Transformationsstudie

# Leistungsstarke Gesundheitsregionen (LeiG)

## Gesamtstudie aus Teilen A-C

## Impressum


### _fbeta GmbH

Akazienstraße 31

10823 Berlin


### Autoren

_fbeta GmbH – s. jeweilige Studienteile

### 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

### Stand: 01.09.2026

# Übersicht Transformationsstudie

Die vorliegende Studie zu den „Leistungsstarke Gesundheitsregionen“ (LeiG) ist als mehrteilige Berichtsstruktur aufbereitet. In diesem Dokument sind alle Einzelteile der Gesamtstudie zusammengeführt.


## Teil A: Definition, Optionsraum und Strategie

## Teil B: Verfahren und Methoden

## Teil C1: Potenzialanalyse und Strategie

## Teil C2a Konzeption Strategie Pflege

## Teil C2b Konzeption Strategie Therapiesteuerung

## Teil C3 Zusammenfassung und Implementierungsplanung

Transformationsstudie Teil A

# Leistungsstarke Gesundheitsregionen (LeiG)

## Definition, Optionsraum und Strategie

## Impressum


### _fbeta GmbH

Akazienstraße 31

10823 Berlin


### Autoren


Karsten Knöppler

Dr. Tim Scheplitz

Paula Leisurs


### Projektpartner

AOK Rheinland/Hamburg – Die Gesundheitskasse

Region Aachen Zweckverband

StädteRegion Aachen

### Unter dem Dach des Health Transformation Hub (HTH)

Eine Kooperation der Bertelsmann Stiftung und der BSt Gesundheit gGmbH

healthtransformationhub.de

### Berlin, 01.09.2026

# Inhaltsverzeichnis

**Impressum** I

**Inhaltsverzeichnis** II

**Abbildungsverzeichnis** IV

**1 Einleitung** 1

**2 Zielsetzung** 4

2.1 Transformationsstudie 4

2.2 Transformationsstudie Teil A – Definition, Optionsraum und Strategie „Leistungsstarker Gesundheitsregionen“ (LeiG) 4

**3 Leistungsstarke Gesundheitsregionen** 5

3.1 Hintergrund – die Gesundheitsregion aus Sicht der Sozialversicherung, Daseinsfürsorge, Gesundheitswirtschaft und Politik 5

3.2 Herleitung – Marktmodell für Translationsfähigkeit und Produktivität ergänzt die Sicherstellung 7

3.3 Definition – „Leistungsstarke Gesundheitsregionen“ (LeiG) als Markt- und Managementmodell 13

**4 Rahmenbedingungen und Optionsraum** 16

4.1 Setting – Finanzierung der Sozialversicherungssysteme und Fachkräftemangel ungelöst 16

4.2 Versorgungsgegenstand – Reduktion der Krankheitslast bei chronischen Erkrankungen durch Lebensstiländerung 20

4.3 Ökosystem – Translationsfähigkeit durch Integration von Versorgung, Organisation und Digitalisierung 22

4.4 Ökonomie – Produktivitätssteigerung kompensiert demografische Entwicklungen 27

4.5 Regulatorischer Rahmen – Anreizsysteme für Kooperation bei integrierter, hybrider Strukturplanung 29

**5 Strategie zur digitalen Transformation der Versorgung** 31

5.1 Versorgungsstrategie – von der Krankheitsversorgung zur Gesundheitsfürsorge 31

5.1.1 Einnahmen- und Ausgabenverhältnis kippt durch die demografische Entwicklung 31

5.1.2 Priorisierung von Versorgungsszenarien mit homogenem Potenzial in der digitalen Transformation 35

5.2 Transformationsstrategie –hybride Versorgungsangebote, Einrichtungen und Plattformökosysteme 37

5.2.1 Versorgungsszenario 1: Versorgung chronisch Kranker und Sekundärprävention 39

5.2.2 Versorgungsszenario 2: Multimorbidität und Sekundärprävention 40

5.2.3 Versorgungsszenario 3: Versorgung Pflegebedürftiger und Sekundärprävention 41
5.2.4 Versorgungsszenario 4: Versorgung von Akutfällen (Primärversorgung) 42
**Literaturverzeichnis** **IV**

## Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: **Kollektive Sicherstellung der Versorgung über Selbstverwaltung** 8

Abbildung 2: **Marktmodell für Ergebnisverantwortung in Koopetition** 12

Abbildung 3: **Markt- und Managementmodell „Leistungsstarke Gesundheitsregionen“ (LeiG)** 13

Abbildung 4: **Grundhypothesen der Transformation** 18

Abbildung 5: **Grundhypothesen der Transformation** 18

Abbildung 6: **Kompression der Krankheitslast und -kosten durch Therapiefokus auf Root Causes (Grundursachen)** 33

Abbildung 7: **Vergütungsvolumen je Versorgungsszenario** 36

Abbildung 8: **Versorgungsszenarien und Transformationsstrategien** 38

# 1 Einleitung

Die zunehmenden gesellschaftlichen Veränderungsprozesse und multiplen Krisen wie u. a. die Finanzierung der Kranken- und Pflegeversicherung, der Fachkräftemangel sowie der gleichzeitige Anstieg des Versorgungsbedarfs stellen das deutsche Gesundheitswesen vor deutlich größere Herausforderungen im Vergleich zu den letzten Jahrzehnten. Diese scheinen mit den klassischen Rollen und Verfahren der Selbstverwaltung kaum bewältigbar und erzwingen neue, grundlegendere Ansätze.

Hierfür zuträgliche Innovationen der Gesundheitsfürsorge kommen im deutschen Markt weiterhin nur zögerlich in die produktive Anwendung – egal ob es Produkt-, Prozess- oder Strukturinnovationen sind. Insbesondere der Integration der Leistungssektoren wird seit Jahrzehnten ein erhebliches Potenzial für Prozessinnovationen attestiert. Diese hatten bislang i. d. R. die äußere Form von Selektivverträgen und Papierformularen. Die praktische Umsetzung auf digitaler Ebene – durch Implementierung der Prozesse in digitalen Anwendungen, Primärsystemen oder Plattformen – war für einzelne Projekte i. d. R. zu aufwendig und stellte somit eine erhebliche Hürde dar für eine flächendeckende produktive Anwendung der Verträge.

Nun stehen für die Gesundheitsversorgung zunehmend mehr digitale, telemedizinische Leistungen und digitale Infrastrukturen zur Verfügung. Sie stellen häufig eine Mischung aus Produkt-, Prozess- und Strukturinnovationen dar und sind in besonderem Maße dazu geeignet, positive Struktur- und Verfahrensverbesserungen in den Versorgungsökosystemen zu realisieren. Im zweiten Gesundheitsmarkt sind hierbei vor allem Anwendungen und Instrumente mit Potenzialen für die Lebensstilveränderung hinsichtlich Ernährung, Bewegung und mentaler Gesundheit verbreitet.

Daraus ergibt sich ein erhebliches, bislang wenig genutztes Potenzial für Produktivitätssteigerungen in der Gesundheitsversorgung, das verschiedene Zuständigkeitsbereiche und Märkte berührt: den ersten Gesundheitsmarkt auf Basis der Kranken- und Pflegeversicherung sowie weitere Säulen der Sozialversicherung und deren Versorgungsangebote, zudem den zweiten Gesundheitsmarkt mit verschiedensten Angeboten in der Eigenverantwortung und -finanzierung der Bürgerinnen und Bürger und deren Gesundheitshandeln. Einbezogen ist jedoch auch das regionale Umfeld, d. h. Städte und Gemeinden, Arbeitgeber sowie weitere kommunale Einrichtungen und deren Versorgungsstrukturen. Aufgrund geteilter Verantwortlichkeiten, weniger funktionaler Schnittstellen, unterschiedlichen Rechtskreise mit unterschiedlichsten (teils regulierten, teilregulierten und unregulierten) Marktmodellen sowie divergierender ökonomischer und politischer Interessen der Akteure kann dieses Potenzial nur schwerlich gehoben werden.

Um diesen Hemmnissen entgegenzuwirken, wurden u. a. Prozessinnovationen bzw. innovative Versorgungsangebote, z. B. in Form von Innovationsfondsprojekten, besonderen Versorgungsformen sowie neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden entwickelt und gefördert. Gleichermaßen wurden Strukturinnovationen bzw. Einrichtungen wie Gesundheitskioske und Primärversorgungszentren sowie digitale Infrastrukturen wie Telemedizinverbünde und Ärztenetze eingeführt. Gemeinsam ist den Innovationsprojekten der letzten Jahrzehnte eines: Es mangelt an der Translation der Innovationen in den Versorgungsalltag, ihrer Implementierung in der Fläche und somit an der Übernahme als Standard. Diese Translationsschwäche hemmt die Produktivität in der Gesundheitsversorgung.

Bislang gibt es jedoch keine klare Zuständigkeit in der Selbstverwaltung im Gesundheitswesen zur Erschließung der Potenziale für Produktivitätssteigerungen in der Versorgung. Für den Zugang zu Prozessinnovationen wurden der Wettbewerbsfreiraum für Krankenkassen auf Basis der Selektivverträge geschaffen sowie zusätzliche Anreize geschaffen wie die Anschubfinanzierung für die Integrierte

Versorgung (IV) in den Jahren 2004–2008 oder heute der Innovationsfonds. Auf Ebene der digitalen Anwendungen gibt es u. a. das DIGA-„Fast-Track-Verfahren“ für einen beschleunigte Aufnahme digitaler Gesundheitsanwendungen in das DIGA-Verzeichnis beim BfArM und weitere Freiräume für die wettbewerbliche Nutzung digitaler Anwendungen. Zudem wird über Strukturfonds und Förderprogramme, z. B. im stationären Sektor und im Öffentlichen Gesundheitsdienst, die Digitalisierung gefördert. Hierüber sind teils Produkt- und teils Prozess- und Strukturinnovationen adressiert.

Während bei Produktinnovationen die Anbieter i. d. R. die treibende Kraft für deren Verbreitung sind, ist dies bei Prozess- und Strukturinnovationen eine komplexere Aufgabe mit geteilten Verantwortlichkeiten. Prozesse und Strukturen betreffen einen größeren Kontext: das Zusammenspiel der Akteure im regionalen Versorgungsökosystem. Hier erfordert es neue Kooperationsformen, die aktuell in der Selbstverwaltung zu wenig vorhanden sind oder gelebt werden. Dies ist von der Sache her eine Transformationsaufgabe im jeweiligen Ökosystem für die dort auf verschiedenste Organisationen und Einrichtungen verteilten Verantwortlichen. Dazu wiederum braucht es ein adäquates strategisches und operatives Managementmodell. Hierfür erforderliche Verfahren und Methoden sind zu wenig bekannt und entsprechend im Gesundheitswesen wenig etabliert. Die Erschließung selbiger über eine integrierte, hybride Sozial- und Strukturplanung ist eine zentrale Aufgabe der Gesundheitsfürsorge. Die hierfür geeigneten Verfahren und Methoden lassen sich teils aus dem Bereich der Plattformökonomie und dem agilen IT-Management für komplexe Vorhaben ableiten und zu den bisherigen Arbeitsprinzipien der Selbstverwaltung ergänzen.

Zudem können die u. a. im Zuge der Formen der Besonderen Versorgung (BV) entwickelten Prozess- und Strukturinnovationen über digitale Anwendungen, Plattformen und Reifegradmodelle heute leichter implementiert werden als in der Vergangenheit. Mit der digitalen Transformation sind hier neue Darreichungsformen und Ansätze für die Translation verfügbar.

Die für die Gesundheitsfürsorge relevante Strukturplanung erfolgt heute auf mehreren Ebenen und ist, genau wie die Gesundheitsversorgung, durch sektorale Trennung auf Finanzierungs- und Leistungsseite geprägt: In der Sozialversicherung prägt die gesetzliche Krankenversicherung mit Verantwortung für die Sicherstellung der ambulanten und stationären Versorgung diese Planung, in der kommunalen Daseinsfürsorge sind es die Städte und Gemeinden mit Verantwortlichkeiten für Infrastrukturen wie Energie, Mobilität und Verkehr, soziale Einrichtungen, Gesundheit und Pflege. Eine integrierte Planung für den Gesundheits- und Sozialraum findet weder auf der Finanzierungs- noch auf Leistungsseite zwischen den Sektoren statt.

Die bisher ungenutzten Potenziale, die durch eine integrierte Planung möglich wären, sollen in einem neuartigen Ansatz im Kontext der digitalen Transformation aufgegriffen werden. Dazu werden die klassischen Verfahren und Methoden der Sozial- und Strukturplanung zu einem größeren Ganzen verbunden und die fehlende Gesamtsicht ergänzt. Im Ergebnis entsteht eine integrierte, hybride und regionale Strukturplanung. Dieser Ansatz folgt einer Logik aus Versorgungsstrategien und dazu korrespondierenden Transformationsstrategien, mit dem Ziel, die Leistungsstärke der jeweiligen Gesundheitsregion nennenswert zu steigern. Somit soll den eingangs genannten Herausforderungen wirksam begegnet werden, die maßgeblich aus dem demografischen Wandel und anderen Trends wie Fachkräftemangel, die Zunahme chronischer Erkrankungen und multimorbider Patienten resultieren.

Vor diesem Hintergrund stellt der Health Transformation Hub (HTH), eine Kooperation der Bertelsmann Stiftung und der BSt Gesundheit gGmbH, die Plattform für einen langfristig angelegten Rahmen für die Planung, Konzeption und Umsetzung solcher Prozesse in mehreren Regionen bzw. Bundesländern zur

Verfügung. Der Fokus liegt hierbei auf der Translation von Innovationen in den Versorgungsalltag und die praxisorientierte Implementierung in der Fläche.

In der Setup-Phase werden veränderungswillige Allianzen gebildet, bestehend aus Akteuren auf Bundes-, Landes- und Regionalebene, sowie ein gemeinsamer strategischer Rahmen definiert entlang bundesweit gültiger Grundhypothesen sowie Planungshypothesen je Region. Die Planungsphase umfasst die Potenzialanalyse, Planung und Entwicklung eines Umsetzungskonzepts für eine hybride, integrierte, regionale Gesundheitsversorgung. Die Umsetzungsphase umfasst die Implementierung der konzipierten Maßnahmen und die Verstetigung des Ansatzes als Managementmodell.

Typische beteiligte Akteure sind Vertreter der Leistungserbringer im Gesundheitswesen (z. B. Ärzte, Kliniken, Pflege und sonstige), der gesetzlichen Regulierung (z. B. Ministerien Digitales und Gesundheit), sowie der Länder und Kommunen (z. B. Regierungspräsidien, Landkreise, Städte und Gemeinden)., der Kranken- und Pflegeversicherung sowie der Arbeitgeber und nicht zuletzt auch Anbieter digitaler Leistungen für die Telematikinfrastruktur. Hierbei werden die Ebenen Politik, Management und Versorgung verzahnt.

Die übergreifenden Ergebnisse und Ableitungen aus den Pilotregionen im Projekt „Leistungsstarke Gesundheitsregionen – Versorgung integriert und digital gestalten“ werden in dieser Transformationsstudie zusammengefasst und somit für den politischen Diskurs auf Bundesebene wie auch für den Know-how-Transfer in weitere Gesundheitsregionen bereitgestellt.

# 2 Zielsetzung

## 2.1 Transformationsstudie

Diese Transformationsstudie soll dazu beitragen, die digitale Transformation für „Leistungsstarke Gesundheitsregionen“ (LeiG) zu nutzen. So soll eine integrierte strategische Ausrichtung von Versorgung, Technologie und Organisation auf die vordringlichen Herausforderungen der Gesundheitsversorgungermöglicht werden.

Eine solche digitale Transformation der Versorgungsökosysteme soll in ausgewählten Regionen erarbeitet und pilotiert werden, um daraus Synergien zwischen Regionen systematisch zu erschließen. Der Wissenstransfer in die breitere Fachöffentlichkeit, die Skalierung von hybriden Lösungsansätzen, die Verzahnung mit der Politik sowie die Begleitung über einen wissenschaftlichen Beirat stellen hierbei einen strategischen Rahmen.

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

- Herleitung des Transformationsansatzes der LeiG verständlich machen (Teil A),
- Grundprinzipien der Verfahren und Methoden zur Verfügung stellen (Teil B),
- praktische Zielbilder entlang priorisierter Szenarien und Transformationsstrategien in und für Regionen bereitstellen sowie Implikationen für relevante Akteure ableiten (Teil C)

## 2.2 Transformationsstudie Teil A – Definition, Optionsraum und Strategie „Leistungsstarker Gesundheitsregionen“ (LeiG)

Gesundheit wird auf der persönlichen Ebene als dynamisches Modell verstanden, welches aus biologischen, psychischen und sozialen Systemen besteht (Stiftung Gesundheitswissen, 2020). Wirksame Daseins- und Gesundheitsfürsorge bis ins hohe Alter erfordert somit ein Zusammenspiel zwischen dem Gesundheitshandeln des Individuums und dem Mitwirken von Gesundheitswesen, dem sozialen bzw. nachbarschaftlichem Umfeld sowie von Zu- und Angehörigen.

Die Daseins- und Gesundheitsfürsorge ist in Deutschland maßgeblich über die Selbstverwaltung auf Ebene der Sozialversicherungssysteme und der Kommunen organisiert. Dieses Organisationsprinzip ist durch hochgradig geteilte Verantwortungsbereiche, komplexe Entscheidungsprozesse und Zentralisierung gekennzeichnet. Dem Gesundheitswesen wird im gesundheitspolitischen Diskurs insbesondere eine ausgeprägte Umsetzungsschwäche nachgesagt.

Eine Managementebene, die zwischen den zentralen Institutionen der Selbstverwaltung und lokalen Akteuren der Versorgung vermittelt, ist zu wenig gegeben. Leistungsstarke Gesundheitsregionen sollen hier als Katalysator für diese Managementaufgabe mit regionaler Gestaltungsmöglichkeit und Ergebnisverantwortung dienen.

# 3 Leistungsstarke Gesundheitsregionen

Zunächst erfolgt hier eine Betrachtung des Konzepts der Gesundheitsregion aus unterschiedlichen Perspektiven, an die sich eine Herleitung (im Kontext des Sozialgesetzbuches) eines Marktmodells zur Verbesserung der Translationsfähigkeit und Produktivität der Gesundheitsversorgung anschließt. Dies mündet in der Definition einer leistungsstarken Gesundheitsregion als Managementmodell.

## 3.1 Hintergrund – die Gesundheitsregion aus Sicht der Sozialversicherung, Daseinsfürsorge, Gesundheitswirtschaft und Politik

Für das Konzept der Gesundheitsregion hat sich bisher in Deutschland noch keine eindeutige Definition durchgesetzt. Es bestehen verschiedenste Initiativen, die ähnliche Begriffe im Namen führen. Die Initiatoren und Intention können vielfältig sein, genauso wie die Organisationsformen. Sie reichen von Bundesländern, regionalen Kooperationen bis hin zu Landkreisen, die sich gemeinsam mit dem Thema Gesundheit beschäftigen (siehe auch Netzwerk Deutsche Gesundheitsregionen e.V., 2024).

Daseins- und Gesundheitsfürsorge aus Sicht der Städte und Kommunen:

- Standortattraktivität und -marketing
- Sozialraumplanung und Sicherstellung der Versorgung

Sozialversicherung aus Sicht der Versorgungskassen und weiterer Finanzierer:

- Management von indikationsspezifischen oder populationsorientierten Gesundheitsaufgaben
- Gesundheitsförderung durch Öffentlichen Gesundheitsdienst, Krankenkassen und/oder Arbeitgeber
- Innovationsförderung im Gesundheitswesen (u. a. Innovationsfonds)

Gesundheitswirtschaft aus Sicht der Leistungsanbieter:

- Marktzugang für Versorgungsanagebote (Prozess- und Produktinnovationen)
- Standortsicherung und/oder Entwicklung für (regionale) Leistungserbringer (z. B. Kliniken)

Wirtschaftsförderung aus Sicht der Gesundheitswirtschaft und Politik:

- Nationale oder europäische Förderprogramme unterschiedlicher Ausrichtung
- Spezifische oder allgemeine Programme der Wirtschaftsförderung
- Programme zur Fachkräfteentwicklung und -sicherung

Unter Begriffen wie „Managed Care“, „Integrated Care“, „Population Health“ und „Chronic Care“ sind Modelle im internationalen Kontext bekannt, deren Einordnung und Definition entlang der zugrundeliegenden Managementprinzipien erfolgt und weniger nach dem regionalen Kontext oder den Intentionen. Allen gemeinsam ist ein breiterer Managementansatz der Versorgung, der auch über die Grenzen des Gesundheitswesens im engeren Sinne hin zu Akteuren im Umfeld der Bürgerinnen und Bürger mit einbeziehen kann, wie Arbeitgeber, Kommunen, Vereine und Gesundheitsdienste. Dies kann auch verschiedene Finanzierer von Gesundheitsfürsorge bis hin zu weiteren Bereichen der (Sozial-)Versicherung umfassen und geht somit weit über die Managementprinzipien der Selbstverwaltung hinaus.

In der deutschen Gesundheitspolitik gibt es dazu einige nennenswerte Initiativen aus jüngster Zeit und Positionen, die sich dem Thema regulatorisch nähern: allen voran ein Referentenentwurf (Bundesministerium für Gesundheit, 2024b), der erste regulatorische Eckpunkte für die Gesundheitsregion entlang von Rahmenbedingungen und Managementprinzipien konkretisiert. Aus dem Gesetzgebungsverfahren sind auch verschiedene Stellungnahmen und Positionspapiere entstanden, u. a. von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und vom AOK-Bundesverband.

In Anlehnung an § 140a SGB V (Besondere Versorgung) wurde ein spezifischer Gesetzesentwurf zur Regelung der „Gesundheitsregionen" vorgelegt. Er schafft eine Möglichkeit für die gesetzlichen Krankenkassen zum Abschluss von regionalen, populationsorientierten, indikationsübergreifenden und integrierten Versorgungsverträgen mit regionalen Akteuren: „Gesundheitsregionenvertrag". Als Vertragspartner sind hier u. a. Städte und Kreise, deren öffentliche Gesundheitsdienste sowie regionale Verbände der Krankenkassen und Leistungserbringer vorgesehen. Die Aufgaben sind die Bildung von Netzwerken, Integration und Koordination von Gesundheitsförderung und -versorgung sowie der Ausbau von entsprechenden Dienstleistungen und Mobilitätsangeboten. Die Trägerschaft spiegelt sich in der gemeinsamen Finanzierung seitens der Kommunen und Krankenversicherungen wider.

Im Positionspapier des AOK Bundesverbandes (AOK Bundesverband GbR, 2024) wurde zudem eine Reihe weiterer Regelungen gefordert, die insbesondere die Abgrenzung bzw. Schnittstellen zur Selbstverwaltung und der Regelversorgung deutlich machen:

**Versorgungsangebote**

- Gestaltungsfreiheit für regionale Akteure hinsichtlich der Versorgungsangebote auch außerhalb der aktuellen Regulierung (u. a. über Struktur- und Prozessqualitätsanforderungen) für die anforderungs- und bedarfsgerechte Ausgestaltung

**Versorgungsstruktur, Zulassung und Strukturplanung**

- Integration verschiedener, auch neuer, Versorgungsstrukturen wie Primärversorgungszentren, sektorenübergreifende Versorger und Gesundheitskioske zur Ermöglichung einer ganzheitlichen und koordinierten Versorgung
- Beseitigung sektoraler Hürden und Schnittstellen insbesondere zwischen ambulanter, stationärer und pflegerischer Versorgung sowie im Kontext der Zulassung von Leistungserbringern und Versorgungsangeboten; flankiert durch eine bedarfs- und strukturorientierte Planung für eine umfassende und flexible Versorgung in den Gesundheitsregionen

**Zugang**

- Offener Zugang und Beitrittsrecht zu Versorgungsverträgen für alle Krankenkassen und Versicherten

In Summe dieser Positionen und Initiativen zeigt sich, dass die Gesundheitsregion auf einem Versorgungsvertrag basieren kann. Im Kern geht es hierbei jedoch um die Intention, eine neue, integrierende Organisations- und Managementform im Kontext der Sozialversicherung und Daseinsfürsorge zu begründen.

## 3.2 Herleitung – Marktmodell für Translationsfähigkeit und Produktivität ergänzt die Sicherstellung

Wenn man die Gesundheitsregion als ein Organisations- und Managementmodell im Kontext der Sozialversicherung und Daseinsfürsorge einordnet, berührt das an verschiedenen Stellen die derzeitigen Aufgaben der Selbstverwaltung bis hin zur Strukturplanung im Gesundheitswesen. Es berührt zudem Marktmodelle der Sozialversicherung allen voran die kollektivvertragliche Sicherstellung der Regelversorgung und den selektivvertraglichen Versorgungswettbewerb der gesetzlichen Krankenversicherung.

Im Folgenden werden Limitationen bestehender Verfahren der Sicherstellung, der Selbstverwaltung der kollektivvertraglichen Versorgung sowie des Versorgungswettbewerbs dargelegt. Diese Limitationen können mit neuen, ergänzenden Markt- und Managementmodellen auf der Basis regionaler Versorgungsverantwortung kompensiert werden.

Diese neuen Modelle werden nachfolgend aus dem bestehenden regulatorischen Kontext hergeleitet und definiert. Sie sind kompatibel mit den regulatorischen Eckpunkten aus dem bisherigen Gesetzesentwurf und dem Positionspapier des AOK-Bundesverbandes zu Gesundheitsregionen. Der Fokus liegt hier jedoch weniger auf regulatorischen Anforderungen, sondern mehr auf der Herleitung des Markt- und Managementmodells sowie den Nahtstellen zur Selbstverwaltung, insbesondere der Zulassung, Strukturplanung und -förderung.

**Sicherstellung der kollektivvertraglichen Versorgung**

> **Das Gesundheitswesen und die Sozialversicherungssysteme in Deutschland sind durch eine starke Verantwortungsteilung geprägt, allen voran die Selbstverwaltung der gesetzlichen Krankenversicherung als führendes Organisationsmodell.**

Der ordnungspolitische Rahmen des Gesundheitswesens ist in den verschiedenen Kapiteln des Sozialgesetzbuches geregelt. Das dominierende Organisationsmodell der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) ist die Selbstverwaltung, u. a. über den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) und die Spitzenorganisationen der Ärzteschaft, der Kliniken und Krankenkassen. Weitere Sozialversicherungssysteme wie Pflege-, Renten- und Arbeitslosenversicherung sowie auch die private Krankenversicherung tangieren das Organisationsmodell der GKV. Die Organisationsprinzipien der GKV sind jedoch – u. a. aufgrund des dominierenden Versicherungs- und Leistungsvolumens – zunächst ausschlaggebend für die Marktordnung in der Gesundheitsbranche und -versorgung. Über das Organisationsmodell der Selbstverwaltung ist eine sehr ausgeprägte **Verantwortungsteilung und fachliche Spezialisierung** für die jeweiligen Aufgaben angelegt.

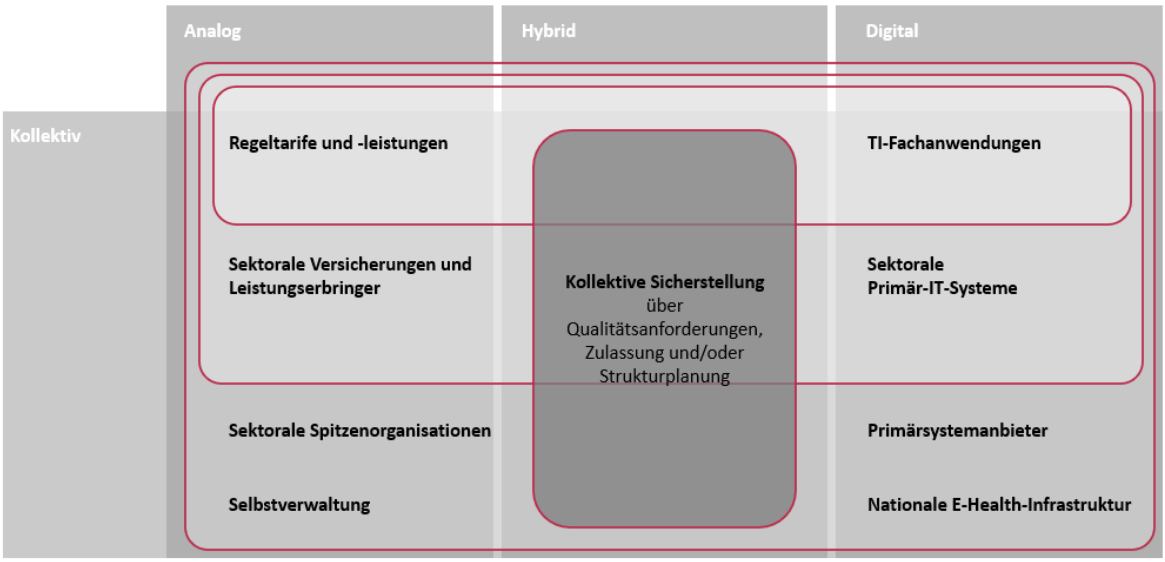
> **Getrennte Verantwortungsbereiche, u. a. für Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität, sowie die sektorale Trennung auf Ebene der Versicherungssysteme und Leistungsarten verhindern die Übernahme einer Gesamtverantwortung. Es wird Sicherstellung von Versorgung und zu wenig Management von Versorgung erreicht.**

Der überwiegende Teil der Versorgung erfolgt nach einheitlichen und gemeinsamen Verträgen (Kollektivverträgen) auf Bundes- und Landesebene. Diese regeln hauptsächlich die Leistungen und die daran geknüpfte Prozessqualität. Hier erfolgt die Definition der Prozessqualität je Leistungsziffer. Die Sicherstellung der Versorgung ist in diesem Kontext insbesondere für die ambulante ärztliche und die stationäre medizinische Versorgung verbindlich geregelt. Die Erstellung der versorgungsinhaltlichen

Leitlinien für die wesentlichen Erkrankungen (Asthma, chronisch obstruktive Lungenerkrankung (COPD), unipolare Depressionen, Herzinsuffizienz, Hypertonie, koronare Herzkrankheit (KHK), Kreuzschmerzen und Diabetes) erfolgt wiederum aus rein medizinischer Sicht. Dies geschieht i. d. R. ohne Berücksichtigung von Fallzahlen, Budgets und/oder Finanzierung der Leistungen und losgelöst von Haftung, Vergütung, Budgets und Ergebnisverantwortung. Maßgeblich ist hier die Evidenz.

Zudem erfolgt parallel über andere Institutionen (u. a. Ärztekammern für Ärzte, Gesundheitsdienst für Hebammen und sonstige Leistungserbringer) die Approbation bzw. Zulassung der verschiedenen Fachkräfte im Gesundheitswesen wie auch die Zulassung von Einrichtungen und/oder der freien Berufe (u. a. Kassenärztliche Vereinigungen für die Festlegung der Arztsitze) zur Abrechnungsfähigkeit in der gesetzlichen Krankenversicherung. Auf diesen Ebenen wird die **Strukturqualität** in mehrstufigen Verfahren definiert und sichergestellt. Zudem gibt es ergänzend die jeweiligen Rahmenbedingungen für die Haftung im Kontext der freien Berufe und Einrichtungen im Gesundheitswesen.

Abbildung 1: **Kollektive Sicherstellung der Versorgung über Selbstverwaltung**




Quelle: _fbeta GmbH

Die **Ergebnisqualität** wird ebenfalls mit erheblichem Aufwand über eigens zuständige Institute, wie z. B. IQWiG, IQTIG sowie der G-BA selbst, gemonitort und/oder evaluiert. Dies erfolgt sowohl vor der Zulassung einzelner Therapieformen, Methoden und Wirkstoffe etc. auf Basis von Studien mit entsprechender Evidenz unter Laborbedingungen sowie auch für die Gesamtversorgung entlang ausgewählter Indikatorensysteme auf der Basis von Real World Data.

Jedoch findet diese Qualitätssicherung an jeweils eigenen Stellen der Selbstverwaltung statt. Weder die Möglichkeiten der gesamthaften Auswertung noch des operativ wirksamen Managements dieser Qualitäten – und somit ein Rückfluss von Erkenntnissen in den Versorgungsalltag – scheinen über die Selbstverwaltung ausreichend gegeben.

Dies gilt für das dominierende Organisationsprinzip der Selbstverwaltung in der GKV, aber auch für die sektoral getrennten weiteren Sozialversicherungssektoren sowie die jeweils zugeordneten Leistungssektoren. Die Übernahme einer **Gesamtverantwortung** wird dadurch konterkariert und ein übergreifendes strategisches und operatives Management ist kaum denkbar. Sinn und Zweck dieser Organisationsform ist die grundsätzliche kollektivvertragliche **Sicherstellung der Versorgung**.

Was die Produktivität des Gesundheitswesens betrifft, so liegt Deutschland hier bestenfalls im Mittelfeld: Die Qualität der Versorgung steht im internationalen EU- bzw. OECD-Vergleich hohen Leistungsausgaben gegenüber (vgl. „Das deutsche Gesundheitswesen im europäischen Vergleich"). Ein gesamthaftes, ergebnisorientiertes Managementmodell, welches neben der Sicherstellung die Produktivität der Versorgung optimiert, ist hier kaum erkennbar. Es gibt zwar verschiedene strategische Analysen, Zielbilder und Förderinstrumente für Innovationen im deutschen Gesundheitssystem, darunter die Berichte des Sachverständigenrates für die Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, die Nationalen Versorgungsziele und Nationalen Versorgungsleitlinien sowie Maßnahmen wie die Disease-Management-Programme und den Innovationsfonds. Jedoch ist weder ein Managementmodell noch die Translationsfähigkeit in den Versorgungsalltag stark genug ausgeprägt, um diese Konzepte und Maßnahmen in der Breite produktiv anzuwenden.

**Dysfunktionaler Wettbewerb in der kollektivvertraglichen Regelversorgung um Preise, Fallzahlen und Service dominiert und verhindert Produktivitätssteigerungen im Gesundheitswesen.**

Neben dem Kollektivvertrag, dessen Leistungen für alle gesetzlichen Krankenkassen und Leistungserbringer als einheitliche und gemeinsame Regelversorgung definiert sind, finden sich gesetzlich definierte und angrenzende Bereiche für den **Versorgungswettbewerb** im Rahmen von Selektivverträgen bzw. besonderen Versorgungsformen nach § 140a SGB V. Dieser ist gesetzlich bzw. politisch als Optionsraum für Versorgungsinnovationen und -management intendiert. Dieser könnte die Aufgaben der Translation und des Managements übernehmen. Jedoch umfasst das Ausgabenvolumen der GKV hier bislang geschätzt nur ca. 5 Prozent.

Der primäre **Wettbewerb** in der Regelversorgung zwischen den **Krankenkassen** fokussiert weiterhin eher auf die Attrahierung „guter Risiken", d. h. gesunder Versicherter, auf der Einnahmenseite und das Kostenmanagement (u. a. Rechnungsprüfung) auf der Ausgabenseite. Daraus ergibt sich eine Positionierung im Kassenwettbewerb über den Beitragssatz, teils ergänzt durch ein attraktives Serviceangebot. Hier sind in etwa 95 Prozent des Leistungsvolumens der GKV enthalten.

Für **Leistungserbringer** wiederum steht die Attrahierung einer möglichst großen Zahl wirtschaftlich interessanter Versorgungsfälle im Fokus, bei denen eine möglichst große und/oder attraktiv vergütete Leistungsmenge erbracht werden kann. Durch diese Art des Wettbewerbs wird nur wenig Produktivitätssteigerung erzielt, es gibt wenig Verbesserung der Ergebnisqualität und Produktivität für das Gesamtsystem aus einer Public-Health-Perspektive.

Der Fokus der Selbstverwaltung liegt auf der ordnungspolitischen Gestaltung der Sicherstellung grundlegender Leistungsfähigkeit in der Regelversorgung. Die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität werden mit dem Ziel der allgemeinen Sicherstellung der Gesundheitsversorgung definiert und operationalisiert. Der Fokus liegt nicht auf der **Gestaltung von Prozessen, Strukturen und Infrastrukturen, die für einen funktionalen Versorgungswettbewerb** und/oder die **Produktivität des Gesundheitswesens** erforderlich sind.

**Produktivität und Translationsfähigkeit in der selektivvertraglichen Versorgung**

**Wettbewerb um Versorgung ist über Selektivverträge und Marktzugänge für Innovationen möglich, aber die Translationsfähigkeit des deutschen Gesundheitswesens ist gering.**

Die über die Regelversorgung hinausgehenden **vertraglichen Freiräume für Innovationen** sind vielfältig. Für einen Versorgungswettbewerb unter den Krankenkassen ist das gesetzlich im Wesentlichen in Form von Selektivverträgen zur besonderen Versorgung (§ 140a SGB V), im Rahmen von Modellvorhaben (§ 63 SGB V), Innovationsfondsförderung (§ 92a SGB V) und Satzungsleistungen (§ 11 Absatz 6 SGB V) ermöglicht. Besonders ist hierbei, dass zunächst alles an Leistungen außerhalb des Regelleistungskataloges erlaubt ist, was nicht vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) explizit ausgeschlossen wurde (§ 137c SGB V) und dem Wirtschaftlichkeitsgebot (§ 12 SGB V) entspricht.

Aus Perspektive der Leistungserbringer und Hersteller von Medizinprodukten, digitalen Gesundheitsanwendungen und sonstigen Gesundheitslösungen können zusätzlich zur Mitwirkung an diesen Selektivverträgen auch **Zugänge für Innovationen in die Regelversorgung** genutzt werden. Das sind u. a. neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden in der stationären Versorgung (§ 137c SGB V) sowie in der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung (§ 135 SGB V), der „Fast Track“ für digitale Gesundheitsanwendungen (§ 139e SGB V) und digitale Pflegeanwendungen (§ 40a SGB XI) sowie die Möglichkeit zur Aufnahme neuer Produktgruppen in das Hilfsmittelverzeichnis (§ 139 SGB V). Des Weiteren können z. B. auch neue Darreichungsformen wie digitale Teilleistungen über Portale der Leistungserbringer (etwa Klinikportale) als Teil der analogen Hauptleistung integriert und weiterhin als solche abgerechnet werden. Dies gilt für viele der bestehenden klassischen Leistungsarten und -sektoren.

Bei allen oben genannten Feldern für Innovationen liegt der Fokus klassisch auf dem versorgungsinhaltlichen, d. h. dem pflegerischen oder medizinischen Nutzen. Für digitale Anwendungen wurden jedoch daneben auch **positive Struktur- und Verfahrensverbesserungen als mögliche Nutzendimensionen** eingeführt (DiGA und DiPA). Das ist damit begründet, dass DiGA wie digitale Therapie- oder Selbstmanagement-Apps teils eine direkte Wirkung im Sinne eines digitalen Wirkstoffes erzeugen, teils aber auch Strukturen und Prozesse in der Versorgung verbessern und somit nur eine indirekte Wirkung entfalten.

An dieser Stelle ist der Übergang zu **digitalen Plattformen** fließend, die bei Struktur- und Verfahrensverbesserungen besondere Nutzenpotenziale aufweisen: Sie bieten nicht primär eine Leistung im Sinne des SGB an, sondern optimieren das Zusammenspiel zwischen den Prozessen der Leistungserbringer, Kassen und/oder Versicherten. Konkret ist es i. d. R. die Vernetzung oder die Integration von Systemen, Organisationen und Prozessen. **Diese Art der Innovation ist als Infrastrukturinnovation derzeit nicht oder nur teilweise reguliert**. Typische Angebote sind Plattformen für den Terminservice und die schnelle medizinische Ersteinschätzung der Kassenärztlichen Vereinigungen sowie Portale von Krankenkassen, Apotheken und Kliniken, die zunehmend einen digitalen oder hybriden Einstieg in die Versorgung anbieten. Zudem findet sich auch ein kollektives Plattformangebot in Form der nationalen E-Health-Infrastruktur (Telematikinfrastruktur, Medizinische Informationsobjekte, elektronische Patientenakte etc.). Der regulierte Teil der Plattformen fokussiert überwiegend die Verwaltungsprozesse wie Dokumentation, Genehmigung, Bescheinigung und Verordnung, Serviceprozesse wie Terminmanagement, Sicherheitsdienste zum Schutz digitaler Identitäten und die Kommunikation, etwa via Messenger. Die Translationsfähigkeit von Innovationen in

der Versorgung erfährt auch im Bereich der nationalen E-Health-Infrastruktur wenig Förderung. Auch hier steht mehr die Sicherstellung grundlegender Fachanwendungen im Vordergrund.

