflegerische Versorgung

Einbindung und Skalierung

Die Pilotierung startet synchron mit ausgewählten Versorgungsräumen bzw. virtuellen Teams für die medizinische Versorgung innerhalb der Region Aachen.

- Vorgesehen ist der Beginn in zwei bis drei Kommunen mit aktiver Pflegeplanung, bestehenden Netzwerken und kooperationsbereiten Trägerstrukturen. Diese Kommunen fungieren als priorisierte Umsetzungsräume. Pro Versorgungsraum wird zunächst mit zwei bis drei Pflegepartnern gearbeitet.
- Die Auswahl erfolgt auf Basis bestehender Netzwerkaktivitäten, Erfahrung in der Versorgung chronisch erkrankter Menschen und organisatorischer Zuverlässigkeit. Ziel ist eine überschaubare Zahl belastbarer Umsetzungspartner.

Die Proof of Concept-Phase wird klein gehalten, um eine enge fachliche Begleitung, schnelle Rückkopplung und eine belastbare Evaluation zu ermöglichen. Prozessanpassungen erfolgen auf Grundlage der praktischen Erfahrungen in diesen Startsettings.

Die Skalierung erfolgt schrittweise und vorrangig über bestehende Pflege- und Versorgungsnetzwerke. Eine Ausweitung über Einzelansprachen ohne Netzwerkanbindung ist nicht vorgesehen. Voraussetzung für die Erweiterung sind eine stabile Umsetzung in den ersten Versorgungsräumen sowie positive Rückmeldungen der beteiligten Partner.

Ansprache und Umsetzung

Die Erstansprache pflegerischer Akteure erfolgt vorrangig über bestehende kommunale Pflegeplanungsstrukturen und regionale Netzwerke. Diese fungieren als zentrale Zugangspunkte zu relevanten Trägern und Diensten.

Auf die Erstansprache folgen Gespräche mit Leitungen größerer ambulanter Dienste und Trägerorganisationen. Ziel ist die Klärung von Aufwand, Rollenverständnis und Teilnahmevoraussetzungen. Die Auswahl der Partner erfolgt auf Leitungsebene.

- Bestehende Austauschformate wie Pflegekonferenzen oder Netzwerktreffen werden genutzt, um das Vorhaben vorzustellen und interessierte Akteure zu identifizieren. Diese Formate dienen der Information und Einordnung, nicht der verbindlichen Gewinnung.
- Die vertiefende Abstimmung erfolgt in 1:1-Gesprächen sowie in kleineren, thematisch fokussierten Workshops mit potenziellen Umsetzungspartnern. Große Informationsveranstaltungen sind in der frühen Phase nicht vorgesehen.
- Der Einstieg in die Zusammenarbeit erfolgt zunächst über informelle Unterstützungszusagen. Für die Proof of Concept-Phase werden Mitwirkungsvereinbarungen mit definierten Rollen, Aufgaben und Feedbackpflichten geschlossen.

Teamzusammensetzung

Im pflegerischen Bereich besteht eine heterogene und stark regional geprägte Stakeholder-Landschaft. Pflege ist eng mit kommunalen Zuständigkeiten, lokalen Unterstützungsangeboten und gewachsenen Kooperationsstrukturen verknüpft.

- Relevante Akteursgruppen sind insbesondere ambulante Pflegedienste, Pflegestützpunkte und Pflegeberatungsstellen, Case Manager sowie kommunale Pflegeplanungsstrukturen. Ergänzend sind kommunale Akteure wie Gesundheits- und Sozialdezernate sowie der Öffentliche Gesundheitsdienst (ÖGD) einzubeziehen. Ein Teil dieser Akteure ist zugleich für die Versorgungszugangsplattform in die pflegerische Versorgung relevant.
- Vorgesehen ist die Zusammenarbeit mit etwa vier bis sechs ambulanten Pflegediensten, die bereits in regionalen Netzwerken aktiv sind (z. B. Mitgliedschaft, regelmäßige Teilnahme in Netzwerkformaten, Kooperationen) oder regelmäßig chronisch erkrankte Patientinnen und Patienten versorgen.

Pro beteiligter Startkommune wird mindestens ein Pflegestützpunkt oder eine Pflegeberatungsstelle verbindlich eingebunden. Die Rolle der Pflege innerhalb der Gesundheitsregion wird verbindlich definiert.

- Pflegepartner übernehmen benannte Funktionen in Koordination, Informationsweitergabe und als Schnittstelle zur ärztlichen Versorgung.
- Pflegeakteure werden jeweils fest einem der vier vorgesehenen virtuellen Versorgungsteams zugeordnet. Für jedes Team werden feste Ansprechpartner benannt.
- Für die Umsetzung wird unterschieden zwischen zwingend einzubindenden und optionalen Akteuren. Zwingend beteiligt sind ambulante Pflegedienste und Pflegeberatungsstellen.

Weitere Akteure, wie Verbände oder zusätzliche Beratungsangebote, werden bedarfsabhängig bzw. hinsichtlich ihrer Relevanz für die Versorgungszugangsplattform eingebunden.

Digitale und organisatorische Anforderungen

Die Teilnahme pflegerischer Leistungserbringender setzt eine grundlegende digitale Arbeitsfähigkeit voraus.

- Pflegepartner müssen eine digitale Pflegedokumentation einsetzen. Einrichtungen ohne digitale Dokumentation werden nicht in den Proof of Concept einbezogen. Eine digitale Touren- und Einsatzplanung soll vorhanden sein oder kurzfristig eingeführt werden können.
- Digitale Lösungen werden nur dann eingesetzt, wenn sie sich in bestehende Dokumentations- und Planungsprozesse integrieren lassen. Paralleldokumentationen werden vermieden. Neue Anwendungen müssen mit vorhandenen Pflegedokumentationssystemen kompatibel sein und rechtssicher genutzt werden können. Das Onboarding erfolgt zentral über das Projektteam.
- Vorgesehen sind ein bis zwei strukturierte Schulungstermine pro Einrichtung sowie eine anschließende Supportphase für die operative Einführung. Schulungsinhalte umfassen Systemnutzung, Prozessabläufe und Schnittstellen zur Zusammenarbeit mit der ärztlichen Versorgung.

Erforderlich sind praktikable Schnittstellen zwischen Pflegedokumentation, Touren- und Einsatzplanung sowie der Kommunikation mit Arztpraxen. Ziel ist ein durchgängiger Informationsfluss ohne doppelte Erfassung von Daten.

Motivlagen und Nutzenargumente

Pflege und Therapiesteuerung betreffen häufig die gleiche Patientengruppe, da viele pflegebedürftige Menschen auch chronisch erkrankt sind.

- Eine abgestimmte medizinische und pflegerische Steuerung ermöglicht stabilere Versorgungsverläufe (z. B. weniger Versorgungsabbrüche, weniger ungeplante stationäre Aufnahmen, stabilere häusliche Versorgung) und eine frühzeitigere Reaktion bei Verschlechterungen. Der Nutzen für Partner aus der Pflege entsteht vor allem durch eine bessere Abstimmung mit der ärztlichen Versorgung und verbesserte Informationsflüsse.
- Konkrete Entlastungseffekte ergeben sich durch einen geringeren Abstimmungsaufwand mit Arztpraxen, eine strukturiertere Informationsweitergabe sowie eine verlässlichere Einsatz- und Versorgungsplanung. Ziel ist eine Reduktion ungeplanter Rücksprachen und kurzfristiger Umplanungen.

Für die häusliche Versorgung besteht der Mehrwert insbesondere in der Stabilisierung von Versorgungssituationen und der Vermeidung von Versorgungsabbrüchen. Eine engere Koordination unterstützt die kontinuierliche Betreuung chronisch erkrankter und multimorbider Patientinnen und Patienten.

Für Kommunen liegt der Nutzen in einer höheren Versorgungstabilität, einer besseren Übersicht über bestehende Versorgungsstrukturen und einer frühzeitigen Erkennung von Versorgungslücken. Die Gesundheitsregion kann damit als ergänzendes Instrument der kommunalen Pflegeplanung wirken.

Wirtschaftliche Aspekte werden transparent adressiert. Digitale Lösungen und neue Kooperationsformen werden nur dann nachhaltig getragen, wenn sie zu realen Entlastungen im Arbeitsalltag beitragen und eine Refinanzierungsperspektive besteht.

6.3 Proof of Concept Pflege: Struktur und Ablauf

Der Proof of Concept für das LeiG-Produkt Pflege operationalisiert die in der strategischen Konzeption beschriebenen Maßnahmen (siehe Kapitel 4.3) in einer realen Versorgungsumgebung. Ziel ist es, die Wirksamkeit, Akzeptanz und organisatorische Machbarkeit eines digital gestützten, integrierten Pflege- und Unterstützungsangebots zu testen.

Der Ablauf folgt einem strukturierten Vorgehensmodell mit sieben Arbeitsschritten:

1. Vorarbeiten und Detailanalyse

Zu Beginn werden bestehende Daten, regionale Angebotsstrukturen und Bedarfe vertieft analysiert. Dazu gehören Marktrecherchen zu Pflege-Primärsystemen, die Sichtung digitaler Zugangs- und Beratungsangebote sowie qualitative Erhebungen mit Pflegediensten, informell Pflegenden und hausärztlichen Praxen. Hierdurch wird eine solide Grundlage für die spätere Konzeption geschaffen.

2. Detailkonzeption

Im nächsten Schritt werden die Inhalte und Funktionslogiken der geplanten pflegerischen Plattform konkret ausgestaltet. Dazu zählen redaktionelle Aufbereitungen, ein integrierter Anforderungskatalog, die Definition von Rollen und Rechten sowie die Entwicklung von Schulungsinhalten für verschiedene Nutzergruppen. Zudem wird festgelegt, wie sich pflegerische Prozesse, Beratungsangebote und digitale Werkzeuge sinnvoll kombinieren lassen.

3. Integration der Konzepte

In dieser Phase werden die fachlichen, technischen und organisatorischen Konzepte gebündelt. Hierbei werden insbesondere Schnittstellen zu bestehenden Pflegedokumentationssystemen

definiert und Optionen zur Verschlankung der Dokumentation geprüft. Ebenso werden Kooperationsmodelle mit Hausärzten, Pflegediensten und kommunalen Strukturen konkretisiert.

4. Partner- und Vertragsmodell (Beauftragung/Lizenzierung)

Im Anschluss werden geeignete Lösungsanbieter identifiziert und für den Proof of Concept vertraglich eingebunden. Die Umsetzung kann dabei entweder über eine zentrale Beauftragung oder über eine Lizenzierung durch die beteiligten Leistungserbringenden, mit Erstattung je teilnehmendem Versicherten, erfolgen. Parallel werden regulatorische Anforderungen sowie ggf. vergabe- und datenschutzrechtliche Rahmenbedingungen geklärt.

5. Umsetzung

Während der Umsetzung werden die Systeme gemäß der Detailkonzeption konfiguriert, Inhalte erstellt und mit Services (wie bspw. digitale Beratungsangebote, Kommunikationsfunktionen, etc.) verknüpft. Darüber hinaus werden Informationspakete für Pflegedienste, Angehörige und andere Akteure entwickelt und erste User Journeys aufgebaut. Die Plattform wird technisch und organisatorisch für den Testbetrieb vorbereitet.

6. Deployment und Testbetrieb

Bei den ausgewählten Pflegediensten und Hausarztpraxen wird die Plattform eingeführt und getestet. Dazu gehören die Schulung der Beteiligten, Betriebstests, Nutzungsanalysen und die laufende Erhebung technischer Kennzahlen. Der Testbetrieb dient der Überprüfung der Nutzbarkeit, Stabilität und Prozessqualität im Alltag.

7. Evaluation

Abschließend werden alle Daten, Rückmeldungen und Kennzahlen ausgewertet. Ergänzend werden Versorgungs- und Prozessindikatoren analysiert sowie Befragungen von Leistungserbringenden, pflegebedürftigen Personen und deren Angehörigen durchgeführt. Der Evaluationsbericht bildet die Grundlage für die Entscheidung über eine Ausweitung und Verstetigung.