Hieran wird besonders deutlich, wie **digitale Infrastrukturen und Plattformen die Translation von Innovationen in der Versorgung erleichtern und wo noch Bedarfe bestehen**. Sie können in eine neue hybride Darreichungsform münden, dies gilt vor allem zunächst für den Versorgungswettbewerb. Sie können Ökosystemen der Leistungserbringer und Krankenkassen helfen, in ausgewählten Schwerpunkten Versorgung besser miteinander zu organisieren, zu integrieren und fehlende Kapazitäten von Fachkräften teils durch digitale bzw. telemedizinische Leistungsangebote zu kompensieren. Zudem ist die bessere zeitliche, asynchrone und räumliche Verfügbarkeit solcher Leistungen ein deutlicher Zugewinn für die Versicherten und alle weiteren Beteiligten. Nicht zuletzt wird hier auch ein besseres Branding der Versorgung durch die Krankenkassen oder Leistungserbringer möglich – die digitale oder hybride Darreichung von Versorgung ermöglicht mehr Sichtbarkeit und Positionierung der Akteure im Versorgungswettbewerb, was bei Gesundheitsdienstleistungen als immaterielles Gut sonst i. d. R. schwieriger ist. Prozessinnovationen können somit besser für die Positionierung genutzt und in der Darreichungsform produktiv in der Breite angewendet werden.

Der Versorgungswettbewerb über Selektivverträge ist für die Translation von Innovationen in den Versorgungsalltag maßgeblich – vor allem in Form von Prozessinnovationen. Trotzdem verharrt die Mehrzahl der Verträge im Pilotstadium: Sie sind regional wenig verbreitet und/oder die Teilnahmequoten aufseiten der Leistungserbringer und Bürger ist gering. Der Anteil der Versorgung über diese Verträge wird weiterhin auf nur ca. 5 Prozent des Gesamtausgabenvolumens der GKV geschätzt. Somit können zwar pilothaft mögliche Produktivitätssteigerungen bewertet und nachgewiesen werden, jedoch kann das eigentliche Ziel einer substanziellen, beitragssatzrelevanten Produktivitätssteigerung kaum umgesetzt werden. Für Krankenkassen scheint es weiterhin attraktiver, z. B. in das Kostenmanagement zu investieren als in das Versorgungsmanagement.

### Translationsfähigkeit von Innovationen über die Managementprinzipien von Plattformökosystemen und zielbildorientierten Reifegradmodellen

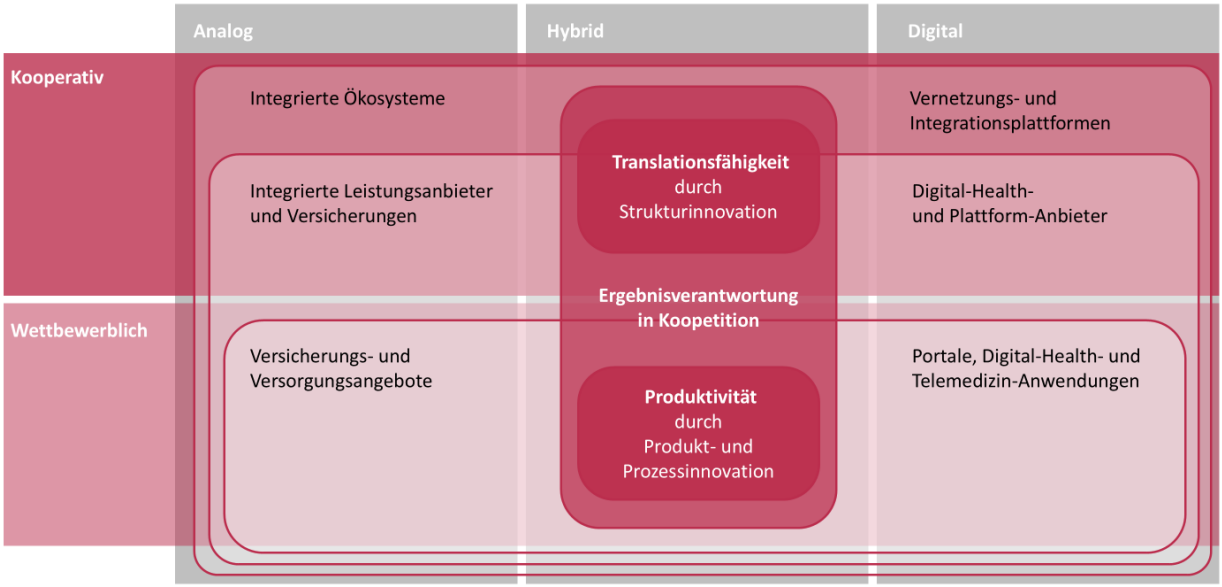
Für die **Translation von Produkt- und Prozessinnovationen** in den Versorgungsalltag fehlen korrespondierende Struktur- und Infrastrukturinnovationen. Dies betrifft die Anschlussfähigkeit einzelner Organisationen und Einrichtungen wie Krankenversicherungen, Kliniken, Praxen an neue Versorgungsformen und kann z. B. Anpassungen bei Rollen, Prozessen und IT-Systemen sowie weitere Aspekte der Interoperabilität umfassen. Es betrifft zudem entsprechende Plattformen, die die Systeme oder Organisationen im Versorgungsökosystem vernetzen und integrieren. In Summe ist hierfür eine versorgungsinhaltliche, organisatorische und technische Interoperabilität zwischen den relevanten Akteuren erforderlich. Genau dieser Teil der Translationsfähigkeit von Innovationen im Versorgungswettbewerb ist weder durch bestehende Strukturqualitätsanforderungen, Reifegradmodelle oder die nationale E-Health-Infrastruktur abgedeckt. Es ist eine Aufgabe der Kooperation zusätzlich zur kollektiven Sicherstellung und betrifft sowohl die analoge als auch die digitale Ebene.

Ein wirksames Management dieser Zusammenhänge erfolgt seit Jahren in Plattformökosystemen anderer Branchen, von Social Media über eCommerce bis hin zum zweiten Gesundheitsmarkt. Entsprechende Managementprinzipien sind dort in den letzten zwei Jahrzehnten entwickelt und getestet worden. Sie führen zu produktiven Plattformen mit hoher Akzeptanz. Diese Prinzipien können der fehlende Schlüssel für die Translation von Innovationen in der Gesundheitsversorgung sein. Sie erleichtern die **Abgrenzung**

**zwischen Wettbewerb und Kooperation in Ökosystemen**. Und sie helfen, die Nahtstellen zur Sicherstellung in der Regelversorgung zu definieren.

Im Kollektivvertrag sind über Jahrzehnte die entsprechenden Prinzipien für die Sicherstellung auf den verschiedenen Ebenen der Selbstverwaltung weitgehend reguliert und in der Praxis etabliert worden. Im Bereich der Versorgungsinnovationen ist schrittweise zwar die Incentivierung, Entwicklung und Pilotierung von Innovationen erfolgt, jedoch fehlt es hier an den darunterliegenden strukturellen und infrastrukturellen Anforderungen und einem **Marktmodell**: Im Wesentlichen fehlt es an gezielter Kooperation als Basis für einen wirksamen Versorgungswettbewerb. Dies ist Aufgabe des wettbewerblichen Marktbereichs, und hier haben sich in den letzten Jahrzehnten keine ausreichend starken Allianzen für gemeinsame Grundlagen im Versorgungswettbewerb gebildet.

Abbildung 2: **Marktmodell für Ergebnisverantwortung in Koopetition**




Quelle: _fbeta GmbH

Freiwillige Kooperation bei gemeinsamen Infrastrukturen und Plattformen im Sinne von Marktplätzen können maßgeblich dazu beitragen wettbewerbliche Versorgungsinnovationen auszubreiten, effizient und wirksam zu organisieren. Gleiches gilt für Standards, die die Anschlussfähigkeit von Organisationen und Einrichtungen an solche Innovationen gewährleisten. Eine gängige Methode zur Herstellung der Anschlussfähigkeit sind Reifegradmodelle. Diese können in Kombination mit entsprechenden Verträgen, IT-Plattformen und IT-Standards den Change und die Translationsfähigkeit unterstützen. Managementprinzipien in Plattformökosystemen anderer Branchen können das Managementmodell der Selbstverwaltung ergänzen, um die Translationsfähigkeit von Innovationen im Versorgungswettbewerb zu stärken. Eine freiwillige Kooperation bzw. Koopetition im regionalen Kontext ist hierfür ein sinnvoller Ausgangspunkt.

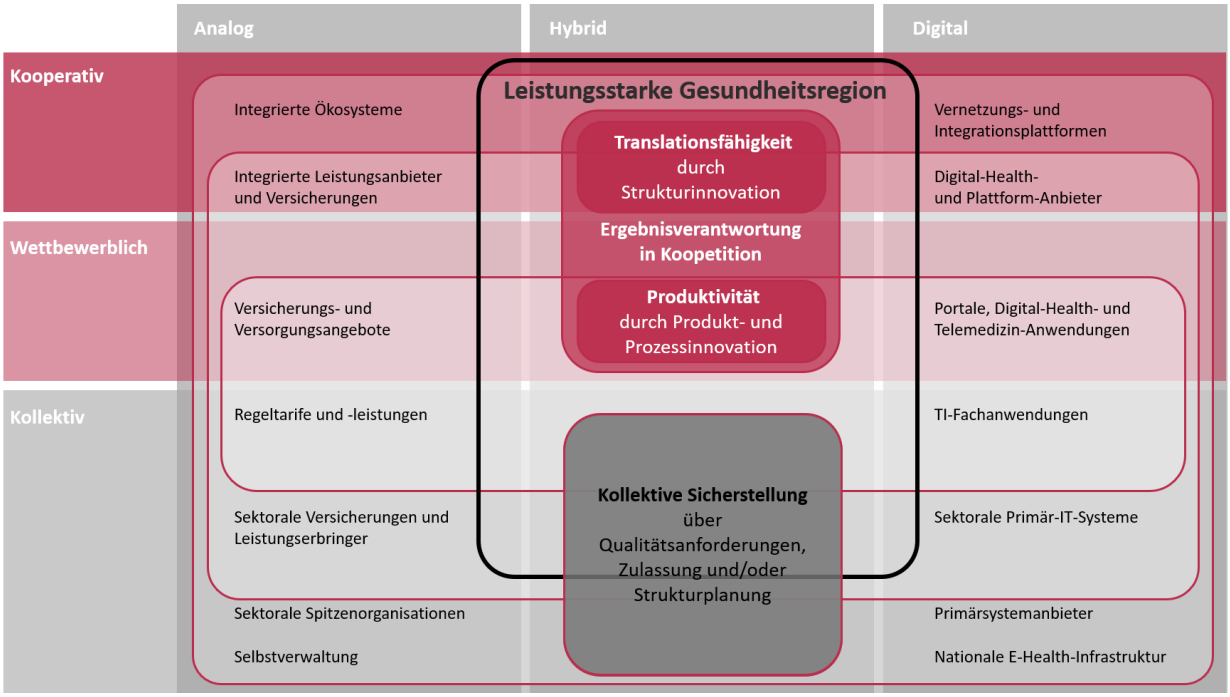
## 3.3 Definition – „Leistungsstarke Gesundheitsregionen“ (LeiG) als Markt- und Managementmodell

**Leistungsstarke Gesundheitsregionen basieren auf einem strategisch ausgerichteten Marktmodell (Koopetition als Ergänzung zur kollektiven Sicherstellung) und ermöglichen so ein gemeinsames, regionales, integriertes und hybrid ausgerichtetes Management der Versorgung (Managementmodell).**

### Marktmodell

Leistungsstarke Gesundheitsregionen (LeiG) basieren auf einem gemeinsamen Marktmodell mit Abgrenzung von Bereichen der Kooperation (nicht reguliert), des Wettbewerbs (teilreguliert) und der Gemeinsamen Selbstverwaltung (reguliert).

Abbildung 3: **Markt- und Managementmodell „Leistungsstarke Gesundheitsregionen“ (LeiG)**




Quelle: _fbeta GmbH

### Managementmodell

Grundlage ist ein gemeinsames strategisches Zielbild in Versorgung, Organisation und Technologie. Es basiert auf einer sektorenintegrierenden Sicht und ist hybrid (analog, digital und telemedizinisch) ausgestaltet.

Das Zielbild wird in Versorgungsszenarien und Transformationsstrategien strukturiert. Auf dieser Grundlage erfolgt das zielbildorientierte Management von Prozess-, Struktur- und Ergebnisqualität für bestimmte Versorgungsökosysteme wie die Versorgung von chronisch Kranken, Pflegebedürftigen oder

die Notfallversorgung. Es entsteht eine strategische und den Markt ordnende Kooperationsebene innerhalb des jeweiligen Ökosystems sowie in der Gesundheitsregion insgesamt.

Dies bildet die Rahmenbedingungen für einen produktiven Wettbewerb zur Optimierung der Versorgung. Somit tragen LeiG eine gemeinsame Verantwortung der Gesundheitsfürsorge im regionalen Sozialraum, aufgeteilt über diese Ökosysteme.

**Management von Innovationen und digitaler Transformation**

In den Ökosystemen erfolgt das Management von Innovationen und digitaler Transformation auf drei Ebenen:

1. **Produkt- und Prozessinnovationen:** Das Management der Versorgung erfolgt auf der Ebene der (Integrierten) Versorgungsangebote. Sie bestehen aus analogen, telemedizinischen und digitalen Leistungen und ermöglichen integrierte Angebote mit Ergebnisverantwortung.

2. **Strukturinnovationen:** Das Management von Strukturinnovationen in den Einrichtungen erfolgt in Form spezifischer Qualitätsanforderungen für das jeweilige Ökosystem. Diese sind abgeleitet von den jeweiligen Versorgungszenarien und Transformationsstrategien. Diese machen sie im Rahmen des gemeinsamen Zielbilds für die integrierten Angebote im Ökosystem interoperabel und anschlussfähig. Sie ergänzen oder modifizieren die Grundanforderungen der kollektivvertraglich definierten Strukturqualität.

3. **Infrastrukturinnovationen:** Innerhalb der Ökosysteme werden die gemeinsamen Konventionen geregelt, die für ein wettbewerblich ausgerichtetes Management der Ergebnisqualität erforderlich sind. Hierfür werden digitale Plattformen gemeinsam entwickelt, bereitgestellt und betrieben. Sie ermöglichen die Operationalisierung entlang der Konventionen im jeweiligen Ökosystem.

**Bestehender Rahmen - Sicherstellung:** Die Selbstverwaltung des Gesundheitssystem mit dem Fokus auf dem Sicherstellungsauftrag wird um das Management der Gesundheitsökosysteme mit dem Fokus auf Produktivität ergänzt.

**Translationsfähigkeit**

Durch die gemeinsamen Infrastruktur- und Strukturinnovationen erhöhen LeiG zudem die Translation von wettbewerblichen Versorgungsinnovationen bzw. -angeboten. Hierbei werden Struktur- und Infrastrukturplanung als Basis für einen produktiven Wettbewerb in Kooperation (teilreguliert) durchgeführt. Dabei werden Schnittstellen zur Sicherstellung über die Selbstverwaltungsorgane bedient (reguliert) und Versorgungsangebote können wettbewerblich oder kooperativ effizienter und wirksamer gestaltet werden.

**Geschäftsmodell**

Damit LeiG die Produktivität steigern können, ist ein längerfristiges Geschäftsmodell erforderlich. Aufwendungen für strategische Planung, Struktur- und Infrastrukturmaßnahmen sowie Betrieb und Management müssen sich durch die erhöhte Produktivität in der Versorgung tragen können.

Dazu müssen die Produktivitätspotenziale in angemessener Relation zu den erforderlichen Aufwendungen stehen. Das gilt sowohl für die Maßnahmen in Kooperation als auch für Geschäftsmodelle der Versorgungsangebote und Akteure im Wettbewerb.

Zudem muss auf politischer und auf der Ebene der Marktanteile und Akzeptanz sowie regionaler und absoluter Marktmacht eine ausreichende kritische Masse erreicht werden. Diese ermöglichen sowohl eine tragfähige Implementierung in IT-Systeme und Rückhalt für regulatorische Änderungen an Stellen, wo bisherige Regelungen entsprechende Innovationen hemmen.

# 4 Rahmenbedingungen und Optionsraum

Trotz erheblicher regionaler Unterschiede in der Gesundheitsversorgung bestehen für leistungsstarke Gesundheitsregionen einige weitgehend einheitliche Rahmenbedingungen und Optionsräume. Diese werden im Folgenden als Basis einer regionenübergreifenden Kooperation dargestellt, und zwar entlang der **fünf wesentlichen Dimensionen des Gesundheitswesens** – Setting, Versorgungsgegenstand, Versorgungsökosystem, Ökonomie und Regulierung. In Form von Grundhypothesen werden die allgemeinen Rahmenbedingungen und der wesentliche Optionsraum für die leistungsstarken Gesundheitsregionen definiert und Aspekte fokussiert, die für den Zeitraum bis 2030 relevant sind.

## 4.1 Setting – Finanzierung der Sozialversicherungssysteme und Fachkräftemangel ungelöst

In dieser Dimension werden die Finanzierungsseite des Gesundheitswesens 2023, die Finanzierungsprognose 2035 und die Verfügbarkeit von Fachkräften als besonders relevant herausgestellt.

Grundhypothese 1.1. Finanzierungssituation 2023
**Die Rücklagen bei Versicherungsbeiträgen (GKV) sind aufgebraucht, und der Steuerfinanzierungsanteil ist durch die Haushaltssituation des Bundes infrage gestellt.**

Die Finanzierung des Gesundheitswesens, 498 Mrd. Euro in 2022 (Statistisches Bundesamt, 2024), basiert überwiegend auf Versicherungsbeiträgen sowie einem Bundeszuschuss zwischen 15–20 Mrd. Euro (entsprechend ca. 5 Prozent p. a.) aus Steuereinnahmen (Verband der Privaten Krankenversicherung e.V., 2024). Letztere werden i. d. R. zur Investitionsförderung oder für Sonderausgaben eingesetzt. Angesichts der aktuellen Herausforderungen für den Bundeshaushalt sind weitere Investitionen oder Sonderfinanzierungen kaum möglich. Alle wesentlichen Bereiche des Sozialversicherungssystems stehen finanziell massiv unter Druck, und die Finanzierung in den kommenden Jahren kann nicht als gesichert betrachtet werden.

Grundhypothese 1.2 Finanzierungsprognose 2035
**Die Relation von Einzahlern und Leistungsempfängern im Sozialsystem kippt von 65 Leistungsempfängern auf 100 Einzahler zu 85 auf 100. Es liegen weder für die Finanzierungs- noch die Leistungsseite Lösungsvorschläge vor.**

Aktuell kommen auf 100 Beitragszahlende etwa 65 Leistungsempfänger (Familienversicherung, Rente oder Bürgergeld). Es wird davon ausgegangen, dass das Verhältnis in den nächsten Jahren auf ca. 85 Leistungsempfänger auf 100 Erwerbstätige steigt (Hecken, 2023). Damit wird sich bei gleichbleibender Versorgung die Finanzierungslast deutlich erhöhen. Dies scheint weder durch eine Steuerfinanzierung noch durch höhere Versicherungsbeiträge lösbar.

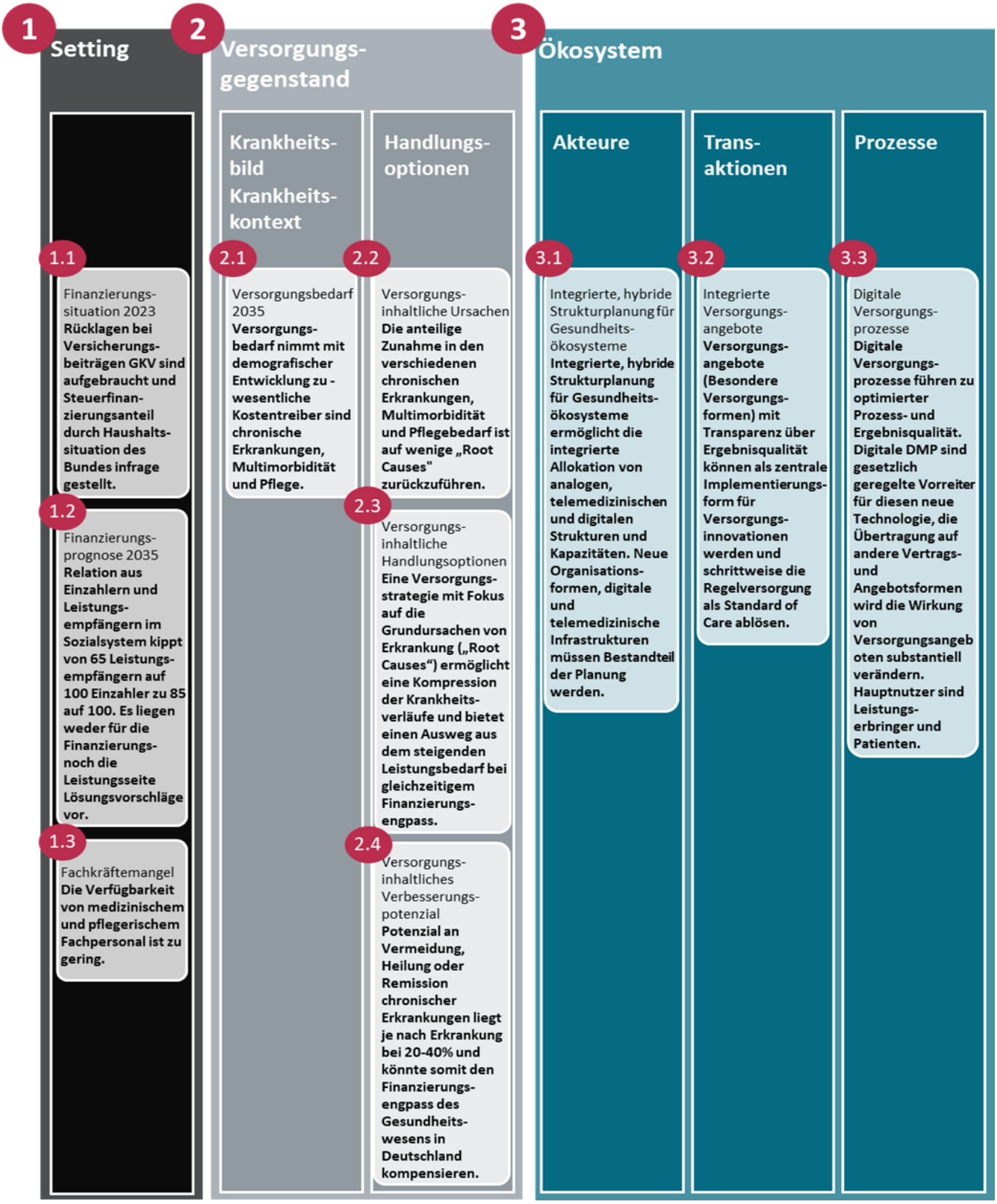
Das Thema ist seit Jahrzehnten bekannt, entsprechende Reformvorschläge wurden u. a. zur Jahrtausendwende von der sogenannten Rürup-Kommission ausgearbeitet (Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung, 2003). Für die Krankenversicherung wurden zwei Modelle, die Bürgerversicherung (Ausweitung der prozentualen Versicherungsbeiträge auf alle Bürger und alle Einkunftsarten) und die Gesundheitsprämie (einheitliche Kopfpauschale für alle Bürger), als mögliche Maßnahmen entwickelt und seitdem in der Gesundheitspolitik diskutiert. Ebenfalls wurden Vorschläge für die Renten- und Pflegeversicherung unterbreitet. Eine grundlegende politische Einigung und Lösung ist – abgesehen von kleineren Anpassungen im Bestandssystem – bis heute nicht erfolgt.

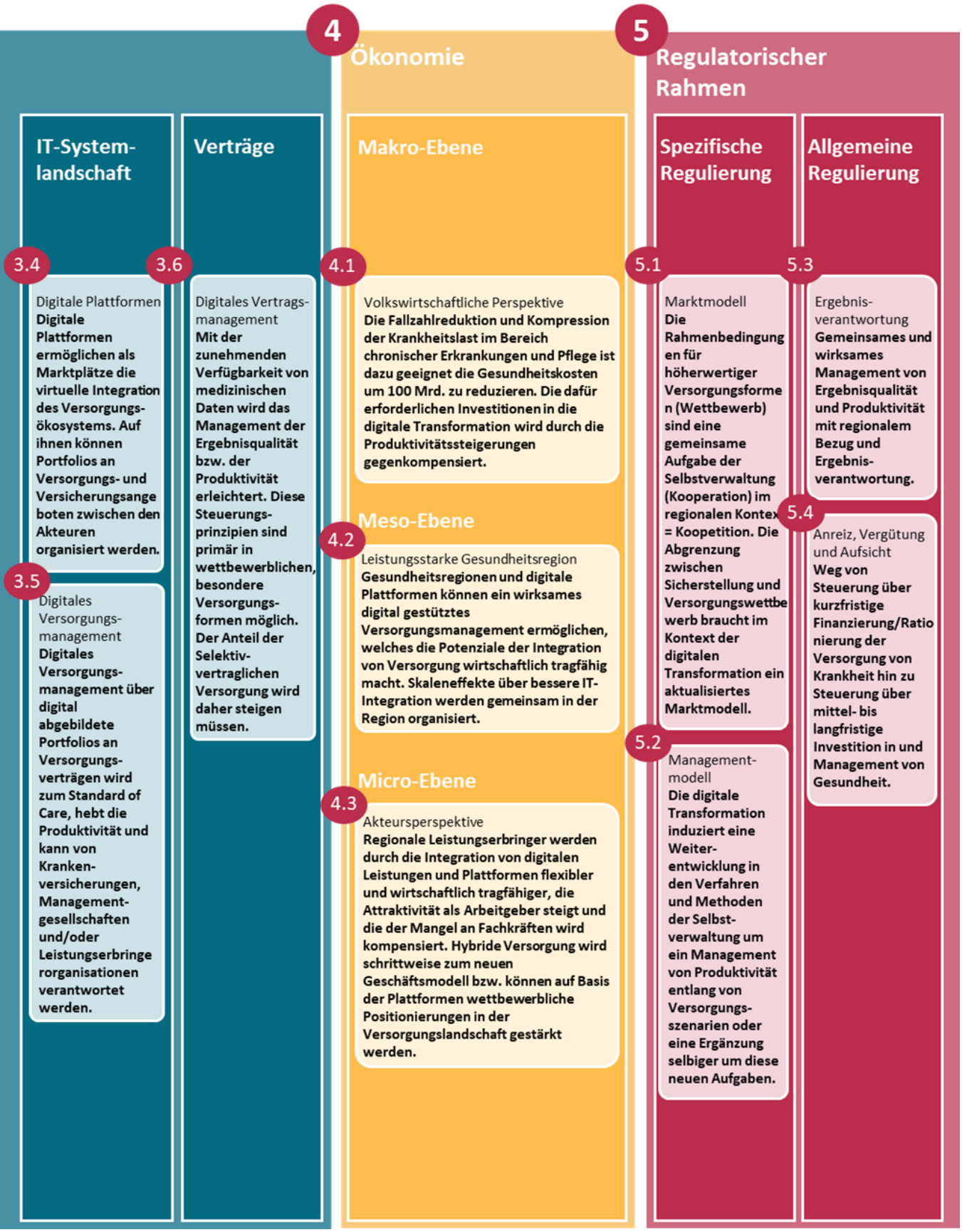
Für die Leistungsseite wurden seitdem verschiedene größere versorgungspolitische Maßnahmen wie die Integrierte bzw. Besondere Versorgung, die Disease-Management-Programme (DMP) und der Innovationsfonds initiiert. Sie sind jedoch in der bisherigen Ausprägung nicht ausreichend, um die genannten Effekte zu kompensieren.

Grundhypothese 1.3 Fachkräftemangel
**Die Verfügbarkeit von medizinischem und pflegerischem Fachpersonal ist zu gering.**

In Relation zum Versorgungsbedarf stehen zu wenig Fachkräfte zur Verfügung. Hinzu kommt, dass ein großer Teil der Ärzteschaft altersbedingt in den nächsten Jahren aus dem Berufsleben ausscheiden wird, bei gleichzeitig zunehmendem Bedarf an ärztlichen Leistungen. Zudem sinkt die verfügbare Arbeitszeit je Fachkraft mit dem Trend zu unterschiedlich ausgestalteten Regelarbeitszeiten und Teilzeit (Hecken, 2023).

Abbildung 4: **Grundhypothesen der Transformation**






Quelle: _fbeta GmbH

## 4.2 Versorgungsgegenstand – Reduktion der Krankheitslast bei chronischen Erkrankungen durch Lebensstiländerung

In dieser zweiten Dimension werden wesentliche Aspekte zur Entwicklung des Versorgungsbedarfs, zu den versorgungsinhaltlichen Ursachen und den Handlungsoptionen dargelegt. Auch wird der mögliche gesundheitsökonomische Effekt abgeschätzt.

Grundhypothese 2.1 Versorgungsbedarf 2035
**Der Versorgungsbedarf nimmt mit der demografischen Entwicklung zu – wesentliche Kostentreiber sind chronische Erkrankungen, Multimorbidität und Pflege.**

Der Versorgungsbedarf nimmt durch den höheren Anteil von Menschen im Rentenalter in der Bevölkerung mit der demografischen Entwicklung bis 2035 substanziell zu (Statistisches Bundesamt [Destatis], 2022). Damit steigen bei aktuell üblichem Gesundheitsverhalten und üblicher Versorgung der Versorgungsbedarf und die Ausgaben erheblich. Die drei folgenden Versorgungssegmente sind hierbei Kostentreiber. Die Zunahme des Versorgungsbedarfs erfolgt zudem, zeitlich leicht versetzt, in gleicher Reihenfolge:

- **Menschen mit chronischen Erkrankungen:** In der Europäischen Union fallen jährlich ca. 70 Prozent der Gesundheitsausgaben auf die Versorgung von chronisch erkrankten Menschen. In Deutschland sind es rund 300 Mrd. Euro (Stand: 2016).
- **Menschen mit Multimorbidität:** Multimorbidität nimmt insbesondere mit zunehmendem Alter deutlich zu und betrifft einen erheblichen Anteil der Bevölkerung. Sie geht zugleich mit einem überproportionalen Ressourcen- und Versorgungsbedarf einher und trägt wesentlich zu den Gesundheitsausgaben bei.
- **Menschen mit Pflegebedarf:** Im Jahr 2022 war die die soziale Pflegeversicherung zweitgrößter Ausgabenträger im deutschen Gesundheitswesen (ca. 58 Mrd. Euro) (Statistisches Bundesamt, 2024).

Grundhypothese 2.2 Versorgungsinhaltliche Ursachen
**Die anteilige Zunahme der verschiedenen chronischen Erkrankungen, Multimorbidität und des Pflegebedarfs ist auf wenige Grundursachen (Root Causes) zurückzuführen.**

**Root Causes:** Die Entwicklung der Ausgaben bei den verschiedenen chronischen Erkrankungen, Multimorbidität und in der Pflege geht ursächlich i. d. R auf Root Causes zurück, die im Wesentlichen auf Lebensstilfaktoren beruhen. Diese sind maßgeblich durch die Gesundheitskompetenz und das tägliche Gesundheitshandeln des Individuums beeinflussbar, darunter Ernährung, Bewegung und mentale Gesundheit, die in sieben der acht Nationalen Versorgungsleitlinien (NVL) zu chronischen Erkrankungen (Bundesärztekammer et al., 2017, 2021, 2022, 2023a, 2023b, 2023c, 2024a, 2024b) als zentrale Risiko- bzw. Einflussfaktoren genannt werden. Des Weiteren gehören Umwelt- und Umfeldfaktoren zu den Root Causes, deren Beeinflussung auch eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe der Daseins- und Gesundheitsfürsorge ist. Dazu gehören allen voran der Alkohol- und Nikotinkonsum (Hacker, 2024).

Grundhypothese 2.3 Versorgungsinhaltliche Handlungsoptionen
**Eine Versorgungsstrategie mit dem Fokus auf den Grundursachen von Erkrankung (Root Causes) ermöglicht eine Kompression der Krankheitsverläufe und bietet einen Ausweg aus dem steigenden Leistungsbedarf bei gleichzeitigem Finanzierungsengpass.**

**Versorgung von Erkrankungen und Symptomen – „Medikalisierung(-sthese)“:** Die verstärkte Verfügbarkeit von medizinischen Innovationen kann in der Versorgung auch zu einer zunehmenden Chronifizierung von Krankheitsverläufen führen (z. B. Erkrankungen mit hoher Sterblichkeitsrate werden zu chronischen abgemildert, die Symptome ungesunder Lebensweisen durch Medikamentengabe kompensiert). Das Leistungsvolumen an Sekundär- und Tertiärprävention ist in Relation zu den übrigen zentralen Versorgungsleistungen relativ gering, zudem wird es i. d. R. wenig im direkten Zusammenhang mit dem Verlauf chronischer Krankheiten bzw. als Teil der Therapie genutzt. Dies steht im Widerspruch dazu, dass diese Strategien für die meisten chronischen Erkrankungen in den nationalen Versorgungsleitlinien als primäre Therapieoptionen genannt werden.

**Förderung von Gesundheit – „Kompression(-sthese)“:** Der verstärkte Einsatz von präventiven Maßnahmen führt zur Verschiebung des Eintritts von Krankheit hin zu einem hohen Anteil gesunder Lebensjahre und Kompression von Krankheitsphasen, auch vor dem Versterben. Hier sind sowohl Verhaltens- als auch Verhältnisprävention relevant, wobei durch Sekundär- und Tertiärprävention ein schnellerer ausgabenrelevanter Effekt zu erzielen ist. Primärprävention ist ein langfristiger wirkender Ansatz.

Grundhypothese 2.4 Versorgungsinhaltliches Verbesserungspotenzial
**Das Potenzial an Vermeidung, Heilung oder Remission chronischer Erkrankungen liegt je nach Erkrankung bei 20–40 Prozent und könnte somit den Finanzierungsengpass des Gesundheitswesens in Deutschland kompensieren.**

Gerade bei chronischen Erkrankungen können, je nach Indikation, zwischen 20–40 Prozent der Fälle in Vermeidung, Remission (Pfeiffer, 2023) bzw. Heilung überführt werden. Die wesentlichen Aspekte bei der digitalen Transformation sind hierbei:

- eine stärkere Integration der Versorgung chronischer Erkrankungen entlang digital unterstützter Prozessoptimierung,
- ein stärkerer Einsatz von Telemedizin, Digital Health, Delegation an nichtärztliches Fachpersonal entlang des Prozesses,
- eine konsequentere Anwendung von Ansätzen der Sekundär- und Tertiärprävention zu Gesundheitskompetenz und Lebensstiländerung, die besonders gut digital unterstützt werden können.

Eine solche Fokussierung hat das Potenzial, bundesweit etwa ein Drittel der Leistungsausgaben für chronische Erkrankungen zu reduzieren, was bis zu 100 Mrd. Euro p. a. ausmacht, wenn man von der EU-weiten Angabe ausgeht, dass 70-80 Prozent der Gesundheitsausgaben auf chronische Erkrankungen entfallen. Damit erscheinen Investitionen in relevante digitale Infrastrukturen und Transformationsprozesse grundsätzlich sinnvoll und refinanzierbar. Sie erfordern eine darauf ausgerichtete Konkretisierung der Potenziale und Maßnahmen.

## 4.3 Ökosystem – Translationsfähigkeit durch Integration von Versorgung, Organisation und Digitalisierung

Diese dritte Dimension zeigt den grundlegenden Optionsraum für eine entsprechende Transformationsstrategie in regionalen Versorgungsökosystemen auf. Sie betrachtet die Integration der Sektoren, relevante Transaktionen im Ökosystem, Prozesse, digitale Leistungen, Vernetzung der Einrichtungen sowie Verträge.

Grundhypothese 3.1 Integrierte, hybride Strukturplanung für Gesundheitsökosysteme
**Eine integrierte, hybride Strukturplanung für Gesundheitsökosysteme ermöglicht die integrierte Allokation von analogen und digitalen Strukturen und Kapazitäten. Neue Organisationsformen, digitale bzw. telemedizinische Infrastrukturen müssen dabei Bestandteil der Planung werden.**

Zentrale Aspekte bei der Strukturplanung analoger Kapazitäten in der Versorgung sind die Auswirkungen des Fachkräftemangels, strukturschwache Regionen und der Wunsch zu kürzeren Arbeitszeiten sowie der Trend zur Anstellung bei freien Berufen. Sie können durch verschiedene Prinzipien kompensiert werden und die Versorgung auch zukünftig so sicherstellen. Die Grundprinzipien sind: **Integration, Delegation und/oder Substitution von Leistungen** (telemedizinische/digitale Leistungserbringer).

Zudem kann hierüber eine **Flexibilisierung bei Zugang und Verfügbarkeit** zu bzw. von Versorgungsangeboten hergestellt werden. Die Interaktion wischen Leistungserbringenden und Patientinnen und Patienten kann örtlich und zeitlich flexibel sowie kapazitätsgerecht und kontextangepasst gestaltet werden; sie kann synchron und asynchron erfolgen. Auch zeigen hybride Versorgungsangebote eine gute Akzeptanz und Wirksamkeit.

**Neue Organisationsformen** erweitern das klassische Bild von Arztpraxen, Versorgungszentren und Kliniken. Moderne Einrichtungen haben einen höheren digitalen Leistungsanteil und können auch aus virtuell koordinierten Teams bestehen. Die Ambulante Spezialfachärztliche Versorgung (ASV) ist ein Beispiel dafür, dass Formen der Zusammenarbeit und Versorgungstrukturen zukünftig deutlich flexibler sein werden. Auch dies muss Teil einer integrierten, hybriden Strukturplanung sein.

**Digitale bzw. telemedizinische Infrastrukturen und Plattformen** ermöglichen die Vernetzung der Einrichtungen. Sie bilden daher eine essenzielle Grundlage im Kontext der integrierten, hybriden Strukturplanung. Dies betrifft sowohl die Möglichkeiten der nationalen E-Health-Infrastruktur sowie weitere Plattformen für Vertrags- und Versorgungsmanagement. Letztere bieten Funktionalitäten im Sinne eines Marktplatzes für Versorgungsangebote, während die nationale E-Health-Infrastruktur für die Sicherstellung der grundsätzlichen Sicherheits- und Verwaltungsfunktionen sorgt.

Erfolgt die **Integration von Strukturen, Prozessen sowie Vergütung** über digitale Plattformen, so kann im Umkehrschluss die **Zugehörigkeit zu Sektoren** und die daran geknüpfte Regulierung bestehen bleiben. Dies betrifft Aspekte wie Berufsordnungen, Ausbildungswege und Strukturqualitätsanforderungen an Leistungserbringer sowie deren Organisation über Fachgesellschaften und Verbände. Eine Anpassung von Anforderungen wird jedoch sicher notwendig sein. Somit ist auch die Nahtstelle zur Strukturplanung erforderlich.

In Summe erfolgt somit die Strukturplanung nicht nach Sektoren, sondern nach **Versorgungsökosystemen gemäß den Prinzipien der Plattformökonomie**. Diese sind ausgerichtet auf wesentliche Versorgungsszenarien wie die Versorgung chronischer Erkrankungen, Pflege oder Prävention. Die Ausrichtung auf ein **gemeinsames Zielbild** ist hierfür essenziell. Dies ist die Grundlage, um Interoperabilität und Strukturqualitätsanforderungen zwischen analogen und digitalen bzw.

telemedizinischen oder hybriden Sektoren zu erreichen. Die Definition von Zielbildern und Ableitung von Anforderungen wird somit ebenfalls zur Aufgabe einer **integrierten, hybriden Strukturplanung**.