6.4 Proof of Concept Therapiesteuerung: Struktur und Ablauf

Der Proof of Concept für das LeiG-Produkt Therapiesteuerung erprobt ein digital gestütztes, ärztlich gesteuertes Versorgungsmodell für Menschen mit chronischen Erkrankungen wie Diabetes mellitus Typ 2, Adipositas oder Hypertonie. Ziel ist es, die Versorgungskoordination, die Nutzung nichtmedikamentöser Therapieanteile und die Abstimmung zwischen Haus- und Fachärzten zu verbessern.

Auch dieser Prozess ist strukturiert durch sieben Arbeitsschritte:

1. Vorarbeiten und Detailanalyse

Zu Beginn werden bestehende Strukturen wie Disease-Management-Programme (DMP), Überweisungsverhalten, Monitoring-Systeme und digitale Tools untersucht. Ein besonderes Augenmerk liegt auf der Frage, ob DMP-Patientinnen und -Patienten oder bislang nicht eingeschriebene Versicherte priorisiert werden sollen. Analysen zeigen, dass gerade in der anlassbezogenen Steuerung der haus- und fachärztlichen Versorgung erhebliches Potenzial besteht.

2. Detailkonzeption

Auf Basis der Analyse wird der digitale Therapieplan spezifiziert, einschließlich der Integration eines Therapie-Coaches, der Ausgestaltung von Präventions-, Coaching- und Selbstmanagementmodulen sowie der Definition automatisierter und manueller Steuerungslogiken. User Journeys werden prototypisch dargestellt, um die spätere Bedienbarkeit abzusichern.

3. Integration der Konzepte

In dieser Phase werden die fachlichen Anforderungen mit der technischen Architektur zusammengeführt. Dazu gehören die Definition von Schnittstellen zu bestehenden Therapiebegleitungsplattformen, Monitoring-Geräten sowie zu Präventions- und Bildungsangeboten. Die integrierte Detailkonzeption bündelt alle relevanten Bausteine in einem kohärenten Modell.

4. Partner- und Vertragsmodell (Beauftragung/Lizenzierung)

Analog zum Proof of Concept Pflege wird das Vertrags- und Betriebsmodell festgelegt und ein geeigneter technischer Partner eingebunden, entweder über eine zentrale Beauftragung oder eine Lizenzierung durch die beteiligten Leistungserbringenden, mit Erstattung je teilnehmendem Versicherten. Die Anforderungen umfassen u. a. Interoperabilität, Datensicherheit, Benutzerfreundlichkeit und Skalierbarkeit.

5. Umsetzung

Die Systeme werden konfiguriert und die Inhalte der leitliniengerechten Therapiesteuerung eingepflegt. Parallel werden Schulungen für Hausarztpraxen entwickelt sowie Informationsmaterialien für Patientinnen und Patienten.

6. Deployment und Testbetrieb

Die Plattform wird in ausgewählten Praxen eingeführt. Es folgen Betriebstests, die Erhebung von Nutzungsdaten, die Analyse der Steuerungsprozesse sowie die Überprüfung der Schnittstellen zum Monitoring.

7. Evaluation

Der Evaluationsschwerpunkt liegt auf Versorgungswirksamkeit, Nutzerakzeptanz, Verhaltensänderungen, Prozessqualität und potenziellen Auswirkungen auf Facharztkontakte. Ergänzend werden qualitative Rückmeldungen erhoben und zur Weiterentwicklung genutzt.

6.5 Querschnittsaufgaben

Für beide Proof of Concept-Projekte gelten gemeinsame Querschnittsaufgaben, die für eine kohärente und effiziente Umsetzung zentral sind.

Finanzierung

Es müssen Finanzierungszusagen der Projektpartner eingeholt, Budgetmodelle abgestimmt und langfristig tragfähige Vergütungsmodelle entwickelt werden. Dazu gehört auch die Prüfung, inwiefern besondere Versorgungstatbestände, Bundesprogramme oder Innovationsfonds genutzt werden können.

Rechtliche Rahmenbedingungen

Zu klären sind datenschutzrechtliche Fragen, die Ausgestaltung der Pilotierungsverträge, Vergaberegeln und die Einbettung in bestehende Strukturen der Kassenärztlichen Vereinigungen und Regelungen im SGB V.

Kommunikation und Stakeholder-Management

Ein zentraler Erfolgsfaktor ist die kontinuierliche und transparente Kommunikation mit Leistungserbringenden, Kommunen, Verbänden und politischen Akteuren. Informationspakete sowie abgestimmte Kommunikationsstrategien unterstützen die Akzeptanz und erhöhen die Bereitschaft zur Teilnahme.

Evaluation und Datenstrategie

Für beide Proof of Concept-Projekte müssen Evaluationskonzepte entwickelt, Indikatorensets definiert und Studienlogiken abgestimmt werden. Ergänzende Routinedaten können zur vertieften Analyse genutzt werden.

Auswahl der Pilotregionen und Leistungserbringenden

Die Auswahl geeigneter Pilotregionen ist entscheidend für die Wirkung des Programms. Bevorzugt werden eher ländlich geprägte Regionen mit erkennbaren Versorgungslücken und einem hohen Bedarf an koordinierter Pflege- und Gesundheitsversorgung. Kommunale Strukturen sollen eng eingebunden werden, um örtliche Besonderheiten und vorhandene Initiativen zu berücksichtigen.

Für die Therapiesteuerung sind größere Hausarztpraxen oder Medizinische Versorgungszentren (MVZ) notwendig, die stabile organisatorische Abläufe und ausreichend hohe Patientenzahlen aufweisen. Pro Praxis sollten mindestens 100 bis 200 Patientinnen und Patienten rekrutierbar sein.

Im pflegerischen Bereich sollten leistungsfähige Dienste mit guter technischer Ausstattung einbezogen werden. Schwerpunkte liegen in der Versorgung von Patientinnen und Patienten mit höheren Pflegegraden und hohem Unterstützungsbedarf.

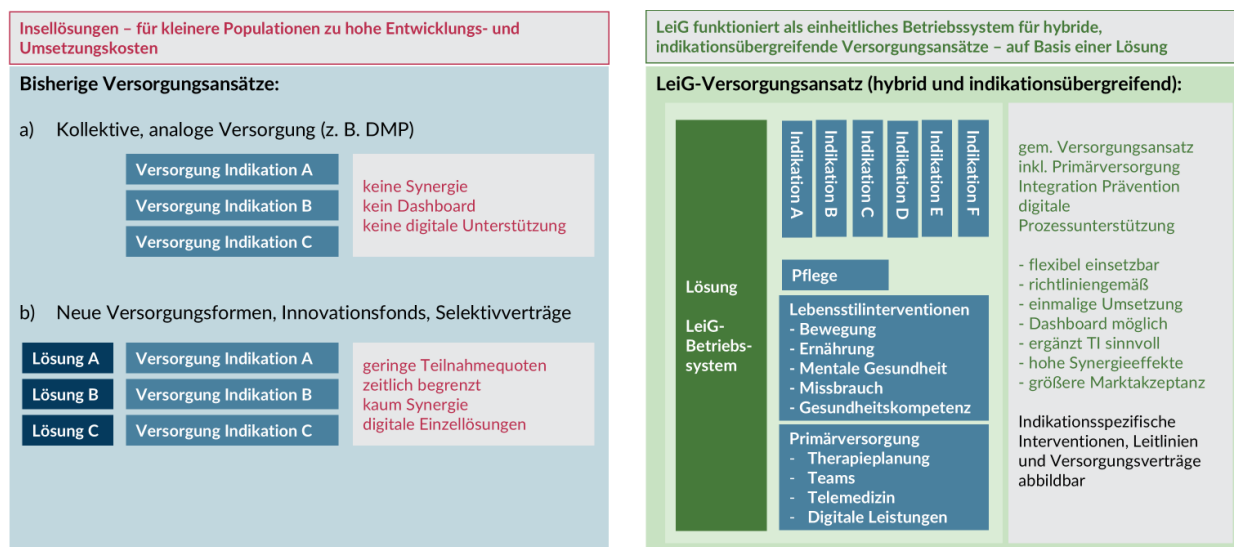
6.6 Technische Umsetzung und Systemarchitektur

Die technische Umsetzung der LeiG-Produkte erfolgt auf Basis eines regionalen Betriebssystems für integrierte, hybride Versorgungsangebote. Dieses System bildet den strukturellen Rahmen, um innovative Versorgungsmodelle, von der Primärversorgung über indikationsbezogene Steuerung bis hin zu Lebensstilinterventionen, wirksam, skalierbar und interoperabel in der Fläche umzusetzen.

Während die konkreten Versorgungsangebote die inhaltlichen Schwerpunkte definieren, adressiert das Betriebssystem jene strukturellen, organisatorischen und technischen Voraussetzungen, die bisher die Umsetzung höherwertiger Versorgungsmodelle erschweren. Dazu gehören u.a. fragmentierte Zuständigkeiten, fehlende digitale Infrastrukturen, unzureichende Steuerungsmöglichkeiten zwischen Behandlungskontakten sowie eine begrenzte Integration von Prävention und Verhaltenstherapie in die Versorgungsabläufe.

Abbildung 17 verdeutlicht diese Logik, indem sie bisherige, häufig indikations- oder projektbezogene Insellösungen (z. B. DMP, selektive Pilotprojekte) dem LeiG-Versorgungsansatz als einheitlichem Betriebssystem für eine hybride, indikationsübergreifende Versorgung gegenüberstellt. Der Vergleich macht sichtbar, wie durch gemeinsame Plattform- und Prozesslogiken Synergien, Interoperabilität und Skaleneffekte entstehen und Umsetzungs- sowie Betriebskosten reduziert werden können.

Abbildung 17: Regionales Betriebssystem „Digitale Transformation Versorgung“ – Vorteile des hybriden, indikationsübergreifenden LeiG-Versorgungsansatzes



Quelle: _fbeta GmbH

Um die bestehenden Lücken in den bisherigen Versorgungsansätzen zu schließen, verbindet das regionale Betriebssystem fünf zentrale Dimensionen:

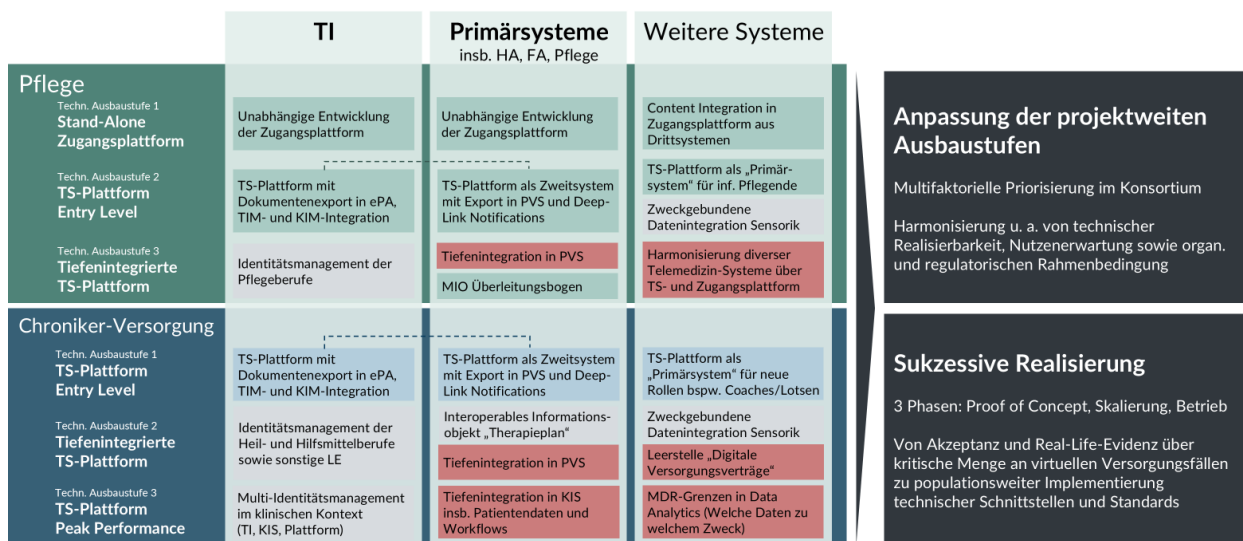
1. **Versorgungsinhaltliche Logiken** (Prozesse, Versorgungspfade, Schwerpunkte)
2. **Organisatorische Strukturen** (Rollen, interprofessionelle Zusammenarbeit, Koordination)
3. **Technische Architektur** (Plattform, Interoperabilität, Schnittstellen, Datenzugang)
4. **Regulatorische Grundlagen** (Rechtskreise, Datenschutz, Vertragslogiken)
5. **Vergütungsmodelle** (SGB V, SGB XI, Selektivverträge)

Auf dieser Grundlage entsteht eine Betriebslogik, die nicht nur die Pilotierung, sondern auch die langfristige Verstetigung und Skalierung der LeiG-Produkte ermöglicht.

Zwischen Versorgungsangeboten und Betriebssystem entsteht eine intermediäre Ebene: die Kernleistungsfähigkeiten. Diese adressieren jene systemischen Schwächen, die für nahezu alle Erkrankungen und Settings relevant sind, und erhöhen die Umsetzungsstärke des Versorgungökosystems deutlich.

Abbildung 18 konkretisiert diese Betriebslogik aus technischer Perspektive und zeigt die stufenweise Integrations- und Ausbaulogik der LeiG-Produkte in der bestehenden Systemlandschaft.

Abbildung 18: Technische Integration der LeiG-Produkte in die bestehende Systemlandschaft



Quelle: _fbeta GmbH

Die technische Integration der LeiG-Produkte folgt einer stufenweisen Konzeption, die bestehende Systemlandschaften berücksichtigt und schrittweise vertieft. Ziel ist es, nutzbare Lösungen frühzeitig bereitzustellen und gleichzeitig eine hohe Anschlussfähigkeit an Primärsysteme, Telematikinfrastruktur (TI) und weitere Drittsysteme sicherzustellen. Die Logik gilt gleichermaßen für die Pflegestrategie und die digitale Therapiesteuerung. Dazu gehören u. a.:

- kontinuierliche Therapie-, Pflege- und Interventionsplanung,
- virtuelle Teams zur Therapiesteuerung und strukturierte Telekonsile,
- Coaching und Aktivierungsformate, die Motivation, Gesundheitshandeln und Selbstwirksamkeit stärken,
- Lebensstilinterventionen, die indikationsübergreifend an den Root Causes chronischer Erkrankungen ansetzen,
- Identifikation und Einschluss geeigneter Patientinnen und Patienten in einem Stadium realer Veränderungsbereitschaft.

Diese Elemente sind wissenschaftlich breit belegt und in zahlreichen Leitlinien, internationalen Präventionsprogrammen sowie in Theorien und Modellen der Verhaltensänderung im Gesundheitskontext verankert. Die Herausforderung liegt weniger in der Evidenz als in der systematischen Umsetzung im Alltag. Die Kernleistungsfähigkeiten lösen dieses Umsetzungsproblem und schaffen ein strukturelles Fundament, das deutlich höhere Fallreduktions- und Gesundheitseffekte ermöglicht als die klassische medizinische oder pflegerische Versorgung allein.

Gemeinsam erzeugen die Versorgungsangebote, Kernleistungsfähigkeiten und das regionale Betriebssystem einen integrierten Versorgungsansatz, der sowohl die operativen Abläufe als auch die strategische Leistungsfähigkeit des Gesundheitssystems stärkt. Dies führt zu:

- höherer Umsetzungsfähigkeit und besserer Nutzung digitaler Technologien,

- verbesserter Wirksamkeit durch kombinierte Verhaltens-, Versorgungs- und Steuerungslogiken,
- relevanten Vorteilen auf der ökonomischen und beitragsatzrelevanten Ebene.

Die technische Umsetzung der LeiG-Produkte folgt dem Grundsatz, bestehende Systeme so weit wie möglich zu nutzen und neue Lösungen nur dort aufzubauen, wo funktionale Lücken bestehen. Im **pflegerischen Bereich** bedeutet dies insbesondere, dass vorhandene Dokumentations- und Planungssysteme der Pflegedienste angebunden werden, anstatt parallele Plattformen einzuführen. Dieser Ansatz erhöht die Akzeptanz, reduziert den Schulungsaufwand und erleichtert die Integration in bestehende Abläufe.

Für die **informelle Pflege** wird ein eigenes, praxisnahes Instrument zur Dokumentation und Planung benötigt, das intuitive Bedienbarkeit mit rechtlichen Anforderungen, insbesondere aus dem Bereich der Pflegeplanung, verbindet. Auch hierfür gilt: Die Lösung muss so gestaltet werden, dass sie ohne hohen Einführungsaufwand nutzbar ist.

Im Bereich der **Therapiesteuerung** wird ein modulares System aufgebaut, das Monitoring-Geräte, Wissensvermittlung, Coaching, Präventionsangebote und den digitalen Therapieplan zu einem einheitlichen Modell kombiniert. Schnittstellen zu Praxisverwaltungssystemen und zu bestehenden digitalen Angeboten werden definiert und nach Möglichkeit über etablierte Standards wie FHIR umgesetzt.

Der technische Gesamtansatz basiert auf einer offenen, integrationsfähigen Architektur. Sie ermöglicht es, zukünftige Komponenten, etwa weitere Versorgungsmodule, zusätzliche Indikationen oder erweiterte Monitoring-Funktionen, schrittweise zu ergänzen, ohne die Grundstruktur des Systems zu verändern. Damit ist die technische Umsetzung nicht nur für den Proof of Concept ausgelegt, sondern für einen nachhaltigen Einsatz über die Projektlaufzeit hinaus.

6.7 Risikofelder der Umsetzung

Die Planung zur Umsetzung der LeiG-Produkte zeigt mehrere Risikofelder, die frühzeitig adressiert werden müssen, um Verzögerungen, Akzeptanzprobleme oder Fehlentwicklungen zu vermeiden.

Rekrutierung und Teilnahmebereitschaft

Die Gewinnung von Patientinnen und Patienten, Pflegebedürftigen und informell Pflegenden kann zeitaufwendig sein. Abhängig von Indikation, Pflegegrad oder regionalen Strukturen kann die Rekrutierung mehrere Monate dauern. Dies erfordert eine realistische Zeitplanung und gegebenenfalls abgestufte Startphasen.

Technische Integration und Interoperabilität

Die Anbindung bestehender Systeme, insbesondere in der Pflege, ist technisch anspruchsvoll. Unterschiede in Softwarelandschaften, Datenqualitäten und Prozesslogiken können zu Verzögerungen führen. Klare Spezifikationen, einheitliche Schnittstellenstandards und begleitende Tests sind daher essenziell.

Akzeptanz der Leistungserbringenden

Sowohl Hausärztinnen und Hausärzte als auch Pflegedienste arbeiten bereits unter hoher Belastung. Neue digitale Werkzeuge werden nur dann akzeptiert, wenn sie eine spürbare Entlastung oder

Verbesserung darstellen und Schulungen sinnvoll gestaltet sind. Transparente Kommunikation und evidenzbasierte Nutzenargumentation sind hierbei entscheidend.

Fragmentierte Zuständigkeiten in der Pflege

Die pflegerische Versorgung ist stark regional geprägt, mit erheblichen Unterschieden hinsichtlich der Zuständigkeiten, Netzwerke und Leistungsangebote. Dies erfordert eine sorgfältige Abstimmung mit kommunalen Partnern und eine präzise Definition von Rollen und Verantwortlichkeiten.

Finanzielle und regulatorische Unsicherheiten

Anstehende Reformen in der Pflegefinanzierung sowie Entwicklungen in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) können Auswirkungen auf Fördermöglichkeiten, Vergütungssysteme und die wirtschaftliche Tragfähigkeit des Projekts haben. Eine flexible Ausgestaltung der Finanzierungsmodelle sowie eine kontinuierliche Analyse der Gesetzeslage sind daher erforderlich.

Pilotregionen und Zielgruppendefinition

Die Auswahl der Regionen und Praxen beeinflusst die Aussagekraft und Relevanz des Proof of Concept maßgeblich. Unterschiedliche Zielgruppengrößen zwischen den Ausbaustufen und die Abgrenzung beispielsweise von chronisch kranken Menschen, die in DMP-Programme eingeschrieben sind, müssen definiert sein, um valide Ergebnisse zu ermöglichen.

6.8 Erfolgsfaktoren

Gleichzeitig lassen sich mehrere Faktoren identifizieren, die den Erfolg des Programms maßgeblich unterstützen können.

Starkes regionales Bündnis

Die gemeinsame Ausrichtung von Kranken- und Pflegekassen, Kommunen, Leistungserbringenden und regionalen Organisationen schafft eine strategische Basis, die weit über einzelne Projekte hinausreicht.

Integration statt Parallelstrukturen

Das konsequente Anknüpfen an bestehende Systeme und Angebote, sowohl technisch als auch organisatorisch, erhöht Nutzbarkeit, Akzeptanz und Nachhaltigkeit.

Skalierbare technische Architektur

Die modulare Struktur ermöglicht es, die digitale Versorgungsarchitektur über den Proof of Concept hinaus weiterzuentwickeln und neue Produkte, Indikationen oder Funktionen zu integrieren.

Wissenschaftliche Begleitung

Eine hochwertige Evaluation schafft Glaubwürdigkeit, politische Anschlussfähigkeit und ermöglicht eine spätere Überführung in die Regelversorgung.

Agiles Vorgehen

Der skaliert-agile Projektansatz erlaubt es, frühzeitig Feedback einzuholen, Anpassungen vorzunehmen und technische sowie fachliche Entwicklungen iterativ voranzutreiben.

Politische Sichtbarkeit

Durch abgestimmtes Stakeholder-Management und politische Begleitung können die Proof of Concept-Projekte als Modellregion positioniert werden, was Akzeptanz und Finanzierungschancen erhöht.

Zwischenfazit und Ausblick

Mit der vorliegenden Umsetzungs- und Organisationsplanung liegt ein konsistenter, fachlich fundierter und strategisch ausgerichteter Rahmen für die praktische Erprobung in der Gesundheitsregion vor. Die beiden Proof of Concept-Projekte Pflege und Therapiesteuerung bilden die zentrale Testumgebung, in der sich zeigt, ob die entwickelten Konzepte unter realen Bedingungen wirksam und tragfähig sind.

Die Governance-Struktur stellt sicher, dass operative Umsetzung, strategische Steuerung, wissenschaftliche Begleitung und langfristiger Betrieb eng miteinander verzahnt sind. Die technische Architektur ist auf eine nachhaltige Skalierung ausgelegt, und die Einbindung regionaler Partner schafft die Grundlage für hohe Akzeptanz in der Versorgungsrealität.

Insgesamt entsteht damit ein neuer, integrierter Ansatz zur Gestaltung der regionalen Gesundheitsversorgung, der die Sektoren verbindet, digitale Werkzeuge intelligent nutzt und sowohl Patientinnen und Patienten als auch Leistungserbringenden spürbare Mehrwerte bieten kann. Die nächsten Schritte bestehen darin, verbleibende offene Punkte zu konkretisieren, die Pilotregionen verbindlich festzulegen und die operative Umsetzung für den Proof of Concept vorzubereiten.