Grundhypothese 3.2 Integrierte Versorgungsangebote
**Versorgungsangebote (besondere Versorgungsformen) mit Transparenz über Ergebnisqualität können die zentrale Implementierungsform für Versorgungsinnovationen werden und schrittweise die Regelversorgung als Standard of Care ablösen.**

Die bislang optionale Versorgung über neue Versorgungsformen löst die Versorgung über kollektivvertragliche Einzelleistungen schrittweise ab: Das Versorgungsmanagement erfolgt somit zunehmend über integrierte, hybride Versorgungsprodukte, die

1. die Integration der Organisation (Strukturen/Prozesse/Vergütung)
2. die Integration von Daten (medizinische Befund- und tagesaktuelle Vitaldaten)
3. die Integration von analogen und digitalen bzw. telemedizinischen Leistungen
4. die Integration des Gesundheitshandelns des Patienten
5. die Integration der Nachhaltigkeit bei Therapieentscheidungen

zum Standard of Care machen (Deutsche Gesellschaft für Integrierte Versorgung im Gesundheitswesen e. V. mit Knöppler et al., 2023).

Besondere Versorgungsformen müssen zum Standard of Care werden, wenn die Potenziale umgesetzt werden sollen. Sie können wettbewerblich, regional und/oder kollektiv vereinbart werden und bauen auf entsprechend ausgerichteten digitalen Plattformen für das Vertrags- und Versorgungsmanagement auf. Die Angebote sind potenziell wettbewerblich ausgestaltet, während die Plattformen auf einer gemeinsamen Infrastruktur basieren.

Grundhypothese 3.3 Digitale Versorgungsprozesse
**Digitale Versorgungsprozesse führen zu optimierter Prozess- und Ergebnisqualität. Digitale Disease-Management-Programme (DMP) sind gesetzlich verankerte Vorreiter für diese neuen Technologien. Die Übertragung auf andere Vertrags- und Angebotsformen wird die Wirkung von Versorgungsangeboten substanziell verändern. Hauptnutzer sind Leistungserbringer und Patienten.**

**Prozessinnovationen in der Versorgung** werden sowohl in den Selektivverträgen, der Ambulanten Spezialfachärztlichen Versorgung (ASV), den Satzungsleistungen der gesetzlichen Krankenversicherung als auch durch den Innovationsfonds ermöglicht und vergütet. Hier werden i. d. R. optimierte Kombinationen von Einzelleistungen als Versorgungsprodukt vergütet und der Prozess im Zusammenspiel dieser Leistungen besser organisiert. Im Bereich der Disease-Management-Programme (DMP) erfolgt das nach einer zentralen Vorgabe und schon kurz nach Einführung mit Implementierung in den Primärsystemen der Arztpraxen. Im Bereich wettbewerblicher Vertragsarten ist Freiraum für die Suche nach neuen Prozessinnovationen, gleichzeitig gibt es nur wenig etablierte IT-Systeme, die hierfür eine technische Abbildung bereitstellen.

Die Optimierung von Prozess- und Ergebnisqualität ist ein Kernelement höherwertiger Managementformen einer integrierten Versorgung. Die Virtualisierung solcher Managementformen, z. B. über Steuerpunkte entlang der Versorgungskette, erfolgt pilothaft mit Einführung der digitalen Disease-Management-Programme 2026. Damit werden weitere Interoperabilitätsvoraussetzungen etabliert, diese können z. B. auch für Selektivverträge genutzt werden. Es ist davon auszugehen, dass damit ein substanzieller **Schub für die Digitalisierung von Versorgungsprozessen** erfolgt. Dies wiederum kann in Kombination mit den grundlegenden Funktionen und Prozessen der nationalen E-Health-Infrastruktur, mit den Schwerpunkten Verwaltung, Service, Kommunikation und

Dokumentation, einen deutlichen Schub für Akzeptanz und Produktivität mit sich bringen. In anderen Ländern, insbesondere in Skandinavien, ist die digitale Abbildung von Versorgungspfaden bereits im größeren Stil etabliert, in Finnland wird sie u. a. durch die Universitätskliniken stark vorangetrieben und vernetzt diese auch mit dem ambulanten Sektor.

Grundhypothese 3.4 Digitale Plattformen
**Digitale Plattformen ermöglichen als Marktplätze die virtuelle Integration des Versorgungsökosystems. Hier können Portfolios mit Versorgungs- und Versicherungsangeboten zwischen den Akteuren organisiert werden.**

Ansätze zur integrierten Versorgung haben nach wie vor einen hohen Anteil analoger Prozesse. Das gilt neben den Versorgungsprozessen auch für das grundlegende Vertragsmanagement mit Funktionen wie Vertragsstammdaten, Teilnahmeverwaltung, Vergütung und Abrechnung. Die digitale Abbildung integrierter Versorgungsangebote wurde eher projektbezogen realisiert, und je Angebot jeweils eigene technische Lösungen angestrebt. **Die Etablierung eines vertragsübergreifenden Standards für die Interoperabilität von Versorgungsangeboten ist in den letzten Jahrzehnten nicht in ausreichendem Maße geregelt. Die nationale E-Health-Infrastruktur bietet dies nicht an, und alternative IT- Plattformen haben keine ausreichende Akzeptanz gefunden**. Eine übergreifende Kooperation, die es ermöglicht, flexibel verschiedenste Versorgungsangebote abzubilden, ist jedoch zwingend erforderlich.

Dies betrifft sowohl die Vernetzung von Akteuren direkt mit digitalen Plattformen wie es z. B. der Versicherte mit einem eigenen ePA-Frontend für den Zugang zur elektronischen Patientenakte hat (Vernetzungsplattform). Es betrifft aber auch die Integration der Primärsysteme der Leistungserbringer (Integrationsplattform). Verschiedene Widerstände und vor allem ein mangelndes Zielbild im Ökosystem haben eine solche Vernetzung integrierter Versorgungsangebote bisher verhindert. Dies ist u. a. auf die geringe Akzeptanz bei Primärsystemherstellern und zu wenig Akzeptanz für einen Standard im Markt zurückzuführen. Zudem sind die Primärsysteme und Plattformen nicht direkter Leistungsbestandteil im Sinne der Regelungen des Sozialgesetzbuches und somit nur indirekt, über Zertifizierung, regulierbar.

Die nationale E-Health-Infrastruktur richtet einen breiten Fokus auf der Sicherstellung der grundsätzlichen Sicherheits- und Verwaltungsfunktionen für die kollektivvertragliche Versorgung wie medizinische Dokumentation, Bescheinigung und Verordnung, Serviceprozesse (Terminmanagement), Sicherheitsdienste und Kommunikation. Die Akzeptanz der Vernetzung bleibt trotz verstärkter Anstrengungen aktuell noch zu gering, um deren eigentlichen Mehrwert heute schon in der Breite der Versorgungslandschaft bereitstellen zu können. Eine Integration bzw. Vernetzung der Akteure für Selektivverträge rund um Versorgungsangebote und -wettbewerb ist hier in der Roadmap bislang nicht vorgesehen. Dies erfordert eine geringere regulatorische Ausgestaltung bei gleichzeitiger Ermöglichung von Investitionen durch die Krankenkassen, insbesondere im Kontext der elektronischen Patientenakte.

Zudem sind neben den digitalen Versorgungsprozessen und den Grundfunktionen der nationalen E-Health-Infrastruktur digitale Vertragsprozesse für Selektivverträge erforderlich. Diese betreffen u. a. Vertragsstammdaten, Teilnahmeverwaltung, Abrechnung und Vergütungsfunktionen, was bisher ausschließlich für DMP gelöst ist. Ähnliche Anforderungen gelten jedoch darüber hinaus für nahezu alle Bereiche von Selektivverträgen zu verschiedenen Vertrags- und Leistungsarten außerhalb der sogenannten Regelversorgung.

Daneben haben sich verschiedenste Plattformen parallel etabliert. Dies gilt insbesondere für Abrechnung und Genehmigung, telemedizinische Ersteinschätzung und Terminmanagement sowie

auch für die technische Abbildung von selektiven Versorgungsangeboten. Zudem zeigen sich in den digitalen Ökosystemen der Krankenkassen in Deutschland zunehmend Portfolien digitaler oder hybrider Versorgungsangebote.

Die Planung und Einführung solcher Plattformen ist eine gemeinsame Aufgabe im regionalen Kontext und sollte aufgrund der Interdependenzen an die Strukturplanung andocken. Gleichzeitig muss hierbei der Zuschnitt der Ökosysteme entlang der wesentlichen Versorgungszenarien und Transformationsstrategien erfolgen. Leitend muss hierbei das Prinzip der integrierten Wertschöpfung in Versorgungsprozessen sein (und nicht der Zuschnitt in Sektoren).

Grundhypothese 3.5 Digitales Versorgungsmanagement
**Digitales Versorgungsmanagement über digital abgebildete Portfolios mit Versorgungsverträgen wird zum Standard of Care, hebt die Produktivität und kann von Krankenversicherungen, Managementgesellschaften und/oder Leistungserbringer-Organisationen verantwortet werden.**

Ein virtuelles Versorgungsmanagement führt zu einem technisch induzierten Paradigmenwechsel: Es findet eine Weiterentwicklung von der aktuell dominierenden Versorgung in Form von Einzelleistungen mit einem geringen Maß an patientenorientiertem Prozessmanagement und starkem **Fokus auf Strukturqualität** (IST) hin zu höherwertigen Managementformen (vernetzte, koordinierte und/oder integrierte Versorgung) statt. Diese sind gekennzeichnet durch zentrale Versorgungsprozesse mit pauschalierten, erfolgsorientieren Vergütungsformen und setzen damit den **Fokus auf Prozess- und Ergebnisqualität = Produktivität** (SOLL).

Wesentlicher Treiber für die Leistungsfähigkeit ist das virtuelle Management auf der Basis hochverfügbarer medizinischer Daten, gepaart mit der Verfügbarkeit von Unterstützungsleistungen im Alltag zwischen den Arzt-/Praxisbesuchen sowie der örtlichen und zeitlichen Flexibilisierung von Versorgung. Die Grundlage hierfür ist neben der Integration digitaler und telemedizinischer Leistungen das kontinuierliche, tagesaktuelle Monitoring: Dies ermöglicht eine kontinuierliche, tagesaktuelle Optimierung der Versorgung auf Grundlage umfangreicher Daten, insbesondere medizinischer Daten und Vitalparameter der Patientinnen und Patienten, Daten zur Gesundheitskompetenz sowie Sozial-, Umwelt- und Geodaten. Dies eröffnet sowohl für die verantwortlichen Leistungserbringer als auch für das Versorgungsmanagement neue Potenziale für eine **datenbasierte Steuerung der Versorgung in größeren Populationen.**

Grundhypothese 3.6 Digitales Vertragsmanagement
**Mit der zunehmenden digitalen Verfügbarkeit von medizinischen Daten wird das Management der Ergebnisqualität bzw. der Produktivität erleichtert. Diese Steuerungsprinzipien sind primär bei wettbewerblichen, besonderen Versorgungsformen möglich. Der Anteil der selektivvertraglichen Versorgung wird daher steigen müssen.**

Bislang erfolgt der überwiegende Teil der Gesundheitsversorgung über Kollektivverträge, d. h. einheitlich und gemeinsam innerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung und auch der privaten Krankenversicherung. Eine Differenzierung über besondere Versorgungsangebote findet kaum statt. Der Fokus liegt auf der Sicherstellung der Versorgung und nicht auf der Produktivität.

Mit der zunehmend leichteren technischen Umsetzung von höherwertigen Versorgungsangeboten, u. a. über IT-Plattformen, steht ein neues Zeitalter digital gestützter hybrider Versorgung unmittelbar bevor. Diese innovativen Versorgungsangebote erleichtern aufgrund eines höheren Anteils der digitalen Abbildung verfügbarer medizinischer Daten und Vitalparameter der Patienten den Zuschnitt bzw. Ausgestaltung bedarfsgerechter Therapien, des Qualitätsmanagements und der Vergütung. Dies

bietet sowohl Leistungserbringern als auch Krankenversicherungen einen völlig neuen und vor allem effizienten Raum im Wettbewerb um die beste Versorgung.

Damit ist davon auszugehen, dass ergebnisorientierte Selektivverträge substanziell an Bedeutung gewinnen werden. Der Einkauf von digitalen und telemedizinischen Versorgungsangeboten und deren Zusammenstellung in digitalen Versorgungsökosystemen ist bei den großen Versorgungskassen bereits etabliert. Die Zusammenstellung dieser Portfolios erfolgt zunehmend strategischer und systematischer. Zudem steigt der Handlungsdruck auf die Kassen aufgrund der demografischen Entwicklung.

## 4.4 Ökonomie – Produktivitätssteigerung kompensiert demografische Entwicklungen

Diese vierte Dimension betrachtet die ökonomischen Effekte aus der Public-Health-Perspektive des Gesundheitswesens, der Gesundheitsregion und der einzelnen Akteure. Die Effekte der digitalen Transformation können Investitionen in diese mehr als kompensieren. Auf allen Ebenen sind langfristig tragfähige Geschäftsmodelle realisierbar.

Grundhypothese 4.1 Volkswirtschaftliche Perspektive
**Die Fallzahlreduktion und die Kompression der Krankheitslast im Bereich chronischer Erkrankungen und Pflege ist dazu geeignet, die Gesundheitskosten um 100 Mrd. Euro zu reduzieren. Die dafür erforderlichen Investitionen in die digitale Transformation werden durch die Produktivitätssteigerungen kompensiert.**

Das Digitalisierungspotenzial für die Akteure im deutschen Gesundheitswesen wird auf eine Größenordnung von 42 Mrd. Euro pro Jahr geschätzt. Auf digitale Anwendungen in der Hand der Patienten entfallen dabei 45 Prozent, auf Anwendungen in Hand der Leistungserbringer 31 Prozent und auf digitale Infrastrukturen und Enablertechnologien 24 Prozent. Diese Potenziale quantifizieren die betriebswirtschaftliche Perspektive der jeweiligen Akteure (Biesdorf et al., 2022).

Eine akteursübergreifende, gemeinsam getragene Versorgungsstrategie und eine entsprechende Strategie zur digitalen Transformation der Versorgungsökosysteme ermöglichen eine noch tiefgreifendere Veränderung der Wertschöpfung im Gesundheitswesen. Aus volkswirtschaftlicher bzw. Public-Health-Perspektive erscheinen die Potenziale weitaus größer als die Investitionen.

Eine stärkere Fokussierung auf Interventionen an den Root Causes von Erkrankungen eröffnet erhebliche Potenziale zur Reduktion der für chronische Erkrankungen aufgewendeten Ausgaben und kann einen Beitrag zur Bewältigung des demografiebedingten Finanzierungsdrucks im Gesundheitssystem leisten.

Grundhypothese 4.2 Leistungsstarke Gesundheitsregionen
**Gesundheitsregionen und digitale Plattformen können ein wirksames, digital gestütztes Versorgungsmanagement ermöglichen, welches die Potenziale einer integrierten Versorgung wirtschaftlich tragfähig macht. Skaleneffekte über eine bessere IT-Integration werden gemeinsam in der Region organisiert.**

Auf der Ebene von Gesundheitsregionen ist die Selbstverwaltung in der Verantwortung, Strukturplanung durchzuführen und auch in der Lage, die wesentlichen Transaktionen, Prozesse und Wertschöpfungsketten aktiver abzustimmen als in der Vergangenheit. Vor dem Hintergrund der aktuellen Herausforderungen des Gesundheitswesens ist genau hier die primäre Ergebnisverantwortung zwischen u. a. Krankenkassen, Landesministerien, Kommunen und Leistungserbringern im Kontext der Daseinsvorsorge zu sehen.

Grundhypothese 4.3 Akteursperspektiven
**Regionale Leistungserbringer werden durch die Integration von digitalen Leistungen und Plattformen flexibler und wirtschaftlich tragfähiger, die Attraktivität als Arbeitgeber steigt, der Mangel an Fachkräften wird kompensiert. Hybride Versorgung wird schrittweise zum neuen Geschäftsmodell, auf Basis der Plattformen können wettbewerbliche Positionierungen in der Versorgungslandschaft gestärkt werden.**

Für einzelne Krankenversicherungen, Leistungserbringer und alle weiteren Akteure der Gesundheitsversorgung entstehen neuartige Möglichkeiten für Geschäftsmodelle, die in anderen

Ländern längst aus der Pilotphase in die Breite des Versorgungsalltags übergegangen sind, wie digital abgebildete hybride Versorgungspfade. Mit regionalen Zielbildern für Versorgungsschwerpunkte, Rollen und Prozesse sowie IT-Infrastruktur entsteht auch für jede einzelne Einrichtung schrittweise Planungssicherheit zur eigenen Positionierung im regionalen Wettbewerb. Nicht zuletzt kann dies ein Katalysator für die Neuorientierung hinsichtlich der wirtschaftlichen Tragfähigkeit von Einrichtungen sein vor dem Hintergrund des Fachkräftemangels, der Finanzierungsengpässe und des steigenden Versorgungsbedarfs.

## 4.5 Regulatorischer Rahmen – Anreizsysteme für Kooperation bei integrierter, hybrider Strukturplanung

Diese fünfte Hauptdimension zeigt relevante Handlungsfelder der regionalen und bundesweiten Regulierung auf, die die spätere Implementierung maßgeblich beeinflussen und daher bereits in der Konzeption berücksichtigt werden sollten.

**Markt- und Managementmodell**

Grundhypothese 5.1 Marktmodell
**Die Rahmenbedingungen für höherwertige Versorgungsformen (Wettbewerb) sind eine gemeinsame Aufgabe der Selbstverwaltung (Kooperation) im regionalen Kontext = Koopetition. Die Abgrenzung zwischen Sicherstellung und Versorgungswettbewerb braucht im Kontext der digitalen Transformation ein aktualisiertes Marktmodell.**

Ein produktiver Versorgungswettbewerb erfordert einen gemeinsamen strukturellen Rahmen (Kooperation) für eine höhere Translationsfähigkeit von Versorgungsinnovationen. Seit Jahrzehnten werden im Kontext der integrierten und besonderen Versorgungsformen, der Disease-Management-Programme und im Innovationsfonds entsprechende Konzepte entwickelt.

Regulatorische Rahmenbedingungen und Interoperabilität sind jedoch hierauf weiterhin nicht ausreichend ausgerichtet und verhindern den produktiven Einsatz. Auch die Option zur Finanzierung digitaler Vernetzung aus den Budgets der Krankenkassen ist mit der aktuellen Gesetzgebung zur elektronischen Patientenakte eingeschränkt worden.

Die Nahtstellen zwischen der Aufgabe der Sicherstellung über die Selbstverwaltung im regionalen Kontext und der Aufgabe des Versorgungswettbewerbs und die dafür erforderlichen Kooperationsfelder müssen neu gesetzt werden. Die Definition der leistungsstarken Gesundheitsregion kann hierfür als konzeptionelle Grundlage dienen.

Grundhypothese 5.2 Managementmodell
**Die digitale Transformation induziert eine Weiterentwicklung der Verfahren und Methoden der Selbstverwaltung durch ein Management von Produktivität entlang von Versorgungsszenarien oder eine Ergänzung selbiger um diese neuen Aufgaben.**

Entlang der Definition, der Verfahren und Methoden der leistungsstarken Gesundheitsregion können die bestehenden Verfahren und Methoden der Selbstverwaltung sinnvoll ergänzt werden:

**IST-Perspektive** (Ziele der strukturorientierten Selbstverwaltung): Herstellung der bedarfsgerechten Kapazitäten in wesentlichen Versorgungssektoren (ambulant, stationär und Pflege) des (Gesundheits-)Systems mit Strukturqualitätsanforderungen

**SOLL-Perspektive** (Ziele einer integrierten und hybriden Strukturplanung): Patienten- und Nutzerzentrierung sowie Produktivitätssteigerung des (Gesundheits-)Systems inkl. Ergebnismessung. Hierbei bezieht sich Produktivität im Wesentlichen auf Gesundheit und (effiziente) Sicherstellung der Versorgung von relevanten Erkrankungen in einem spezifischen regionalen Kontext (Gesundheitsregion). Die integrierte hybride Strukturplanung (Kooperation) umfasst regulatorische, organisatorische und technische Interoperabilität für einen produktiven Wettbewerb um Versorgung bzw. die Förderung von Gesundheit.

**Anreizstrukturen und Ergebnisorientierung**

Grundhypothese 5.3 Ergebnisverantwortung

**Gemeinsames und wirksames Management von Ergebnisqualität und Produktivität mit regionalem Bezug und Ergebnisverantwortung**

Die Messung und das Management der Ergebnisqualität finden in der Selbstverwaltung im deutschen Gesundheitswesen arbeitsteilig statt. Obwohl es verschiedenste Systeme und Instrumente der Messung gibt, scheint die Einflussnahmemöglichkeit bzw. Managementfähigkeit zu wenig gegeben. Der Fokus liegt überwiegend auf der Struktur- und Prozessqualität. Die Zunahme der Bürokratisierung scheint stärker als die Zunahme der Produktivität.

Ein gemeinsames wirksames Management für mehr Produktivität braucht eine stärkere Fokussierung auf die Ergebnisqualität. Transparenz über und Einflussnahmemöglichkeit auf Struktur- und Prozessqualität sind hierbei wesentliche Einflussfaktoren, aber nicht das eigentliche Ziel. Die Verantwortung für Struktur- und Prozessqualitätsanforderungen sowie das Management der Ergebnisqualität muss stärker in eine Hand gelegt werden. Dies soll in Form regionaler Managementfähigkeit und Ergebnisverantwortung erfolgen – in Form leistungsstarker Gesundheitsregionen.

Hierzu bedarf es eines ausreichend großen regionalen Zuschnitts, um übergreifende Infrastrukturentscheidungen, Investitionsfähigkeit und regulatorische Rahmensetzung gewährleisten zu können. Gleichzeitig muss die Region überschaubar genug sein, um ausreichend Flexibilität und Agilität, u. a. für regionale Besonderheiten, gewährleisten zu können. Räumliche und regulatorische Zuschnitte in der Größenordnung von Bundesländern bringen hierfür adäquate Voraussetzungen mit.

Grundhypothese 5.4 Anreiz, Vergütung und Aufsicht

**Von einer Steuerung über kurzfristige Finanzierung/Rationierung der Versorgung von Krankheit hin zu einer Steuerung über mittel- bis langfristige Investitionen in Gesundheit und das Gesundheitsmanagement.**

Die folgenden Systeme zu Anreizen, Vergütung und Aufsicht fördern die Medikalisierung und hemmen das Management von Gesundheit (bzw. Kompression von Erkrankung):

- Morbiditätsadjustierte Zuweisungen der GKV-Finanzierung und unterjährige Finanzperspektive der Aufsicht in der GKV hemmen Investitionen in Gesundheit.
- Morbiditätsadjustierte Zuweisungen an die KVen und Einzelleistungsvergütung in der ambulanten Versorgung hemmen die Förderung von Gesundheit und begünstigen die Versorgung und Chronifizierung von Erkrankung.
- Ambulante Budgets und die erschwerte Bereinigung um selektivvertragliche Leistungen bzw. die Reduzierung um eingesparte Leistungsinanspruchnahme hemmen den ökonomischen Effekt von besonderen Versorgungsformen und damit Versorgungsinnovationen.
- Deckelung von Präventionsbudgets der GKV hemmen die Investitionen in Gesundheit.
- Die Finanzperspektive der gesetzlichen Krankenkassen ist primär kostenorientiert. Mögliche Gesundheitsgewinne durch präventive Maßnahmen (im Sinne einer „Stillen Reserve“) und damit die Verbesserung der Morbiditätsstruktur werden im Kontext der Aufsicht wenig berücksichtigt (gemessen an gesundheitsökonomischen Kennzahlen z. B. QALY/DALY).

Neue Anreizsysteme, wie z. B. Regionalbudgets, sind zwingend erforderlich für die Sicherstellung einer produktiven Gesundheitsversorgung.

# 5 Strategie zur digitalen Transformation der Versorgung

Auf Basis der in den vorausgehenden Kapiteln dargelegten Definition der leistungsstarken Gesundheitsregion und der Rahmenbedingungen wird nun der Optionsraum spezifischer zugeschnitten. Dies erfolgt auf der Basis von Versorgungsszenarien, die ein homogenes Potenzial für die digitale Transformation aufweisen. Zudem werden jeweils spezifische Transformationsstrategien formuliert.

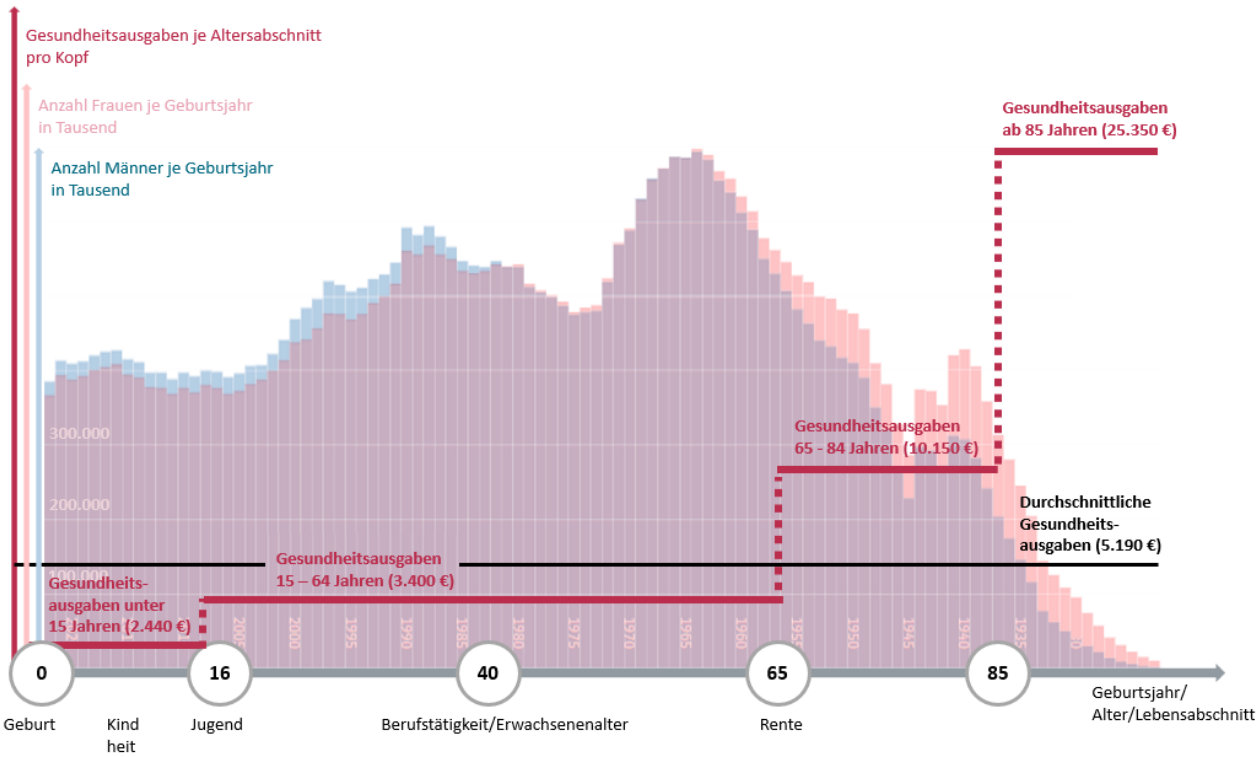
## 5.1 Versorgungsstrategie – von der Krankheitsversorgung zur Gesundheitsfürsorge

### 5.1.1 Einnahmen- und Ausgabenverhältnis kippt durch die demografische Entwicklung

Das Grundprinzip der Sozialversicherungssysteme in Deutschland beruht auf dem Solidaritätsprinzip. Dieses bezieht sich im Kern auf den Ausgleich von Schadensfällen, sozialen Unterschieden und existenziellen Risiken. Jedoch wird zudem auch ein Ausgleich zwischen den Generationen damit umgesetzt: Die Sozialsysteme bilden nur ein geringes Maß an Rücklagen, d. h. sie basieren auf der Annahme, dass sich jährliche Einnahmen und Ausgaben decken. Dieses Konzept war in den letzten Jahrzehnten tragfähig, da die Gesamtzahl der Einzahler in die Sozialsysteme die Zahl der Leistungsbezieher weit überstieg.

Mit der demografischen Entwicklung steht nun ein Kipppunkt bevor: Die Baby-Boomer-Generation tritt in das Rentenalter ein, und infolgedessen wird weniger Geld in die Sozialsysteme eingezahlt als Leistungen in Anspruch genommen werden. Das gilt u. a. für die Rentenversicherung, die Pflegeversicherung und insbesondere auch die Krankenversicherung. Insofern bedarf es grundsätzlicher Strategien, diesen Herausforderungen zu begegnen.

Abbildung 5: **Bevölkerungszahl nach Altersgruppen und Gesundheitsausgaben pro Kopf**




Quelle: _fbeta GmbH auf Datengrundlage von Statistisches Bundesamt (Destatis) (2024a) und Bundeszentrale für politische Bildung (2022)

Hierfür muss die demografische Entwicklung im Kontext der Ausgabenperspektive im Gesundheitswesen betrachtet werden. Die Krankheitskosten pro Person steigen mit zunehmendem Alter der Versicherten signifikant an. Im Jahr 2020 betrugen die Pro-Kopf-Ausgaben für Personen unter 15 Jahren durchschnittlich 2.440 Euro und für die Altersgruppe der 15- bis 64-Jährigen 3.400 Euro. Die Pro-Kopf-Ausgaben bei den 65- bis 84-Jährigen lagen durchschnittlich bei 10.150 Euro und waren somit doppelt so hoch wie die durchschnittlichen Gesundheitsausgaben pro Versicherten über alle Altersstufen hinweg (5.190 Euro pro Versicherten). Bei den über 85-Jährigen beliefen sich die Ausgaben auf 25.350 Euro pro Kopf, fast das Fünffache des Durchschnitts. Insgesamt entfielen 51,4 Prozent der gesamten Gesundheitsausgaben auf die Altersgruppe der über 65-Jährigen, die etwa ein Fünftel der Bevölkerung ausmachen (Bundeszentrale für politische Bildung, 2022).

**Wesentliche Dynamiken der Leistungs- und Kostenentwicklung für Versorgungsstrategien**

In diesem Kontext scheinen vor allem drei grundlegende Dynamiken für Leistungsbedarfe und Kostenentwicklung relevant, von denen sich mögliche Finanzierungs- und Versorgungsstrategien für das Gesundheitswesen ableiten lassen: die Sterbekostenthese, die Morbiditätskompressionsthese und die Medikalisierungsthese.

**Sterbekostenthese:** Allgemein ging man lange davon aus, dass Versorgungsbedarfe und -kosten maßgeblich mit dem Lebensalter zusammenhängen. Somit liegt auch der Schluss nahe, dass die alternde Bevölkerung sowohl durch die höheren Fallzahlen als auch durch das höhere Alter zu einer Explosion der Kosten des Gesundheitswesens treiben würde und daher wenig Spielraum für einen Einfluss auf die Kostenentwicklung über Versorgungsmaßnahmen besteht.

Die Annahme der Abhängigkeit der Gesundheitsausgaben vom Alter wurde jedoch 2011 teilweise widerlegt: Demnach ist für die Höhe der Ausgaben nicht das absolute Lebensalter entscheidend, sondern die verbleibende Lebenszeit bis zum Tod. Die hohen Krankheitskosten älterer Menschen wurden bis dahin durch das steigende Sterberisiko erklärt. Bemerkenswert ist im Gegensatz zu der damaligen Annahme: Die Sterbekosten sinken mit zunehmendem Alter, wenn man nicht die Pro-Kopf-Krankheitskosten aller Personen einer Altersgruppe betrachtet, sondern pro Gestorbenen, da jüngere Menschen u. a. häufiger intensivmedizinisch behandelt werden als ältere (Anmerkung: Dies basiert auf einer Betrachtung der medizinischen Versorgung und exkludiert zunächst die Effekte der pflegerischen Versorgung.) (Nöthen, 2011; Bundeszentrale für politische Bildung, 2022).

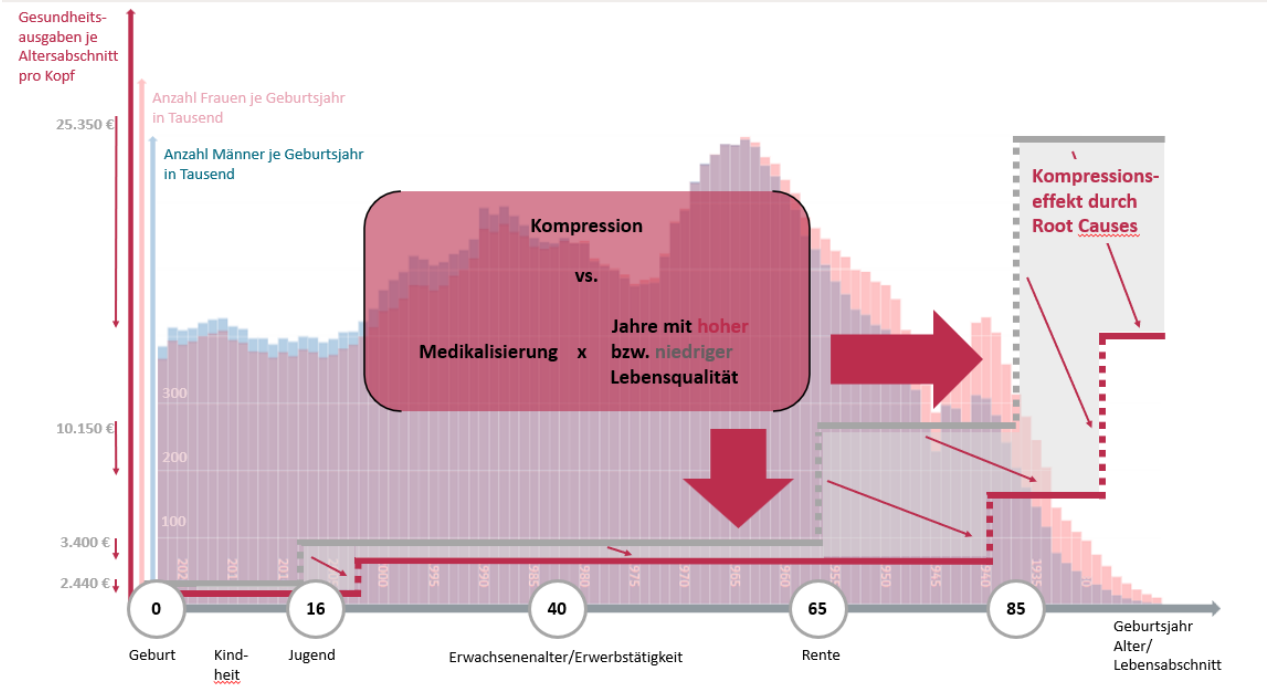
**Morbiditätskompressionsthese:** Kompression der Morbidität bedeutet, dass der Zeitraum, in dem Menschen unter chronischen Krankheiten oder gesundheitlichen Beeinträchtigungen leiden, zeitlich komprimiert wird. Ziel ist es, die Lebensjahre mit hoher Lebensqualität zu verlängern und die Zeit mit schweren gesundheitlichen Problemen zu minimieren. Durch die frühzeitige Behandlung und Prävention von Root Causes (Grundursachen) können Krankheiten verhindert oder ihre Schwere reduziert werden, was zu einer insgesamt besseren Lebensqualität führt. Eine wesentliche Ursache der schwerwiegenden chronischen Erkrankungen liegt in Lebensstilfaktoren, welche u. a. durch Verhaltens- und Verhältnisprävention adressiert werden können (Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen und in der Pflege, 2009).

**Medikalisierungsthese (Expansionsthese):** Morbiditätsexpansion oder Medikalisierung bezieht sich auf die Tendenz, gesundheitliche Probleme hauptsächlich durch eine krankheitsbezogene Sicht und entsprechende medizinische Interventionen und Medikamente zu versorgen. Weniger liegt hierbei der

Fokus auf Gesundheit sowie Interventionen im Bereich von Prävention, Lebensstiländerung und Behandlung der Grundursachen. Dies führt oft zu einer längeren Lebenszeit, jedoch mit eingeschränkter Lebensqualität mit chronischen Krankheiten und einem höheren Bedarf an Pflege, da die Grundursachen der Krankheiten nicht adressiert werden (Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen und in der Pflege, 2009).

In einer aktuellen Übersichtsarbeit auf der Basis nationaler und internationaler Studien zur Entwicklung von Morbidität und Mortalität zeichnen sich drei Muster ab: Bei einer Gruppe von Erkrankungen (darunter Lungenkrebs, Schlaganfall und Demenz) zeigte sich in den höheren Altersgruppen eine Kompression der Morbidität. Bei Multimorbidität und Typ-2-Diabetes unter Einschluss von Komorbiditäten entsprach die Entwicklung dagegen einer Morbiditätsexpansion. Unerwarteterweise wurde bei anderen Krankheiten sowohl eine Abnahme im höheren Lebensalter wie auch eine Expansion im mittleren Lebensalter beobachtet, insbesondere bei Herzinfarkt, Greifkraft und Indikatoren allgemeiner Gesundheit (Geyer & Eberhard, 2022).

Abbildung 6: **Kompression der Krankheitslast und -kosten durch Therapiefokus auf Root Causes (Grundursachen)**




Quelle: _fbeta GmbH auf Datengrundlage von Statistisches Bundesamt (Destatis) (2024a) und Bundeszentrale für politische Bildung (2022)

Als Grundausrichtung für Versorgungsstrategien zeichnet sich hier logischerweise ab, dass eine Behandlung der Root Causes (Grundursachen) der großen Volkskrankheiten substanziell dazu beitragen kann, der Bevölkerung mehr gesunde Lebensjahre zu ermöglichen und gleichzeitig die Krankheitskosten in der Lebensmitte (chronische Erkrankungen) als auch am Lebensende (chronische Erkrankungen und Pflege) zu reduzieren (siehe Abbildung 9). Ein längeres und gesünderes Leben führt zudem auch zu

niedrigeren Sterbekosten. Diese Grundausrichtung verspricht mehr als andere Versorgungsansätze, Krankheitslast und -kosten im notwendigen Maß zu reduzieren, damit ein drohender Kollaps von Kranken- und Pflegeversicherung abgewendet werden kann.

Nun stellt sich die Frage des Zugangs zur Realisierung solcher Versorgungsstrategien. Im Weiteren wird ein entsprechender Zuschnitt anhand von Versorgungsszenarien hergeleitet.

### 5.1.2 Priorisierung von Versorgungsszenarien mit homogenem Potenzial in der digitalen Transformation

Typische Managementperspektiven auf das Versorgungsgeschehen im Gesundheitswesen sind indikationsbezogen (Erkrankungen), leistungsbezogen (Sektoren) oder produktbezogen (Arzneimittel, Hilfsmittel, DiGA etc.). Sowohl die Patientenperspektive entlang der Patientenkarriere über die Lebensphasen hinweg als auch die dahinterliegenden typischen Versorgungspfade nach Lebensabschnitt und -situation sowie nach der Integration der Versorgung im Versorgungsökosystem stehen i. d. R. weniger im Fokus.

Genau hier liegt aber ein ungenutztes Potenzial, sowohl aus Perspektive der Bürgerinnen und Bürger und deren Gesundheitshandeln als auch bei der Gestaltung von Versorgungsökosystemen des Gesundheitswesens: Bei der digitalen Transformation geht es darum, relevante Versorgungsökosysteme mit homogenem organisatorischem Optimierungspotenzial und entsprechenden Wertschöpfungsketten zu identifizieren und deren Produktivität zu verbessern.

Dies wird – wie im Folgenden dargelegt – durch einen entsprechenden Zuschnitt in Versorgungsszenarien realisiert. Die dahinterliegenden Ökosysteme und Wertschöpfungsprozesse können je Szenario in relativ ähnlichen Funktionen digital unterstützt und transformiert werden. Bestehende Perspektiven wie Indikationen oder Leistungssektoren können hierbei als Grundelemente betrachtet werden, die durch die Szenarien zu einem größeren Ganzen integriert werden.