6.9 Konzeptioneller Rahmen der Wirtschaftlichkeitslogik

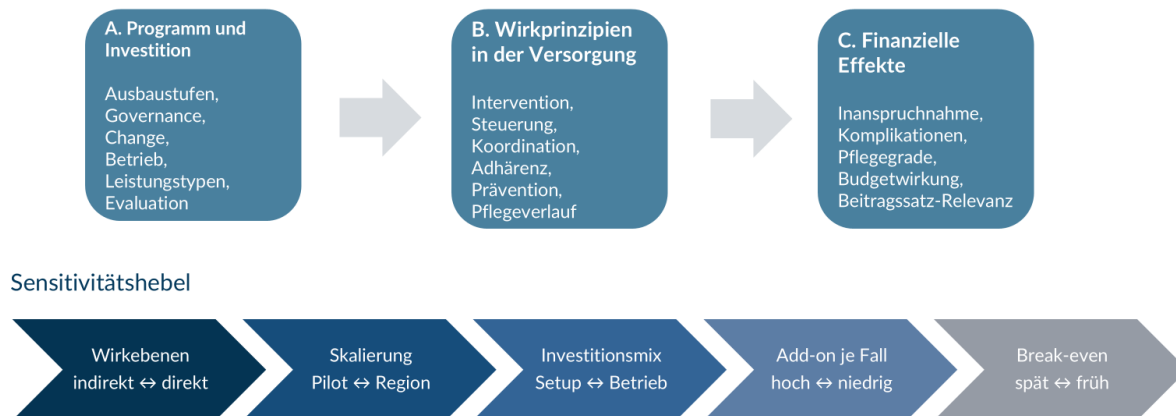
Die wirtschaftliche Betrachtung der Gesundheitsregion dient primär dazu, die Wirkmechanismen, Hebel und Skalierungsbedingungen des transparent zu machen. Sie ist bewusst als Szenario- und Sensitivitätsrahmen angelegt und nicht als punktgenaue Prognose einzelner Einsparbeträge. Entscheidend ist, welche Wirkprinzipien unter welchen Voraussetzungen zu messbaren finanziellen Effekten führen und welche Parameter die Ergebnisse besonders stark beeinflussen.

Im Mittelpunkt stehen dabei folgende Leitfragen:

1. **Wirkebenen/Grundeffekte:** Auf welcher Ebene wird investiert (z.B. Lebensstil/Verhalten, Primärversorgung/Koordination, Chronikersteuerung, Pflege)? Welche Kostenarten werden dadurch typischerweise beeinflusst (z. B. Inanspruchnahme, Komplikationen, Pflegegrade)?
2. **Skalierung und Fallzahlen:** Welche Reichweite ist erforderlich, damit finanzielle Effekte in relevanter Größenordnung sichtbar werden (z. B. Patienten Leistungserbringende, regionale Abdeckung)?
3. **Investitionslogik:** Welche Anteile sind einmalige Projekt-/Aufbaukosten (z. B. Governance, Evaluation, Change), welche sind laufende Betriebskosten, und welche sind versorgungsbezogene Leistungskosten?
4. **Add-on-Kosten pro Patienten:** Welche zusätzlichen Kosten entstehen pro eingeschriebenem bzw. aktiv versorgtem Fall (z.B. Coaching, Plattformbetrieb, Koordination), und wie entwickeln sich diese mit wachsender Skalierung?
5. **Break-even und Beitragssatzrelevanz:** Ab welcher Kombination von Reichweite, Umsetzungsgrad und Wirksamkeit wird das Programm wirtschaftlich tragfähig, und ab wann sind Effekte für Beitragssatz- bzw. Budgetdiskussionen relevant?

Abbildung 19: Konzeptioneller Rahmen der Wirtschaftlichkeitslogik

Szenario- und Sensitivitätsrahmen



Quelle: _fbeta GmbH

Die folgenden Abschnitte (Betriebs- und Finanzplanung) greifen diese Leitfragen auf und strukturieren die Annahmen entsprechend.

6.10 Betriebs- und Finanzplanung (Detailkonzept)

Die Betriebs- und Finanzplanung überführt die konzeptionellen Elemente der Gesundheitsregion in eine umsetzungsfähige Struktur. Sie bildet die Grundlage für Förderanträge, vertragliche Regelungen sowie die spätere Verstetigung der Proof-of-Concept-Projekte. Ziel ist eine klare, rechtskonforme Zuordnung von Kostenarten, Finanzierungsquellen und Zuständigkeiten sowie die Trennung zwischen projektbezogenen Aufwänden und versorgungsbezogenen Leistungen.

Die nachfolgend dargestellten Annahmen, Wirkungslogiken und Ergebnisse basieren auf einem phasen- (Proof of Concept, Rollout, Betrieb) und szenarienbasierten Kosten-, Wirkungs- und Amortisationsmodell.

6.10.1 Grundlogik der Kosten-, Wirkungs- und Amortisationsrechnung

Abbildung 20: Grundlogik der Modellierung



Quelle: _fbeta GmbH

Die Betriebs- und Finanzplanung der Gesundheitsregion basiert auf einer definierten Kosten- und Finanzierungslogik, die die Grundlage für die nachfolgende Wirkungs- und Amortisationsbetrachtung bildet. Ziel ist es, die zentralen Wirkmechanismen und Kostentreiber transparent darzustellen und eine belastbare Struktur für Planung, Budgetierung, Förderfähigkeit sowie die spätere Überführung in regelhafte Finanzierungs- und Vertragsmodelle zu schaffen.

Zentrale Strukturprinzipien sind erstens die Trennung von projektbezogenen Aufwänden (Entwicklung, Aufbau, Governance, Evaluation, Change und Kommunikation) und laufenden Betriebs- bzw. Versorgungskosten sowie zweitens die klare Zuordnung von Leistungen und Kostenpositionen zu den jeweiligen Rechtskreisen (SGB V und SGB XI). Diese Grundlogik stellt sicher, dass Kosten, potenzielle Effekte und Finanzierungsquellen nachvollziehbar abgegrenzt und rechtskonform abgebildet werden können.

Auf dieser Grundlage wird zunächst die Reichweite des Programms quantifiziert: Aus dem Marktanteil der teilnehmenden Kostenträger, der Durchdringung (Anzahl der im Programm eingeschriebenen Patientinnen und Patienten) sowie dem Umsetzungsgrad der vorgesehenen Maßnahmen ergibt sich die Zahl der aktiv versorgten Fälle pro Jahr. Für diese aktiv versorgten Fälle werden anschließend die Wirksamkeit bzw. der Wirkungsgrad der Maßnahmen (z. B. Fallvermeidung, Remissionen, Pflegegradprogression) sowie die daraus resultierenden Add-on-bzw. eingesparten Kosten modelliert.

Die beschriebenen Fallzahlen bilden die zentrale Bezugsgröße für die nachfolgende Bewertung von Kosten-, Versorgungs- und Nettoeffekten. Daraus wird die Reichweite bzw. Zahl der aktiv versorgten Fälle pro Jahr abgeleitet. Auf dieser Basis werden Wirksamkeit/Wirkungsgrad sowie Kosten- und Einsparwirkungen berechnet. Diese Fallzahlen bilden die zentrale Bezugsgröße für die nachfolgende Bewertung von Kosten, Versorgungseffekten und Nettoeffekt.

Die finanziellen Effekte werden entlang zweier Szenarien modelliert, in denen teils unterschiedliche Steuerungs- und Interventionsebenen wirken. Das Szenario Chroniker-/Therapiesteuerung differenziert

sich in drei operative Wirkmechanismen: Primärversorgung, Lebensstilinterventionen und Integration von Versorgung. Das Szenario Pflege nutzt sowohl die Effekte aus dem Szenario der Therapiesteuerung als auch Effekte einer weitergehenden multimodalen Aktivierung (vgl. Abbildung 21).

Stärkung der Primärversorgung durch Therapieplanung, -steuerung und Gatekeeping: Die digitale Therapieplanung und -steuerung ist die zentrale Grundlage für eine effiziente und effektive Primärversorgung. Positive Effekte entstehen insbesondere durch die koordinierende Fallführung in virtuellen Teams inkl. Gatekeeping in der hausärztlichen Versorgung. Die digitale Therapieplanung erlaubt eine integrierte Versorgung entlang von Behandlungspfaden und ein datenbasiertes Versorgungsmodell. Verbesserungen entstehen indikationsübergreifend vor allem durch eine bedarfsgerechtere Inanspruchnahme von Leistungen und prospektive Ausrichtung der Versorgung an der Therapieplanung.

Lebensstilinterventionen: Die systematische Integration präventiver und nichtmedikamentöser Maßnahmen zielt auf die Reduktion von Risikofaktoren über die Förderung nachhaltiger Verhaltensänderungen. Die Lebensstilinterventionen wirken mit zentralen Themen wie bspw. mentale Gesundheit, Bewegung, Ernährung, Substanzmissbrauch und Gesundheitskompetenz zur Vermeidung von Fällen insbesondere bei chronischen Erkrankungen, aber auch bei einer möglichen anschließenden Pflegebedürftigkeit. Die modellierten Effekte ergeben sich aus der Vermeidung neuer Krankheitsfälle (Inzidenzeffekte) sowie aus Remissionen und der Verringerung bestehender Krankheitslast (Prävalenzeffekte).

Indikationsspezifische Integration von Versorgung: Die plattformbasierte Integration von Versorgungsprozessen reduziert Brüche zwischen den Versorgungssektoren und erleichtert es, Versorgungsinnovationen strukturell zu verankern. Daraus entsteht im Wesentlichen eine Effizienzsteigerung in den Bereichen der Ressourcennutzung, der Vermeidung redundanter Leistungen sowie erhöhter Prozessqualität.

Maßnahmen zur Verhinderung oder Verringerung von Pflegebedürftigkeit: Koordinierte, aktivierende und präventive Unterstützungsangebote tragen dazu bei, den Eintritt von Pflegebedürftigkeit zu verzögern oder deren Progression abzumildern. Diese haben in der Regel einen multimodalen Ansatz. Die modellierten Effekte ergeben sich aus der Stabilisierung von Pflegeverläufen sowie aus der Reduktion fortschreitender Pflegegradentwicklungen.

Zur Vergleichbarkeit und Einordnung der Effektstärken wird in der Darstellung ein Referenzzeitpunkt im vierten Jahr nach Beginn der Umsetzung herangezogen; dies ersetzt keine Ex-Post-Evaluation, sondern dient der konsistenten Gegenüberstellung von Wirkbeiträgen und Kostenelementen im Modell.

Diesen potenziellen Effekten werden die laufenden Programm- und Betriebskosten sowie die befristeten Projekt- und Aufbaukosten gegenübergestellt. Der daraus resultierende Saldo bildet den jährlichen Nettoeffekt, der über die Jahre kumuliert wird und die Grundlage für die Einordnung von Amortisation und Break-even bildet.

Die Interpretation der Ergebnisse erfolgt dabei im Rahmen einer szenarienbasierten Betrachtung und unter Berücksichtigung der im weiteren Verlauf dargestellten Limitationen und Sensitivitäten (vgl. Kapitel 6.10.2).

Abbildung 21 veranschaulicht die Aufschlüsselung der jährlichen Effekte zum Referenzzeitpunkt (Jahr 4 nach Beginn der Umsetzung) nach zentralen Wirkmechanismen und weist Einsparungen sowie Programmkosten getrennt aus.

Dadurch wird transparent, welche Effekte aus Primärversorgungs- und Strukturmaßnahmen, Lebensstilinterventionen, integrierten Versorgungsprozessen sowie Maßnahmen in der Pflege resultieren und wie sich daraus der jährliche Saldo errechnet.