Die nachfolgenden neun Versorgungsszenarien bilden in Summe das Versorgungsgeschehen nahezu vollständig ab:

1. **Versorgung chronisch Erkrankter und Sekundär- und Tertiärprävention**
2. **Versorgung Multimorbidität**
3. **Versorgung Pflegebedürftiger und Sekundär- und Tertiärprävention**

4. **Versorgung von Palliativpatienten**
5. **Versorgung von Notfällen**
6. **Versorgung von Akutfällen**

7. **Versorgung bei Kinderwunsch und jungen Familien**
8. **Versorgung seltener Erkrankungen**
9. **Primärprävention**

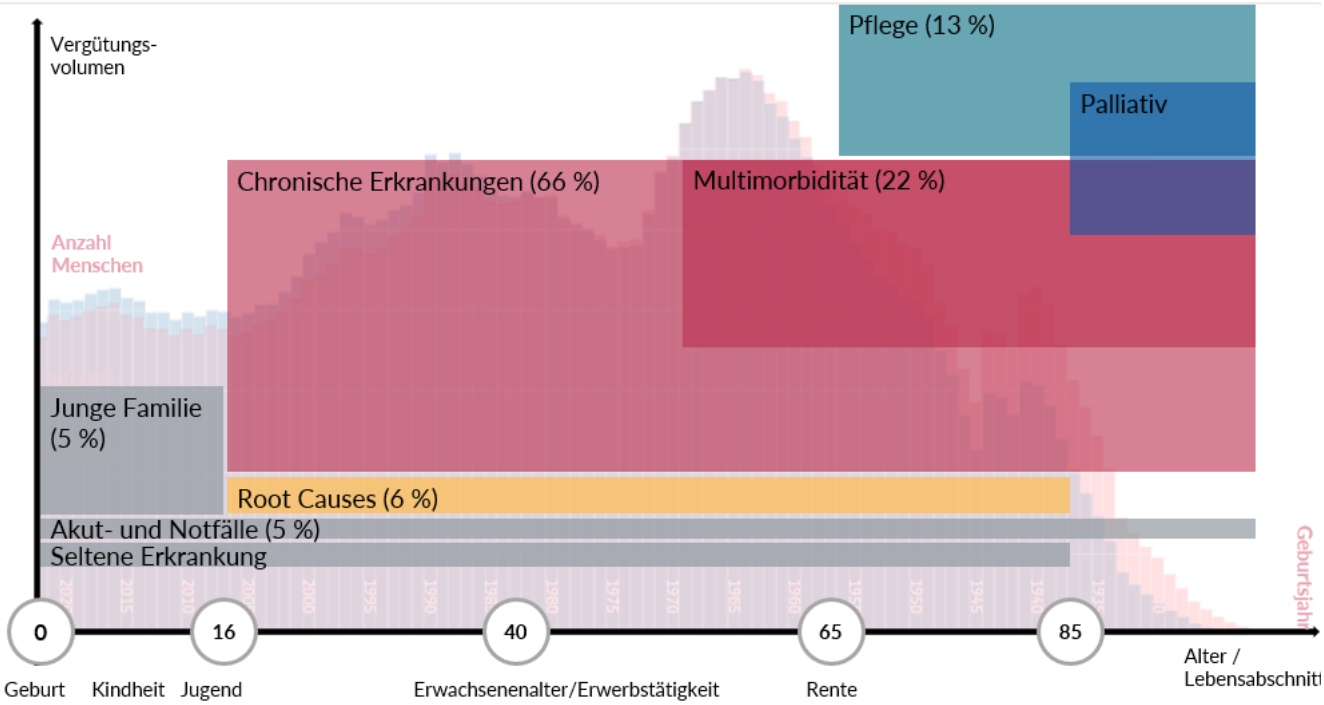
Die Haupttreiber des Versorgungsbedarfs und der Ausgabenentwicklung sind die ersten drei Szenarien. Zudem findet sich in der Akutversorgung ein besonderes Potenzial für das Management des Zugangs in die Versorgung. Deren Bedeutung wird, wie eingangs beschrieben, mit der demografischen Entwicklung in den nächsten 10 bis 20 Jahren weiter steigen. Zudem liegen in diesen Szenarien auch jeweils erhebliche ungenutzte Potenziale für Produktivitätssteigerungen im Gesundheitswesen durch die digitale Transformation.

Abbildung 10 stellt die Versorgungsszenarien grob nach Lebensphasen und Ausgabenvolumen nach Alter der Bevölkerung gegenüber. Ablesbar ist, wie hoch die aktuellen Ausgaben für die Versorgung und wie gering die Ausgaben für die Prävention ausfallen. Demnach scheint aktuell die Medikalisierung als Prinzip im Gesundheitswesen zu dominieren, das Potenzial der Kompression hingegen zu wenig genutzt. Die Verteilung der Leistungsvolumen auf Versorgung und Pflege in Relation zur Prävention sind hier relativ

eindeutig, auch wenn das Gesundheitshandeln und entsprechende Ausgaben außerhalb des ersten Gesundheitsmarktes hier zunächst nicht mit einbezogen sind.

Die weiteren Szenarien wie Junge Familie, Notfallversorgung und seltene Erkrankungen spielen auch relevante Rollen, jedoch scheint das bedeutendere und dringlichere Verbesserungspotenzial in den erstgenannten Szenarien zu liegen.

Abbildung 7: **Vergütungsvolumen je Versorgungsszenario**




Quelle: _fbeta GmbH auf Datengrundlage von Stiftung Gesundheitswissen (2021), Bundesministerium für Gesundheit (2023a), Bundesministerium für Gesundheit (2024a), Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland (2021), Statistisches Bundesamt (2024); Statistisches Bundesamt (Destatis) (2024b), Statistisches Bundesamt (Destatis) (2024a), Seger & Gaertner (2020); Seychell (2016)

## 5.2 Transformationsstrategie –hybride Versorgungsangebote, Einrichtungen und Plattformökosysteme

Im Folgenden sind die prioritären Versorgungsszenarien und Transformationsstrategien dargestellt. Die Transformationsstrategien sind nach homogenem versorgungsinhaltlichem, organisatorischem und technischem Transformationspotenzial zugeschnitten. Die Priorisierung basiert im Wesentlichen auf der Fallhäufigkeit sowie dem Ausgabenvolumen. Die Elemente der Transformationsstrategien basieren auf der praktischen Erfahrung aus verschiedensten Projekten zur Integration und digitalen Transformation von Versorgung, dem Marktzugang von Plattformökosystemen sowie digitalen und telemedizinischen Leistungen.

Diese übergreifenden Szenarien und Strategien sind besonders auf der Ebene der Gesundheitsregionen relevant. Sie bergen einerseits ein erhebliches Potenzial erhöhter Wertschöpfung des Gesundheitsökosystems. Die Umsetzung übersteigt jedoch auf Ebene der einzelnen Akteure insbesondere hinsichtlich der Investitionen für die Digitalisierung die jeweiligen Möglichkeiten, und auch die Anpassung der regulatorischen Rahmenbedingungen ist nicht oder zu wenig beeinflussbar. Somit entsteht hier die Notwendigkeit einer übergeordneten Ebene der Kooperation. Dies sind Erfordernisse, an denen innovative Projekte und Initiativen in den letzten zwei Jahrzehnten typischerweise scheiterten. Das zu geringe Maß an Kooperation ist hier Mitursache der Umsetzungsschwäche des Gesundheitswesens. Ein verbindendes Marktmodell und Zielbild auf Ebene der digitalen Transformation soll die Grundlage für gezielte Kooperation schaffen.

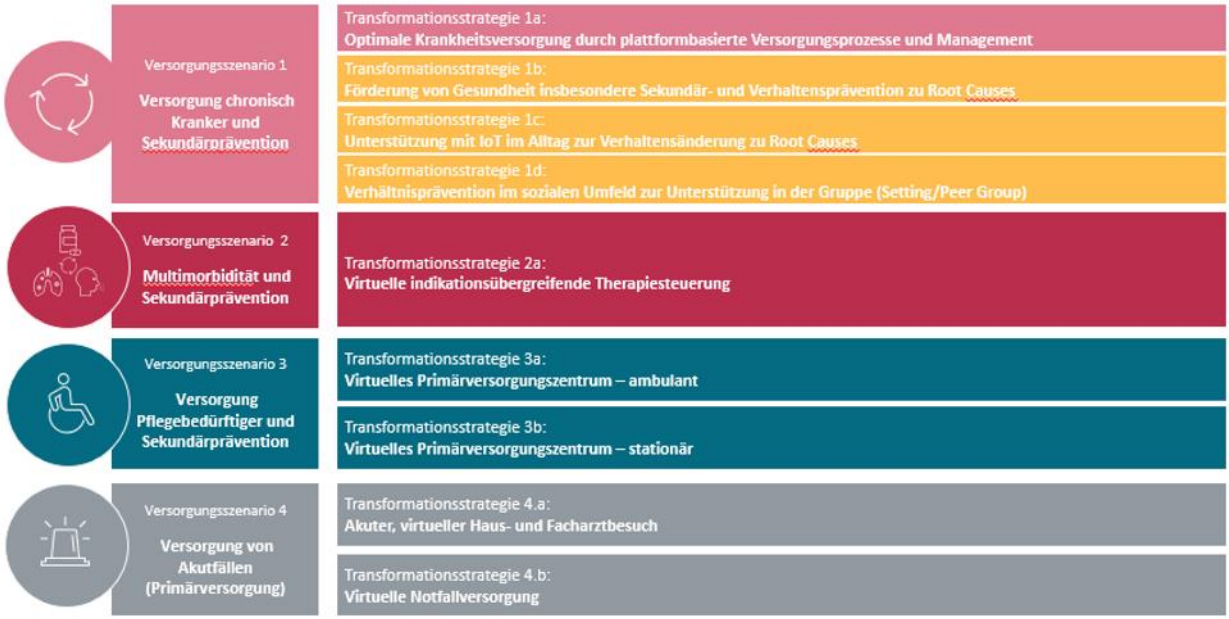
Der Zuschnitt der Versorgungsszenarien und Transformationsstrategien im Versorgungsökosystem wird so gewählt, dass für alle wesentlichen Akteure eine kritische Masse an Fällen und eine verbesserte Wertschöpfung entstehen kann, die die erforderlichen Investitionen in Organisationsanpassungen, IT-Primärsysteme und Plattformen je Akteur rechtfertigen. Auch ist auf Ebene der Gesundheitsregion eine ausreichende absolute Marktmacht erforderlich, um die Finanzierung von übergreifenden strukturellen Maßnahmen, IT-Aufträgen bei Primärsystemherstellern und Plattformanbietern realisieren zu können. Wesentliche Kriterien aus den jeweiligen Akteursperspektiven sind hierbei:

| | |
|---|---|
| Fallgruppen | – Indikationsübergreifendes Fallvolumen mit homogenem funktionalem Unterstützungspotenzial<br>– Funktionaler Umfang und Nutzen |
| Leistungserbringer | – Anteilige Fallzahlen je Leistungserbringer in Relation zu organisatorischem und technischem Veränderungsbedarf |
| Gesundheitsregion | – Anteilige Fallzahlen je Region in Relation zu übergreifenden Infrastrukturaufwänden und Regulierungserfordernissen |
| IT-Anbieter | – Lizenzvolumen in Relation zu IT-Entwicklungsaufwand für Plattformen und Interoperabilität bei IT-Systemen |
| Krankenkassen und Kommunen | – Indikationsbezogene Gesundheitsgewinne und medizinischer Nutzen in Relation zu Ausgaben<br>– Indikationsübergreifende Skalierbarkeit von Gesundheitsgewinnen und medizinischem Nutzen von Lösungen<br>– Struktur- und Verfahrensverbesserungen durch Plattformökosysteme<br>– Beitrag zur Ressourcenverfügbarkeit und Arbeitszufriedenheit |

Gesundheitsregionen ab einer Bevölkerungs- und Versichertenzahl von 1,5 Millionen bringen das notwendige Marktvolumen und entsprechende Marktmacht mit sich, um Wertschöpfungsprozesse nachhaltig zu verändern. Dies gelingt dann, wenn die wesentlichen Ebenen (das Setting, die versorgungsinhaltliche Ausrichtung, die Integration des Versorgungsökosystems, die Ökonomie und die regulatorischen Rahmenbedingungen) im Hinblick auf die Versorgungsszenarien in Einklang gebracht werden können.

Die folgenden vier Versorgungsszenarien erscheinen aufgrund der Krankheitslast und des Ausgabenvolumens sowie der Transformationspotenziale der geeignete Startpunkt für eine leistungsstarke Gesundheitsregion. In diesen Szenarien stehen die Effekte im günstigen Verhältnis zu den zu erwartenden Investitionen. Im Folgenden werden diese vier Szenarien und die zugehörigen Transformationsstrategien detaillierter beschrieben. Auf der Basis dieser strategischen Ausrichtung setzen Gesundheitsregionen den Fokus für die anschließende Analyse, Konzeption und Planung.

Abbildung 8: **Versorgungsszenarien und Transformationsstrategien**




Quelle: _fbeta GmbH

### 5.2.1 Versorgungsszenario 1: Versorgung chronisch Kranker und Sekundärprävention

Die Versorgung chronisch Erkrankter, die mindestens ein Jahr ärztlich behandelt werden und einen Pflegebedarf oder eine Schwerbehinderung aufweisen, ist eine langfristige Herausforderung. Sie zielt je nach Phase darauf ab, die Erkrankung zu heilen, zu stabilisieren oder deren Verschlechterung zu verzögern. Die Gesundheitsversorgung setzt sich sowohl aus einer abgestimmten Diagnostik und Therapie für eine bestmögliche Versorgung der Erkrankung als auch aus Maßnahmen der Sekundärprävention zusammen. Ursachen für viele chronische Erkrankungen sind Lebensstilfaktoren wie Ernährung, Bewegung sowie Umweltbedingungen.

In Deutschland leiden rund 40 Prozent der Bevölkerung, etwa 34 Millionen Menschen, unter einer oder mehreren chronischen Erkrankungen (Stiftung Gesundheitswissen, 2021). In der Europäischen Union belaufen sich die Kosten für die Versorgung chronischer Erkrankungen auf jährlich 70 Prozent der Gesamtausgaben des Gesundheitswesens. In Deutschland entfallen rund 300 Mrd. Euro der Gesundheitsausgaben pro Jahr auf die Versorgung chronisch kranker Menschen (Seychell, 2016).

Im **Szenario 1** werden vier Transformationsstrategien in Kombination verfolgt:

Transformationsstrategie 1a:
**Optimierung der Krankheitsversorgung durch plattformbasiertes Versorgungsprozessmanagement**

Ziel ist die Optimierung der Krankheitsversorgung chronisch kranker Menschen in einer Region durch ein integriertes, ergebnisorientiertes Versorgungsprozessmanagement. Im Kontext der digitalen Disease-Management-Programme (DMP) ist die Einführung hybrider Versorgung in der Regelversorgung gesetzlich verankert. Die hier für das DMP-Diabetes vorgesehene Digitalisierung kann parallel bereits für weitere Erkrankungen genutzt werden.

Transformationsstrategie 1b:
**Förderung von Gesundheitskompetenz insbesondere Sekundär- und Tertiärprävention (Root Causes)**

Stärkere Förderung der Gesundheitskompetenz chronisch kranker Menschen im Sinne einer verhaltensorientierten Sekundär- und Tertiärprävention. Der Schwerpunkt liegt auf den Hauptursachen chronischer Volkskrankheiten (Root Causes) – Lebensstilfaktoren wie Ernährung, Bewegung, Stress, Alkohol- und Tabakkonsum.

Transformationsstrategie 1c:
**IoT-Unterstützung zur Änderung des Gesundheitsverhaltens (Root Causes)**

Wesentliche Verstärkung der Implementierung digitaler Unterstützungswerkzeuge (Internet of Things – IOT) im Alltag chronisch kranker Personen zur Verhaltensänderung dem Schwerpunkt auf den Hauptursachen chronischer Volkskrankheiten (Root Causes).

Transformationsstrategie 1d:
**Verhältnisprävention im sozialen Umfeld (Setting/Peer Group)**

Förderung der Verhältnisprävention durch Maßnahmen im sozialen, räumlichen und strukturellen Umfeld chronischer kranker Menschen einer Region zur Gesundheitsförderung und Risikominimierung.

### 5.2.2 Versorgungsszenario 2: Multimorbidität und Sekundärprävention

Multimorbidität, das gleichzeitige Vorhandensein von zwei oder mehr chronischen Erkrankungen bei einer Person, stellt eine komplexe Herausforderung im Gesundheitswesen dar, sowohl für Patienten als auch für Versorgungsteams. Die Koordination der Behandlung mehrerer Krankheiten erfordert eine genaue Abstimmung und Priorisierung von Therapieansätzen, insbesondere bei der gleichzeitigen Anwendung mehrerer Arzneimittel (Multimedikation), um negative Wechsel- und Nebenwirkungen zu vermeiden.

In Deutschland sind etwa zwei Drittel der über 65-Jährigen multimorbid erkrankt. Es wird prognostiziert, dass sich die Zahl der multimorbiden Patientinnen und Patienten in Deutschland bis Mitte der 2030er-Jahre auf ca. 12,4 Millionen erhöhen wird (Statistisches Bundesamt [Destatis], 2022). Geschätzt ist etwa ein Drittel der Chroniker: von mehreren chronischen Erkrankungen betroffen, sodass angenommen werden kann, dass etwa 102 Mrd. Euro der Gesundheitsausgaben für die Versorgung multimorbider Patienten eingesetzt wird (Bundesministerium für Bildung und Forschung, 2014).

In **Szenario 2** steht eine Transformationsstrategie im Fokus:

Transformationsstrategie 2a:
**Virtuelle indikationsübergreifende Therapiesteuerung**

Fokussierung der Einrichtung einer virtuellen, indikationsübergreifenden Therapiesteuerung für multimorbide Patientinnen und Patienten einer Region. Zentral wird dabei eine optimale Priorisierung paralleler Therapien und Vermeidung von negativen Arzneimittelinteraktionen angestrebt sowie eine verbesserte facharztübergreifende Abstimmung und ein patientenzentriertes Fallmanagement.

### 5.2.3 Versorgungsszenario 3: Versorgung Pflegebedürftiger und Sekundärprävention

Pflegebedürftigkeit resultiert aus körperlichen, geistigen oder seelischen Beeinträchtigungen und erfordert langfristige Unterstützung im Alltag. Oft ist sie verursacht durch Krankheit, Behinderung oder Alter. Der Großteil der Pflegebedürftigen wird zu Hause, meist durch Angehörige und/oder mit Unterstützung ambulanter Pflegedienste, betreut. Typischerweise werden folgende sechs Settings in der Pflege unterschieden: ambulante Pflege, Tagespflege, betreutes Wohnen, stationäre Pflege, stationäre Intensivpflege, stationäre Pflege mit Beatmung. Aufgrund der Vielzahl beteiligter Akteure und häufig vorliegender Multimorbidität steigt der Bedarf an übergreifender Koordination.

Im Jahr 2022 entfielen 57,7 Mrd. Euro der Gesundheitsausgaben in Deutschland (ges. 498 Mrd. Euro) auf die soziale Pflegeversicherung. Dieser Anteil hat sich stark erhöht unter der Berücksichtigung der weiteren laufenden Gesundheitsausgaben (Statistisches Bundesamt, 2024). Die Zahl der Pflegebedürftigen in Deutschland wird voraussichtlich bis 2055 um 37 Prozent steigen (Bundesministerium für Gesundheit, 2023b).

**Szenario 3** sieht den Einsatz von zwei Transformationsstrategien vor:

Transformationsstrategie 3a:
**Virtuelles Primärversorgungszentrum – ambulant**

Ziel ist eine Verbesserung der ärztlichen und pflegerischen Versorgung Pflegebedürftiger innerhalb des ambulanten Settings. Dies umfasst die Pflege in der eigenen Häuslichkeit durch bessere Prozessintegration und die Erweiterung der ambulanten Pflege durch hybride Pflegeangebote im Sinne eines virtuellen Primärversorgungszentrums. Zentrale Aufgabe ist hierbei die Befähigung und technische Unterstützung der informellen Pflege durch Angehörige, Freunde oder Nachbarn und die Stärkung der Integration des sozialen Umfelds. Dazu ist eine Integration von Alarmsystemen, Sensorik und Pflegedokumentation essenziell wie ebenso die nahtlose Anbindung von Hausnotruf und Rettungsdienst.

Transformationsstrategie 3b:
**Virtuelles Primärversorgungszentrum – stationär**

Ziel ist eine Verbesserung der ärztlichen und pflegerischen Versorgung Pflegebedürftiger in stationären Settings sowie am Übergang zwischen stationärer und ambulanter Pflege. Vehikel ist hier eine bessere Prozessintegration und die Erweiterung hybrider Pflegeangebote im Sinne eines virtuellen Primärversorgungszentrums. Zudem ist auch hier eine Integration von Alarmsystemen, Sensorik und Pflegedokumentation essenziell.

### 5.2.4 Versorgungsszenario 4: Versorgung von Akutfällen (Primärversorgung)

Dieses Versorgungsszenario adressiert die alltägliche medizinische Primärversorgung von Menschen mit einem Behandlungsbedarf, der subjektiv als dringlich erachtet wird. Die gemeinten gesundheitsbezogenen Anliegen sind dabei nicht lebensbedrohlich. Die Akutversorgung umfasst hauptsächlich die ambulante Versorgung durch Haus- und Fachärzte, ergänzt durch digitale bzw. telemedizinische Lösungen und neue Strukturen wie Gesundheitskioske. Dabei liegt der funktionale Fokus auf den Hauptprozessen Zugang, Fallklärung, Steuerung, Intervention und Abschluss. Zudem werden Notfälle adressiert, die sowohl dringlich als auch (lebens-)bedrohlich eingeschätzt werden.

Mit 236,8 Mrd. Euro entfiel knapp die Hälfte der laufenden Gesundheitsausgaben in Deutschland im Jahr 2022 auf ambulante Einrichtungen. Die ambulante Versorgungssituation variiert geografisch stark. Eine flächendeckende, wohnortnahe und qualitativ hochwertige ambulante Versorgung in Deutschland ist gefährdet (Statistisches Bundesamt [Destatis], 2024c). Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) und die Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) haben mit der Initiative *#Praxenkollaps* mehrere Aktionen gestartet, um auf diese Krise aufmerksam zu machen (Kassenärztliche Bundesvereinigung, 2024).

In **Szenario 4** kommen zwei Transformationsstrategien zum Einsatz:

Transformationsstrategie 4a
**Akuter, virtueller Haus- und Facharztbesuch**

Bürgerinnen und Bürger sollen ihre akuten Gesundheitsanliegen bedarfs- und präferenzgerecht durch adäquate hybride Leistungsangebote haus- und fachärztlich betreuen lassen können und in die richtigen Strukturen zur weiteren Versorgung überführt werden. Dies umfasst insbesondere virtuelle Dienste für Zugang, Steuerung, Sprechstunde, Therapieverordnung und Fallabschluss.

Transformationsstrategie 4b
**Virtuelle Notfallversorgung**

Mit einer virtuellen Integration der Leitstellen, des ärztlichen Bereitschaftsdienstes sowie der Notärzte, Ambulanzen und Notaufnahmen sowie der Disposition der Transport- und Erstversorgung durch Rettungsdienste kann die Steuerung der prästationären, ambulanten und stationären Akutversorgung optimiert werden. Im Vordergrund stehen die Ersteinschätzung und Erstversorgung sowie in bestimmten Fällen die Transportlogistik und Zu- und Einweisung. Technische Basis hierfür sind ein integriertes System aus medizinischer Ersteinschätzung und Leitung, Kapazitätsmanagement bei den relevanten Rettungsdiensten und Notfalleinrichtungen sowie optimierte Logistiksysteme. Zudem ist der Zugriff auf Notfallakten und Versichertenstatus essenziell. Wesentlich ist die Verständigung auf einheitliche oder interoperable Systeme je Landkreis, Region oder Bundesland.

## Literaturverzeichnis


[1] AOK BUNDESVERBAND GbR. (2024). Gesundheitsregionen: Sektorenunabhängige Versorgung gestalten [Positionspapier]. https://www.aok.de/pp/bv/pm/positionspapier-gesundheitsregionen/ [Accessed 16.04.2025].

[2] BIESDORF, S., KLINGL, M., MOHR, N., SCHWIER, L., & UNCOVSKA, M. (2022). Digitalisierung im Gesundheitswesen – eine Chance für Start-ups. McKinsey & Company. https://www.mckinsey.com/de/~/media/mckinsey/locations/europe%20and%20middle%20east/deutschland/publikationen/2022-09-19%20digitalisierung%20im%20%20gesundheitswesen%20chance%20fuer%20startups/mckinsey_digitalisierung_im_gesundheitswesen_chance_fuer_start-ups_vf.pdf [Accessed 16.04.2025].

[3] BUNDESÄRZTEKAMMER, KASSENÄRZTLICHE BUNDESVEREINIGUNG & ARBEITSGEMEINSCHAFT DER WISSENSCHAFTLICHEN MEDIZINISCHEN FACHGESELLSCHAFTEN. (2017). Nationale Versorgungsleitlinie (NVL) Nicht-spezifischer Kreuzschmerz, https://www.leitlinien.de/themen/kreuzschmerz

[4] BUNDESÄRZTEKAMMER, KASSENÄRZTLICHE BUNDESVEREINIGUNG & ARBEITSGEMEINSCHAFT DER WISSENSCHAFTLICHEN MEDIZINISCHEN FACHGESELLSCHAFTEN. (2021). Nationale Versorgungsleitlinie (NVL) COPD. https://www.leitlinien.de/themen/copd

[5] BUNDESÄRZTEKAMMER, KASSENÄRZTLICHE BUNDESVEREINIGUNG & ARBEITSGEMEINSCHAFT DER WISSENSCHAFTLICHEN MEDIZINISCHEN FACHGESELLSCHAFTEN. (2022). Nationale Versorgungsleitlinie (NVL) Unipolare Depression. https://www.leitlinien.de/themen/depression

[6] BUNDESÄRZTEKAMMER, KASSENÄRZTLICHE BUNDESVEREINIGUNG & ARBEITSGEMEINSCHAFT DER WISSENSCHAFTLICHEN MEDIZINISCHEN FACHGESELLSCHAFTEN. (2023a). Nationale Versorgungsleitlinie (NVL) Chronische Herzinsuffizienz, Version 4. https://www.leitlinien.de/themen/herzinsuffizienz

[7] BUNDESÄRZTEKAMMER, KASSENÄRZTLICHE BUNDESVEREINIGUNG & ARBEITSGEMEINSCHAFT DER WISSENSCHAFTLICHEN MEDIZINISCHEN FACHGESELLSCHAFTEN. (2023b). Nationale Versorgungsleitlinie (NVL) Hypertonie. https://www.leitlinien.de/themen/hypertonie

[8] BUNDESÄRZTEKAMMER, KASSENÄRZTLICHE BUNDESVEREINIGUNG & ARBEITSGEMEINSCHAFT DER WISSENSCHAFTLICHEN MEDIZINISCHEN FACHGESELLSCHAFTEN. (2023c). Nationale Versorgungsleitlinie (NVL) Typ-2-Diabetes – Version 3. https://www.leitlinien.de/themen/diabetes

[9] BUNDESÄRZTEKAMMER, KASSENÄRZTLICHE BUNDESVEREINIGUNG & ARBEITSGEMEINSCHAFT DER WISSENSCHAFTLICHEN MEDIZINISCHEN FACHGESELLSCHAFTEN. (2024a). Nationale Versorgungsleitlinie (NVL) Asthma, Version 5. https://www.leitlinien.de/themen/asthma

[10] BUNDESÄRZTEKAMMER, KASSENÄRZTLICHE BUNDESVEREINIGUNG & ARBEITSGEMEINSCHAFT DER WISSENSCHAFTLICHEN MEDIZINISCHEN FACHGESELLSCHAFTEN. (2024b). Nationale Versorgungsleitlinie (NVL) Chronische KHK, Version 7. https://www.leitlinien.de/themen/khk

[11] BUNDESMINISTERIUM FÜR BILDUNG UND FORSCHUNG. (2014). Wie krank sind wir wirklich? – Erstmals liegen verlässliche Daten zu Mehrfacherkrankungen im Alter vor. Newsletter 66, 02.2014. https://www.gesundheitsforschung-bmbf.de/de/wie-krank-sind-wir-wirklich-erstmals-liegen-verlassliche-daten-zu-mehrfacherkrankungen-im-3113.php

[12] BUNDESMINISTERIUM FÜR GESUNDHEIT. (2023a). Die Finanzentwicklung der sozialen Pflegeversicherung Ist-Ergebnisse ohne Rechnungsabgrenzung. https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Statistiken/Pflegeversicherung/Finanzentwicklung/03-Finanzentwicklung-der-sozialen-Pflegeversicherung__2025.pdf [Accessed 15.10.2025]

[13] BUNDESMINISTERIUM FÜR GESUNDHEIT. (2023b). Zahlen und Fakten zur Pflegeversicherung. https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Statistiken/Pflegeversicherung/Zahlen_und_Fakten/Zahlen_und_Fakten_pv_bf.pdf [Accessed 10.01.2024]

[14] BUNDESMINISTERIUM FÜR GESUNDHEIT. (2024a). Seltene Erkrankungen. https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/praevention/gesundheitsgefahren/seltene-erkrankungen/ [Accessed 01.07.2024]

[15] BUNDESMINISTERIUM FÜR GESUNDHEIT. (2024b). Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Gesundheitsversorgung in der Kommune.

https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Gesetze_und_Verordnungen/GuV/G/GVSG_GE_Kabinett.pdf [Accessed 15.10.2025].//

[16] Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung. (2003). Nachhaltigkeit in der Finanzierung der sozialen Sicherungssysteme – Bericht der Kommission. http://www.portal-sozialpolitik.de/uploads/sopo/pdf/2003/2003-08-28-Ruerup-gesamt.pdf

[17] BUNDESZENTRALE FÜR POLITISCHE BILDUNG. (2022). Gesundheitsausgaben. https://www.bpb.de/kurz-knapp/zahlen-und-fakten/soziale-situation-in-deutschland/61804/gesundheitsausgaben/ [Accessed 10.05.2024]

[18] CAUMANNS, J., KNÖPPLER, K., TIMPEL, P., SCHEPLITZ, T., REXIN, J., BERGEMANN, N. & BAASCH, K. (2024). Digitales Disease-Management Programm Diabetes. _fbeta GmbH. https://fbeta.de/wp-content/uploads/2024/07/DiGAPro_Abschlussbericht.pdf

[19] CICERO, S. (2018). The 7 Key Principles of Platform Design. Stories of Platform Design. https://stories.platformdesigntoolkit.com/7-key-platform-design-principles-d84cc78b9218

[20] //YP: Das ist keine eigenständige Publikation, im Netz ist nur der Programmflyer zu der Veranstaltung zu finden.//

[21] EUROPEAN NETWORK FOR HEALTH TECHNOLOGY ASSESSMENT (EUnetHTA). (2018). HTA Core Model®. https://www.eunethta.eu/hta-core-model/ [Accessed 28.06.2024]

[22] GEYER, S. & EBERHARD, S. (2022). Kompression und Expansion der Morbidität – Ein Vergleich von Kohorten gleichen Alters zu verschiedenen Zeitpunkten. *Dtsch Arztebl Intl*, 119, 810–815. https://doi.org/10.3238/arztebl.m2022.0324

[23] HACKER, K. (2024). The Burden of Chronic Disease. *Mayo Clinic Proceedings: Innovations, Quality & Outcomes*, 8 (1), 112–119. https://www.mcpiqojournal.org/article/S2542-4548(23)00057-7/fulltext

[24] HECKEN, J. (2023). Qualität und Finanzierbarkeit des Gesundheitsversorgung in Deutschland sichern – Gesundheitssymposion des Wirtschaftsrat der CDU e.V., Berlin.

[25] KASSENÄRZTLICHE BUNDESVEREINIGUNG. (2024). Politik. https://www.kbv.de/html/praxenkollaps.php [Accessed 08.07.2024]

[26] KNÖPPLER, K., EGGERS, T., MORGENSTERN, K.-U., SCHLETTE, S., MARTICK, S., KRAUSE, U., STOCKERT, R. & WAMPRECHT, L. (2022). Steigerung von Innovation und Produktivität im Gesundheitswesen durch Einsatz digitaler Plattformen. _fbeta GmbH. https://fbeta.de/wp-content/uploads/2022/09/fbeta-Studie-digitale-Plattformen-2022.pdf

[27] KNÖPPLER, K., MARTICK, S., SCHLETTE, S. & KLOEPFER, A. (2023). Integrierte Versorgung 5.0. Hintergrund, Zielbild und Handlungsfelder [Positionspapier]. _fbeta GmbH/Deutsche Gesellschaft für Integrierte Versorgung im Gesundheitswesen e. V.,. https://fbeta.de/wp-content/uploads/2023/08/Positionspapier-IV-5.0.pdf

[28] KNÖPPLER, K., VATTER, T., MARTICK, S., MORGENSTERN, K.-U. & EGGERS, T. (2024). Benchmarkstudie Digitaler Reifegrad 2.0 – Digitale Reife, Innovation und Produktivität in der GKV. _fbeta GmbH,. https://fbeta.de/wp-content/uploads/2024/04/20240319_Digitaler-Reifegrad-2.0.pdf

[29] NETZWERK DEUTSCHE GESUNDHEITSREGIONEN e.V. (2024). Übersicht aller NDGR – Mitgliedsregionen. https://www.deutsche-gesundheitsregionen.de/ [Accessed 15.10.2025].

[30] NÖTHEN, M. (2011). Hohe Kosten im Gesundheitswesen: Eine Frage des Alters? Statistisches Bundesamt, Wirtschaft und Statistik, Juli 2011. https://www.destatis.de/DE/Methoden/WISTA-Wirtschaft-und-Statistik/2011/07/frage-alter-072011.pdf?__blob=publicationFile

[31] PFEIFFER, A. F. H. (2023). Diabetes Remission und digitale Medizin. Berlin: DZD – Deutsches Zentrum für Diabetesforschung, Charité Universitätsmedizin Berlin – Abteilung für Endokrinologie und Stoffwechselmedizin.

[32] SACHVERSTÄNDIGENRAT ZUR BEGUTACHTUNG DER ENTWICKLUNG IM GESUNDHEITSWESEN UND IN DER PFLEGE. (2009). Koordination und Integration – Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens. Deutscher Bundestag. https://dserver.bundestag.de/btd/16/137/1613770.pdf

[33] SCALED AGILE Inc. (2024). SAFe 6.0. [Accessed 24.07.2024] //YP: Bitte Internetlink ergänzen.//

[34] SEGER, W. & GAERTNER, T. (2020). Multimorbidität: Eine besondere Herausforderung. *Deutsches Ärzteblatt*, 117 (44).https://www.aerzteblatt.de/archiv/216462/Multimorbiditaet-Eine-besondere-Herausforderung

[35] SEYCHELL, M. (2016). Bessere Vorbeugung und Behandlung chronischer Krankheiten. Europäische Kommission, Newsletter Health EU (169). https://ec.europa.eu/health/newsletter/169/focus_newsletter_de.htm [Accessed 15.10.2025].

[36] STATISTISCHES BUNDESAMT (DESTATIS). (2024). Gesundheitsausgaben im Jahr 2022 auf knapp 500 Milliarden Euro gestiegen. Pressemitteilung, 15.05.2024. https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2024/04/PD24_167_236.html

[37] STATISTISCHES BUNDESAMT (DESTATIS). (2022). 2035 werden in Deutschland 4 Millionen mehr ab 67-Jährige leben. Pressemitteilung 02.12.2022. https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2022/12/PD22_511_124.html

[38] STATISTISCHES BUNDESAMT (DESTATIS). (2024a). 15. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung für Deutschland. https://service.destatis.de/bevoelkerungspyramide/ [Accessed 13.07.2024] //YP: Bitte Internetlink ergänzen.//

[39] STATISTISCHES BUNDESAMT (DESTATIS). (2024b). Gesundheitsausgaben: Deutschland, Jahre, Ausgabenträger, Leistungsarten, Einrichtungen. https://service.destatis.de/bevoelkerungspyramide/ [Accessed 13.07.2024]

[40] STATISTISCHES BUNDESAMT (DESTATIS). (2024c). Gesundheitsausgaben: Deutschland, Jahre, Einrichtungen – Ergebnis 23611-0003. Gesundheitsausgaben in Deutschland - Statistisches Bundesamt [Accessed 16.04.2025].

[41] STIFTUNG GESUNDHEITSWISSEN. (2020). Was beeinflusst unsere Gesundheit? https://www.stiftung-gesundheitswissen.de/gesundes-leben/kompetenz-gesundheit/was-beeinflusst-unsere-gesundheit

[42] STIFTUNG GESUNDHEITSWISSEN. (2021). Menschen mit chronischen Erkrankungen. https://www.stiftung-

gesundheitswissen.de/sites/default/files/pdf/Faktenblatt_Menschen%20mit%20chronischen%20Erkrankungen_0.pdf

[43] VERBAND DER PRIVATEN KRANKENVERSICHERUNG e.V. (2024). Bundeszuschüsse zur GKV sind keine Lösung. https://www.pkv.de/positionen/bundeszuschuss/ [Accessed 04.07.2024]

[44] ZENTRALINSTITUT FÜR DIE KASSENÄRZTLICHE VERSORGUNG IN DER BUNDESREPUBLIK DEUTSCHLAND. (2021). Zi analysiert langfristige Entwicklung der ambulanten Notfallversorgung 2009 – 2020. https://www.zi.de/das-zi/medien/medieninformationen-und-statements/detailansicht/21-april-2021 [Accessed 10.05.2024]

Transformationsstudie Teil B

# Leistungsstarke Gesundheitsregionen (LeiG)

## Verfahren und Methoden

## Impressum


### _fbeta GmbH

Akazienstraße 31

10823 Berlin


### Autoren


Karsten Knöppler

Dr. Tim Scheplitz

Paula Leisurs

Tillman Vatter


### Projektpartner

AOK Rheinland/Hamburg – Die Gesundheitskasse

Region Aachen Zweckverband

StädteRegion Aachen

### Unter dem Dach des Health Transformation Hub (HTH)

Eine Kooperation der Bertelsmann Stiftung und der BSt Gesundheit gGmbH

healthtransformationhub.de

### Berlin, 01.09.2026

# Inhaltsverzeichnis


**Impressum** I

**Inhaltsverzeichnis** II

**Abbildungsverzeichnis** IV

**Tabellenverzeichnis** V

**1 Einleitung** 1

**2 Zielsetzung** 4

2.1 Transformationsstudie 4

2.2 Transformationsstudie Teil B – Framework, Toolkit und Evaluation 4

**3 Vorgehensmodell Skaliert-agile Organisation zwischen Politik, Management und Versorgung** 7

3.1 Grundprinzipien 7

3.2 Vorgehen 10

3.2.1 Sprint I – Potenzialanalyse und Strategie 10

3.2.2 Sprint II: Konzeption 14

3.2.3 Sprint III – Planung und Translation 18

**4 Analyse- und Konzeptionsmodell Transformationscanvas Integrierte Sicht auf Versorgung, Ökosystem und Transformation** 21

4.1 Dimensionen des Transformationscanvas 22

4.2 Anwendung für die Transformation in Versorgungsökosystemen 22

**5 Versorgungsangebote Fünf Ebenen der Integrierten Versorgung** 24

5.1 Integration 1.0 – Organisation, Vergütung und Ergebnisorientierung als Gesamtverantwortung 25

5.2 Integration 2.0 – Medizinische und Vitaldaten sowie Analytik in Versorgung und Management nutzen 25

5.3 Integration 3.0 – Digitale Leistungen, Telemedizin und digitales Prozessmanagement produktiv einsetzen 26

5.4 Integration 4.0 – Gesundheitshandeln der Bürgerinnen und Bürger und Angehörigen aktivieren 27

5.5 Integration 5.0 – Nachhaltigkeit und Werteorientierung bei Therapieentscheidungen 27

**6 Organisationen und Interoperabilität Reifegradmodelle und Interoperabilitätsstandards auf Versorgungszenarien ausrichten** 30

6.1 Basis – Strategische Ausrichtung, Organisation, Kultur und Fähigkeiten 30

6.2 Enabler – Technologie und Daten produktiv einsetzen 33

6.3 Angebotsportfolio – Hybride und digitale Angebote 33

6.4 Ergebnis – Beitrag zur Wertschöpfung in der GKV 33

**7 Ökosystem und Plattformen Strukturen und Plattformen integriert und hybrid gestalten 35**

7.1 Typologie – Plattformen im Gesundheitswesen 35

7.2 Wettbewerb – Service- und Verwaltungsprozesse bisher Einstiegsszenario für Plattformen 38

7.3 Potenziale – Struktur- und Verfahrensverbesserungen für das Versorgungsmanagement 38

7.4 Plattform-Design – Der Wert von Plattformen liegt in der Akzeptanz: sieben Designprinzipien 41

7.5 Soziotechnische Konzeption plattformbasierter Zielarchitekturen 43

**Literaturverzeichnis 45**

## Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: **Markt- und Managementmodell „Leistungsstarke Gesundheitsregionen“ (LeiG)** 5

Abbildung 2: **Neun Prinzipien des skaliert-agilen Vorgehens für das Managementmodell leistungsstarker Gesundheitsregionen** 8

Abbildung 3: **Übersicht der Arbeitsschritte je Sprint des LeiG-Projektes** 10

Abbildung 4: **Transformationscanvas für Versorgungsökosysteme** 22

Abbildung 5: **Transformationscanvas für Versorgungsökosysteme mit Anwendungsfällen** 23

Abbildung 6*:* **Fünf Ebenen Integrierter Versorgung (IV) 5.0** 25

Abbildung 7: **Digitaler Reifegrad GKV 2.0 – Handlungsoptionen, Dimensionen und Nutzen** 32

Abbildung 8: **Plattform-Basistypen im Gesundheitswesen** 36

Abbildung 9: **Methodik zu Typologie und Klassifikation von Plattformen im Gesundheitswesen** 37

Abbildung 10: **Wertschöpfungskette Versorgungsmanagement** 40

Abbildung 11: **Sieben Prinzipien des Plattform-Designs digitaler Ökosysteme** 41

Abbildung 12: **Methodisches Raster zur Konzeption plattformbasierter Zielarchitekturen** 44

## Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: **Sprint I – Potenzialanalyse** 12

Tabelle 2: **Sprint II – Konzeption** 15

Tabelle 3: **Sprint III – Planung und Translation** 18

# 1 Einleitung

Die zunehmenden gesellschaftlichen Veränderungsprozesse und multiplen Krisen wie u.a. die Finanzierung der Kranken- und Pflegeversicherung, der Fachkräftemangel sowie der gleichzeitige Anstieg des Versorgungsbedarfs stellen das deutsche Gesundheitswesen vor deutlich größere Herausforderungen im Vergleich zu den letzten Jahrzehnten. Diese scheinen mit den klassischen Rollen und Verfahren der Selbstverwaltung kaum bewältigbar und erzwingen neue, grundlegendere Ansätze.