Abbildung 21: Vergleich jährliche Effektstärke der Wirkmechanismen

	Jahr 4
	Rollout und Betrieb
	2029
Primärversorgung Effekte ergeben sich hauptsächlich aus der Anwendung von Elementen der Primärversorgung (Gatekeeping, Patientensteuerung).	
Lebensstilinterventionen Effekte ergeben sich aus der Anwendung präventiver Maßnahmen und berechnen sich aus Fallvermeidung (Inzidenz) und Remission (Prävalenz).	
Integration von Versorgung Verbesserungen durch die Abbildung von Versorgungsinnovationen auf der LeiG-Plattform	
Maßnahmen in der Pflege Effekte bestehen hauptsächlich in der Verhinderung von (fortschreitender) Pflegebedürftigkeit oder deren Verringerung.	
Versorgungskosten bestehen aus den Lizenzkosten für Versicherte, Leistungserbringer und Kostenträger einerseits und zusätzlichen Vergütungen für Leistungserbringende andererseits.	
	Chroniker
	Versorgte Patienten (Fallzahl)
	29.088
	Versorgungskosten IST pro Fall
	2.569 €
	20 % Struktur- und Verfahrensverbesserungen
	14.948.003 €
	Inzidenzeffekt (50 %) gewichtet mit Wirkungsgrad p.a.
	1.582.953 €
	Prävalenzeffekt (10 % Remissionen)
	7.474.001 €
	5 % Einsparungen d. verbesserte Versorgungsprogramme
	3.363.301 €
	Summe jährliche Einsparungen Chroniker
	27.368.258 €
	Lizenzkosten Software jährlich
	2.007.038 €
	Kosten Vergütung jährlich
	3.490.500 €
	Summe zusätzliche Versorgungskosten p.a.
	5.497.538 €
	Saldo Einsparungen abzgl. Kosten Chroniker p.a.
	21.870.720 €
	Pflege (ambulant)
	Versorgte Pflegebedürftige (Fallzahl)
	3.822
	Entlastungen Pflege (bezogen auf Referenzwert)
	4.612.522 €
	zusätzliche Versorgungskosten Pflege gesamt
	2.752.056 €
	Saldo Einsparungen abzgl. Kosten Pflege p.a.
	1.860.466 €

Quelle: _fbeta GmbH

6.10.2 Szenarienbasierte Wirtschaftlichkeitsbetrachtung

Die Szenarien basieren auf einer phasenweisen Skalierung (Proof of Concept, Rollout, Betrieb). Für jede Phase werden zentrale Versorgungs- und Strukturkennzahlen als kalkulatorische Annahmen festgelegt, darunter die Anzahl versorgter Patientinnen und Patienten sowie Pflegebedürftiger und die daraus abgeleiteten institutionellen Kapazitäten (u. a. Arztpraxen, Pflegedienste, Coaches). Ergänzend werden Annahmen zum Kostenträger-/Reporting-Setup ausgewiesen.

Abbildung 22: Kernkennzahlen: Überblick über kalkulatorische Annahmen

Dimension	Phase 1: Proof of Concept	Phase 2: Rollout	Phase 3: Betrieb
A. Versorgungsmenge (Cases/Population)			
Versorgte Patienten (Fallzahl)	1.454	29.088	87.263
Versorgte Pflegebedürftige	191	3.822	11.467
Erforderliche Arztpraxen als Institution (IK)	7	145	436
B. Leistungserbringende (Institutionen/Personen)			
Erforderliche Pflegedienstleister als Institution	2	38	115
Anzahl Coaches (zugelassene Präventionsanbieter nach ZPP) in Personen	50	500	1.500
C. Kostenträger			
Krankenkassen Grundlizenz Reporting je Versorgungsbereich (Primärversorgung, Pflege, Chroniker, Lebensstil)	1+	3	5

Quelle: fbeta GmbH

Abgrenzungen und Limitationen der Modellierung

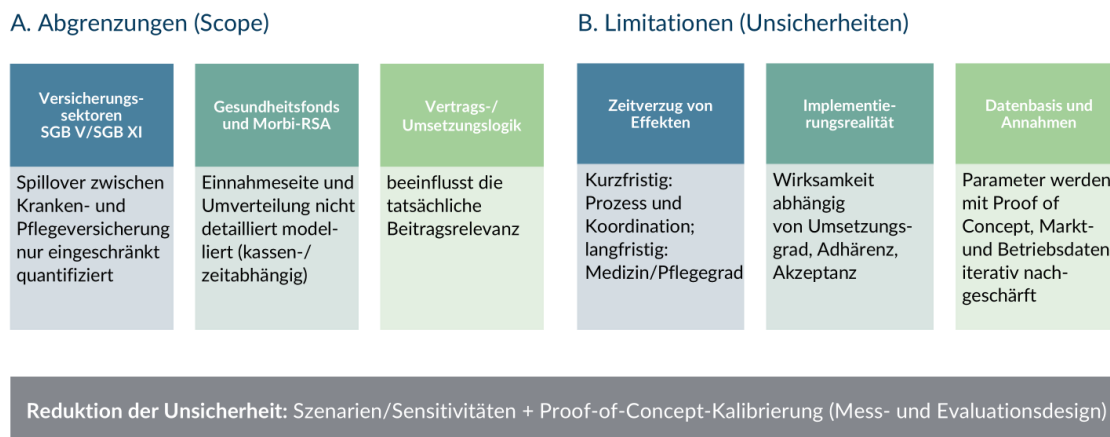
Die wirtschaftliche Betrachtung bildet Wirkzusammenhänge strukturiert ab, unterliegt jedoch bewussten Abgrenzungen, die bei der Interpretation der Ergebnisse zu berücksichtigen sind:

- **Szenario- statt Prognosemodell:** Die Modellierung dient der Darstellung von Wirkprinzipien und Bandbreiten. Sie ersetzt keine Ex-Post-Evaluation und keine belastbare Prognose einzelner Beträge.
- **Abgrenzung der Rechtskreise (SGB V/SGB XI):** Kosten und Effekte werden entlang der jeweils relevanten Leistungsbereiche zugeordnet. Überschneidungen und Spillover-Effekte zwischen Kranken- und Pflegeversicherung können auftreten und werden in der konzeptionellen Darstellung nur eingeschränkt quantifiziert.
- **Krankenkassenspezifische Verteilungslogiken (RSA/Morbi-RSA):** Effekte auf Einnahmeseite und Umverteilungsmechanismen (z.B. morbiditätsorientierter Risikostrukturausgleich) werden nicht im Detail modelliert, da sie kassen- und zeitabhängig sind. Je nach gemeinsamer Umsetzung und Vertragslogik kann dies die tatsächliche Beitragsrelevanz beeinflussen.
- **Zeitverzug von Effekten:** Medizinische und pflegerische Effekte treten häufig zeitverzögert ein (z.B. Pflegegradentwicklung, Remission). Kurzfristig stehen eher Prozess- und Koordinationseffekte im Vordergrund. Die Darstellung verwendet zur Vergleichbarkeit ergänzend einen Referenzzeitpunkt im Jahr 4 nach Beginn der Umsetzung, ohne den grundsätzlich zeitverzögerten Charakter medizinischer und pflegerischer Effekte aufzuheben.
- **Implementierungsrealität:** Die Wirksamkeit hängt stark von Umsetzungsgrad, Prozessadhärenz und Akzeptanz bei Leistungserbringenden und Versicherten ab. Diese Größen werden im Proof of Concept empirisch kalibriert.

- **Datenbasis und Annahmen:** Teile der Parameter beruhen auf Literatur, Routinedaten und Expertenschätzungen. Sie werden iterativ nachgeschärft, sobald Ergebnisse aus Proof of Concept, Marktrecherche und Betrieb vorliegen.

Diese Limitationen sind explizit berücksichtigt, indem zentrale Unsicherheiten über Szenarien und Sensitivitäten abgebildet und im Proof of Concept durch Mess- und Evaluationsdesigns systematisch reduziert werden.

Abbildung 23: **Abgrenzungen und Limitationen der Modellierung**



Quelle: [_fbeta GmbH](#)

6.10.3 Kostenstruktur, Rechtskreisabgrenzung und Skalierung

Die nachfolgend dargestellte Kosten- und Finanzierungsstruktur bildet den organisatorischen und rechtlichen Rahmen für die zuvor beschriebene Wirkungs- und Amortisationsrechnung. Sie stellt sicher, dass Projekt-, Betriebs- und Versorgungskosten eindeutig abgegrenzt, rechtskonform zugeordnet und über die Zeit hinweg skalierbar ausgestaltet werden können.

Kostenarten

Die Kostenstruktur unterscheidet drei zentrale Kostenarten:

- **Personalkosten**, differenziert nach projektbezogenen Rollen (z. B. Konzeption, Koordination, Evaluation) und betriebsbezogenen Rollen (z. B. Betrieb, Support, Weiterentwicklung),
- **Sach- und Infrastrukturkosten**, insbesondere für IT-Systeme, Lizenzen, Schulungen, Kommunikation sowie den laufenden technischen Betrieb,
- **Versorgungskosten**, die perspektivisch über geeignete Vergütungs- und Vertragsmodelle in der Regelversorgung abgebildet werden.

Diese Differenzierung ist Voraussetzung für Förderfähigkeit, transparente Umlageentscheidungen zwischen den Projektpartnern sowie für die spätere Überführung in die Regelversorgung. Zur

Konkretisierung der Versorgungskosten und der zugrunde gelegten Wirkannahmen werden zentrale Parameter im Modell auf Pro-Person-Basis ausgewiesen.

Die Abbildung 24 stellt hierfür die zentralen Interventionsfelder dar und weist die verwendeten Kostenansätze pro Person und Jahr aus (auf Basis von Marktbeobachtungen) sowie die in der Literatur berichteten und für die Kalkulation angesetzten Effektstärken:

- Für die **Primärversorgung** werden ca. 150 Euro p. a. (Lizenzen/Therapiesteuerung) angesetzt; die evidenzbasierte Effektstärke liegt bei bis zu 80 Prozent, für die Kalkulation werden konservativ 20 Prozent unterstellt (Velasco Garrido et al., 2011).
- Für **Lebensstilinterventionen** werden ca. 150 Euro p. a. (Vergütung der Interventionen) angesetzt; die Evidenz liegt im gewichteten Mittel bei 59 Prozent (22 – 91 Prozent), angesetzt werden 30 Prozent bei Inzidenten und 10 Prozent bei Prävalenten (O'Donnell et al., 2016, Islami et al., 2018, Naicker et al., 2018, Livingston et al., 2020a, Barbaresko et al., 2018, GBD 2021 Low Back Pain Collaborators, 2023, Hou and Yang, 2024, Hu et al., 2001, Liang et al., 2023, Lu et al., 2024, Schuch et al., 2018, Dragioti et al., 2022, Zhu et al., 2024).
- Für **Maßnahmen in der Pflege** werden ca. 720 Euro p. a. (Vergütung der Maßnahmen) angesetzt; evidenzbasiert werden bis zu 42 Prozent Reduktion/Vermeidung von Pflegebedürftigkeit berichtet, kalkulatorisch werden 0 – 12 Prozent (gewichtet nach Potenzial je Pflegestufe und Fallzahl) angenommen (Apóstolo et al., 2018).
- Für die **indikationsbezogene Integration von Versorgung** (LeiG-Plattform) werden Kosten in der Größenordnung bestehender Versorgungsangebote zugrunde gelegt; evidenzbasiert wird ein übergreifender Effekt von 5 Prozent dargelegt und kalkulatorisch pauschal 5 Prozent angesetzt.

Die angesetzten Effektstärken sind bewusst konservativ gewählt und dienen der transparenten Herleitung der Szenarien; sie werden im Proof of Concept empirisch kalibriert. Dabei ist zu berücksichtigen, dass die Effekte der indikationsbezogenen Integration von Versorgung voraussetzen, dass die primärversorgungsbezogenen, lebensstilbezogenen und pflegerischen Interventionen wirksam umgesetzt sind und erst auf dieser Grundlage zusätzliche Effekte entfalten.

Die Abbildung 25 ergänzt diese Pro-Person-Logik um die Programm- und Projektkosten (insbesondere Sachkosten/Dienstleister sowie Administration, Systempflege und Betrieb) entlang der Phasen Umsetzung Proof of Concept (2026/2027), Rollout und Betrieb (2028/2029) und Betrieb (2030/2031). Damit wird die skalierbare Kostenentwicklung über die Zeit (inkl. kumulierte direkte Projektkosten) als Grundlage der Finanzierungs- und Umsetzungsplanung transparent abgebildet.