Hierfür zuträgliche Innovationen der Gesundheitsfürsorge kommen im deutschen Markt weiterhin nur zögerlich in die produktive Anwendung – egal ob es Produkt-, Prozess- oder Strukturinnovationen sind. Insbesondere der Integration der Leistungssektoren wird seit Jahrzehnten ein erhebliches Potenzial für Prozessinnovationen attestiert. Diese hatten bislang i. d. R. die äußere Form von Selektivverträge und Papierformularen. Die praktische Umsetzung auf digitaler Ebene – durch Implementierung der Prozesse in digitalen Anwendungen, Primärsystemen oder Plattformen – war einzelne Projekte i. d. R. zu aufwendig und stellte somit eine erhebliche Hürde dar für eine flächendeckende produktive Anwendung der Verträge.

Nun stehen für die Gesundheitsversorgung zunehmend mehr digitale, telemedizinische Leistungen und digitale Infrastrukturen zur Verfügung. Sie stellen häufig eine Mischung aus Produkt-, Prozess- und Strukturinnovation dar und sind in besonderem Maße dazu geeignet, positive Struktur- und Verfahrensverbesserungen in den Versorgungsökosystemen zu realisieren. Im zweiten Gesundheitsmarkt sind hierbei vor allem Anwendungen und Instrumente mit Potenzialen für die Lebensstilveränderung hinsichtlich Ernährung, Bewegung und mentaler Gesundheit verbreitet.

Daraus ergibt sich ein erhebliches Potenzial für Produktivitätssteigerungen in der Gesundheitsversorgung, das verschiedene Zuständigkeitsbereiche und Märkte berührt: Den ersten Gesundheitsmarkt auf Basis der Kranken- und Pflegeversicherung sowie weitere Säulen der Sozialversicherung und deren Versorgungsangebote, zudem den zweiten Gesundheitsmarkt mit verschiedensten Angeboten in der Eigenverantwortung und -finanzierung der Bürgerinnen und Bürger und deren Gesundheitshandeln. Einbezogen ist jedoch auch das regionale Umfeld und die Umwelt, d. h. Städte und Gemeinden, Arbeitgeber sowie weitere kommunale Einrichtungen und deren Versorgungsstrukturen. Aufgrund geteilter Verantwortlichkeiten, weniger funktionaler Schnittstellen, unterschiedlicher Rechtskreise mit unterschiedlichsten (teils regulierten, teilregulierten und unregulierten) Marktmodellen sowie divergierender ökonomischer und politischer Interessen der Akteure kann dieses Potenzial nur schwerlich gehoben werden.

Um diesen Hemmnissen entgegenzuwirken, werden seit Jahrzehnten u. a. Prozessinnovationen bzw. innovative Versorgungsangebote, z. B. in Form von Innovationsfondsprojekten, besonderen Versorgungsformen sowie neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden entwickelt und gefördert. Gleichermaßen wurden Strukturinnovationen bzw. Einrichtungen wie Gesundheitskioske und Primärversorgungszentren sowie digitale Infrastrukturen wie Telemedizinverbünde und Ärztenetze eingeführt. Gemeinsam ist den Innovationsprojekten der letzten Jahrzehnte eines: Es mangelt an der Translation der Innovationen in den Versorgungsalltag, ihrer Implementierung in der Fläche und somit an der Übernahme als Standard. Diese Translationsschwäche hemmt die Produktivität in der Gesundheitsversorgung.

Bislang gibt es jedoch keine klare Zuständigkeit in der Selbstverwaltung im Gesundheitswesen zur Erschließung der Potenziale für Produktivitätssteigerungen in der Versorgung. Für den Zugang zu Prozessinnovationen wurden der Wettbewerbsfreiraum für Krankenkassen auf Basis der Selektivverträge

geschaffen sowie zusätzliche Anreize wie die Anschubfinanzierung für die Integrierte Versorgung (IV) in den Jahren 2004–2008 oder heute der Innovationsfonds. Auf Ebene der digitalen Anwendungen gibt es u. a. das DiGA-„Fast-Track-Verfahren“ für eine beschleunigte Aufnahme digitaler Gesundheitsanwendungen in das DIGA-Verzeichnis beim BfArM und weitere Freiräume für die wettbewerbliche Nutzung digitaler Anwendungen. Zudem wird über Strukturfonds und Förderprogramme, z. B. im stationären Sektor und im Öffentlichen Gesundheitsdienst, die Digitalisierung gefördert. Hierüber sind teils Produkt- und teils Prozess- und Strukturinnovationen adressiert.

Während bei Produktinnovationen die Anbieter i. d. R. die treibende Kraft für deren Verbreitung sind, ist dies bei Prozess- und Strukturinnovationen eine komplexere Aufgabe mit geteilten Verantwortlichkeiten. Prozesse und Strukturen betreffen einen größeren Kontext, das Zusammenspiel der Akteure im regionalen Versorgungsökosystem. Hier erfordert es neue Kooperationsformen, die aktuell in der Selbstverwaltung zu wenig vorhanden sind oder gelebt werden. Dies ist von der Sache her eine Transformationsaufgabe im jeweiligen Ökosystem für die dort auf verschiedenste Organisationen und Einrichtungen verteilten Verantwortlichen. Dazu wiederum braucht es ein adäquates strategisches und operatives Managementmodell. Hierfür erforderliche Verfahren und Methoden sind zu wenig bekannt und entsprechend im Gesundheitswesen wenig etabliert. Die Erschließung selbiger über eine integrierte, hybride Sozial- und Strukturplanung wird zu einer zentralen Aufgabe der Gesundheitsfürsorge. Die hierfür geeigneten Verfahren und Methoden lassen sich teils aus dem Bereich der Plattformökonomie und dem agilen IT-Management für komplexe Vorhaben ableiten und zu den bisherigen Arbeitsprinzipien der Selbstverwaltung ergänzen.

Zudem können die u. a. im Zuge der Formen der Besonderen Versorgung (BV) entwickelten Prozess- und Strukturinnovationen über digitale Anwendungen, Plattformen und Reifegradmodelle heute leichter implementiert werden als in der Vergangenheit. Mit der digitalen Transformation sind hier neue Darreichungsformen und Ansätze für die Translation verfügbar.

Die für die Gesundheitsfürsorge relevante Strukturplanung erfolgt heute auf mehreren Ebenen und ist genau wie die Gesundheitsversorgung durch sektorale Trennung auf Finanzierungs- und Leistungsseite geprägt: In der Sozialversicherung prägt die gesetzliche Krankenversicherung mit Verantwortung für die Sicherstellung der ambulanten und stationären Versorgung diese Planung, in der kommunalen Daseinsfürsorge prägen sind es Städte und Gemeinden mit Verantwortlichkeiten für Infrastrukturen wie Energie, Mobilität und Verkehr, soziale Einrichtungen, Gesundheit und Pflege. Eine integrierte Planung für den Gesundheits- und Sozialraum findet weder auf der Finanzierungs- noch auf Leistungsseite zwischen den Sektoren statt.

Die bisher ungenutzten Potenziale, die durch eine integrierte Planung möglich wären, sollen in einem neuartigen Ansatz im Kontext der digitalen Transformation aufgegriffen werden. Dazu werden die klassischen Verfahren und Methoden der Sozial- und Strukturplanung zu einem größeren Ganzen verbunden und die fehlende Gesamtsicht ergänzt. Im Ergebnis entsteht eine integrierte, hybride und regionale Strukturplanung. Dieser Ansatz folgt einer Logik aus Versorgungsstrategien und dazu korrespondierenden Transformationsstrategien, mit dem Ziel, die Leistungsstärke der jeweiligen Gesundheitsregion nennenswert zu steigern. Somit soll den eingangs genannten Herausforderungen wirksam begegnet werden, die maßgeblich aus dem demografischen Wandel und anderen Trends – wie etwa Fachkräftemangel, Zunahme chronischer und multimorbider Erkrankungen, steigende Bedeutung digitaler Versorgungsangebote (z. B. Telemedizin, DiGA), veränderte Patientenerwartungen (z. B. stärkere Eigenverantwortung, Nutzung digitaler Services) – resultieren.

Vor diesem Hintergrund stellt der Health Transformation Hub (HTH), eine Kooperation der Bertelsmann Stiftung und der BSt Gesundheit gGmbH, die Plattform für die Planung, Konzeption und Umsetzung solcher Prozesse in mehreren Regionen bzw. Bundesländern zur Verfügung. Der Fokus liegt hierbei auf der Translation von Innovationen in den Versorgungsalltag und die praxisorientierte Implementierung in der Fläche der Regionen.

In der Setup-Phase werden veränderungswillige Allianzen gebildet, bestehend aus Akteuren auf Bundes-, Landes- und Regionalebene, sowie ein gemeinsamer strategischer Rahmen definiert entlang bundesweit gültiger Grundhypothesen sowie Planungshypothesen je Region. Die Planungsphase umfasst die Potenzialanalyse, Planung und Entwicklung eines Umsetzungskonzepts für die hybride, integrierte, regionale Gesundheitsversorgung. Die Umsetzungsphase umfasst die Implementierung der konzipierten Maßnahmen und die Verstetigung des Ansatzes als Managementmodell.

Typische beteiligte Akteure sind die Vertreter der Leistungserbringer im Gesundheitswesen (z. B. Ärzte, Kliniken, Pflege und sonstige), der gesetzlichen Regulierung (z. B. Ministerien Digitales und Gesundheit) sowie der Länder und Kommunen (Regierungspräsidien, Landkreise, Städte und Gemeinden), relevante Kostenträger der Kranken- und Pflegeversicherung sowie der Arbeitgeber und nicht zuletzt auch Anbieter digitaler Leistungen für die Telematikinfrastruktur. Dabei werden die Ebenen Politik, Management und Versorgung miteinander verzahnt.

Die übergreifenden Ergebnisse und Ableitungen aus den Pilotregionen im Projekt „Leistungsstarke Gesundheitsregionen – Versorgung integriert und digital gestalten“ werden in dieser Transformationsstudie zusammengefasst und somit für den politischen Diskurs auf Bundesebene wie auch für den Know-how-Transfer in weitere Gesundheitsregionen bereitgestellt.

# 2 Zielsetzung

## 2.1 Transformationsstudie

Diese Transformationsstudie soll dazu beitragen, die digitale Transformation „Leistungsstarke Gesundheitsregionen“ (LeiG) zu nutzen. So soll eine integrierte strategische Ausrichtung von Versorgung, Technologie und Organisation auf die vordringlichen Herausforderungen der Gesundheitsversorgung ermöglicht werden.

Eine solche digitale Transformation der Versorgungsökosysteme soll in ausgewählten Regionen erarbeitet und pilotiert werden, um daraus Synergien zwischen Regionen systematisch zu erschließen. Der Wissenstransfer in die breitere Fachöffentlichkeit, die Skalierung von hybriden Lösungsansätzen, die Verzahnung mit der Politik sowie die Begleitung über einen wissenschaftlichen Beirat stellen hierbei einen strategischen Rahmen.

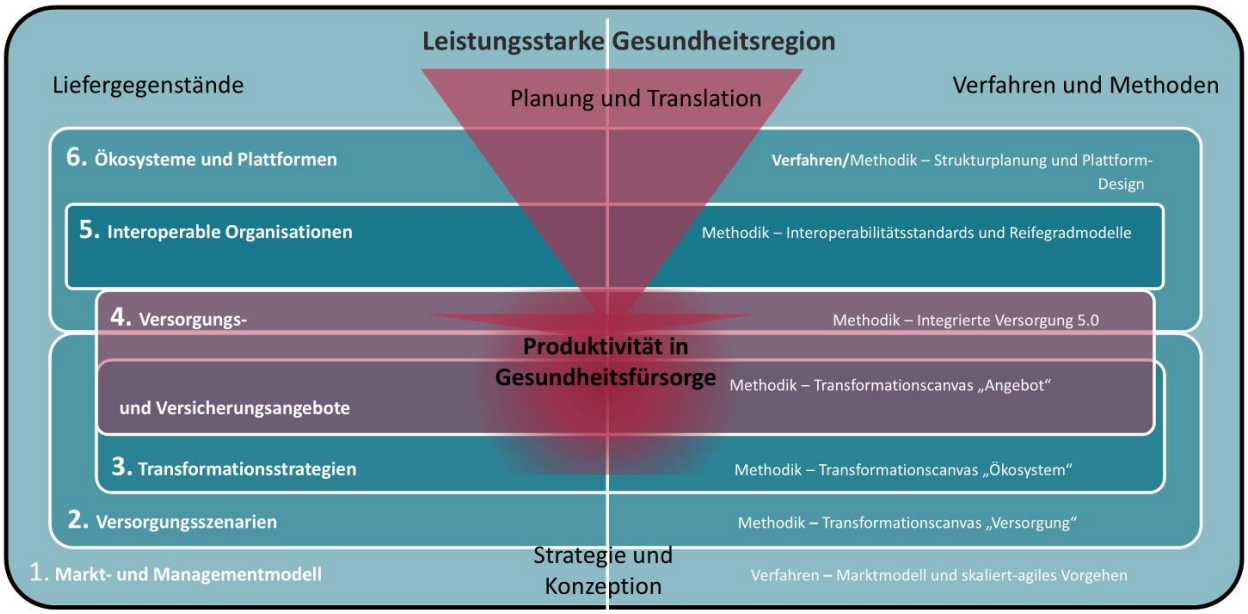
Diese Ziele spiegeln sich in den **vier Teilen der Transformationsstudie** wider:

- Herleitung des Transformationsansatzes der LeiG verständlich machen (Teil A),
- Grundprinzipien der Verfahren und Methoden zur Verfügung stellen (Teil B),
- praktische Zielbilder entlang priorisierter Szenarien und Transformationsstrategien in und für Regionen bereitstellen (Teil C),
- Implikationen für relevante Akteure ableiten (Teil D).

## 2.2 Transformationsstudie Teil B – Framework, Toolkit und Evaluation

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

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




Quelle: _fbeta GmbH

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

1. Das **Markt- und Managementmodell** setzt den Rahmen für die leistungsstarke Gesundheitsregion. Das Marktmodell wird in Teil A der Transformationsstudie beschrieben. Hier, in Teil B, folgt die Erläuterung des Managementmodells in Form des skaliert-agilen Vorgehens.

2. Auf dieser Basis werden **Versorgungsszenarien** analysiert und priorisiert. Dies erfolgt methodisch über das Transformationscanvas, welches eine integrierte Sicht aller wesentlichen Aspekte, von Setting über Versorgungsgegenstand, Versorgungsökosystem, Ökonomie und Regulierung, ermöglicht.

3. Es folgt die Ableitung von **Transformationsstrategien** für die Region. Sie integriert die digitale Transformation der Versorgung, der Organisationen und der IT-Systeme entlang der Versorgungsszenarien. Auch diese Strategien werden methodisch entlang des Transformationscanvas konzipiert.

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

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

5. Die Translationsfähigkeit auf Ebene der Akteure wird maßgeblich durch **interoperable Organisationen** erreicht. Spezifische Reifegradmodelle und Interoperabilitätsstandards entlang der Versorgungsszenarien, Versorgungsangebote und Transformationsstrategien ermöglichen gezielt die Anschlussfähigkeit.

6. Die Translationsfähigkeit auf Ebene der Gesundheitsregion, d. h. des **Ökosystems** als Ganzes, wird durch die gezielte Nutzung digitaler **Plattformen** erreicht. Hier schließen die Strukturplanung für die Organisationen und deren digitale Reife an sowie das Design von Plattformen in Kombination mit der nationalen E-Health-Infrastruktur zur Vernetzung der Organisationen und/oder Systeme.

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

# 3 Vorgehensmodell
# Skaliert-agile Organisation zwischen Politik, Management und Versorgung

## 3.1 Grundprinzipien

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

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

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

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

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

**Prinzip 1: Gesundheitsökonomische Grundausrichtung**

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

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

**Prinzip 2: Systemdenken**

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

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

Quelle: _fbeta GmbH

**Prinzip 3: Annahme von Veränderlichkeit und Offenhalten von Optionen**

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

**Prinzip 4: Inkrementelle Entwicklung mit kurzen, integrierten Lernzyklen**

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

**Prinzip 5: Objektive Bewertung von Meilensteinen**

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

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

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

**Prinzip 7: Feste Rhythmen sowie sektoren- und fachübergreifende Planung**

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

**Prinzip 8: Förderung intrinsischer Motivation im Team**

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

**Prinzip 9: Dezentrale Entscheidungsfindung**

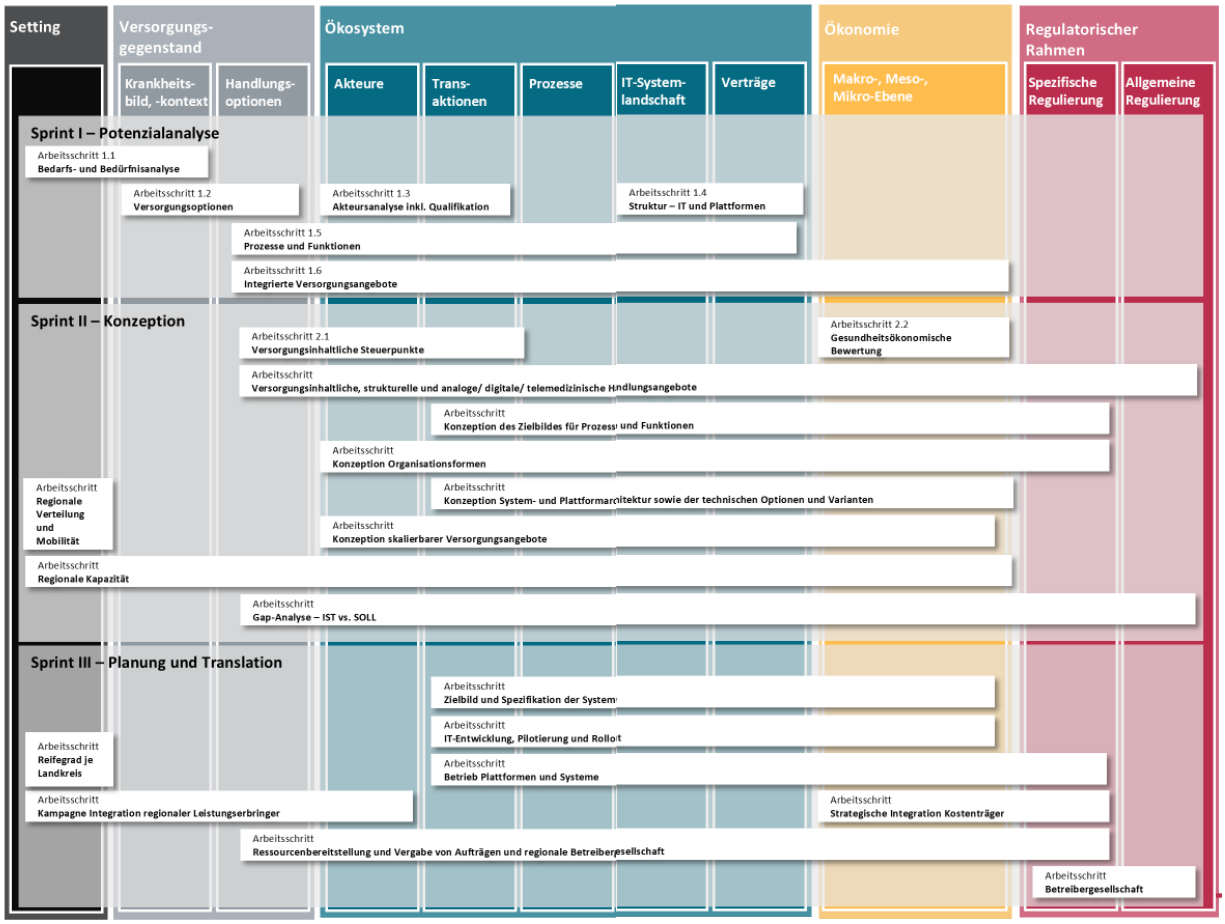
Durch die Förderung der Autonomie der Teams können Entscheidungen schneller und effektiver getroffen werden. Dies stärkt das Verantwortungsbewusstsein der Teams und erhöht die Flexibilität und Reaktionsfähigkeit des Projekts.

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

## 3.2 Vorgehen

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

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




Quelle: _fbeta GmbH

### 3.2.1 Sprint I – Potenzialanalyse und Strategie

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

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

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

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

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

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

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

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

Tabelle 1: **Sprint I – Potenzialanalyse**

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

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

### 3.2.2 Sprint II: Konzeption

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

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

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

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

Tabelle 2: **Sprint II – Konzeption**

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

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

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

### 3.2.3 Sprint III – Planung und Translation

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

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

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

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

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

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

Tabelle 3: **Sprint III – Planung und Translation**

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

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

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

# 4 Analyse- und Konzeptionsmodell Transformationscanvas
## Integrierte Sicht auf Versorgung, Ökosystem und Transformation

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

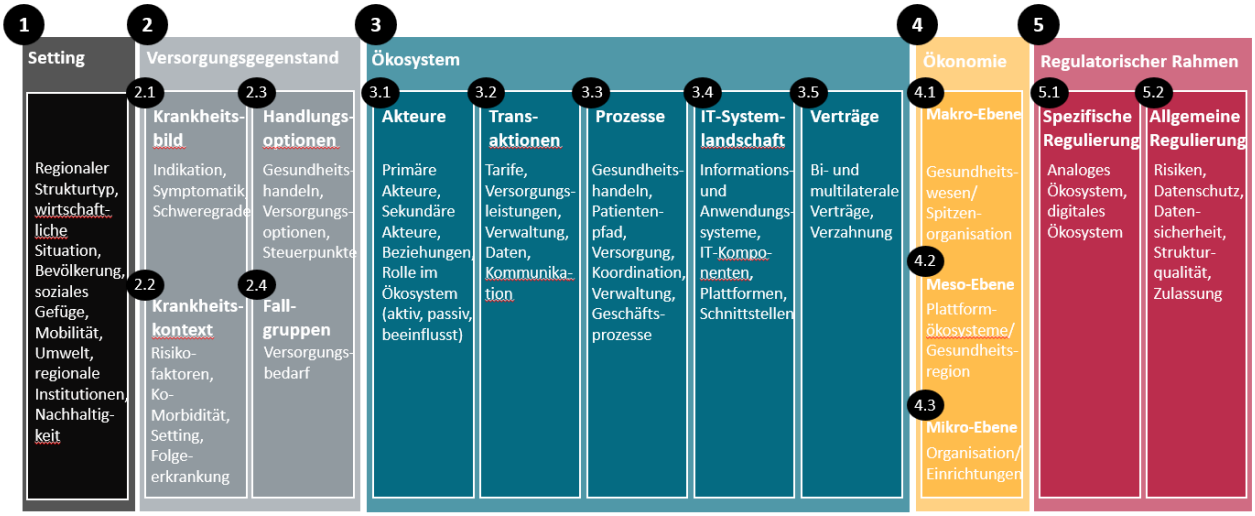
Versorgungsinhaltliche Aspekte, wie medizinische Dokumentation, Analyse und Versorgungsprozesse wie klinische Pfade sind i. d. R. noch nicht flächendeckend und wenig standardisiert bzw. interoperabel digital umgesetzt. Zudem ist gegenwärtig die systemübergreifende Harmonisierung technischer Interoperabilität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

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

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

## 4.1 Dimensionen des Transformationscanvas

Abbildung 4: **Transformationscanvas für Versorgungsökosysteme**




Quelle: _fbeta GmbH

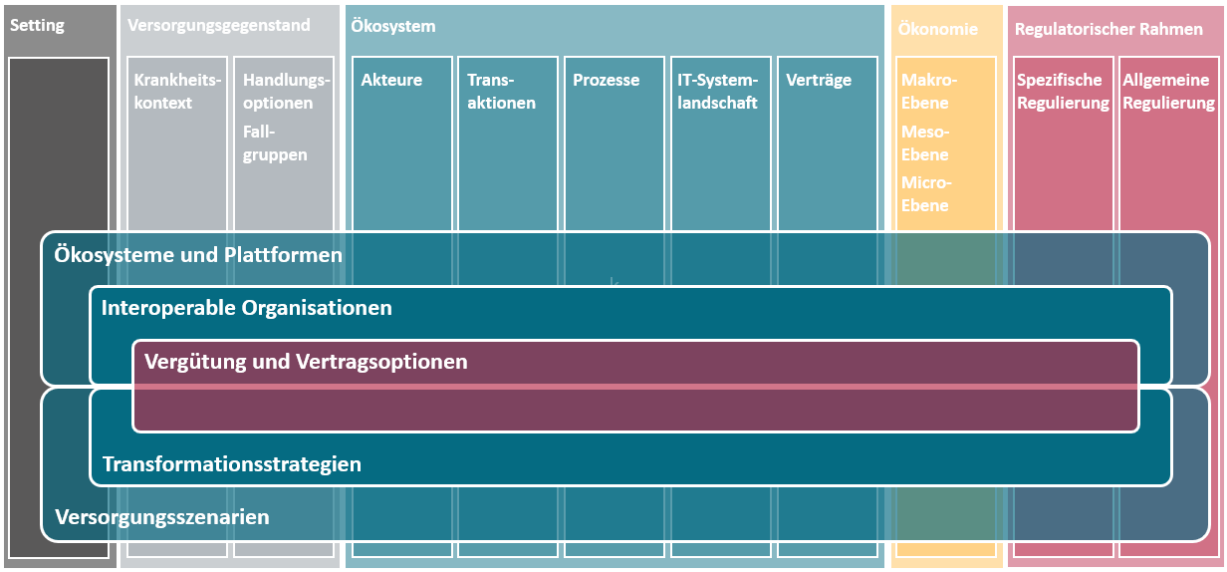
Vor diesem Hintergrund wurde auf Basis von Herangehensweisen der Plattformökonomie und des Designs von Informationssystemen ein **Transformationscanvas** entwickelt, das die interdisziplinäre digitale Transformation von Versorgungsökosystemen ermöglicht. Dieses zentrale Werkzeug bildet Versorgung als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

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

## 4.2 Anwendung für die Transformation in Versorgungsökosystemen

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

Abbildung 5: **Transformationscanvas für Versorgungsökosysteme mit Anwendungsfällen**




Quelle: _fbeta GmbH

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

# 5 Versorgungsangebote
## Fünf Ebenen der Integrierten Versorgung

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

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

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

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

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

Abbildung 6*:* **Fünf Ebenen Integrierter Versorgung (IV) 5.0**

Quelle: Knöppler et al. (2023)

## 5.1 Integration 1.0 – Organisation, Vergütung und Ergebnisorientierung als Gesamtverantwortung

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Bonusprogramme & Gamification, Versicherungen/Finanzierung

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

## 5.5 Integration 5.0 – Nachhaltigkeit und Werteorientierung bei Therapieentscheidungen

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

# 6 Organisationen und Interoperabilität
# Reifegradmodelle und Interoperabilitätsstandards auf Versorgungszenarien ausrichten

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

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

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

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

## 6.1 Basis – Strategische Ausrichtung, Organisation, Kultur und Fähigkeiten

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

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

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

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

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

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

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

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

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

## 6.2 Enabler – Technologie und Daten produktiv einsetzen

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

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

## 6.3 Angebotsportfolio – Hybride und digitale Angebote

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

## 6.4 Ergebnis – Beitrag zur Wertschöpfung in der GKV

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

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

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

# 7 Ökosystem und Plattformen
## Strukturen und Plattformen integriert und hybrid gestalten

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

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

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

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

## 7.1 Typologie – Plattformen im Gesundheitswesen

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

**Plattform-Basistypen**

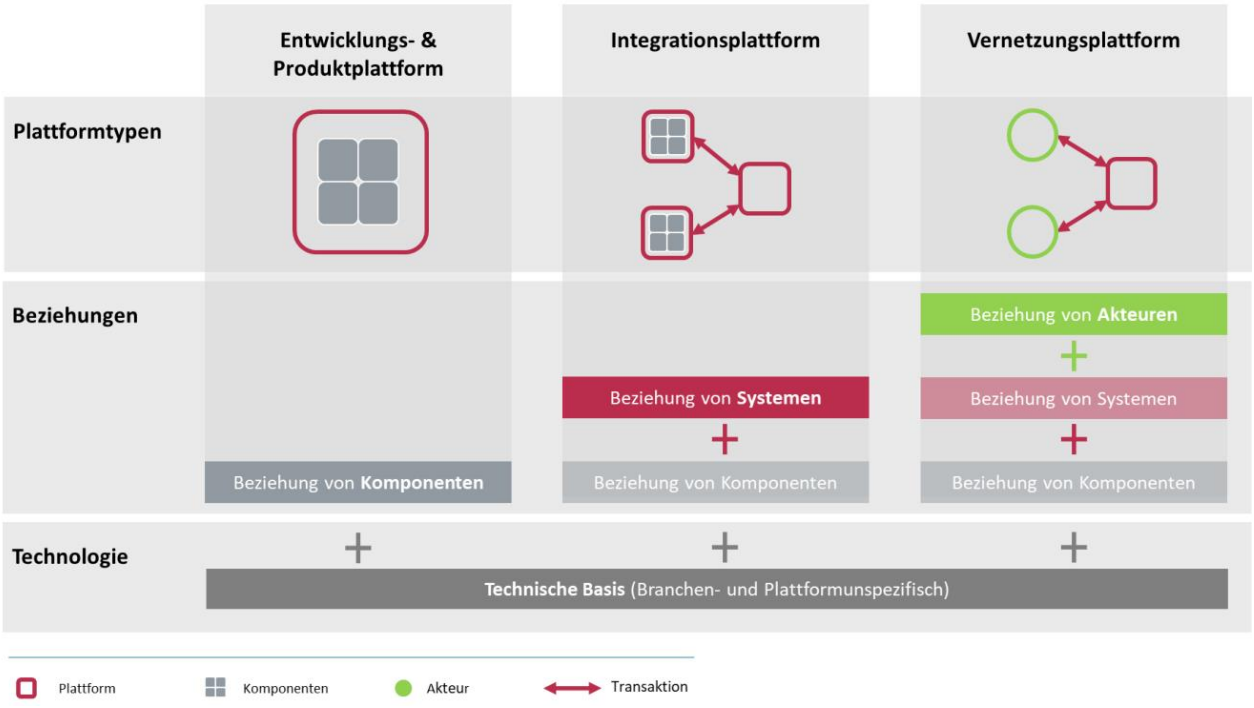
**Entwicklungs- und Produktplattformen** stellen ein Set an (technischen) Komponenten bereit, welches die Entwicklung von Produkten und/oder Services ermöglicht. Komponenten können dabei Software oder Softwaremodule und Dienstleistungen, wie z. B. die Bereitstellung von Hardware, sein. Das auf dieser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

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

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

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

Abbildung 8: **Plattform-Basistypen im Gesundheitswesen**




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

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

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

**Plattform-Ökosystem**

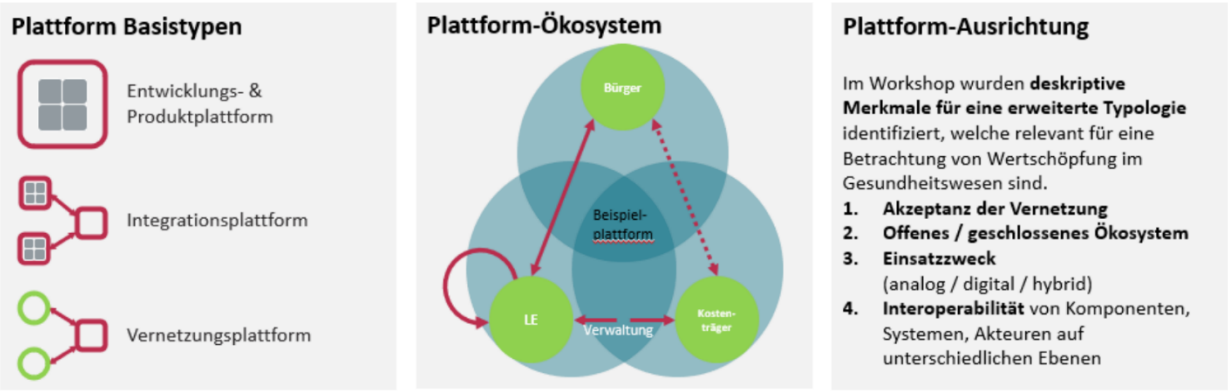
Die Methodik zur Abbildung des Plattform-Ökosystems ist auf die versorgungsrelevanten Transaktionen des Gesundheitswesens fokussiert, die an der Wertschöpfung und der Produktivität beteiligt sind. Hierfür sind folgende Merkmale erforderlich:

An den Transaktionen auf den Plattformen im Gesundheitswesen beteiligte Akteure und Zielgruppen sind nicht, wie häufig in unregulierten Branchen, in die beiden Rollen Anbieter und Verbraucher aufgeteilt, sondern in die Kategorien Bürger, Leistungserbringer und Kostenträger.

Die Transaktionen zwischen den Akteuren und Zielgruppen können cross-sided (zwischen verschiedenen Akteuren und Zielgruppen) oder same-sided (zwischen Teilnehmenden der gleichen Zielgruppe) stattfinden. Die Transaktionsgegenstände können bei Integrations- und Vernetzungsplattformen im Wesentlichen in die Bereiche Verwaltung, Versorgung, Kommunikation, Daten und Tarife aufgeteilt werden. Bei Produkt- und Entwicklungsplattformen liegt der Schwerpunkt auf IT-Komponenten und Entwicklungsleistungen, die die Erstellung und Weiterentwicklung digitaler Produkte und Dienstleistungen unterstützen.

Der Beitrag, den ein Akteur zur Wertschöpfung im Gesundheitskontext leisten kann, wird über eine Wertschöpfungssphäre dargestellt. Die Wertschöpfungssphären unterschiedlicher Akteure können sich dabei überschneiden und gegenseitig beeinflussen.

Abbildung 9: **Methodik zu Typologie und Klassifikation von Plattformen im Gesundheitswesen**




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

**Plattform-Ausrichtung**

Zur Bewertung des Beitrags von Plattformen zur Wertschöpfung im Gesundheitswesen werden weitere, deskriptive Merkmale für die Ausrichtung benötigt.