Abbildung 24: Versorgungskosten und Verbesserungseffekte pro Person

	Kosten auf Basis von Marktbeobachtungen	Effektstärke Evidenz, wie sie in Metastudien nachgewiesen wurde	Effektstärke Annahme, wie sie der Kalkulation zugrunde liegt
Primärversorgung Effekte ergeben sich hauptsächlich aus der Anwendung von Elementen der Primärversorgung (Gatekeeping, Patientensteuerung).	ca. 150 € p.a. für Lizenzen und Therapiesteuerung	Bis zu 80 % (Metastudie)	20 %
Lebensstilinterventionen Effekte ergeben sich aus der Anwendung präventiver Maßnahmen und berechnen sich aus Fallvermeidung (Inzidenz) und Remission (Prävalenz).	ca. 150 € p.a. für Vergütung der Interventionen	Nach Fallzahlen gewichteter Durchschnitt 59 % (22 % – 91 % je nach Erkrankung) (teils Metastudien)	30 % bei Inzidenten 10 % bei Prävalenten
Maßnahmen in der Pflege Effekte bestehen hauptsächlich in der Verhinderung von (fortschreitender) Pflegebedürftigkeit oder deren Verringerung.	ca. 720 € p.a. für Vergütung der Maßnahmen	Bis zu 42 % Reduzierung/Vermeidung von Pflegebedürftigkeit (Metastudie)	0 % – 12 % gewichtet nach Potenzial je Pflegestufe und Anzahl der Fälle
Indikationsbezogene Integration von Versorgung Verbesserungen durch die Abbildung von Versorgungsinnovationen auf der LeiG-Plattform	Kosten vergleichbar mit existierenden Versorgungsangeboten	Übergreifender Effekt bei Integration von Versorgung 5 % (Metastudie)	5 % pauschal

Quelle: fbeta GmbH

Abbildung 25: Programm- und Projektkosten: Pflege und Therapiesteuerung

	Umsetzung Proof of Concept		Rollout und Betrieb		Betrieb	
	2026	2027	2028	2029	2030	2031
Sachkosten Projektarbeit (Pflege und Therapiesteuerung)						
Größe Projektteam in VZA	16	16	12	10	6	3
Anteil (externe) Dienstleister	30 %	30 %	20 %	20 %	20 %	20 %
VZA Kasse	11	11	10	8	5	2
Sachkosten Dienstleister	1.285.200 €	1.285.200 €	642.600 €	535.500 €	321.300 €	160.650 €
Kosten für Administration, Systempflege und Betrieb			514.080 €	514.080 €	514.080 €	514.080 €
direkte Projektkosten (ohne Personalressourcen)	1.285.200 €	1.285.200 €	1.156.680 €	1.049.580 €	835.380 €	674.730 €
direkte Projektkosten kumuliert	1.285.200 €	2.570.400 €	3.727.080 €	4.776.660 €	5.612.040 €	6.286.770 €

Die Sachkosten in der Proof-of-Concept-Phase halbieren sich nahezu, wenn ein Innovationsfonds-Projekt für die Therapiesteuerung zustande kommt.

Die Sachkosten für den reinen Pflegeanteil des LeiG-Programms halbieren sich NICHT, wenn kein Therapiesteuerungs-Projekt zustande kommt, da die Ausbaustufe 2 die Umsetzung eines Pflegeplans und die Einbeziehung medizinischer Leistungserbringender vorsieht und auf Vorleistungen aus der Therapiesteuerung aufbaut.

Quelle: fbeta GmbH

Die Zuordnung der dargestellten Kosten- und Leistungsbestandteile zu den Rechtskreisen SGB V und SGB XI erfolgt im folgenden Abschnitt.

Rechtskreisabgrenzung

Die Zuordnung der Leistungen erfolgt entlang der geltenden Rechtskreise. Pflegehilfsmittel sowie niedrigschwellige Unterstützungs- und Beratungsleistungen sind primär dem **SGB XI** zuzuordnen. Medizinische Hilfsmittel sowie telemedizinische Monitoring- und Steuerungsleistungen fallen demgegenüber in den Anwendungsbereich des **SGB V**.

Für die digitale Therapiesteuerung bietet sich insbesondere eine Finanzierung über **Selektivverträge nach § 140a SGB V** an. Diese ermöglichen eine indikations- und versorgungsbezogene Abbildung der Leistungen außerhalb der kollektivvertraglichen Regelversorgung und schaffen zugleich Spielräume für Innovation und Evaluation.

Finanzierungs- und Vertragslogik

In der Projektphase werden die Aufwände über eine Kombination aus Fördermitteln (z. B. Innovationsfonds, § 8 SGB XI), anteiliger Finanzierung durch die Projektpartner sowie gegebenenfalls kommunalen Beiträgen gedeckt. Diese Phase dient der Entwicklung, Erprobung und Evaluation der LeiG-Produkte.

In der anschließenden Betriebsphase ist eine regelhafte Finanzierung über die gesetzliche Krankenversicherung bzw. die Pflegeversicherung vorgesehen. Ergänzend können selektive Vertragsmodelle eingesetzt werden, um spezifische Leistungsbestandteile abzubilden.

Projektbezogene Aufwände werden über **Kooperationsverträge** geregelt, während laufende Leistungen der Versorgung über **Versorgungs- oder Selektivverträge** abgebildet werden. Aufsichtsrechtliche Anforderungen, insbesondere hinsichtlich Zulässigkeit, Abgrenzung und Mittelverwendung, werden dabei frühzeitig berücksichtigt.

Skalierung und Verstetigung

Die Kosten- und Finanzierungsplanung ist stufenweise angelegt. In der **Proof of Concept-Phase** liegt der Fokus auf projektbezogenen Kosten und einem begrenzten Pilotbetrieb in ausgewählten Regionen und Einrichtungen.

Mit zunehmender Skalierung steigt der Anteil laufender Betriebs- und Versorgungskosten, während projektbezogene Aufwände sukzessive zurückgehen. In der **Verstetigungsphase** werden die erprobten Strukturen in dauerhafte Vergütungs- und Vertragsmodelle überführt und bilden damit die Grundlage für einen langfristig tragfähigen Betrieb der LeiG-Produkte.

Die Skalierung wird im Modell phasenweise abgebildet (Proof of Concept, Rollout und Betrieb, Betrieb) und erfolgt konsistent entlang der abgeleiteten voll versorgten Fallzahlen sowie der hierfür erforderlichen Kapazitäten der Leistungserbringenden. Projektbezogene Aufwände sinken mit zunehmender Skalierung relativ ab, während laufende Programm- und Versorgungskosten entsprechend der Betriebsphase ansteigen.

6.10.4 Amortisation und Break-even-Analyse

Abbildung 26: Break-even

	Jahr 1	Jahr 2	Jahr 3	Jahr 4	Jahr 5	Jahr 6
	Umsetzung Proof of Concept		Rollout und Betrieb		Betrieb	
	2026	2027	2028	2029	2030	2031
Amortisation (Berechnung Break-even)						
Saldo Einsparungen abzgl. Kosten Chroniker p.a.	- €	1.053.962 €	5.368.745 €	21.870.720 €	43.741.440 €	65.612.160 €
Saldo Einsparungen abzgl. Kosten Pflege p.a.	- €	22.290 €	176.834 €	1.860.466 €	3.720.932 €	5.581.398 €
direkte Projektkosten (ohne Personalressourcen)	1.285.200 €	1.285.200 €	1.156.680 €	1.049.580 €	835.380 €	674.730 €
Saldo pro Periode	- 1.285.200 €	- 253.528 €	4.388.899 €	22.681.606 €	46.626.992 €	70.518.828 €
Saldo kumuliert	- 1.285.200 €	- 1.538.728 €	2.850.172 €	25.531.778 €	72.158.770 €	142.677.598 €

Unterjährige Rentabilität

Unter den beschriebenen Annahmen kann im dritten Jahr nach Beginn der Umsetzung der LeiG-Programme und ein Jahr nach Beginn einer Skalierung über das Volumen des Proof-of-Concept hinaus damit gerechnet werden, dass die jährlichen Einsparungen die laufenden zusätzlichen Versorgungskosten übersteigen werden.

Break-even

Gleiches gilt für die Amortisation der Projektkosten: Am Ende von Jahr 3 können die Investitionen für die LeiG-Umsetzung von den Einsparungen refinanziert sein.

Die Break-even-Analyse stellt die kumulierten Nettoeffekte des Programms über den Betrachtungszeitraum 2026–2031 dar und setzt die modellierten Einsparungen den projektbezogenen Aufwänden gegenüber. Abbildung 26 zeigt hierfür eine periodische und kumulierte Saldenrechnung entlang der zwei Wirkungspfade Chroniker-/Therapiesteuerung und ambulante Pflege sowie der direkten Projektkosten (Sachkosten, ohne Personalressourcen).

Die Berechnung erfolgt in zwei Schritten: Zunächst werden je Jahr die Saldoeffekte aus Einsparungen abzüglich programmspezifischer laufender Kosten getrennt nach (a) Chroniker und (b) Pflege ausgewiesen. Diesen Effekten werden die direkten Projektkosten der jeweiligen Phase (Proof of Concept, Rollout und Betrieb, Betrieb) gegenübergestellt. Der daraus resultierende Saldo pro Periode bildet den jährlichen Nettoeffekt; die kumulierte Summe über alle Jahre ergibt den kumulierten Nettoeffekt. Der Break-even ist erreicht, sobald dieser kumulierte Saldo erstmals positiv wird, d. h., sobald die bis dahin erzielten Nettoeffekte die zuvor angefallenen Projektkosten übersteigen.

Abbildung 26 verdeutlicht die erwartbare Dynamik eines Transformationsprogramms: In der Proof of Concept-Phase fallen zunächst vor allem Aufbau- und Implementierungskosten an (2026: -1.285.200 Euro; 2027: weiterer negativer Periodensaldo von -253.528 Euro), sodass der kumulierte Saldo bis Ende 2027 bei -1.538.728 Euro liegt. Mit Beginn der Rollout- und Betriebsphase (ab 2028) steigen Reichweite und Umsetzungsgrad, wodurch die jährlichen Nettoeffekte deutlich zunehmen. Bereits im Jahr 2028 übersteigen die positiven Salden (insbesondere aus dem Wirkungspfad Chroniker-/Therapiesteuerung) die Projektkosten, sodass der kumulierte Saldo erstmals positiv wird (+2.850.172 Euro), damit liegt der **Break-even im Jahr 2028**. In den Folgejahren erhöhen sich die jährlichen positiven Salden deutlich (z. B. 2029: +22.681.606 Euro; 2031: +70.518.828 Euro), wodurch der kumulierte Nettoeffekt bis 2031 auf +142.677.598 Euro anwächst.

Inhaltlich zeigt die Verteilung der Salden zudem, dass der ökonomische Beitrag im Modell überwiegend aus der Chroniker-/Therapiesteuerung resultiert, während die ambulante Pflege einen kleineren, aber wachsenden Zusatzbeitrag leistet. Die unterschiedliche Höhe der Salden ist fachlich vor allem durch die Wirkmechanik und den Zeithorizont der beiden Pfade erklärbar. In der Chroniker-/Therapiesteuerung greifen Maßnahmen wie strukturierte Verlaufskontrollen, leitlinienbasierte Therapieplanung und koordinierte Versorgungsnavigation direkt in die Versorgungsanspruchnahme ein: Bereits bei moderaten Reichweiten können sich Effekte in Form einer Reduktion von vermeidbaren Arztkontakten, gezielterer Facharztinanspruchnahme sowie geringerer Komplikations- und Folgebehandlungskosten niederschlagen. Im Pfad der ambulanten Pflege wirken zentrale Zielgrößen hingegen langsamer und kumulativ: Stabilisierung und Aktivierung, die Vermeidung von Eskalationen sowie eine Verzögerung der Pflegegradprogression entfalten ihre Kostenwirkung typischerweise erst über mehrere Jahre.

Darüber hinaus sind Pflegeeffekte häufig von regionalen Struktur- und Zuständigkeitsfragen abhängig und können teilweise in anderen Budgettöpfen oder Rechtskreisen wirksam werden (SGB V/SGB XI), was in einem konservativen Szenariomodell tendenziell zu einer niedrigeren kurzfristig sichtbaren Effektzurückordnung führt. Vor diesem Hintergrund ist der Pflegebeitrag im Modell als wachsender, mittelfristig relevanter Zusatzbeitrag zu verstehen, dessen tatsächliche Höhe im Proof of Concept empirisch zu kalibrieren ist.