1. **Akzeptanz der Vernetzung:** abhängig von der Anzahl beteiligter unterschiedlicher Akteursgruppen, dem Verbreitungsgrad, der Nutzungshäufigkeit und dem Umfang, in dem Patienten und regionale Strukturen eingebunden werden

2. **Offenheit/Geschlossenheit des Ökosystems:** abhängig vom Umfang, in dem Fremdangebote in der eigenen Plattform oder eigene Angebote in andere Plattformen über interoperable Schnittstellen integriert werden können

3. **Einsatzzweck** (analog, digital, hybrid): abhängig davon, ob die bisherigen analogen Strukturen durch Vernetzung der Akteure unterstützt, neue digitale Strukturen ergänzt oder analoge und digitale Angebote entlang einer abgestimmten Versorgungskette kombiniert werden sollen

4. **Interoperabilität:** abhängig von der Kooperationsfähigkeit der Komponenten, Systeme und Akteure auf der technischen, syntaktischen, semantischen und politisch/organisatorischen Ebene

## 7.2 Wettbewerb – Service- und Verwaltungsprozesse bisher Einstiegsszenario für Plattformen

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

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

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

## 7.3 Potenziale – Struktur- und Verfahrensverbesserungen für das Versorgungsmanagement

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

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

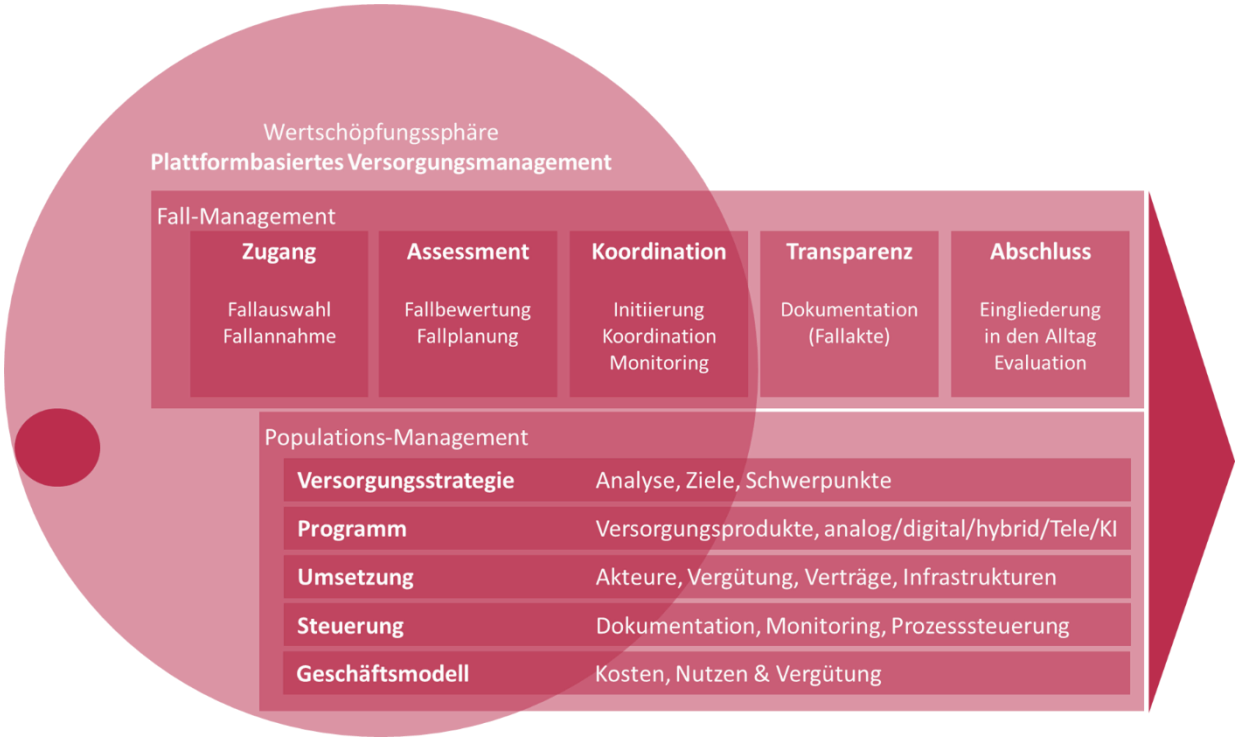
Zusammenspiel der Akteure in Form einer stärker vernetzten Versorgung können Leistungen über ihren gesamten Versorgungspfad und akteurübergreifend zu Versorgungsangeboten gebündelt und durch ein Versorgungsmanagement unterstützt werden. Einerseits findet sich hier das größte Potenzial von Plattformen,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

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

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

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

Abbildung 10: **Wertschöpfungskette Versorgungsmanagement**




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

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

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

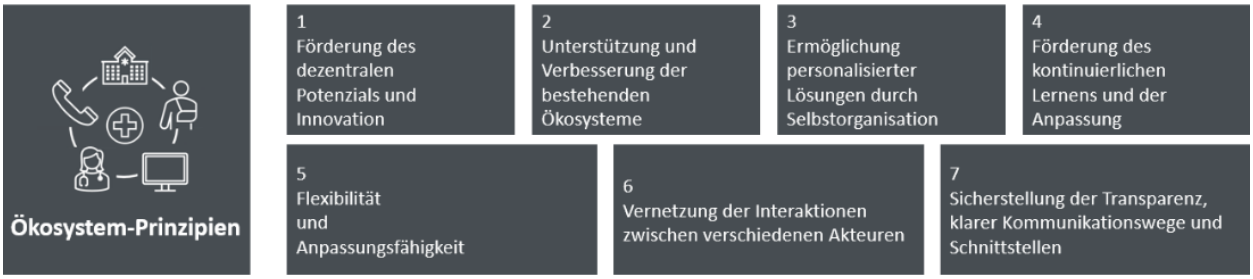
Plattformen unterliegen in Deutschland dann der Regulierung im Kontext des SGB, wenn sie Bestandteil der nationalen E-Health-Infrastruktur sind. Das sind u. a. die DTA-Verfahren, die Telematikinfrastruktur mit verschiedenen Fachanwendungen und die elektronische Patientenakte (ePA). Sonstige Plattformen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

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

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

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

Abbildung 11: **Sieben Prinzipien des Plattform-Designs digitaler Ökosysteme**




Quelle: _fbeta GmbH

**Prinzip 1 – Förderung des dezentralen Potenzials und Innovation**

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

**Prinzip 2 – Unterstützung und Verbesserung der bestehenden Ökosysteme**

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

**Prinzip 3 – Ermöglichung personalisierter Lösungen durch Selbstorganisation**

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

**Prinzip 4 – Förderung des kontinuierlichen Lernens und der Anpassung**

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

**Prinzip 5 – Flexibilität und Anpassungsfähigkeit**

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

**Prinzip 6– Vernetzung der Interaktionen zwischen verschiedenen Akteuren**

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

**Prinzip 7 – Sicherstellung der Transparenz, klarer Kommunikationswege und Schnittstellen**

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

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

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

## 7.5 Soziotechnische Konzeption plattformbasierter Zielarchitekturen

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

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

**Grundstruktur. Aufbau der zweidimensionalen Kartierung**

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

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

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

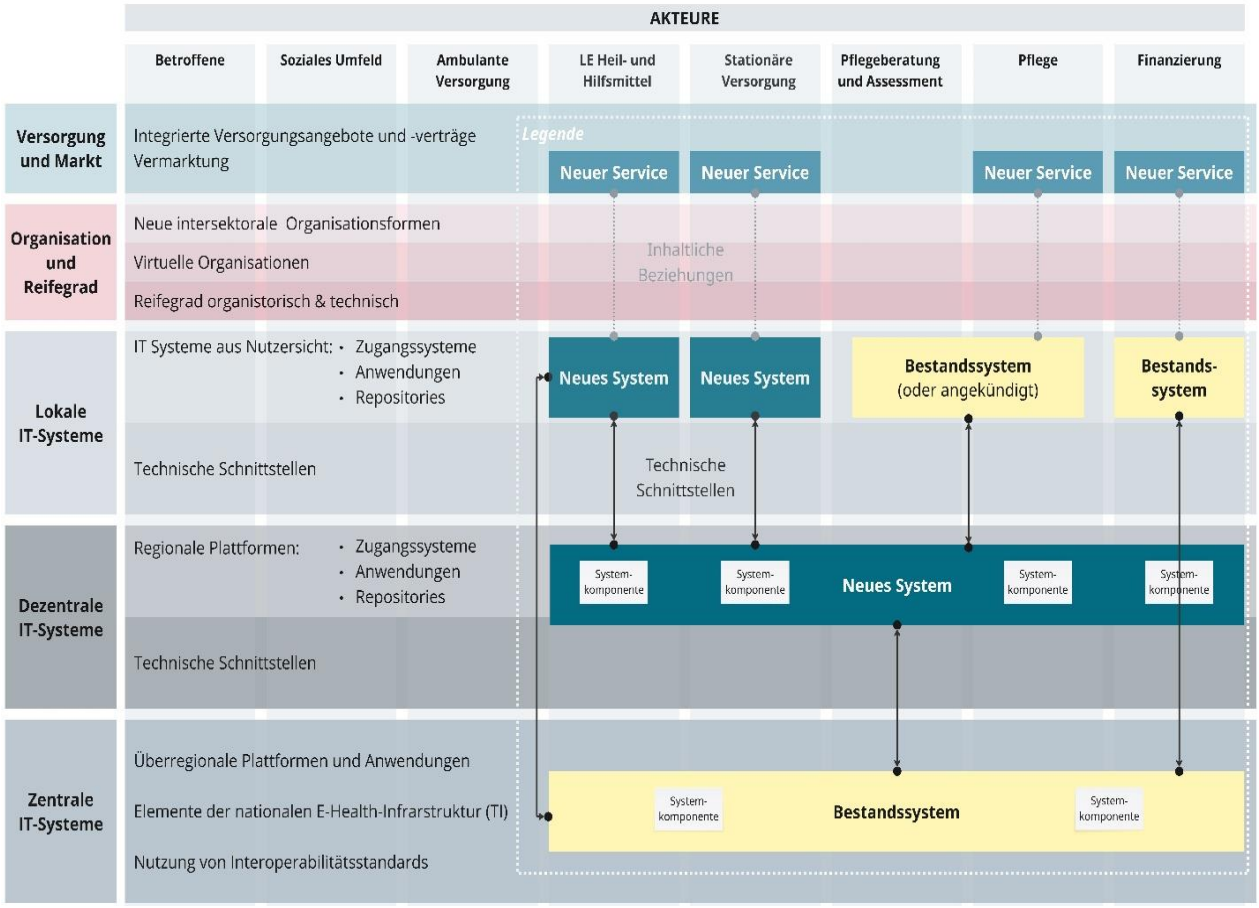
- **Lokale** IT-Systeme der jeweiligen Akteure,
- **Dezentrale** Systeme, z. B. Plattformen oder Infrastrukturen einer Gesundheitsregion oder eines Bundeslandes,
- **Zentrale**, überregionale IT-Systeme, insbesondere die nationale E-Health-Infrastruktur sowie bundesweite Interoperabilitätsstandards wie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

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

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

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

Abbildung 12: **Methodisches Raster zur Konzeption plattformbasierter Zielarchitekturen**




Quelle: fbeta GmbH

## Literaturverzeichnis

s. Literaturverzeichnis Teil A

Transformationsstudie Teil C1

# Leistungsstarke Gesundheitsregionen (LeiG)

## Potenzialanalyse und Strategie

## Impressum


### _fbeta GmbH

Akazienstraße 31

10823 Berlin


### Autoren


Karsten Knöppler

Tillman Vatter

Janik Trappe

Dr. Tim Scheplitz

Hannah Schick

Hans-Holger Bleß

Sandra Martick


### Projektpartner

AOK Rheinland/Hamburg – Die Gesundheitskasse

Region Aachen Zweckverband

StädteRegion Aachen

### Unter dem Dach des Health Transformation Hub (HTH)

Eine Kooperation der Bertelsmann Stiftung und der BSt Gesundheit gGmbH

healthtransformationhub.de

### Berlin, 01.09.2026

## Zusammenfassung

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

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

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

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

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

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

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

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

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

# Inhaltsverzeichnis


**Zusammenfassung** II

**Abbildungsverzeichnis** VI

**Tabellenverzeichnis** VII

**1 Einleitung** 1

**2 Methodik** 3

2.1 Methodischer Gesamtansatz und Framework 3

2.2 Methodik der Potenzialanalyse 4

**3 Regionales Setting** 6

**4 Versorgungsgegenstand** 9

4.1 Versorgungsgegenstand: Chronische Erkrankungen 9

4.1.1 Versorgungsbedarf: Chronische Erkrankungen als zentrale Herausforderung für das Gesundheitssystem 10

4.1.2 Krankheitskontext: Versorgungsinhaltliche Prozess- und Strukturqualitätsanforderungen 13

4.1.3 Versorgungsinhaltliche Potenziale 15

4.1.4 Fazit: Handlungsoptionen der Gesundheitsregion im Bereich chronischer Erkrankungen 21

4.2 Versorgungsgegenstand: Root Causes 23

4.2.1 Versorgungsbedarf: Lebensstilfaktoren als zentrale Ursachen chronischer Erkrankungen 24

4.2.2 Präventions- und Versorgungskontext 26

4.2.3 Versorgungsinhaltliche Potenziale: Präventive Hebel und Wirkmechanismen 27

4.2.4 Fazit: Handlungsoptionen der Gesundheitsregion im Bereich Root Causes 31

4.3 Versorgungsgegenstand: Pflege 33

4.3.1 Pflegekontext und Bedarf 33

4.3.2 Pflegerische und medizinische Versorgungssituation 38

4.3.3 Versorgungsinhaltliche Potenziale 46

4.3.4 Fazit: Handlungsoptionen der Gesundheitsregion im Bereich Pflege 49

**5 Versorgungsökosystem: Organisatorische und technische Potenzialanalyse** 51

5.1 Akteure: Strukturanalyse Akteure in der Gesundheitsversorgung 51

5.2 Transaktionen: Integrierte Versorgungsangebote 53

5.2.1 Analyse bestehender integrierter Versorgungsangebote 53

5.2.2 Regionale Projekte der integrierten Versorgung 58

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

## Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: **Überblick Versorgungsgegenstand** 9

Abbildung 2: **Pflegebedürftige 2021 bis 2070** 34

Abbildung 3: **Pflegegehälter deutlich gestiegen** 35

Abbildung 4: **Pflegebedürftige nach Art der Versorgung 2001 bis 2021** 36

Abbildung 5: **Entwicklung familiärer Unterstützungskoeffizient 2000 bis 2050** 37

Abbildung 6: **Anzahl Pflegebedürftige, informell versorgt, 2023** 43

Abbildung 7: **Anzahl Pflegebedürftige, ambulant versorgt, 2023** 44

Abbildung 8: **Übersicht Systemtypen der IT-Landschaft im Fokus der Potenzialanalyse** 63

Abbildung 9: **Funktionale Abdeckung der zentralen Transaktionen durch zentrale Systemtypen** 77

Abbildung 10: **Übersicht Plattformtypen mit besonderem Potenzial für die Gesundheitsregion** 79

Abbildung 11: **Basisstrategien** 84

Abbildung 12: **Transformationsstrategie 1: Virtueller regionaler Gesundheitsmarkt** 86

Abbildung 13: **Transformationsstrategie 2a: Virtuelles Team für die Therapiesteuerung** 88

Abbildung 14: **Transformationsstrategie 2b: Indikationsspezifische hybride Versorgungsangebote und Versorgungsmanagement** 90

Abbildung 15: **Transformationsstrategie 3: Verhältnisprävention mit zielgruppenspezifischen Kampagnen und Settingangeboten** 92

Abbildung 16: **Transformationsstrategie 4: Verhaltensprävention nach Lebensabschnitten mit hybriden Formaten, Gesundheitsakte und Co-Finanzierung** 94

Abbildung 17: **Transformationsstrategie 5: Virtuell gestützte informelle und professionelle ambulante Pflege sowie Primärversorgung** 96

Abbildung 18: **Transformationsstrategie 6: Virtuell gestützte stationäre Pflege und Primärversorgung** 98

Abbildung 19: **Ergebnisübersicht Strategiebewertung** 100

## Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: **Regionale Informationen** 7

Tabelle 2: **Prävalenzen chronischer Erkrankungen und Abweichungen in Prozent (Stand 2023, Anteil fair)** 12

Tabelle 3: **Prognosen für das Jahr 2040 in Abhängigkeit verschiedener Szenarien der Studie (Milan et al., 2021), in Mio. Patienten** 13

Tabelle 4: **Indikationsspezifische Potenziale** 21

Tabelle 5: **Nennung der fünf Root Causes in NVL** 23

Tabelle 6: **Vermeidbare Fälle durch Lebensstilinterventionen 30 bis 50 Prozent der inzidenten Fälle** 25

Tabelle 7: **Versorgungsinhaltliche Potenziale im Bereich Root Causes** 30

Tabelle 8: **Gestaltungsprinzipien einzelner Präventionsangebote** 31

Tabelle 9: **Potenzial für die Vermeidung von Krankheitsfällen durch Lebensstilinterventionen im Pflegebereich** 41

Tabelle 10: **Versorgungsstruktur Region Aachen** 51

Tabelle 11: **Ausgewählte Projekte der integrativen Versorgung in der Region** 59

Tabelle 12: **Typen telemedizinischer Anwendungen im Überblick** 73

Tabelle 13: **Transformationsstrategien im Überblick** 83

# 1 Einleitung

## Ausgangssituation. Warum das deutsche Gesundheitswesen neue Wege gehen muss

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

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

### . Digital ist da – aber nur teilweise angekommen

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

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

### . Warum die Potenziale nicht gehoben werden – ein Strukturproblem

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

Zudem wirken mehrere Planungslogiken unverbunden nebeneinander:

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

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

## Zielsetzung. Integrierte, hybride Strukturplanung als neuer Ansatz

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

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

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

### Vorgehen. Der Health Transformation Hub als Rahmen

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

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

### . Ein Projekt mit überregionaler Bedeutung

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

# 2 Methodik

## 2.1 Methodischer Gesamtansatz und Framework

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

### Modulares Framework und Hypothesenbasis

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

Auf dieser Grundlage unterscheidet das Framework vier zentrale Ebenen:

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

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

### Drei Sprints – Rolle des C1-Berichts

Methodisch ist das Projekt in drei aufeinander aufbauende Sprints gegliedert:

1. **Sprint 1 – Potenzialanalyse**

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

2. **Sprint 2 – Strategie- und Maßnahmenkonzeption**

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

3. **Sprint 3 – Implementierungsplanung**

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

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

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

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

## 2.2 Methodik der Potenzialanalyse

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

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

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

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

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

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

# 3 Regionales Setting

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

### Regionale Abgrenzung

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

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

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

### Regionale Strukturindikatoren

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

Tabelle 1: **Regionale Informationen**

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

[1] INFORMATION UND TECHNIK NORDRHEIN-WESTFALEN (IT.NRW) 2023e. Kommunalprofil Städteregion Aachen. Düsseldorf: Statistisches Landesamt.
[2] INFORMATION UND TECHNIK NORDRHEIN-WESTFALEN (IT.NRW) 2023a. Kommunalprofil Aachen, krfr. Stadt. Düsseldorf: Statistisches Landesamt.
[3] INFORMATION UND TECHNIK NORDRHEIN-WESTFALEN (IT.NRW) 2023c. Kommunalprofil Kreis Euskirchen. Düsseldorf: Statistisches Landesamt.
[4] INFORMATION UND TECHNIK NORDRHEIN-WESTFALEN (IT.NRW) 2023d. Kommunalprofil Kreis Heinsberg. Düsseldorf: Statistisches Landesamt.
[5] INFORMATION UND TECHNIK NORDRHEIN-WESTFALEN (IT.NRW) 2023b. Kommunalprofil Kreis Düren. Düsseldorf: Statistisches Landesamt.
[6] BARMER INSTITUT FÜR GESUNDHEITSSYSTEMFORSCHUNG. 2024. *Morbiditäts- und Gesundheitsatlas* [Online]. [Accessed 29.04.2025].
[7] LANDESZENTRUM GESUNDHEIT NORDRHEIN-WESTFALEN. 2024. *Indikator 7.34: Reine Pflegegeldempfänger nach Pflegegrad* [Online]. [Accessed 29.04.2025].

Quelle: _fbeta GmbH

## Strukturelle Ausgangslage der Region

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

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

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

## Versorgungskontext und Transformationsdruck

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

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

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

# 4 Versorgungsgegenstand

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

(1) Versorgungsbedarf,

(2) Krankheits- bzw. Versorgungskontext,

(3) Versorgungsinhaltliche Potenziale sowie

(4) Handlungsoptionen der Gesundheitsregion.

Abbildung 1: **Überblick Versorgungsgegenstand**

Quelle: _fbeta GmbH

## 4.1 Versorgungsgegenstand: Chronische Erkrankungen

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

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

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

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

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

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

### 4.1.1 Versorgungsbedarf: Chronische Erkrankungen als zentrale Herausforderung für das Gesundheitssystem

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

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

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

### Exemplarische Auswahl chronischer Erkrankungen für weitere Analysen

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

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

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

### Prävalenzen der acht chronischen Erkrankungen in der Region Aachen

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

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

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

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

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

### Prognosen der Prävalenzen

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

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

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

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

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

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

### 4.1.2 Krankheitskontext: Versorgungsinhaltliche Prozess- und Strukturqualitätsanforderungen

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

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

#### Prävention und Früherkennung

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

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

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

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

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

### Interdisziplinäre Versorgung

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

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

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

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

### Adhärenz

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

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

### Wissensvermittlung

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

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

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

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

## 4.1.3 Versorgungsinhaltliche Potenziale

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

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

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

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

## Indikationsübergreifende Potenziale

### Prävention und Gesundheitsförderung

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

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

### Versorgungsengpässe

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

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

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

### Interdisziplinäre Versorgung

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

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

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

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

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

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

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

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

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

### Adhärenz

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

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

### Wissensvermittlung

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

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

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

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

### Soziale Ungleichheit

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

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

### Digitalisierung

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

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

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

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

### Indikationsspezifische Potenziale

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

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

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

Tabelle 4: **Indikationsspezifische Potenziale**

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

Quelle: _fbeta GmbH

### 4.1.4 Fazit: Handlungsoptionen der Gesundheitsregion im Bereich chronischer Erkrankungen

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

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

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

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

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

## 4.2 Versorgungsgegenstand: Root Causes

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

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

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

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

Tabelle 5: **Nennung der fünf Root Causes in NVL**

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

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

### 4.2.1 Versorgungsbedarf: Lebensstilfaktoren als zentrale Ursachen chronischer Erkrankungen

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

#### Bedeutung der Root Causes für Morbidität und Mortalität

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

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

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

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

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

#### Präventionspotenziale und Vermeidungsraten

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

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

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

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

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

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

Quelle: _fbeta GmbH

Trotz der klaren Evidenz für die Wirksamkeit lebensstilbezogener Prävention wird sie im deutschen Gesundheitssystem bislang nur unzureichend umgesetzt. Die Ausgaben der gesetzlichen Krankenkassen für Präventionsleistungen lagen im Jahr 2022 bei lediglich 8,49 Euro pro Versichertem (Robert Koch-Institut, 2022) und bewegen sich damit knapp über dem gesetzlichen Mindestniveau. Gleichzeitig existieren keine eigenständigen Präventionsleitlinien, die sich ausschließlich der systematischen Vermeidung chronischer Erkrankungen widmen. Präventive Empfehlungen werden in medizinischen Leitlinien zwar erwähnt, aber kaum als verbindliche Behandlungsbestandteile ausgestaltet.
Hinzu kommt, dass Lebensstilinterventionen weder in der Regelversorgung noch in den Disease-Management-Programmen (DMP) strukturell verankert sind. Verbindliche Zielvorgaben fehlen ebenso wie Programme, die sich gezielt an gesunde, aber gefährdete Bevölkerungsgruppen richten. Auch in wichtigen Lebenswelten – etwa in Schulen, Kindertagesstätten oder stationären Pflegeeinrichtungen – erreichen präventive Maßnahmen weiterhin nur einen Bruchteil der Menschen, die davon profitieren würden. Diese strukturelle Unterrepräsentanz führt dazu, dass insbesondere Personen mit geringem sozioökonomischem Status, niedrigem Einkommen oder geringerer formaler Bildung kaum Zugang zu wirksamer Prävention haben und gesundheitliche Ungleichheiten weiter verstärkt werden.
Die Diskrepanz zwischen der hohen Krankheits- und Sterblichkeitslast chronischer Erkrankungen und der gleichzeitig nur sporadischen Umsetzung evidenzbasierter Präventionsmaßnahmen erzeugt einen erheblichen Versorgungsbedarf. Lebensstilfaktoren müssen daher als zentrale Ursachen chronischer

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

### 4.2.2 Präventions- und Versorgungskontext

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

#### Verhaltensmotive und Alltagsrealitäten

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

#### Zielgruppenspezifische Bedürfnisse im Lebensverlauf

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

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

#### Zugangshürden und Bedarf nach Alltagsnähe

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

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

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

#### Bedürfnisse nach Motivation, sozialer Unterstützung und Orientierung

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

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

### 4.2.3 Versorgungsinhaltliche Potenziale: Präventive Hebel und Wirkmechanismen

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

**Der Arbeitsplatz ist ein zentraler Zugangspunkt für wirksame Präventionsangebote.**

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

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

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

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

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

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

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

Tabelle 7: **Versorgungsinhaltliche Potenziale im Bereich Root Causes**

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

Quelle: _fbeta GmbH

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

Tabelle 8: **Gestaltungsprinzipien einzelner Präventionsangebote**

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

Quelle: _fbeta GmbH

### 4.2.4 Fazit: Handlungsoptionen der Gesundheitsregion im Bereich Root Causes

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

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

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

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

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

## 4.3 Versorgungsgegenstand: Pflege

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

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

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

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

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

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

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

### 4.3.1 Pflegekontext und Bedarf

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

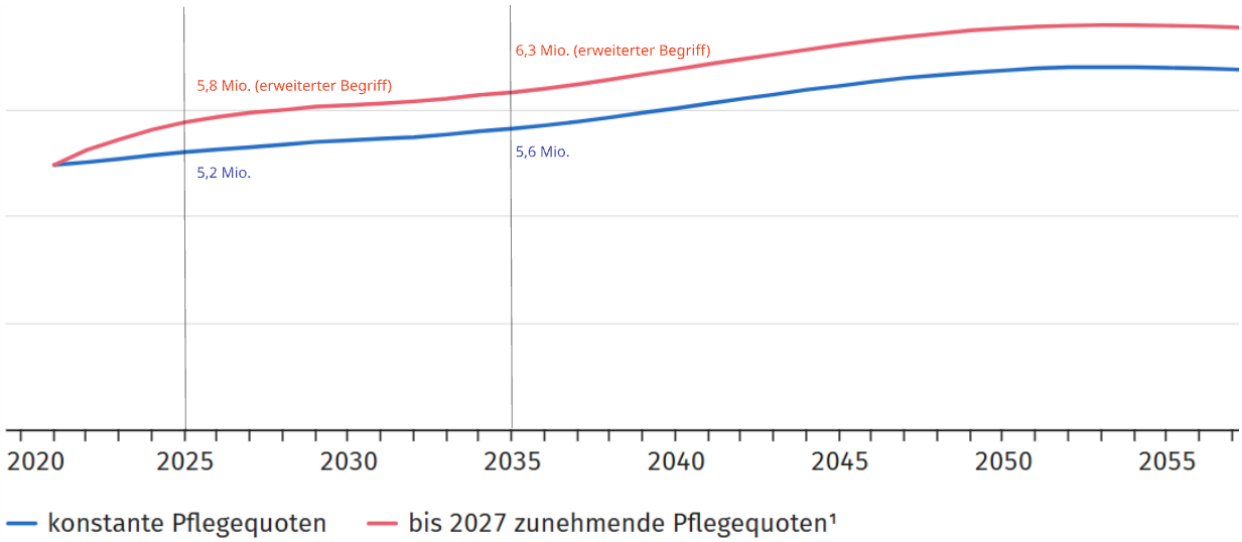
In den Untersuchungen der Potenzialanalyse wurden diese allgemeinen Feststellungen aus Praxissicht bestätigt und erweitert: Die Pflegeplanung der Kommunen berichtet mehrheitlich, den Bedarf größtenteils noch decken zu können, gleichzeitig werden aber Probleme mit mangelndem Interesse auf Investorenseite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

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

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

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

Abbildung 2: **Pflegebedürftige 2021 bis 2070**




Quelle: Statistisches Bundesamt (Destatis) 2025

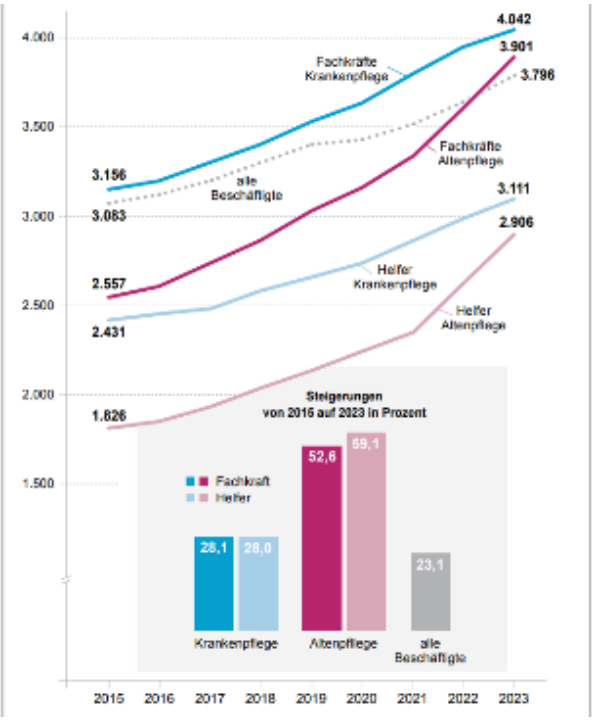
Erst ab Mitte des Jahrhunderts ist also mit einem Rückgang von Pflegebedürftigkeit zu rechnen. Bis dahin wird der Druck auf Einrichtungen der ambulanten und stationären Pflege und Familien weiter zunehmen.

**Faktor 2 – weniger Pflegekräfte**

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

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

Abbildung 3: **Pflegegehälter deutlich gestiegen**



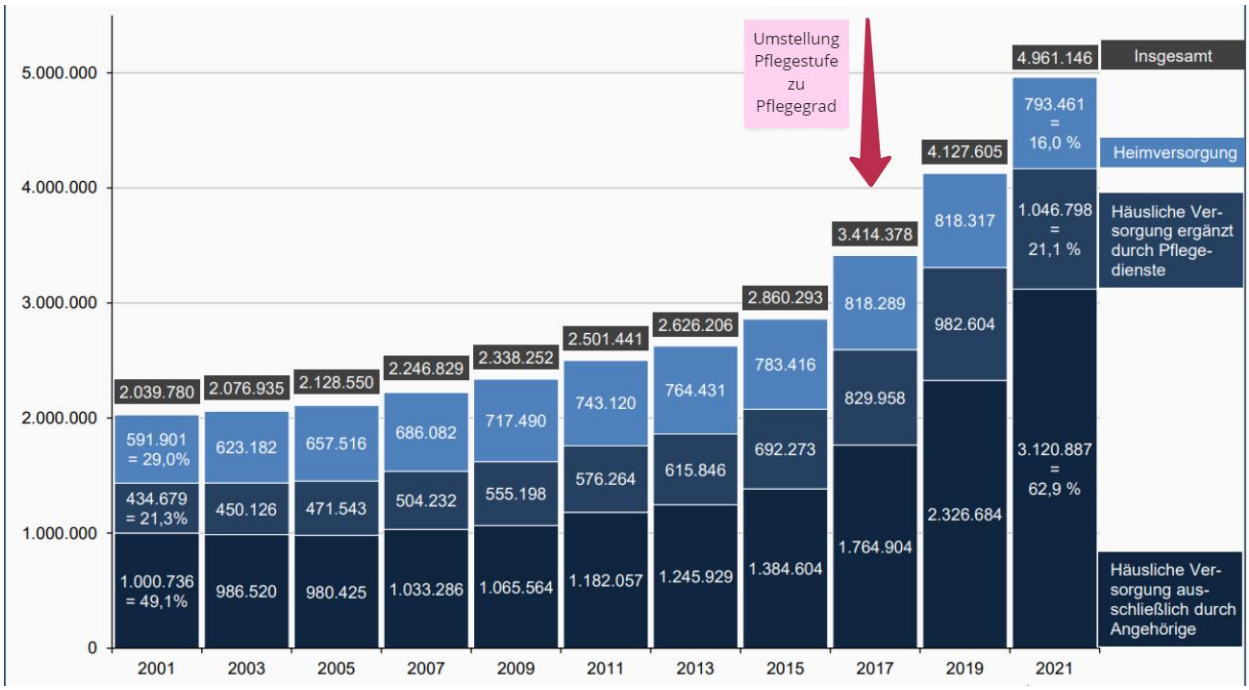

Quelle: (Rothgang and Müller, 2024)

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

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

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

Abbildung 4: **Pflegebedürftige nach Art der Versorgung 2001 bis 2021**



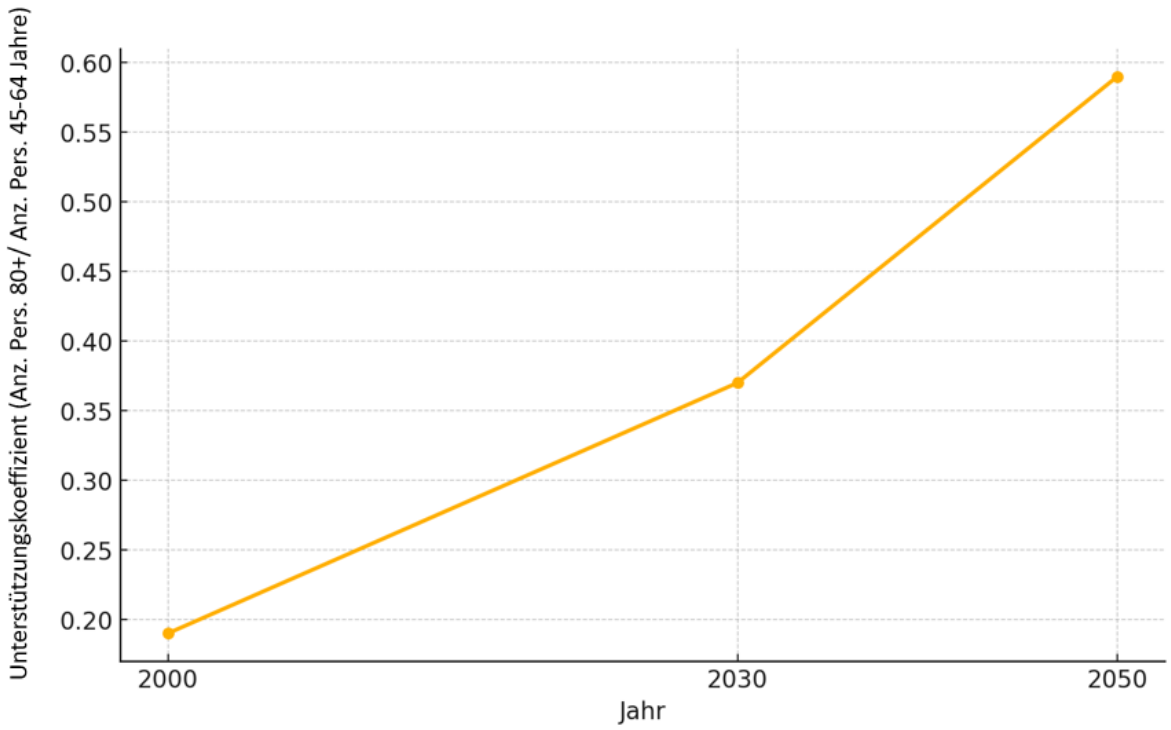

Quelle: (Institut Arbeit und Qualifikation der Universität Duisburg-Essen, 2022)

2022

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

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

Abbildung 5: **Entwicklung familiärer Unterstützungskoeffizient 2000 bis 2050**




Quelle:(Grünheid, 2015); _fbeta GmbH

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

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

**Dominierende und weiter steigende Bedeutung der informellen Pflege**

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

### 4.3.2 Pflegerische und medizinische Versorgungssituation

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

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

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

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

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

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

### Risikofaktoren und Ursachen

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

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

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

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

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

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

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

### Lebensstilfaktoren im Alter

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

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

### Potenzial präventiver Maßnahmen

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

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

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

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

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

Quelle: _fbeta GmbH

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

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

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

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

### Versorgungssituation nach Pflegesettings

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

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

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

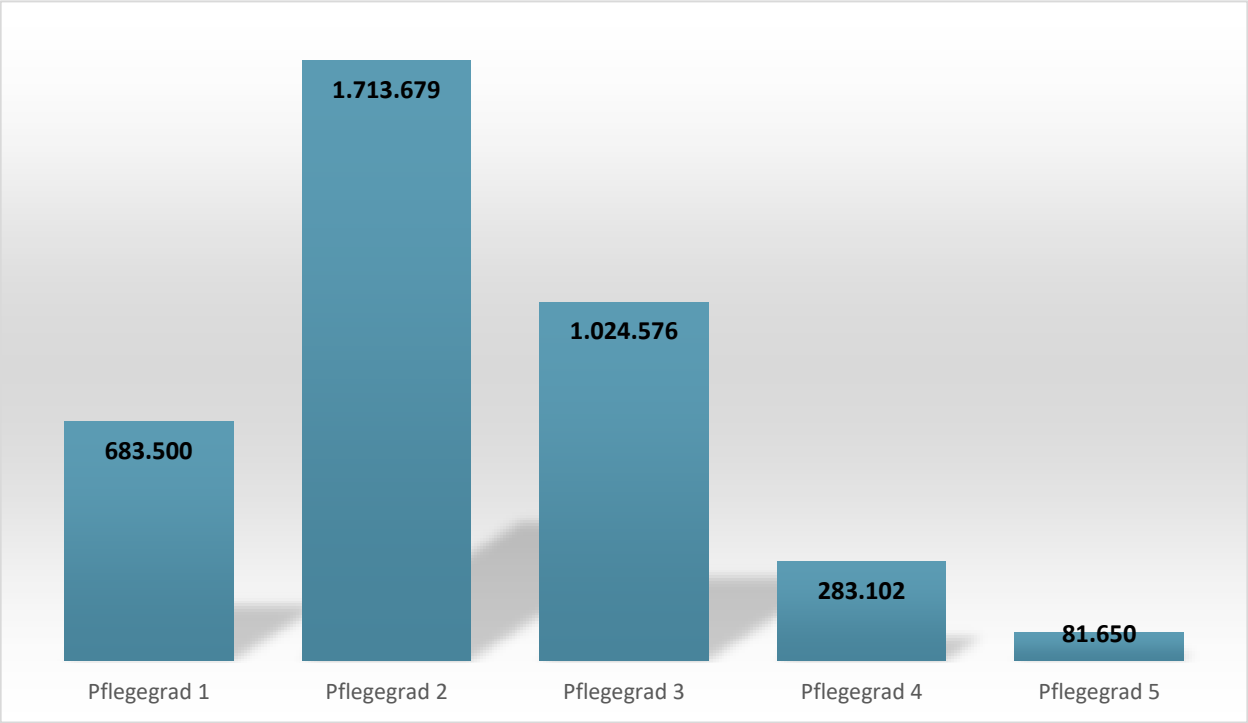
**Vollstationäre Pflege:** In der stationären Langzeitpflege finden sich ca. 16 Prozent der pflegebedürftigen Fälle.

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

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

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

Abbildung 6: **Anzahl Pflegebedürftige, informell versorgt, 2023**




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

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

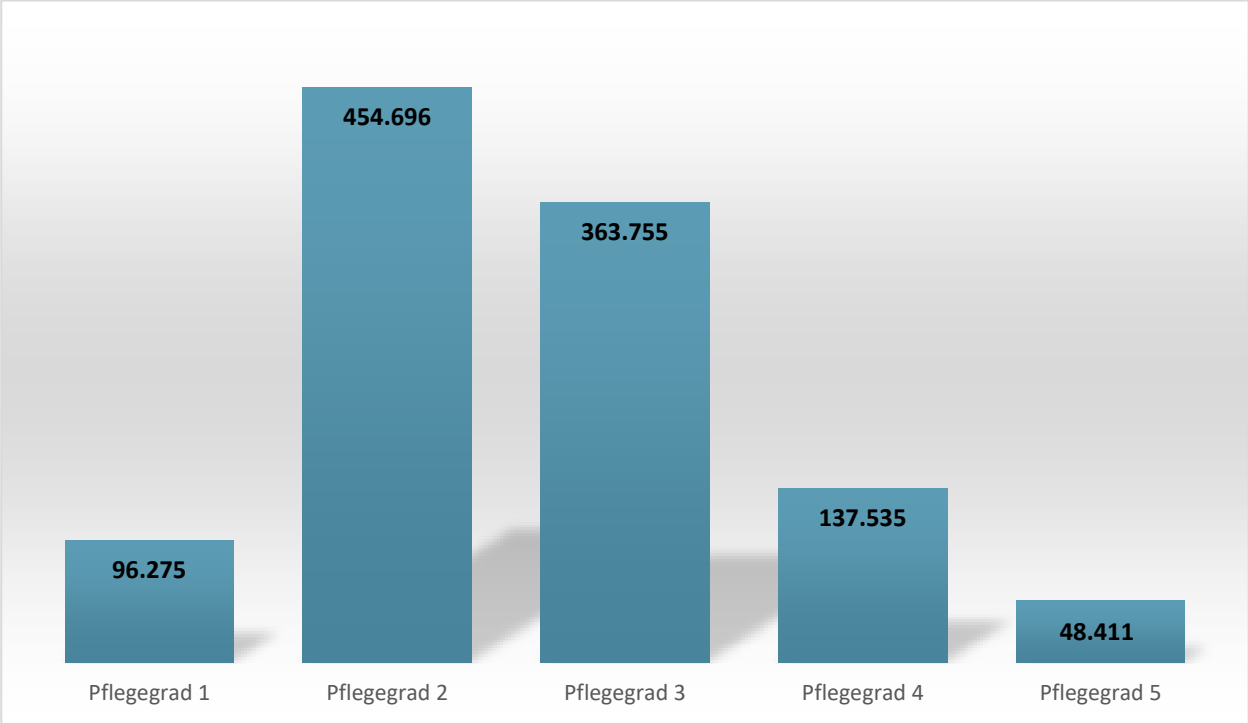
Es liegt auf der Hand, dass der Beitrag informell Pflegender mittelfristig unverzichtbar bleiben wird, wenn es darum geht, Pflegebedürftige so lange wie möglich im häuslichen Umfeld zu versorgen. Dies kommt nicht nur den Pflegebedürftigen zugute, die damit ein höheres Maß an Selbstbestimmung und Zufriedenheit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

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

**Setting 2: Häusliche Pflege mit oder durch ambulante Pflegedienste**

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

Abbildung 7: **Anzahl Pflegebedürftige, ambulant versorgt, 2023**




Quelle: _fbeta GmbH

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

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

### Stationäre Pflegeversorgung

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

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

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

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

### Versorgungsrechtliche Bedingungen

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

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

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

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

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

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

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

### 4.3.3 Versorgungsinhaltliche Potenziale

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

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

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

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

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

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

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

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

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

## Setting 2: Häusliche Pflege mit ambulanten Pflegediensten oder durch diese

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

### Prävention und Früherkennung

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

### Zugang, Beratung und Lotsenfunktion

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

### Technische Unterstützung im häuslichen Umfeld

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

### Einbindung des sozialen Umfelds

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

### Koordination mit der medizinischen Versorgung

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

### Krisenintervention und Vermeidung von Hospitalisierung

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

## Setting 3: Stationäre Pflege

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

### Prävention und Aktivierung im stationären Kontext

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

### Zugang und Transparenz in der stationären Versorgung

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

### Technische und organisatorische Unterstützungssysteme

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

### Kooperation mit der medizinischen Versorgung

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

### Krisenintervention und Übergangsversorgung

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

### Arbeitsorganisation und Entlastung des Pflegepersonals

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

## 4.3.4 Fazit: Handlungsoptionen der Gesundheitsregion im Bereich Pflege

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

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

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

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

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

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

# 5 Versorgungsökosystem: Organisatorische und technische Potenzialanalyse

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

Die Analyse erfolgt in drei Schritten:

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

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

## 5.1 Akteure: Strukturanalyse Akteure in der Gesundheitsversorgung

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

Tabelle 10: **Versorgungsstruktur Region Aachen**

| Versorgungsstruktur | NRW | Städteregion Aachen | Stadt Aachen | Euskirchen | Heinsberg | Düren |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **Ärzte in amb. Einrichtungen**[8] (Ew. pro Arzt) | | | | | | |
| **Hausarzt** | 1.700 | 1.503 | k. A. | 1.554 | 1.599 | 1.580 |
| **Facharzt** | 1.156 | 1.385 | 701 | 1.573 | 1.511 | 1.545 |
| **Zahnarzt** | 1.442 | 1.638 | 1.099 | 1.811 | 1.815 | 1.905 |
| **Plätze in stat. Pflegeeinrichtungen**[9] (pro 100 000 Ew.) | 5.079 | 5.434 | 5.708 | 5.827 | 5.662 | 6.225 |
| **Krankenhausangebote (Fachabteilungen)**[10] (Betten je 100.000 Ew.) | | | | | | |
| **Chirurgie** | 81 | 95 | 95 | 88 | 66 | 106 |

[8] Landeszentrum Gesundheit Nordrhein-Westfalen 2024.
[9] Landeszentrum Gesundheit Nordrhein-Westfalen 2024.
[10] Landeszentrum Gesundheit Nordrhein-Westfalen 2024.