Die dargestellten Ergebnisse sind als szenarienbasierte Planungs- und Sensitivitätsrechnung zu interpretieren: Sie machen die Wirkprinzipien, Skalierungslogiken und die zeitliche Struktur der Amortisation transparent, ersetzen jedoch keine Ex-Post-Evaluation. Die tatsächliche Lage des Break-even

hängt maßgeblich von Reichweite, Umsetzungsgrad, Akzeptanz bei Leistungserbringenden sowie von der realisierten Wirksamkeit der Maßnahmen ab und wird im Proof of Concept empirisch zu kalibrieren sein.

7 Politische Implikationen

Die Konzeptionen der beiden Transformationsstrategien, Pflege (C2a) und Therapiesteuerung (C2b), entfalten eine Reihe politischer Implikationen, die weit über Einzelinnovationen hinausreichen und auf eine strukturelle Weiterentwicklung des Versorgungssystems in Deutschland abzielen. Beide Strategien greifen in zentrale Systemelemente ein: die Organisation der Primärversorgung, die digitale Steuerung von Versorgungsverläufen, die Rollen- und Kompetenzverteilung zwischen Leistungserbringenden sowie die Art und Weise, wie regionale Versorgung finanziert, geplant und koordiniert wird.

Trotz unterschiedlicher fachlicher Ausgangspunkte – alltagsnahe Unterstützung und Pflegekoordination einerseits, medizinische Verlaufssteuerung und Risikoerkennung andererseits – zeigen die Analysen deutliche strukturelle Schnittmengen. Beide Perspektiven benötigen digitale, teamorientierte Arbeitsweisen, klare Zuständigkeiten, verbindliche Planungsinstrumente, interoperable Plattformen und verlässliche Finanzierungsmodelle. Damit wird sichtbar, dass regionale Transformation nicht zwei getrennte Versorgungsbereiche adressiert, sondern ein gemeinsames organisatorisches Fundament verlangt. Vor diesem Hintergrund werden zunächst die gemeinsamen politischen Kernanforderungen zusammengefasst; anschließend werden die Implikationen in zwei Tabellen getrennt nach Chroniker-/Therapiesteuerung und Pflege konkretisiert.

Die wichtigsten gemeinsamen Kernelemente der beiden Transformationsstrategien sind:

- **Virtuelle Teams als neue Primärversorgungsstruktur:** Sie verbinden pflegerische, ärztliche, therapeutische und kommunale Kompetenzen und schaffen kontinuierliche, digital unterstützte Versorgungspfade.
- **Digitale Planungs- und Dokumentationsprozesse** als zentraler Motor einer integrierten Versorgung: Pflege- und Therapieplanung folgen vergleichbaren Logiken und benötigen eine verbindliche Verankerung, Interoperabilität und Vergütungsfähigkeit.
- **Digitale Plattformen** für Pflege, Therapie und Zugang: Regionale Piloten und nationale Standards sind notwendig, um hybride Versorgungsmodelle operationalisierbar zu machen.
- **Telemedizin, Telepflege und Monitoring als Regelleistungen:** Gleichwertige Vergütung digitaler und analoger Leistungen ist Voraussetzung für eine proaktive, kontinuierliche Versorgung.
- **Prävention als dauerhafte Systemaufgabe:** Beide Strategien verschieben Prävention vom punktuellen Angebot hin zum integralen Bestandteil der Versorgung.
- **Starke Rolle von Kommunen und Öffentlichem Gesundheitsdienst:** Regionale Versorgung braucht die Verbindung von individueller Behandlung, Pflege, Prävention sowie Setting- und Lebensweltansätzen.
- **Regionale Budgets und neue Vergütungslogiken:** Damit hybride Versorgung in die Fläche kommt, müssen Strukturen finanziert und Koordination vergütet werden.
- **Institutionelle Verankerung des LeiG-Verfahrens:** Regionale Steuerungsmodelle benötigen eine feste Anbindung an Landes- und Bundesstrukturen.

Die folgenden Tabellen systematisieren diese politischen Implikationen entlang zentraler Politikfelder, getrennt nach Chroniker-/Therapiesteuerung und Pflege. Sie machen sichtbar, welche Anforderungen auftreten und wo strategiespezifische Schwerpunktsetzungen bzw. regulatorische Anpassungen erforderlich sind. Damit wird transparent, welche strukturellen Weichen politisch zu stellen sind, um hybride, digital integrierte Versorgungsmodelle regional zu pilotieren und perspektivisch zu verstetigen.

Abbildung 27: Politische Implikationen: Therapiesteuerung

Politische Handlungsfelder	Beschreibung und Akteursebene
1. Primärversorgungssystem rund um virtuelle Teams Ebene: Versorgungsvertrag/Gesundheitsregion	Durch virtuelle Teams die interdisziplinäre Koordination in der Primärversorgung verbessern, Versorgung fragmentierungsärmer gestalten und Prävention, Verlaufskontrolle sowie Patientenbeteiligung über eine kontinuierliche digitale Therapiesteuerung systematisch stärken.
2. Therapieplanung und -steuerung technisch unterstützen, organisatorisch verankern und vergüten Ebene: Versorgungsvertrag/Gesetzgeber	Digitale Therapiepläne und Fallakten als Rückgrat integrierter Versorgung dauerhaft wirksam machen, indem technische Interoperabilität, verbindliche organisatorische Einbettung und eine angepasste Vergütungs- und Vertragslogik zusammengeführt werden.
3. Telemedizin und Telemonitoring tiefer in Systemen verankern und vergüten, digitale Leistungen mit analoger Hauptfunktion etablieren und vergüten Ebene: Versorgungsvertrag/Gesetzgeber	Telemedizinische Leistungen (Telekonsile, Monitoring, digitale Verlaufskontrolle) als zentrale Instrumente der Therapiesteuerung dauerhaft in die Regelversorgung überführen und gleichwertig vergüten, um sektorenübergreifende Versorgungskontinuität sicherzustellen.
4. Modifizierung der Angebotsformen von Sekundär- und Tertiärprävention in Richtung Lebensstilintervention und Coaching Ebene: Versorgungsvertrag/Gesetzgeber	Sekundärprävention als integralen Bestandteil der regelhaften Therapieplanung etablieren und durch verbindliche Programme, digitale Begleitung und alltagsnahe Coachings wirksam machen; dafür präventive Maßnahmen sektorenübergreifend vergüten, Zulassungskriterien und Angebotsformen im Leitfaden Prävention (ZPP) erweitern und die Therapieplanungsplattform als Bindeglied zum ärztlichen Handeln gezielt fördern.
5. Etablierung eines Standards für Therapieplattformen auf Basis regionaler Erprobung Ebene: Gesundheitsregion/Gesetzgeber	Regionale Gesundheitsregionen als Reallabore nutzen, um digitale Therapieplattformen und virtuelle Zusammenarbeit der Leistungserbringenden zu erproben und daraus einen gemeinsamen, skalierbaren Standard für Interoperabilität im nationalen Versorgungssystem abzuleiten; auf dieser Basis (analog zur nationalen E-Health-Infrastruktur) internationale Standards setzen, geeignete IT-Anbieter ableiten/empfehlen und einen regionalen Pilot schrittweise zu einem landes- bzw. bundesweiten Standard weiterentwickeln.
6. Etablierung eines Standards für Zugangsplattformen auf Basis regionaler Erprobung Ebene: Gesundheitsregion/Gesetzgeber	Interoperable und rechtlich abgesicherte Zugangsplattformen als zentralen Einstieg zu regionalen Präventions-, Therapie- und Pflegeangeboten etablieren und durch nationale Vorgaben harmonisieren; dafür einen regionalen Piloten aufsetzen und schrittweise zu einem landes- bzw. bundesweiten Standard weiterentwickeln.
7. Integration des Öffentlichen Gesundheitsdienstes mit Settingmaßnahmen in das LeiG-Verfahren Ebene: Gesundheitsregion/Gesetzgeber	Regionale Akteure (z. B. ÖGD, Gemeindefachstellen, Ortsvorsteher, BGM) als aktive Partner in die digitale Therapiesteuerung integrieren – insbesondere für Prävention, Früherkennung und Coaching – und über regionale Plattformen die Schnittstelle zwischen Bevölkerungsgesundheit und individueller Versorgung stärken; dabei Settingmaßnahmen (Verhältnisprävention) und individuelle Präventionsmaßnahmen (Verhaltensprävention) über den Therapieplan verzahnen, sodass für Patientinnen und Patienten ein kohärentes Zusammenwirken im regionalen Kontext entsteht.
8. Etablierung von regionalen Budgets für das Management von Gesundheitsregionen Ebene: Gesundheitsregion/Gesetzgeber	Regionale Budgets als flexible, indikationsübergreifende Finanzierungsgrundlage etablieren, um Versorgungspfade steuerbar zu machen, Ressourcen effizient einzusetzen und hybride, digital unterstützte Versorgungsmodelle zu ermöglichen; damit Handlungsspielräume und Eigenverantwortung regionaler Akteure stärken, Zuständigkeitslücken in regionalen Versorgungssystemen schließen und insbesondere den Rollout von Versorgungsinnovationen (z. B. aus Innovationsfondsprojekten) aus einer regionalen Finanzierung heraus verstetigen.
9. Integration des LeiG-Verfahrens in Gesundheitsregionen und regulierenden Organen auf Landes- und Bundesebene mit Betreiber- und Ergebnisverantwortung Ebene: Gesetzgeber/Bund-Land-Koordination	Das LeiG-Verfahren politisch und regulatorisch so einbetten, dass Skalierung und Kontinuität gesichert werden – durch eine institutionalisierte Rückkopplung zwischen regionalen Gesundheitsregionen und nationalen Steuerungsebenen; ergänzend in den Regionen eine Organisation mit klarer Betreiberverantwortung etablieren, um Implementierungsstärke für Versorgungsinnovationen zu erhöhen und den Transfer aus Förderphasen (u. a. Innovationsfonds) in den Regelbetrieb zu ermöglichen.

Quelle: _fbeta GmbH

Abbildung 28: Politische Implikationen: Pflege

Politische Handlungsfelder	Beschreibung und Akteursebene
1. Primärversorgungssystem rund um virtuelle Teams Ebene: Versorgungsvertrag/Gesundheitsregion	Virtuelle Teams als Rückgrat integrierter Pflege etablieren: Angehörige, ambulante Dienste, Hausärzte, Therapieberufe und kommunale Akteure digital zu kontinuierlicher, interprofessioneller Fallsteuerung vernetzen, Verantwortung für den Versorgungsverlauf bündeln, informell Pflegende entlasten und Doppelstrukturen reduzieren.
2. Pflegeplanung technisch unterstützen, organisatorisch verankern und vergüten Ebene: Versorgungsvertrag /Gesetzgeber	Verbindliche digitale, individuelle Pflegeplanung pro Pflegebedürftigen als Regelleistung etablieren; technisch interoperabel, organisatorisch integriert und finanziell abgesichert. Digitale Pflegeakten, standardisierte Assessment-Tools und pflegerische Pfadmodelle als Kerninstrumente nutzen; dafür eine eigenständige Vergütungslogik für pflegerische Koordinations- und Dokumentationsleistungen schaffen.
3. Telepflege und Monitoring als Regelleistung verankern Ebene: Versorgungsvertrag/Gesetzgeber	Telepflege, digitales Monitoring und Videokonsultationen als Regelleistungen etablieren, um Pflegekapazitäten effizient zu nutzen, Angehörige zu unterstützen und die Reichweite professioneller Pflege zu erhöhen; datengetriebene Pflege stärken sowie Notsituationen früher erkennen und vermeiden (mehr Sicherheit und Entlastung im ambulanten Setting). Dafür strukturell in die Regelversorgung überführen, interoperabel an medizinische Systeme anbinden und finanziell gleichwertig zu analogen Leistungen vergüten.
4. Pflegeprävention und Reaktivierung systematisch fördern Ebene: Versorgungsvertrag/Gesetzgeber	Prävention und Reaktivierung als festen, deutlich häufiger genutzten Bestandteil pflegerischer Versorgung etablieren (Früherkennung, Bewegung, Ernährung, Sturzprävention, kognitive Aktivierung), unterstützt durch digitale Assessments, Schulungen und Coaching. Ziel: Pflegebedürftigkeit verzögern, Selbstständigkeit erhalten und Angehörige präventiv entlasten; dafür Präventionsrichtlinien anpassen und präventive Pflegeleistungen erweitert finanzieren.
5. Aufbau einer regionalen Pflegeplattform und technischer Standards Ebene: Gesundheitsregion/Gesetzgeber	In regionalen Gesundheitsregionen eine Pflegeplattform pilotieren, die Leistungen, Unterstützungsangebote und Kommunikation digital bündelt, Pflegebedürftige und informell Pflegende schnell befähigt und den Zugang zu Ehrenamt, Schulungen, Technologie, ambulanten Pflege-/Arztleistungen sowie haushaltsnahen Diensten inkl. Finanzierungswegen integriert. Die Plattform soll die Zusammenarbeit von informeller/professioneller Pflege, Medizin und Kommune abbilden und als Basis für einen nationalen Standard (Interoperabilität, Datenschutz, Qualität) dienen, der schrittweise bundesweit harmonisiert wird.
6. Integration des Öffentlichen Gesundheitsdienstes und kommunaler Akteure Ebene: Gesundheitsregion/Gesetzgeber	ÖGD, Gemeindeschwestern, Pflegeberatung und kommunale Beratungsstellen verbindlich in die digitale Pflegeversorgung einbinden, um Prävention, Früherkennung und aufsuchende Unterstützung zu stärken. Die Integration in regionale Plattformen (Therapie-/Pflegeplattform und Versorgungszugangplattform) soll Synergien zwischen Verhältnis- und Verhaltensprävention schaffen und die Versorgungssteuerung im Sozialraum verbessern.
7. Regionale Finanzierung von Strukturmaßnahmen zur Steuerung und Innovation Ebene: Gesundheitsregion/Gesetzgeber	Ambulante Pflegedienste und Pflegeberatung verpflichten, auf Basis einer digitalen Pflegeplattform regelmäßiges Coaching und Unterstützung zur individuellen Pflegeplanung für informell Pflegende zu leisten – in einem hybriden Modell aus KI-gestützter Beratung, digitaler Interaktion und persönlichen Kontakten; dafür Vergütung schaffen, die digitale und analoge Anteile abdeckt. Ergänzend regionale Budgets (Kommunen, Pflege- und Krankenversicherung) für strukturbezogene Pflegemaßnahmen etablieren, um Angebote bedarfsorientiert zu steuern, Ressourcen flexibel einzusetzen, Kooperation zu fördern und Innovationstransfer zu verstetigen.
8. Institutionalisierung des LeiG-Verfahrens für Pflege Ebene: Gesetzgeber/Bund-Land-Koordination	Die Pflegekonzeption verbindlich in das LeiG-Verfahren integrieren, um regionale Pflegeinnovationen strukturell und politisch zu verstetigen; dafür eine institutionalisierte Rückkopplung zwischen regionaler Umsetzungsebene, Landesgesundheitsministerien und Bundesgremien etablieren, die Skalierung, Qualitätssicherung und nachhaltige Finanzierung ermöglicht und Ergebnisverantwortung sowie Umsetzungskraft in der Pflege absichert.

Quelle: _fbeta GmbH

Literaturverzeichnis

- [1] APÓSTOLO, J., COOKE, R., BOBROWICZ-CAMPOS, E., SANTANA, S., MARCUCCI, M., CANO, A., VOLLENBROEK-HUTTEN, M., GERMINI, F., D'AVANZO, B., GWYTHYR, H. & HOLLAND, C. 2018. Effectiveness of interventions to prevent pre-frailty and frailty progression in older adults: a systematic review. *JBI Database System Rev Implement Rep*, 16, 140-232.
- [2] BARBARESCO, J., RIENKS, J. & NÖTHLINGS, U. 2018. Lifestyle Indices and Cardiovascular Disease Risk: A Meta-analysis. *American Journal of Preventive Medicine*, 55, 555-564.
- [3] BARMER INSTITUT FÜR GESUNDHEITSSYSTEMFORSCHUNG. 2024. *Morbiditäts- und Gesundheitsatlas* [Online]. [Accessed 29.04.2025].
- [4] 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.
- [5] GBD 2021 LOW BACK PAIN COLLABORATORS 2023. Global, regional, and national burden of low back pain, 1990-2020, its attributable risk factors, and projections to 2050: a systematic analysis of the Global Burden of Disease Study 2021. *Lancet Rheumatol*, 5, e316-e329.
- [6] HOU, Y. & YANG, S. 2024. Association of risk factors for high blood pressure across 46 low- and middle-income countries: A multi-country cross-sectional analysis. *J Glob Health*, 14, 04087.
- [7] HU, F. B., MANSON, J. E., STAMPFER, M. J., COLDITZ, G., LIU, S., SOLOMON, C. G. & WILLETT, W. C. 2001. Diet, Lifestyle, and the Risk of Type 2 Diabetes Mellitus in Women. *New England Journal of Medicine*, 345, 790-797.
- [8] INFORMATION UND TECHNIK NORDRHEIN-WESTFALEN (IT.NRW) 2023a. Kommunalprofil Aachen, krfr. Stadt. Düsseldorf: Statistisches Landesamt.
- [9] INFORMATION UND TECHNIK NORDRHEIN-WESTFALEN (IT.NRW) 2023b. Kommunalprofil Kreis Düren. Düsseldorf: Statistisches Landesamt.
- [10] INFORMATION UND TECHNIK NORDRHEIN-WESTFALEN (IT.NRW) 2023c. Kommunalprofil Kreis Euskirchen. Düsseldorf: Statistisches Landesamt.
- [11] INFORMATION UND TECHNIK NORDRHEIN-WESTFALEN (IT.NRW) 2023d. Kommunalprofil Kreis Heinsberg. Düsseldorf: Statistisches Landesamt.

- [12]INFORMATION UND TECHNIK NORDRHEIN-WESTFALEN (IT.NRW) 2023e. Kommunalprofil Städteregion Aachen. Düsseldorf: Statistisches Landesamt.
- [13]ISLAMI, F., GODING SAUER, A., MILLER, K. D., SIEGEL, R. L., FEDEWA, S. A., JACOBS, E. J., MCCULLOUGH, M. L., PATEL, A. V., MA, J., SOERJOMATARAM, I., FLANDERS, W. D., BRAWLEY, O. W., GAPSTUR, S. M. & JEMAL, A. 2018. Proportion and number of cancer cases and deaths attributable to potentially modifiable risk factors in the United States. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*, 68, 31-54.
- [14]LANDESZENTRUM GESUNDHEIT NORDRHEIN-WESTFALEN. 2024. *Indikator 7.34: Reine Pflegegeldempfänger nach Pflegegrad* [Online]. [Accessed 29.04.2025].
- [15]LIANG, H., JING, D., ZHU, Y., LI, D., ZHOU, X., TU, W., LIU, H., PAN, P. & ZHANG, Y. 2023. Association of genetic risk and lifestyle with incident adult-onset asthma in the UK Biobank cohort. *ERJ Open Res*, 9.
- [16]LIVINGSTON, G., HUNTLEY, J., SOMMERLAD, A., AMES, D., BALLARD, C., BANERJEE, S., BRAYNE, C., BURNS, A., COHEN-MANSFIELD, J., COOPER, C., COSTAFREDA, S. G., DIAS, A., FOX, N., GITLIN, L. N., HOWARD, R., KALES, H. C., KIVIMÄKI, M., LARSON, E. B., OGUNNIYI, A., ORGETA, V., RITCHIE, K., ROCKWOOD, K., SAMPSON, E. L., SAMUS, Q., SCHNEIDER, L. S., SELBÆK, G., TERI, L. & MUKADAM, N. 2020a. Dementia prevention, intervention, and care: 2020 report of the Commission. *The Lancet*, 396, 413-446.
- [17]LIVINGSTON, G., HUNTLEY, J., SOMMERLAD, A., AMES, D., BALLARD, C., BANERJEE, S., BRAYNE, C., BURNS, A., COHEN-MANSFIELD, J., COOPER, C., COSTAFREDA, S. G., DIAS, A., FOX, N., GITLIN, L. N., HOWARD, R., KALES, H. C., KIVIMÄKI, M., LARSON, E. B., OGUNNIYI, A., ORGETA, V., RITCHIE, K., ROCKWOOD, K., SAMPSON, E. L., SAMUS, Q., SCHNEIDER, L. S., SELBÆK, G., TERI, L. & MUKADAM, N. 2020b. Dementia prevention, intervention, and care: 2020 report of the Lancet Commission. *The Lancet*, 396, 413-446.
- [18]LU, W., AARSAND, R., SCHOTTE, K., HAN, J., LEBEDEVA, E., TSOY, E., MAGLAKELIDZE, N., SORIANO, J. B., BILL, W., HALPIN, D. M. G., RIVERA, M. P., FONG, K. M., KATHURIA, H., YORGANCIOĞLU, A., GAPPA, M., LAM, D. C. L., RYLANCE, S. & SOHAL, S. S. 2024. Tobacco and COPD: presenting the World Health Organization (WHO) Tobacco Knowledge Summary. *Respiratory Research*, 25, 338.
- [19]NAICKER, K., MANUEL, D., ØVERLAND, S., SKOGEN, J. C., JOHNSON, J. A., SIVERTSEN, B. & COLMAN, I. 2018. Population attributable fractions for Type 2 diabetes: an examination of

multiple risk factors including symptoms of depression and anxiety. *Diabetol Metab Syndr*, 10, 84.

- [20] O'DONNELL, M. J., CHIN, S. L., RANGARAJAN, S., XAVIER, D., LIU, L., ZHANG, H., RAO-MELACINI, P., ZHANG, X., PAIS, P., AGAPAY, S., LOPEZ-JARAMILLO, P., DAMASCENO, A., LANGHORNE, P., MCQUEEN, M. J., ROSENGREN, A., DEHGHAN, M., HANKEY, G. J., DANS, A. L., ELSAYED, A., AVEZUM, A., MONDO, C., DIENER, H. C., RYGLEWICZ, D., CZLONKOWSKA, A., POGOSOVA, N., WEIMAR, C., IQBAL, R., DIAZ, R., YUSOFF, K., YUSUFALI, A., OGUZ, A., WANG, X., PENAHERRERA, E., LANAS, F., OGAH, O. S., OGUNNIYI, A., IVERSEN, H. K., MALAGA, G., RUMBOLDT, Z., OVEISGHARAN, S., AL HUSSAIN, F., MAGAZI, D., NILANONT, Y., FERGUSON, J., PARE, G. & YUSUF, S. 2016. Global and regional effects of potentially modifiable risk factors associated with acute stroke in 32 countries (INTERSTROKE): a case-control study. *Lancet*, 388, 761-75.
- [21] SCHUCH, F. B., VANCAMPFORT, D., FIRTH, J., ROSENBAUM, S., WARD, P. B., SILVA, E. S., HALLGREN, M., PONCE DE LEON, A., DUNN, A. L., DESLANDES, A. C., FLECK, M. P., CARVALHO, A. F. & STUBBS, B. 2018. Physical Activity and Incident Depression: A Meta-Analysis of Prospective Cohort Studies. *Am J Psychiatry*, 175, 631-648.
- [22] VELASCO GARRIDO, M., ZENTNER, A. & BUSSE, R. 2011. The effects of gatekeeping: a systematic review of the literature. *Scand J Prim Health Care*, 29, 28-38.
- [23] WISSENSCHAFTLICHES INSTITUT DER AOK (WIDO) 2025. Gesundheitsatlas Deutschland. *Gesundheitsatlas Deutschland*.
- [24] ZHU, F., BOERSMA, E., TILLY, M., IKRAM, M. K., QI, H. & KAVOUSHI, M. 2024. Trends in population attributable fraction of modifiable risk factors for cardiovascular diseases across three decades. *Eur J Prev Cardiol*, 31, 1724-1733.