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

Quelle: _fbeta GmbH

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

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

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

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

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

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

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

## 5.2 Transaktionen: Integrierte Versorgungsangebote

### 5.2.1 Analyse bestehender integrierter Versorgungsangebote

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

#### Rechtliche Grundlagen der integrierten Versorgungsangebote: Selektivverträge

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

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

#### § 140a SGB V Besondere Versorgung

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

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

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

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

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

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

### Hausarztzentrierte Versorgung nach § 73b SGB V

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

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

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

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

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

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

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

### Ambulante spezialfachärztliche Versorgung

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

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

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

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

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

### Gesundheitskioske

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

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

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

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

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

### Primärversorgungszentren

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

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

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

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

### Quartiersmanagement

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

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

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

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

## 5.2.2 Regionale Projekte der integrierten Versorgung

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

Tabelle 11: **Ausgewählte Projekte der integrativen Versorgung in der Region**

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

Quelle: _fbeta GmbH

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

## 5.3 Technologie: Digitalisierungsoptionen

### 5.3.1 IT-Landschaft: Strukturanalyse IT und Plattformen

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

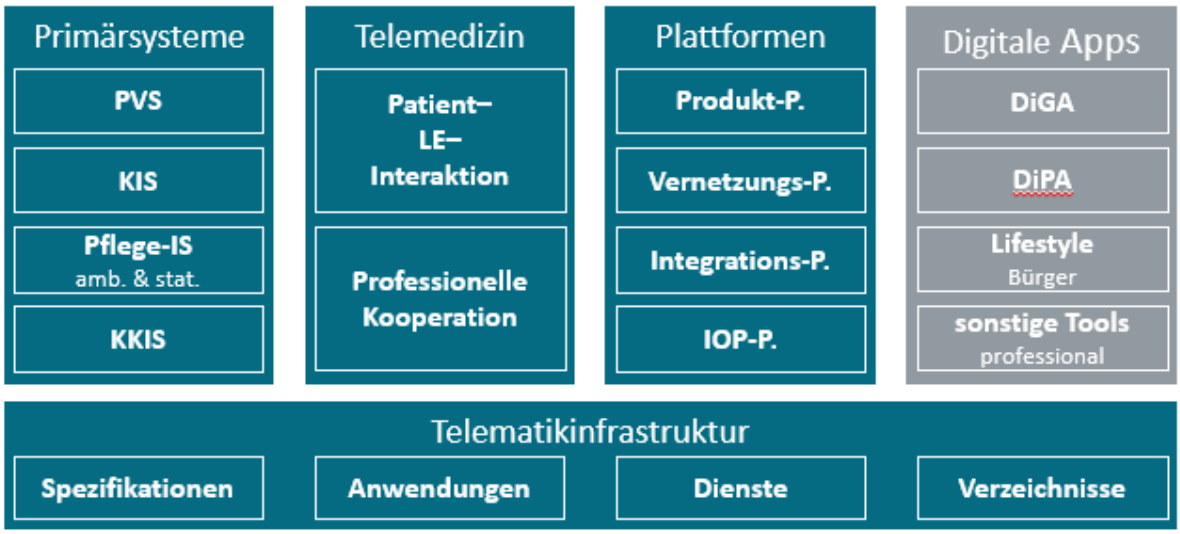
- Primärsysteme (PVS, KIS, Pflege-IS, KKIS) bilden das IT-Rückgrat der Leistungserbringer bzw. der Krankenkassen und stellen die wesentliche IT-Arbeitsumgebung dieser Akteure,
- Telemedizinische Systeme, die sowohl die Interaktion zwischen Patienten und Leistungserbringern als auch die professionelle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

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

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

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

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




Quelle: _fbeta GmbH

### Potenziale im Zusammenhang mit der nationalen Telematikinfrastruktur

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

**Fehlende Verzeichnis-, Identitäts- und Interoperabilitätsservices als Hemmnis digitaler Versorgungskontinuität**
**Ohne gepflegte Verzeichnisse, sichere Identitäten, nutzerfreundliche Zugriffsverwaltungen und verbindlich angewendete IOP-Standards bleibt digitale Versorgung Stückwerk. Gesundheits-regionen können diese Lücken schließen und Interoperabilität im Versorgungsalltag verbindlich sowie real nutzbar machen.**

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

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

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

### Limitierte Praxisverwaltungssysteme

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

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

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

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

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

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

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

### Potenziale mit Blick auf klinische Informationssystemlandschaften

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

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

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

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

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

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

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

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

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

### Potenziale im Umfeld vom Primärsystemen der Pflege

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

### Potenziale der Telemedizin im Auftrag der Gesundheitsregion

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

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

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

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

Tabelle 12: **Typen telemedizinischer Anwendungen im Überblick**

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

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

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

### Plurale Potenziale von Plattformen

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

**Lücke der IT-Systemlandschaft klafft im wichtigsten Wertschöpfungsprozess**

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

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

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

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

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

Abbildung 9: **Funktionale Abdeckung der zentralen Transaktionen durch zentrale Systemtypen**

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

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

Quelle: _fbeta GmbH

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

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

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

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

## Besonderes Potenzial plattformbasierter Lösungen für die Gesundheitsregion

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

Abbildung 10: **Übersicht Plattformtypen mit besonderem Potenzial für die Gesundheitsregion**

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

Quelle: _fbeta GmbH

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

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

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

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

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

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

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

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

### Technologieübergreifende Implikationen für die Gesundheitsregion

**Regionaler Support für Umsetzung zentraler Dienste der TI**
**Die Gesundheitsregion sollte als struktureller Förderer und Bindeglied zwischen Bundesebene und regionaler operativer Versorgung wirken. Sie trägt dazu bei, zentrale, digitale Services schneller flächendeckend umzusetzen und Mehrwerte spürbar zu machen.**

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

**Kampagnen zu Akzeptanz- und Nutzungsförderungen**
**Bekanntheit bestehender Systeme steigern, Kompetenzen schulen und Praxistauglichkeit stärken, um mehrschichtige Ursachen einer unzureichenden Nutzung und Akzeptanz entgegenzutreten.**

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

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

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

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

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

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

# 6 Transformationsstrategien

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

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

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

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

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

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

Tabelle 13: **Transformationsstrategien im Überblick**

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

Quelle: _fbeta GmbH

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

### Basisstrategien zur regionalen Transformation des Gesundheitswesens

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

## 6.1 Basisstrategie I: Organisationsaufbau der Gesundheitsregion

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

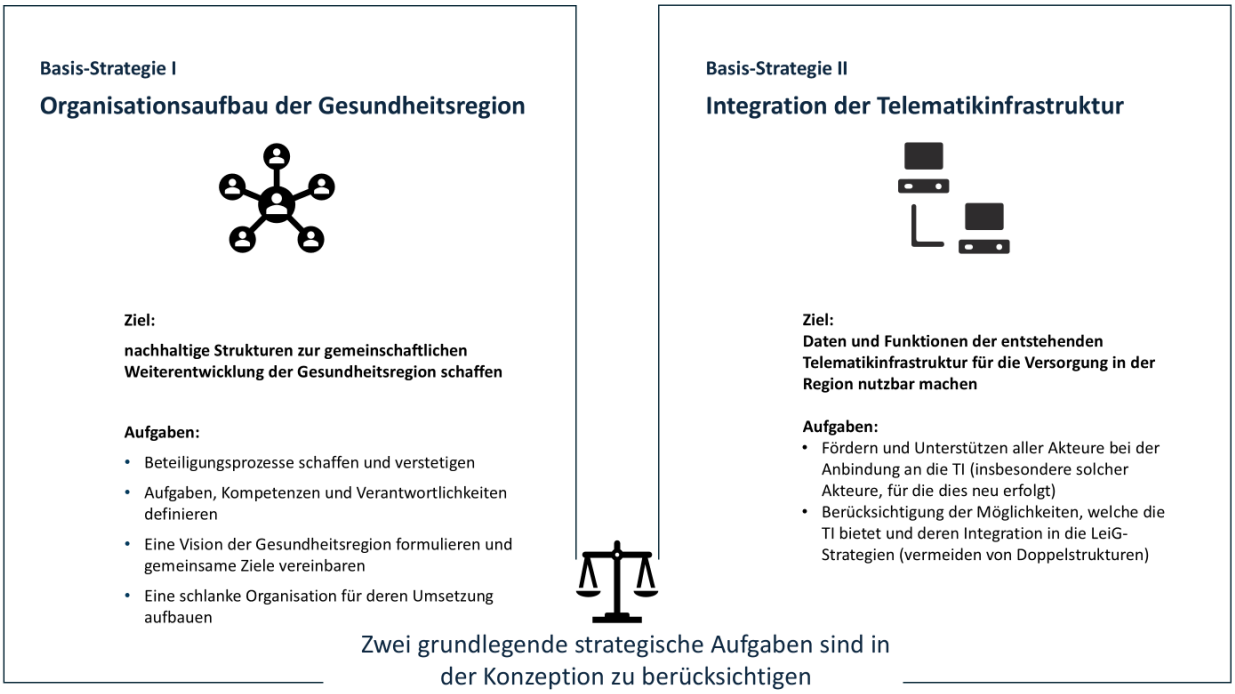
Ein zentrales Element ist die Formulierung einer gemeinsamen Vision für die Gesundheitsregion, auf deren Grundlage strategische Ziele vereinbart werden können. Diese Vision dient nicht nur der inhaltlichen Ausrichtung, sondern auch der Motivation und Orientierung der beteiligten Akteure. Darüber hinaus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

## 6.2 Basisstrategie II: Integration der Telematikinfrastruktur

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

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

Abbildung 11: **Basisstrategien**




Quelle: _fbeta GmbH

## 6.3 Transformationsstrategie 1: Virtueller regionaler Gesundheitsmarkt

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

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

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

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

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

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

Abbildung 12: **Transformationsstrategie 1: Virtueller regionaler Gesundheitsmarkt**

**Sozialmedizinische Befähigung und Gesundheitskompetenz zur Navigation im Gesundheitswesen**

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

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

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

**Aktivierung und Befüllung des Marktplatzes**

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

**Organisation**

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

Gesundheitskonferenzen zur Organisation der operativen Zusammenarbeit.

Quelle: _fbeta GmbH

## 6.4 Transformationsstrategie 2a: Virtuelles Team für die Therapiesteuerung

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

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

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

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

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

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

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

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

Quelle: _fbeta GmbH

## 6.5 Transformationsstrategie 2b: Indikationsspezifische hybride Versorgungsangebote und Versorgungsmanagement

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

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

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

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

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

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

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

Quelle: _fbeta GmbH

## 6.6 Transformationsstrategie 3: Verhältnisprävention mit zielgruppenspezifischen Kampagnen und Settingangeboten

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

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

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

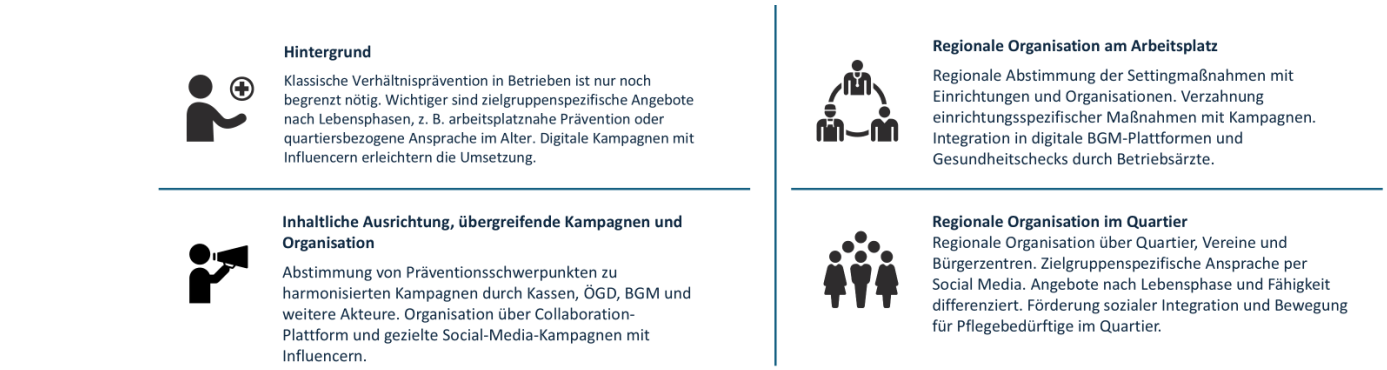
Die Umsetzung erfordert eine enge **regionale Koordination**, sowohl am Arbeitsplatz als auch im Quartier. Betriebe, Vereine, Bürgerzentren und weitere Einrichtungen stimmen sich hinsichtlich ihrer spezifischen Maßnahmen ab und integrieren sie in gemeinsame Präventionsstrategien. Dabei kommen Plattformlösungen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

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

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

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

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




Quelle: _fbeta GmbH

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

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

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

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

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

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

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

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

Quelle: _fbeta GmbH

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

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

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

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

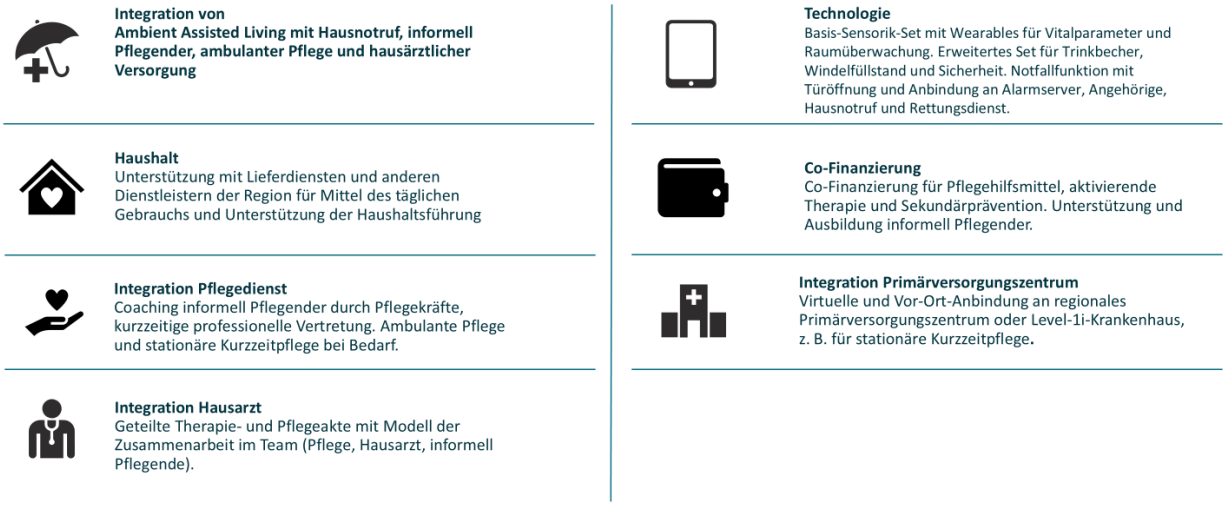
Ein weiterer Schwerpunkt liegt auf der **Unterstützung und Entlastung informell Pflegender**. Diese Personen werden durch Coaching und Schulungsangebote begleitet. Zusätzlich wird eine professionelle Pflegevertretung im Bedarfsfall ermöglicht. Ambulante Pflegedienste stehen als Ergänzung zur Verfügung,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

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

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

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

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




Quelle: _fbeta GmbH

## 6.9 Transformationsstrategie 6: Virtuell gestützte stationäre Pflege und Primärversorgung

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

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

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

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

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

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

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

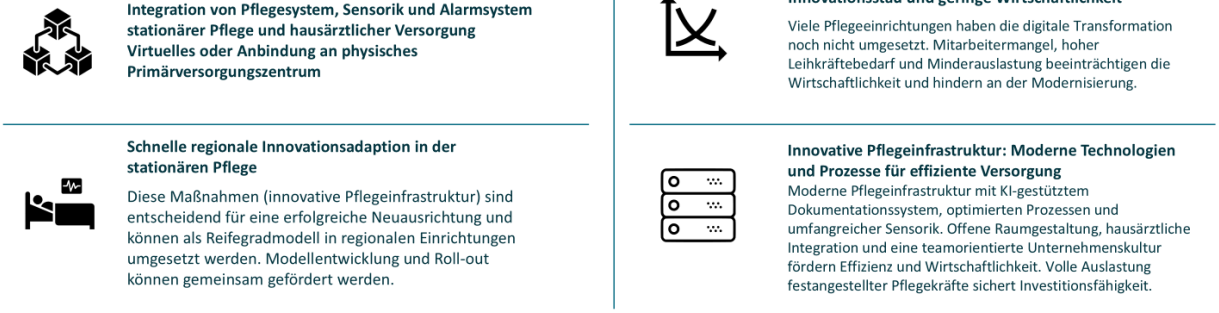
Die **sechste Maßnahme** zielt auf die Reduktion von Leiharbeit durch gezielte Personalbindung. Angebote für Ausbildung, Weiterentwicklung und langfristige Arbeitsverhältnisse fördern die Motivation und verringern die Abhängigkeit von externem Personal. Eine stabile Personalstruktur ist Voraussetzung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

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

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

und wirtschaftlicher Stabilität entsteht ein umfassendes Transformationsmodell für die stationäre Versorgung.

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




Quelle: _fbeta GmbH

# 7 Ergebnisse Priorisierung

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

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

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

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

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

## Abbildung 19: **Ergebnisübersicht Strategiebewertung**

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

Quelle: _fbeta GmbH

## Literaturverzeichnis


[1] ALBRECHT, M., AL-ABADI, T., CZIHAL, T. & MANGIAPANE, S. 2020. Sektorenübergreifende Versorgung und Vergütung. *In:* KLAUBER, J., GERAEDTS, M., FRIEDRICH, J., WASEM, J. & BEIVERS, A. (eds.) *Krankenhaus-Report 2020: Finanzierung und Vergütung am Scheideweg.* Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg.

[2] AMELUNG, V., ANGELKORTE, MIKE, AUGURZKY, BORIS, BRAUER, ROBERT, ELEGBUSI, SOPHIE, ENGEL, MANUEL, FRITZSCHE, FRANK, GEISSLER, ALEXANDER, HAERING, ALEXANDER, HARING, MALTE, HASSE, FRIEDERIKE, HOLLENBACH, JOHANNES, HUSSEIN, ABDUL, MATERNE, KERSTIN, O'CONNOR, RONAN, PEUKERT, JENS, PÜSCHNER, FRANZISKA, ROHWER, STEFFEN, SNOWDON, ANNE, STEUBER, CHRISTOPH, THUN, SYLVIA, VOLLRATH, ISABEL, WRIGHT, ALEX, 2025. Digital Radar Zwischenbericht Ergebnisse der ersten nationalen Reifegradmessung deutscher Krankenhäuser. *Bundesministerium für Gesundheit*.

[3] ANDREES, V., BEI DER KELLEN, R., AUGUSTIN, M., GALLINAT, J., HARTH, V., HOVEN, H., KÜHN, S., LAUTENBACH, A., MAGNUSSEN, C., MOHR, N., TWERENBOLD, R., SCHÄFER, I., WASCHKI, B., ZYRIAX, B. C. & AUGUSTIN, J. 2024. Spatial characteristics of non-communicable diseases and their associations to social conditions in a large urban cohort in Germany-Results from the Hamburg City Health Study. *PLoS One,* 19**,** e0301475.

[4] AOK BUNDESVERBAND GBR. 2025. *Hausarztzentrierte Versorgung* [Online]. Available: https://www.aok.de/gp/vertraege/arztpraxen/hzv [Accessed 16.04.2025].

[5] APÓSTOLO, J., COOKE, R., BOBROWICZ-CAMPOS, E., SANTANA, S., MARCUCCI, M., CANO, A., VOLLENBROEK-HUTTEN, M., GERMINI, F., D'AVANZO, B., GWYTHER, H. & HOLLAND, C. 2018. Effectiveness of interventions to prevent pre-frailty and frailty progression in older adults: a systematic review. *JBI Database System Rev Implement Rep,* 16**,** 140-232.

[6] BAHR & KREMER-PREIß 2018. Aufgaben und Rollen in der Quartiersarbeit

[7] Praxishilfe zur Klärung der unterschiedlichen Rollenprofile in der sozialräumlichen Vernetzungsarbeit. *Bertelsmann Stiftung*.

[8] BARBARESKO, J., RIENKS, J. & NÖTHLINGS, U. 2018. Lifestyle Indices and Cardiovascular Disease Risk: A Meta-analysis. *American Journal of Preventive Medicine,* 55**,** 555-564.

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

[10]BOOTH, F. W., ROBERTS, C. K. & LAYE, M. J. 2012. Lack of Exercise Is a Major Cause of Chronic Diseases. *Comprehensive Physiology.*

[11]BRAINWAVE HUB 2023. Die Digitalisierungsstrategien der AOKen, TK, BARMER und DAK.

[12]BUNDESAMT FÜR SOZIALE SICHERUNG. 2025. *Vertragstransparenzstelle* [Online]. Available: https://vertragstransparenzstelle.bundesamtsozialesicherung.de/content/table.xhtml?faces-redirect=true&q=&vertragsform=WERT4 [Accessed 16.04.2025].

[13]BUNDESÄRZTEKAMMER 2022. Hinweise und Empfehlungen zur ärztlichen Fernbehandlung. Berlin.

[14]BUNDESÄRZTEKAMMER, KASSENÄRZTLICHE BUNDESVEREINIGUNG & ARBEITSGEMEINSCHAFT DER WISSENSCHAFTLICHEN MEDIZINISCHEN FACHGESELLSCHAFTEN 2017. Nationale Versorgungsleitlinie (NVL) Nicht-spezifischer Kreuzschmerz, 2. Auflage.

[15]BUNDESÄRZTEKAMMER, KASSENÄRZTLICHE BUNDESVEREINIGUNG & ARBEITSGEMEINSCHAFT DER WISSENSCHAFTLICHEN MEDIZINISCHEN FACHGESELLSCHAFTEN 2021. Nationale Versorgungsleitlinie (NVL) COPD.

[16]BUNDESÄRZTEKAMMER, KASSENÄRZTLICHE BUNDESVEREINIGUNG & ARBEITSGEMEINSCHAFT DER WISSENSCHAFTLICHEN MEDIZINISCHEN FACHGESELLSCHAFTEN 2022. Nationale Versorgungsleitlinie (NVL) Unipolare Depression.

[17]BUNDESÄRZTEKAMMER, KASSENÄRZTLICHE BUNDESVEREINIGUNG & ARBEITSGEMEINSCHAFT DER WISSENSCHAFTLICHEN MEDIZINISCHEN FACHGESELLSCHAFTEN 2023a. Nationale Versorgungsleitlinie (NVL) Chronische Herzinsuffizienz, Version 4.

[18]BUNDESÄRZTEKAMMER, KASSENÄRZTLICHE BUNDESVEREINIGUNG & ARBEITSGEMEINSCHAFT DER WISSENSCHAFTLICHEN MEDIZINISCHEN FACHGESELLSCHAFTEN 2023b. Nationale Versorgungsleitlinie (NVL) Hypertonie.

[19]BUNDESÄRZTEKAMMER, KASSENÄRZTLICHE BUNDESVEREINIGUNG & ARBEITSGEMEINSCHAFT DER WISSENSCHAFTLICHEN MEDIZINISCHEN FACHGESELLSCHAFTEN 2023c. Nationale Versorgungsleitlinie (NVL) Typ-2-Diabetes – Version 3.

[20]BUNDESÄRZTEKAMMER, KASSENÄRZTLICHE BUNDESVEREINIGUNG & ARBEITSGEMEINSCHAFT DER WISSENSCHAFTLICHEN MEDIZINISCHEN FACHGESELLSCHAFTEN 2024a. Nationale Versorgungsleitlinie (NVL) Asthma, Version 5.

[21]BUNDESÄRZTEKAMMER, KASSENÄRZTLICHE BUNDESVEREINIGUNG & ARBEITSGEMEINSCHAFT DER WISSENSCHAFTLICHEN MEDIZINISCHEN FACHGESELLSCHAFTEN 2024b. Nationale Versorgungsleitlinie (NVL) Chronische KHK, Version 7.

[22]BUNDESMINISTERIUM FÜR GESUNDHEIT 2015. E-Health-Gesetz.

[23]BUNDESVERBAND GESUNDHEITS-IT 2025. Telematikinfrastruktur in der Pflege: Die nächste Hürde nehmen.

[24]CUTLER, R. L., FERNANDEZ-LLIMOS, F., FROMMER, M., BENRIMOJ, C. & GARCIA-CARDENAS, V. 2018. Economic impact of medication non-adherence by disease groups: a systematic review. *BMJ Open,* 8.

[25]DEUTSCHES KREBSFORSCHUNGSZENTRUM HEIDELBERG 2024. Lebensstil und Lebenserwartung. *In:* DEUTSCHES KREBSFORSCHUNGSZENTRUM (ed.). Heidelberg: Deutsches Krebsforschungszentrum Heidelberg,.

[26]DIABETES PREVENTION PROGRAM RESEARCH GROUP 2002. Reduction in the Incidence of Type 2 Diabetes with Lifestyle Intervention or Metformin. *New England Journal of Medicine,* 346**,** 393-403.

[27]DIABETES PREVENTION PROGRAM RESEARCH GROUP 2012. The 10-year cost-effectiveness of lifestyle intervention or metformin for diabetes prevention: an intent-to-treat analysis of the DPP/DPPOS. *Diabetes Care,* 35**,** 723-30.

[28]GBD 2021 LOW BACK PAIN COLLABORATORS 2023. Global, regional, and national burden of low back pain, 1990-2020, its attributable risk factors, and projections to 2050: a systematic analysis of the Global Burden of Disease Study 2021. *Lancet Rheumatol,* 5**,** e316-e329.

[29]GEMATIK 2025. Umsetzungsstand der Digitalisierungsstrategie für das Gesundheitswesen und die Pflege. Berlin.

[30]GERLACH, F. M. & SZECSENYI, J. 2011. Hausarztzentrierte Versorgung: Inhalte und Qualität sind entscheidend. *Dtsch Arztebl International,* 108**,** 996-8.

[31]GESUNDHEITSBERICHTERSTATTUNG DES BUNDES 2024. Gesundheitsausgaben in Mio. €. *In:* GESUNDHEITSAUSGABEN IN DEUTSCHLAND IN MIO. €. GLIEDERUNGSMERKMALE: JAHRE, A. D. E., ART DER LEISTUNG, AUSGABENTRÄGER (ed.). Gesundheitsberichterstattung des Bundes.

[32]GRAEB, F., BERGER, B., ALF, F., REIBER, P., ESSIG, G. & WOLKE, R. 2024. Medikamentenversorgung und Polypharmazie in der Langzeitpflege. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*.

[33]GRÜNHEID, E. 2015. *Regionale Aspekte des demografischen Wandels*, Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung.

[34]HAUSÄRZTINNEN- UND HAUSÄRZTEVERBAND E. V. 2025. Hausarztverträge.

[35]HOU, Y. & YANG, S. 2024. Association of risk factors for high blood pressure across 46 low- and middle-income countries: A multi-country cross-sectional analysis. *J Glob Health,* 14**,** 04087.

[36]HU, F. B., MANSON, J. E., STAMPFER, M. J., COLDITZ, G., LIU, S., SOLOMON, C. G. & WILLETT, W. C. 2001. Diet, Lifestyle, and the Risk of Type 2 Diabetes Mellitus in Women. *New England Journal of Medicine,* 345**,** 790-797.

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

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

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

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

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

[42]INSTITUT ARBEIT UND QUALIFIKATION DER UNIVERSITÄT DUISBURG-ESSEN 2022. Pflegebedürftige nach Art der Versorgung 2001 - 2021. sozialpolitik-aktuell.de.

[43]ISLAMI, F., GODING SAUER, A., MILLER, K. D., SIEGEL, R. L., FEDEWA, S. A., JACOBS, E. J., MCCULLOUGH, M. L., PATEL, A. V., MA, J., SOERJOMATARAM, I., FLANDERS, W. D., BRAWLEY, O. W., GAPSTUR, S. M. & JEMAL, A. 2018. Proportion and number of cancer cases and deaths attributable to potentially modifiable risk factors in the United States. *CA: A Cancer Journal for Clinicians,* 68**,** 31-54.

[44]KASSENÄRZTLICHE BUNDESVEREINIGUNG. 2025. *Ambulante spezialfachärztliche Versorgung* [Online]. Available: https://www.kbv.de/html/asv.php [Accessed 16.04.2025].

[45]KLAUBER, WASEM, BEIVERS & MOSTERT 2023. Schwerpunkt: Personal. *In:* JÜRGEN KLAUBER, JÜRGEN WASEM, ANDREAS BEIVERS & CARINA MOSTERT (eds.) *Krankenhaus-Report 2023.* Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg.

[46]KNÖPPLER, K., EGGERS, T., MORGENSTERN, K.-U., SCHLETTE, S., MARTICK, S., KRAUSE, U., STOCKERT, R. & WAMPRECHT, L. 2022. *Steigerung von Innovation und Produktivität im Gesundheitswesen durch Einsatz digitaler Plattformen,* Berlin, _fbeta GmbH.

[47]KRIPALANI, S., LEFEVRE, F., PHILLIPS, C. O., WILLIAMS, M. V., BASAVIAH, P. & BAKER, D. W. 2007. Deficits in communication and information transfer between hospital-based and primary care physicians: implications for patient safety and continuity of care. *Jama,* 297**,** 831-41.

[48]KULMALA, J., NGANDU, T., HAVULINNA, S., LEVÄLAHTI, E., LEHTISALO, J., SOLOMON, A., ANTIKAINEN, R., LAATIKAINEN, T., PIPPOLA, P., PELTONEN, M., RAURAMAA, R., SOININEN, H., STRANDBERG, T., TUOMILEHTO, J. & KIVIPELTO, M. 2019. The Effect of Multidomain Lifestyle Intervention on Daily Functioning in Older People. *J Am Geriatr Soc,* 67**,** 1138-1144.

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

[50]LIANG, H., JING, D., ZHU, Y., LI, D., ZHOU, X., TU, W., LIU, H., PAN, P. & ZHANG, Y. 2023. Association of genetic risk and lifestyle with incident adult-onset asthma in the UK Biobank cohort. *ERJ Open Res,* 9.

[51]LIVINGSTON, G., HUNTLEY, J., SOMMERLAD, A., AMES, D., BALLARD, C., BANERJEE, S., BRAYNE, C., BURNS, A., COHEN-MANSFIELD, J., COOPER, C., COSTAFREDA, S. G., DIAS, A., FOX, N., GITLIN, L. N., HOWARD, R., KALES, H. C., KIVIMÄKI, M., LARSON, E. B., OGUNNIYI, A., ORGETA, V., RITCHIE, K., ROCKWOOD, K., SAMPSON, E. L., SAMUS, Q., SCHNEIDER, L. S., SELBÆK, G., TERI, L. & MUKADAM, N. 2020. Dementia prevention, intervention, and care: 2020 report of the Lancet Commission. *The Lancet,* 396**,** 413-446.

[52]LOUWERSHEIMER, E., WOLFSGRUBER, S., ESPINOSA, A., LACOUR, A., HEILMANN-HEIMBACH, S., ALEGRET, M., HERNÁNDEZ, I., ROSENDE-ROCA, M., TÁRRAGA, L., BOADA, M., KORNHUBER, J., PETERS, O., FRÖLICH, L., HÜLL, M., RÜTHER, E., WILTFANG, J., SCHERER, M., RIEDEL-HELLER, S., JESSEN, F., NÖTHEN, M. M., MAIER, W., KOENE, T., SCHELTENS, P., HOLSTEGE, H., WAGNER, M., RUIZ, A., VAN DER FLIER, W. M., BECKER, T. & RAMIREZ, A. 2016. Alzheimer's disease risk

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

[53]LU, W., AARSAND, R., SCHOTTE, K., HAN, J., LEBEDEVA, E., TSOY, E., MAGLAKELIDZE, N., SORIANO, J. B., BILL, W., HALPIN, D. M. G., RIVERA, M. P., FONG, K. M., KATHURIA, H., YORGANCıOĞLU, A., GAPPA, M., LAM, D. C. L., RYLANCE, S. & SOHAL, S. S. 2024. Tobacco and COPD: presenting the World Health Organization (WHO) Tobacco Knowledge Summary. *Respiratory Research,* 25**,** 338.

[54]MARTEAU, T. M., OGILVIE, D., ROLAND, M., SUHRCKE, M. & KELLY, M. P. 2011. Judging nudging: can nudging improve population health? *BMJ,* 342**,** 228.

[55]MEIßNER. 2024. *Prognose zeigt Rückgang bei Pflegekräften – in 10 Jahren 5.000 Pflegekräfte weniger bei weiter steigendem Bedarf* [Online]. pm pflegemarkt.com GmbH,. Available: https://www.pflegemarkt.com/fachartikel/beschaeftigte-entwicklung-prgnose-pflege/ [Accessed 16.04.2025].

[56]MILAN, V., FETZER, S. & HAGIST, C. 2021. Healing, surviving, or dying? - projecting the German future disease burden using a Markov illness-death model. *BMC Public Health,* 21**,** 123.

[57]MÜLLER, D., NIEPORTE, T. & GRAF VON STILLFRIED, D. 2024. Praxisverwaltungssysteme: Deutschlandweite Ergebnisse zu Usability, Nutzerzufriedenheit und Wechselbereitschaft aus 10.245 Bewertungen. *GMS Medizinische Informatik, Biometrie und Epidemiologie,* 20.

[58]NATIONAL HEALTH SERVICE. 2025. *NHS Prevention Programme* [Online]. Available: https://www.england.nhs.uk/ourwork/prevention/ [Accessed 16.04.2025].

[59]O'DONNELL, M. J., CHIN, S. L., RANGARAJAN, S., XAVIER, D., LIU, L., ZHANG, H., RAO-MELACINI, P., ZHANG, X., PAIS, P., AGAPAY, S., LOPEZ-JARAMILLO, P., DAMASCENO, A., LANGHORNE, P., MCQUEEN, M. J., ROSENGREN, A., 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.

[60]OMMEN, O., ULLRICH, B., JANSSEN, C. & PFAFF, H. 2007. [The ambulatory-stationary interface in medical health care: problems, model of explanation, and possible solutions]. *Med Klin (Munich),* 102**,** 913-7.

[61]OPTA DATA ZUKUNFTS-STIFTUNG GGMBH 2025. 7. Statistisches Jahrbuch zur gesundheitsfachberuflichen Lage in Deutschland 2025.

[62]PAHOR, M., GURALNIK, J. M., AMBROSIUS, W. T., BLAIR, S., BONDS, D. E., CHURCH, T. S., ESPELAND, M. A., FIELDING, R. A., GILL, T. M., GROESSL, E. J., KING, A. C., KRITCHEVSKY, S. B., MANINI, T. M., MCDERMOTT, M. M., MILLER, M. E., NEWMAN, A. B., REJESKI, W. J., SINK, K. M. & WILLIAMSON, J. D. 2014. Effect of structured physical activity on prevention of major mobility disability in older adults: the LIFE study randomized clinical trial. *Jama,* 311**,** 2387-96.

[63]PEÑA, A., OLSON, M. L., HOOKER, E., AYERS, S. L., CASTRO, F. G., PATRICK, D. L., CORRAL, L., LISH, E., KNOWLER, W. C. & SHAIBI, G. Q. 2022. Effects of a Diabetes Prevention Program on Type 2 Diabetes Risk Factors and Quality of Life Among Latino Youths With Prediabetes: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Network Open,* 5.

[64]ROBERT BOSCH STIFTUNG 2021. Voraussetzungen und Möglichkeiten der Implementierung und Ausgestaltung von Primärversorgungszentren im deutschen Gesundheitswesen.

[65]ROBERT KOCH-INSTITUT 2022. Dashboard zu Gesundheit in Deutschland aktuell - GEDA 2019/2020. *In:* KOCH-INSTITUT, R. (ed.). Berlin.

[66]ROBERT KOCH-INSTITUT 2024. GEDA: Gesundheit in Deutschland aktuell.

[67]ROTHGANG, H. & MÜLLER, R. 2024. BARMER Pflegereport 2024. Berlin: BARMER.

[68]SCHÄFER & WILLEMIJN L.A. Primary care in 34 countries : perspectives of general practitioners and their patients. 2016.

[69]SCHUCH, F. B., VANCAMPFORT, D., FIRTH, J., ROSENBAUM, S., WARD, P. B., SILVA, E. S., HALLGREN, M., PONCE DE LEON, A., DUNN, A. L., DESLANDES, A. C., FLECK, M. P., CARVALHO, A. F. & STUBBS, B. 2018. Physical Activity and Incident Depression: A Meta-Analysis of Prospective Cohort Studies. *Am J Psychiatry,* 175**,** 631-648.

[70]SIMONSEN LENTZ, P., HAVELUND RASMUSSEN, A., YURTSEVER, A. & MELGAARD, D. 2020. Missing Diagnosis, Pain, and Loss of Function in Older Adults with Rheumatoid Arthritis and Insufficiency Fractures: A Qualitative Study of the Patient's Perspective. *Geriatrics (Basel),* 5.

[71]SPITZENVERBAND DIGITALE GESUNDHEITSVERSORGUNG E.V. 2025. Zweiter DiGA-Report des SVDGV: Nahezu eine Million Mal profitieren Patient:innen von der Versorgung mit DiGA.

[72]STACHWITZ, P. & DEBATIN, J. F. 2023. Digitalisierung im Gesundheitswesen: heute und in Zukunft. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz,* 66**,** 105-113.

[73]STATISTISCHES BUNDESAMT (DESTATIS). 2023a. *Pflege* [Online]. [Accessed 16.04.2025].

[74]STATISTISCHES BUNDESAMT (DESTATIS). 2023b. Pflegevorausberechnung: 1,8 Millionen mehr Pflegebedürftige bis zum Jahr 2055 zu erwarten. *Destatis*, 30. März 2023.

[75]STATISTISCHES BUNDESAMT (DESTATIS). 2025. *Todesursachen* [Online]. Statistisches Bundesamt (Destatis),. Available: https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Todesursachen/_inhalt.html [Accessed 22.04.2025].

[76]STIFTUNG GESUNDHEITSWISSEN 2021. Menschen mit chronischen Erkrankungen. Berlin: Stiftung Gesundheitswissen.

[77]TOM BSCHOR 2025. Krankenhausversorgung in Deutschland 2035 Zielbild der Reformen – zukünftige Aufgaben und Bedeutung der Krankenhäuser. *In:* REGIERUNGSKOMMISSION FÜR EINE MODERNE UND BEDARFSGERECHTE KRANKENHAUSVERSORGUNG (ed.) *Vierzehnte Stellungnahme und Empfehlung der Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung.*

[78]WALSH, C. A., CAHIR, C., TECKLENBORG, S., BYRNE, C., CULBERTSON, M. A. & BENNETT, K. E. 2019. The association between medication non-adherence and adverse health outcomes in ageing populations: A systematic review and meta-analysis. *Br J Clin Pharmacol,* 85**,** 2464-2478.

[79]WISSENSCHAFTLICHE DIENSTE DEUTSCHER BUNDESTAG 2023. Gesundheitskioske in Deutschland, in den USA und in Finnland.

[80]WISSENSCHAFTLICHES INSTITUT DER AOK (WIDO) 2025. Gesundheitsatlas Deutschland. *Gesundheitsatlas Deutschland.*

[81]WORLD HEALTH ORGANIZATION 2010. Telemedicine: Opportunities and developments in Member States. *Report on the second global survey on eHealth.* Geneva.

[82]ZENTRALINSTITUT FÜR DIE KASSENÄRZTLICHE VERSORGUNG IN DEUTSCHLAND (ZI) 2024. Usability von Praxisverwaltungssystemen (PVS) wichtiger Gradmesser für Nutzerzufriedenheit.

Transformationsstudie Teil C2a

# Leistungsstarke Gesundheitsregionen (LeiG)

## Konzeption Strategie Pflege

## Impressum


### _fbeta GmbH

Akazienstraße 31

10823 Berlin


### Autoren


Karsten Knöppler

Tillman Vatter

Janik Trappe

Dr. Tim Scheplitz

Hannah Schick

Hans-Holger Bleß

Sandra Martick


### Projektpartner

AOK Rheinland/Hamburg – Die Gesundheitskasse

Region Aachen Zweckverband

StädteRegion Aachen

### Unter dem Dach des Health Transformation Hub (HTH)

Eine Kooperation der Bertelsmann Stiftung und der BSt Gesundheit gGmbH

healthtransformationhub.de

### Berlin, 01.09.2026

## Zusammenfassung

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

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

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

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

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

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

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

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

# Inhaltsverzeichnis


**Impressum** I

**Zusammenfassung** II

**Abbildungsverzeichnis** VII

**Tabellenverzeichnis** IX

**1 Vorwort, Einleitung, Projektkontext** 1

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

1.2 Methodik 3

1.2.1 Hierarchische Gliederung der Strukturelemente der Konzeption 3

1.2.2 Transformationscanvas 3

1.2.3 Methodischer Aufbau und Funktion der Fallgruppenlogik 4

**2 Versorgungsinhaltliche Ausrichtung** 9

2.1 Versorgungsinhaltliche Schwerpunkte der Konzeption 14

2.1.1 Früherkennung 14

2.1.2 Zugang zur Pflegeversorgung 15

2.1.3 Beratung und Unterstützung, Integration der Unterstützungsangebote 16

2.1.4 Integration ehrenamtlicher Unterstützungsangebote 17

2.1.5 Prävention in der Pflege 17

2.1.6 Technische Unterstützungsmöglichkeiten in der häuslichen Pflege 19

2.1.7 Mehrstufige Akutversorgung: „Pflege 116/117“ 19

2.1.8 Integration medizinische Versorgung 20

2.1.9 Verstärkter Einsatz von Telemedizin 22

2.1.10 Effizienz durch Kooperation 23

**3 Digitale Transformation im Ökosystem** 24

3.1 Wertschöpfung entlang der Prozesse aus Patientenperspektive 25

3.1.1 Drei fallgruppengerechte Zuschnitte der prozessualen und technischen Unterstützungspotenziale 28

3.2 Wertschöpfung der wesentlichen Prozesse zwischen Akteuren im Ökosystem 30

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

3.3.1 Aufbau einer pflegerischen Informationsplattform und Integration sozialmedizinischer Unterstützungsangebote 38

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

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

## Abbildungsverzeichnis


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

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

Abbildung 3: **Übersicht prozessbezogener Module** 25

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

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

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

Abbildung 7: **Maßnahme 1** 38

Abbildung 8: **Maßnahme 2** 42

Abbildung 9: **Maßnahme 3** 46

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

Abbildung 11: **Maßnahme 4** 51

Abbildung 12: **Maßnahme 5** 55

Abbildung 13: **Maßnahme 6** 58

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

Abbildung 15: **Maßnahme 7** 64

Abbildung 16: **Maßnahme 8** 67

Abbildung 17: **Maßnahme 9** 70

Abbildung 18: **Maßnahme 10** 73

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Abbildung 29: **Pflege** X

## Tabellenverzeichnis

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

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

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

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

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

# 1 Vorwort, Einleitung, Projektkontext

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

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

Die demografische Entwicklung und der steigende Pflegebedarf machen eine grundlegend **neue Herangehensweise an die Versorgung im häuslichen Umfeld** notwendig. Die Transformationsstrategie 5 zielt auf die Vernetzung und Unterstützung von informell Pflegenden, professionellen Pflegediensten und hausärztlicher Versorgung durch digitale und technische Lösungen. Dabei steht die Integration von Alltagshilfen, ambulanter Pflege und Primärversorgung im Zentrum. Im Kern sollen sechs Schwerpunkte verfolgt werden.

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

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

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

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

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

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

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

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

## 1.2 Methodik

### 1.2.1 Hierarchische Gliederung der Strukturelemente der Konzeption

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

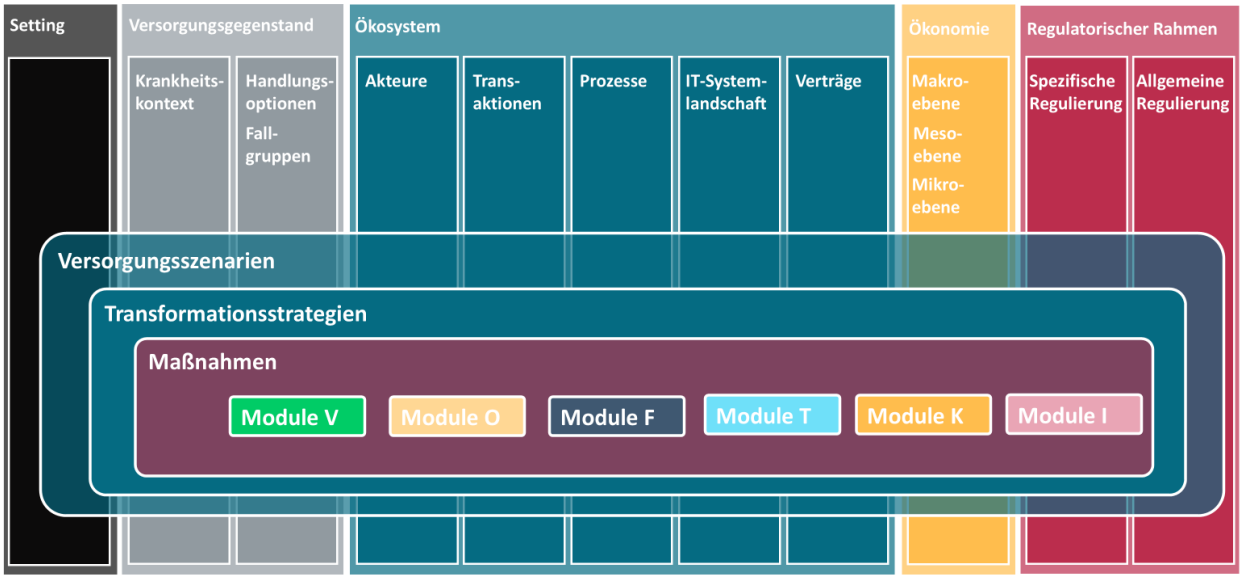
### 1.2.2 Transformationscanvas

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

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

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

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




Quelle: _fbeta GmbH

### 1.2.3 Methodischer Aufbau und Funktion der Fallgruppenlogik

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

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

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

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

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

Die Fallgruppenlogik erfüllt dabei drei zentrale methodische Funktionen:

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

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

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

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

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

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

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

Quelle: _fbeta GmbH

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

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

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

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

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

#### 1.2.3.2 Transformationsstrategien („**Strategien**“)

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

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

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

Dieses Prinzip ist im Teil B der Transformationsstudie näher beschrieben.

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

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

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

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

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

1. **Versorgungsinhaltliche Module (V)**

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

2. **Organisatorische Module (O)**

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

3. **Funktionale Module (F)**

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

4. **Technische Module (T)**

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

5. **Kontraktmodule (K)**

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

6. **Implikationsmodule (I)**

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

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

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

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

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

# 2 Versorgungsinhaltliche Ausrichtung

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

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

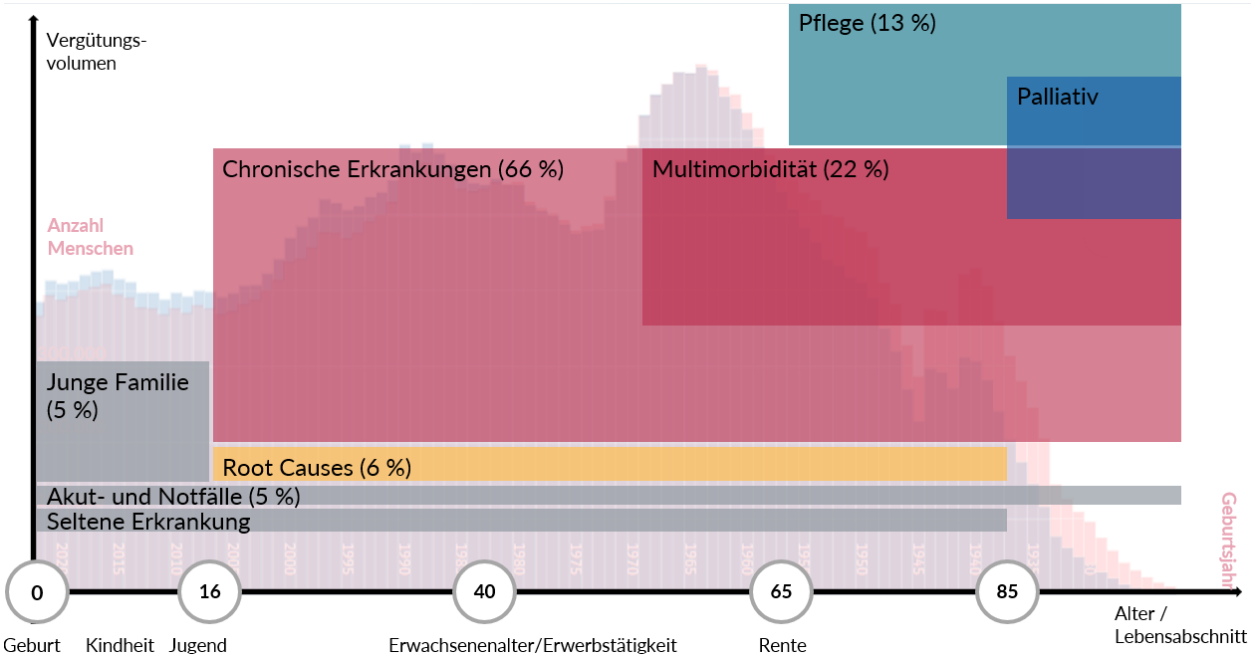
Kapitel 2 beschreibt damit das inhaltliche Fundament der Pflegestrategie und konkretisiert so die Transformationsstrategie 5 „Virtuell gestützte informelle und professionelle ambulante Pflege sowie Primärversorgung“. Es beschreibt bestehende Defizite in der heutigen Versorgung, sowie identifizierte Hebel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

**Ausgangslage: Pflege als Versorgungsrealität und Systemengpass**

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

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

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




Quelle: _fbeta GmbH

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

**Demografie, Multimorbidität und schwindende Tragfähigkeit informeller Pflege**

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

**Dynamik der Pflegebedürftigkeit und Rolle der Sekundärprävention**

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

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

**Strukturelle Defizite der heutigen Versorgungsorganisation**

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

**Settings als Strukturierungsrahmen der Pflegeversorgung**

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

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

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

**Szenarien und Transformationsbedarf**

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

**Versorgungsleitbild und Transformationslogik**

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

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

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

**Umsetzungstiefe als Maßstab für Erfolg**

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

**Ausblick**

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

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

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

## 2.1 Versorgungsinhaltliche Schwerpunkte der Konzeption

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

Dieses Kapitel fasst die Schwerpunkte der versorgungsinhaltlichen Aussagen aus dem Konzeptionsprozess, insbesondere dem Workshop „Versorgungsinhaltliche Weichenstellung Pflege“ vom 14. Mai 2025 zusammen. Die Gliederung orientiert sich an der **versorgungslogischen Abfolge des Pflegeprozesses** – von der Früherkennung bis zur Integration und Verbesserung der Effizienz der Versorgung. Dabei bilden die beiden Settings – **häusliche Pflege durch Angehörige und andere informell Pflegende (I)** und **häusliche Pflege durch ambulante Dienste (II)** – das grundlegende analytische Bezugssystem.

### 2.1.1 Früherkennung

Setting I: Häusliche Pflegeausschließlich durch Angehörige und andere informell Pflegende; Fallgruppe: neu pflegebedürftige Personen bzw. unmittelbar von Pflegebedürftigkeit bedrohte Personen

**Ausgangslage**

Sowohl für eine optimale pflegerische und medizinische Versorgung als auch im Sinne einer möglichst wirksamen Sekundär- und Tertiärprävention ist das frühzeitige Erkennen erster auftretender Anzeichen von Einschränkungen entscheidend. Ähnlich wie bei chronischen Erkrankungen sind auch im Falle beginnender Pflegebedürftigkeit Präventionsanstrengungen in frühen Phasen erstens leichter umsetzbar, da Patientinnen und Patienten zum einen eher in der Lage sind, die angebotenen Möglichkeiten selbst aktiv zu unterstützen, und zweitens die Erfolgsaussichten sowie die Wirksamkeit der zur Verfügung stehenden Präventionsmaßnahmen in frühen Stadien deutlich höher sind (Hasemann et al., 2022). Vor diesem Hintergrund sind Verbesserungen bei der Früherkennung von Pflegebedürftigkeit eine Voraussetzung für die Wirksamkeit der Transformationsstrategie.

**Akteure und Zugangswege**

Pflegebedürftigkeit wird über verschiedene Zugangskanäle sichtbar, wobei unterschiedliche Akteure eine zentrale Rolle bei der Erstwahrnehmung und Einschätzung möglicher Pflegebedarfe spielen. Neben dem familiären Umfeld sind Hausärztinnen und Hausärzte häufig die ersten, die auf gesundheitliche Einschränkungen aufmerksam werden. Auch die Geschäftsstellen der Krankenkassen sowie kommunale oder kassennahe Pflegeberatungen sind wichtige Anlaufstellen. Im Sozialraum übernehmen das Quartiersmanagement und die Gemeindesozialarbeit – sofern vorhanden – eine beobachtende und vermittelnde Funktion. Darüber hinaus spielen Seniorentreffs eine Rolle, da sie regelmäßigen Kontakt zu älteren Menschen ermöglichen und Veränderungen wahrnehmen können. Beim Entlassmanagement kommt dem Sozialdienst der Krankenhäuser eine wichtige Funktion zu, insbesondere da hier größere Fallzahlen betroffen sind. Ergänzend zeigt sich, dass viele Betroffene oder pflegende Angehörige erste Informationen zur Pflegesituation selbstständig suchen, etwa über das Internet („Dr. Google“). Belastbare Zahlen zur Häufigkeit und Verteilung dieser Zugangswege liegen derzeit nicht oder nur unvollständig vor.

**Herausforderungen**

Trotz der Vielzahl möglicher Kontaktpunkte erfolgt die Erkennung von Pflegebedarfen bislang wenig systematisch. Die Schnittstellen zwischen den beteiligten Akteuren sind nicht klar definiert, Informationen

werden häufig nicht weitergegeben oder zu spät erfasst. Dadurch entstehen Verzögerungen in der Einleitung geeigneter Maßnahmen, und präventive Handlungsspielräume bleiben ungenutzt.

**Potenziale**

Ein noch weitgehend ungenutzter Kanal zur Identifizierung potenzieller Pflegebedarfe stellt §25b SGB V „Datengestützte Erkennung individueller Gesundheitsrisiken durch die Kranken- und Pflegekassen“ zur Verfügung. Die Anwendung derartiger prädikativer Verfahren, wie aktuell von der AOK Bayern erprobt, ermöglicht eine vorausschauende Steuerung und frühzeitige Intervention.

**Bezug zur Transformationsstrategie**

Die Verbreitung, Verzahnung und Verbesserung von Verfahren zur Früherkennung von Pflegebedürftigkeit bilden einen wichtigen Ansatzpunkt für die Strategie zur digitalen Unterstützung der häuslichen Pflege.

### 2.1.2 Zugang zur Pflegeversorgung

Setting I: Häusliche Pflegeausschließlich durch Angehörige und andere informell Pflegende; Fallgruppe: neu pflegebedürftige Personen

**Ausgangslage**

Die erste Hürde für Pflegebedürftige und ihr Umfeld besteht in der Komplexität des Zugangs zu Pflegeleistungen: Bürokratische Verfahren, eine Vielzahl potenzieller Leistungen verschiedener Anbieter, spezifische Berechtigungsregelungen und nicht selbsterklärende Begrifflichkeiten erschweren die Orientierung. Besonders Sprachbarrieren verhindern, selbstständig die richtigen Informationen zu finden und Angebote zu nutzen.

**Akteure und Zugangswege**

Der Zugang zu Pflegeleistungen erfolgt über ein Nebeneinander vieler Akteure – Kranken-, und Pflegekassen, Beratungsstellen, Sozialdienste, kommunale Anlaufstellen und informelle Netzwerke. Eine klare Struktur oder einheitliche Anlaufstelle fehlt bislang.

**Herausforderungen**

Aktuell fehlt es in der Städteregion Aachen sowie die angrenzenden Kreise Euskirchen, Heinsberg und Düren an transparenten und verständlichen Beschreibungen der bestehenden Angebote. Zwar existieren zahlreiche Beratungsmöglichkeiten, diese decken jedoch nur Teile des Informationsbedarfs ab oder sind nicht flächendeckend verfügbar. Die Informationslage ist unübersichtlich und setzt häufig voraus, dass man sich im System bereits gut auskennt. Zudem ist eine direkte Kontaktaufnahme mit den zuständigen Stellen selten möglich – der Zugang erfolgt meist über zwischengeschaltete Beratungsinstanzen wie Beratungs- und Vermittlungsstellen.

**Potenziale**

Digitale Systeme können entscheidend dazu beitragen, den Zugang zu Pflegeleistungen zu verbessern durch:

- Konzentration der verschiedenen Angebote auf einer regionalen Zugangsplattform,
- barrierefreie Darstellung der Inhalte und Services in einfacher Sprache und zahlreichen Fremdsprachen,

- digitale Umsetzung der Workflows im Rahmen der Antragsstellung, des Pflegeassessments und anderer Zugangsprozesse zur Arbeitserleichterung der beteiligten Personen,
- Verankerung und Nutzung dieser Workflow-Unterstützung in Prozessen, bei denen Pflegebedürftigkeit festgestellt wird, wie z. B. bei geriatrischen Assessments oder im Rahmen des Entlassmanagements nach einem stationären Aufenthalt.

**Bezug zur Transformationsstrategie**

Die Schaffung einer einheitlichen, digitalen Zugangsplattform stellt einen zentralen Baustein der Strategie dar. Sie verbessert nicht nur Transparenz und Zugänglichkeit, sondern legt die Basis für eine datenbasierte Steuerung und ein integriertes Versorgungsmanagement.

### 2.1.3 Beratung und Unterstützung, Integration der Unterstützungsangebote

Setting I: Häusliche Pflegeausschließlich durch Angehörige und andere informell Pflegende; Fallgruppe: neu pflegebedürftige Personen

**Ausgangslage**

Auch nach erfolgreichem Zugang zu Pflegeleistungen besteht bei informell Pflegenden ein hoher Informations- und Unterstützungsbedarf. Es gibt zahlreiche Angebote verschiedener Träger (Pflegestützpunkte, kommunale Pflege- und Seniorenlotsen, Gesundheitskioske, Quartiersmanagement, Pflegeberatung nach §§ 37 und 45 SGB XI, Modellvorhaben wie „Familiale Pflege“), diese sind jedoch häufig nicht klar strukturiert oder schwer zugänglich.

**Akteure und Zugangswege**

Die bestehenden Unterstützungsstrukturen sind auf eine Vielzahl von Organisationen verteilt mit jeweils eigenen Zuständigkeiten, Kommunikationskanälen und Terminlogiken. Pflegende Angehörige und andere informell Pflegende müssen sich eigenständig im System orientieren und sind dadurch oft überfordert.

**Herausforderungen**

Beratungstermine sind häufig knapp, zeitlich eingeschränkt oder regional ungleich verteilt. Informationsangebote werden redundant bereitgestellt, ohne dass sie miteinander verknüpft sind. Dadurch entsteht ein fragmentiertes Unterstützungsangebot, das die Orientierung erschwert und zu Versorgungslücken führt.

**Potenziale**

Die Bündelung aller relevanten bestehenden Beratungs- und Unterstützungsangebote auf einer regionalen Zugangs- und Informationsplattform soll:

- eine zentrale, niederschwellige digitale Anlaufstelle bieten,
- Informations- und Unterstützungsangebote (z. B. Schulungen, Pflegeanleitungen, Kursangebote) abbilden,
- perspektivisch telefonische und Online-Beratungsdienste integrieren.

**Bezug zur Transformationsstrategie**

Die digitale Integration bestehender Beratungs- und Unterstützungsangebote stärkt Selbsthilfekompetenzen, entlastet Beratungsstellen und erhöht die Sichtbarkeit vorhandener Ressourcen.

Damit trägt sie wesentlich zur Zielsetzung der Strategie bei, informelle Pflege systematisch zu stärken und Versorgungsbrüche zu vermeiden.

### 2.1.4 Integration ehrenamtlicher Unterstützungsangebote

Setting I: Häusliche ausschließlich durch Angehörige und andere informell Pflegende

**Ausgangslage**

Ein regionales Pflegeportal wie oben beschrieben soll auch dazu dienen, ehrenamtliche Unterstützungsangebote im Sozialraum zu fördern, die Betroffene und Unterstützende in einem echten sozialen Netzwerk zusammenbringen. Über dieses Portal könnten Angebote zur Pflege sozialer Kontakte mit Freizeit- oder Bewegungsangeboten publiziert, Selbsthilfegruppen von Betroffenen oder informell Pflegenden organisiert oder Besuchsdienste koordiniert werden.

**Akteure und Zugangswege**

In der Region Aachen existieren unterschiedliche ehrenamtsbezogene Anlaufstellen, wie etwa die Ehrenamtsbörse Düren, die Freiwilligenagentur Aachen und die Ehrenamtsportale der Caritas und der Malteser in Deutschland. Diese Angebote variieren stark hinsichtlich Struktur und Zugänglichkeit.

**Herausforderungen**

Modelle aus anderen Regionen, etwa Quartier 2030 in Baden-Württemberg oder das Koordinierungszentrum Bürgerschaftliches Engagement in Bayern, zeigen, dass ein professionelles Freiwilligenmanagement im Hauptamt nachhaltigere Effekte erzielt. Die Entwicklung digital gestützter Strukturen und einer stärkeren Verzahnung von informellen mit professionellen Ehrenamtsplattformen und Freiwilligenagenturen wird als zukunftsweisend eingeschätzt.

**Potenziale**

Denkbar wäre hier auch ein digitaler Marktplatz für Angebote zur Unterstützung in der Haushaltsführung. Das Thema „haushaltsnahe Unterstützungsleistungen“ soll ergänzend in das Versorgungskonzept aufgenommen werden. Gerade im häuslichen Umfeld können solche Leistungen wesentlich zur Entlastung beitragen und eine drohende Pflegebedürftigkeit hinauszögern.

**Bezug zur Transformationsstrategie**

Die systematische Einbindung ehrenamtlicher Strukturen in eine digitale Plattform stärkt Netzwerke im Sozialraum, erweitert Versorgungsressourcen und unterstützt die strategische Zielsetzung einer integrierten, regional vernetzten Pflegeinfrastruktur.

### 2.1.5 Prävention in der Pflege

Setting I: Häusliche Pflegeausschließlich durch Angehörige und andere informell Pflegende

**Ausgangslage**

Präventionsarbeit kann auch in der Pflege wichtige Beiträge zur Verbesserung der Situation von Betroffenen leisten. Die frühzeitige Sensibilisierung und Aufklärung über bestehende Angebote, die Förderung von Eigeninitiative und Motivation sowie der Erhaltung von Mobilität und geistiger Gesundheit sind hier die wichtigsten Potenziale.

**Akteure und Zugangswege**

In der Präventionsarbeit sind Kranken- und Pflegekassen, ambulante Dienste, Kommunen und Pflegeberatungen zentrale Akteure. Informell Pflegende spielen eine wichtige Rolle bei der Vermittlung und Umsetzung präventiver Maßnahmen im häuslichen Umfeld.

**Herausforderungen**

- Bestehende Angebote zur Prävention werden eher von gesundheitsbewussten Personen in Anspruch genommen, Personen mit hohem Bedarf/höherem Bedarf werden nicht erreicht und zudem weniger von sozial Benachteiligten wahrgenommen. Eine gezielte Steuerung dieser Patientengruppen in Präventions- bzw. Gesundheitskompetenzprogramme findet kaum statt.
- Angebote im Bereich der Sekundär-/Tertiärprävention, die sich als wirksam erwiesen haben (u. a. eine aktivierende Pflege und Mobilisierung der Patienten oder präventive Angebote in der Tagespflege), sind teils unterfinanziert und daher nicht etabliert. Informell Pflegenden sind die Angebote häufig nicht bekannt und werden erst in Einrichtungen der Teil- oder Vollstationären Pflege genutzt, obwohl die Inanspruchnahme von Pflegebedürftigen mit niedrigeren Pflegestufen wirkungsvoller wäre.
- Häufig keine Beachtung findet die Prävention bei den informell Pflegenden selbst. Die Belastung, die mit der Pflegearbeit einhergeht, ist nicht nur mit einem erhöhtem Krankheitsrisiko für die Pflegepersonen verbunden, sondern hat auch einen Einfluss auf die Produktivität (Doppelbelastung durch Pflege und Erwerbstätigkeit) und damit auf den Arbeitsmarkt. In letzter Konsequenz besteht die Gefahr, dass informell Pflegende ohne präventive Unterstützung vermehrt und verfrüht selbst pflegebedürftig werden.
- Soziale Isolation und Einsamkeit können sowohl die körperliche als auch die psychische Gesundheit erheblich beeinträchtigen und langfristig das Risiko einer Pflegebedürftigkeit erhöhen. Präventive Maßnahmen, die gezielt auf den Abbau von Einsamkeit abzielen, können daher einen wichtigen Beitrag zur Erhaltung der Selbstständigkeit im Alter leisten.

**Potenziale**

Die beschriebenen Defizite werden in der Pflegekonzeption über verschiedene Ansätze aufgegriffen:

- Informationsdefiziten und dem Mangel an niederschwelligen Angeboten wird über die Informations- und Zugangsplattform entgegengewirkt, sodass größere Zielgruppen erreicht werden können.
- Informell Pflegende werden gezielt zu präventiven Maßnahmen geschult und beraten, auch dies erfolgt im Wesentlichen über die Zugangsplattform.
- Über die Therapiesteuerungsplattform werden präventive pflegerische und medizinische Maßnahmen im Versorgungsplan abgebildet.
- Der Aspekt der Einsamkeit sollte als eigenständiger Faktor in die Module zur Früherkennung und Vorsorge integriert werden.
- Anbieter von präventiven Maßnahmen im Alter und ihre Angebote werden (vgl. IGES-Projekt) auf der Zugangsplattform abgebildet.

**Bezug zur Transformationsstrategie**

Die Stärkung präventiver Pflege und die Integration in bestehende digitale Strukturen sind zentrale Voraussetzungen, um Pflegebedürftigkeit zu verzögern und die Selbstständigkeit älterer Menschen im häuslichen Umfeld zu erhalten und Belastungen für informell Pflegende zu reduzieren.

### 2.1.6 Technische Unterstützungsmöglichkeiten in der häuslichen Pflege

Setting I: Häusliche Pflege ausschließlich durch Angehörige und andere informell Pflegende

**Ausgangslage**

Zahlreiche Hersteller bieten technische Systeme an, die Pflegebedürftige darin unterstützen, länger ein selbstbestimmtes und sicheres Leben in den eigenen vier Wänden führen zu können, man spricht hier von Ambient Assisted Living (AAL). Darüber hinaus gibt es Geräte zur Sensorik und Vitaldatenüberwachung, die ein Patient am Körper trägt (Wearables).

**Akteure und Zugangswege**

Technische Unterstützung wird aktuell meist über individuelle Anschaffungen oder Beratung durch Hilfsmittelanbieter und Pflegedienste organisiert. Einheitliche Strukturen zur Empfehlung, Integration und Finanzierung fehlen.

**Herausforderungen**

Viele Angebote müssen privat finanziert werden und stellen Einzellösungen ohne Integration, die über keine technische Integration verfügen. Sie lassen sich daher nicht immer sinnvoll ergänzen oder von medizinischen bzw. pflegerischen Behandlern in die Versorgungsabläufe integrieren. Zudem bestehen Unsicherheiten über technische Möglichkeiten, Datenschutz und Finanzierungsoptionen.

**Potenziale**

Das Thema Hausnotruf ist ein wiederkehrender Bestandteil in der pflegerischen Beratung. Eine gezielte Schulung der Beratenden und praxisnahe Informationsangebote können helfen, Vertrauen zu schaffen und die Einsatzbereitschaft zu erhöhen. Technische Assistenzsysteme können Pflegebedürftigkeit verzögern, die Versorgungssicherheit erhöhen und pflegende Angehörige und andere informell Pflegende entlasten.

**Bezug zur Transformationsstrategie**

Die Integration technischer Unterstützungsangebote in digitale Plattformen ist ein zentraler Bestandteil der Strategie. Ziel ist eine nutzerfreundliche, interoperable Systemlandschaft, die Technik nicht als Zusatz, sondern als festen Bestandteil der Versorgung verankert.

### 2.1.7 Mehrstufige Akutversorgung: „Pflege 116/117“

Setting I: Häusliche Pflege ausschließlich durch Angehörige und andere informell Pflegende

**Ausgangslage**

Die Vorstufen einer Unterstützung Pflegebedürftiger in akuten Bedarfssituationen bestehen zunächst darin, informell Pflegenden die für ihre Tätigkeit erforderlichen Kenntnisse, Sicherheit und Ruhe im alltäglichen Umgang mit den ihnen anvertrauten Personen zu vermitteln.

**Akteure und Zugangswege**

Unterstützungsangebote für Akutsituationen werden derzeit dezentral durch Beratungsstellen, ambulante Pflegedienste, Hausärzte oder Notrufsysteme organisiert. Eine zentrale Koordinationsstruktur besteht bisher nicht.

**Herausforderungen**

Bei akuten Krisen fehlen häufig kurzfristig verfügbare Versorgungsangebote, etwa in der Verhinderungs-, Kurzzeit-, Tages- oder Nachtpflege. Dies führt dazu, dass überlastete informell Pflegende häufig den Rettungsdienst alarmieren, was ungeplante Hospitalisierungen zur Folge hat.

**Potenziale**

Eine abgestufte, digitale Akutversorgungsstruktur kann die Versorgungssicherheit erhöhen durch

- Erstinformationen über klar strukturierte, leicht zugängliche Informationsmaterialien, FAQs und Video-Anleitungen,
- Unterstützung durch KI-basierte Chat-Assistenz oder telefonische Fachberatung,
- Verbesserte digitale Zugangs- und Steuerungslogik zu bestehenden Versorgungsstufen bis hin zur Einbindung ambulanter Pflegedienste oder stationärer Versorgung.

Eine zentrale Koordinationsstelle („Pflege 116/117“) könnte Rufbereitschaften bündeln und Versorgungslücken schließen.

**Bezug zur Transformationsstrategie**

Die Einführung einer abgestuften, digital unterstützten Akutversorgungsstruktur verbessert Reaktionsgeschwindigkeiten, entlastet bestehende Notfallstrukturen und erhöht die Stabilität häuslicher Pflegearrangements.

### 2.1.8 Integration medizinische Versorgung

Setting I: Häusliche Pflegeausschließlich durch Angehörige und andere informell Pflegende

**Ausgangslage**

Informell Pflegende kämpfen mit den gleichen Schwierigkeiten wie alle Patienten, wenn es um den Zugang zu medizinischer Versorgung geht: ungünstige Sprechzeiten für Berufstätige, mangelnde Terminverfügbarkeit bei Haus- und vor allem Fachärzten, fehlende Kapazitäten für Hausbesuche, längere Wartezeiten beim ärztlichen Bereitschaftsdienst oder in Bereitschaftspraxen.

**Akteure und Zugangswege**

Haus- und Fachärzte, ambulante Pflegedienste und informell Pflegende agieren häufig unkoordiniert nebeneinander. Auch Heilmittelerbringer (z. B. Psychotherapeuten) sind bislang nur begrenzt in die Versorgungskoordination eingebunden.

**Herausforderungen**

Fehlende Kommunikationskanäle zwischen Haus- und Fachärzte, Pflegefachkräften und informell Pflegenden erschweren eine abgestimmte Versorgung, etwa:

- Fehlende gemeinsame Behandlungsplanung und unzureichende Transparenz über Behandlungsschritte,
- Unzureichende Abstimmung und Kommunikation zwischen Hausärzten, Fachärzten, Pflege und informell Pflegenden,
- Fehlende strukturierte Übergaben und Koordination zwischen Versorgungssektoren sowie begrenzte Einbindung von Heilmittelerbringern.

Aus diesen Herausforderungen ergeben sich zentrale Ansatzpunkte für eine verbesserte Koordination und Integration der Versorgung, die im Folgenden als Potenziale zur Weiterentwicklung beschrieben werden.

**Potenziale**

- Eine Integration hausärztlicher Versorgungsleistungen kann durch die Nutzung der Therapiesteuerungsplattform erfolgen, in der ein patientenspezifischer Behandlungsplan hinterlegt ist, der die pflegerischen Behandlungsschritte und Pflegediagnosen enthält und auch für Pflegebedürftige und deren Vertrauenspersonen einsehbar ist.
- Hausbesuche können auch durch qualifizierte, moderne Pflegeberufe (CHN, VERAH, NäPA) abgedeckt werden, gegebenenfalls verbunden mit telemedizinischen Angeboten und der Integration technischer Anwendungen zur Diagnoseunterstützung (vgl. Abschnitt 2.1.6).
- Eine konsequente Anwendung von Modellen zur Primärversorgung kann die Patientensteuerung unterstützen und damit zu einem verbesserten Zugang zu Facharzt-Terminen beitragen.
- Die Integration von Heilmittelerbringern kann über die Gewährung des Zugriffs auf die Therapiesteuerungsplattform verbessert werden: Physiotherapeuten beispielsweise müssten keine erneute Anamnese durchführen.

**Bezug zur Transformationsstrategie**

Die digitale Verknüpfung medizinischer und pflegerischer Versorgung über die Therapiesteuerungsplattform schafft Transparenz, verbessert die Behandlungsqualität und ermöglicht eine kontinuierliche Versorgungskette.

Setting II: Häusliche Pflege durch oder mit ambulante(n) Pflegedienste(n)

**Ausgangslage**

Die im Setting I genannten Aspekte sind auch in diesem Setting relevant. Es besteht jedoch ein wesentlicher Unterschied: Mit der Pflegefachkraft steht hier eine fachlich geschulte Person mit umfassenden Kompetenzen zur Versorgung von Pflegebedürftigen.

**Akteure und Zugangswege**

Ambulante Pflegedienste übernehmen zunehmend die Rolle einer koordinierenden Schnittstelle zwischen Patienten, informell Pflegenden und medizinischen Behandlern. Sie sind daher zentrale Akteure in der operativen Umsetzung der integrierten Versorgung.

**Herausforderungen**

Pflegefachkräfte ambulanter Dienste haben aktuell noch mit den gleichen Schwierigkeiten zu kämpfen wie informell Pflegende: Es fehlen synchrone oder asynchrone Kommunikationskanäle mit Ärztinnen und Ärzten sowie ein direkter Zugang zu Akutversorgungsstrukturen. Strukturierte und standardisierte Kommunikationsprozesse zwischen Hausärzten und der professionellen Pflege sind bislang nur unzureichend etabliert. Der Informationsfluss erfolgt häufig informell oder lückenhaft, was zu Versorgungsabbrüchen oder ineffizienten Abläufen bis hin zu vermeidbaren Hospitalisierungen führen kann.

**Potenziale**

Erste Versuche, z. B. Änderungen an Therapieplänen durch einen digitalen Austausch über das Kommunikationssystem KIM (Kommunikation im Medizinwesen) zwischen Hausärzten und anderen Beteiligten zu ermöglichen, zeigen konkrete Ansätze zur Verbesserung der sektorenübergreifenden Kommunikation. Über die Therapiesteuerungsplattform erhalten Pflegefachkräfte Zugriff auf die digitalen Therapie- und Behandlungspläne, um pflegerische Maßnahmen mit der vorgesehenen Therapie abzustimmen und die pflegerischen Maßnahmen dort zu hinterlegen.

**Bezug zur Transformationsstrategie**

Die Integration der professionellen Pflege in die digitale Kommunikations- und Behandlungsstruktur ist ein entscheidender Hebel der Strategie. Sie ermöglicht eine nahtlose, interprofessionelle Zusammenarbeit, stärkt die Steuerungsfähigkeit im Versorgungsprozess und reduziert Krankenhausaufenthalte.

### 2.1.9 Verstärkter Einsatz von Telemedizin

Setting II: Häusliche Pflege durch oder mit ambulante(n) Pflegedienste(n)

**Ausgangslage**

Während die hausärztliche Versorgung in Pflegeeinrichtungen in der Regel gut organisiert ist, bestehen in der Versorgung in der eignen Häuslichkeit erhebliche Defizite bei der fachärztlichen Betreuung. Hausbesuche durch Fachärztinnen und Fachärzte sind selten, logistisch aufwendig und wirtschaftlich oft nicht tragfähig.

**Akteure und Zugangswege**

Ambulante Pflegedienste fungieren häufig als Mittler zwischen Patientinnen und Patienten, Haus- und Fachärzten, verfügen jedoch nicht über geeignete digitale Kommunikationsmittel oder strukturierte Abläufe.

**Herausforderungen**

Die Vergütungsstruktur bildet telemedizinische Leistungen oder mobile Versorgung bislang nicht ausreichend ab. Fachärzte bieten daher selten regelmäßige Besuche an, was langfristig die Versorgungsqualität gefährdet, und Pflegedienste sehen sich u.a. mit den folgenden Herausforderungen konfrontiert:

- Fehlende Vergütungsanreize für ambulante Pflegedienste zur Nutzung telemedizinischer Leistungen,
- Unzureichende technische Anbindung an telemedizinische Infrastrukturen sowie
- Fehlende Qualifizierung im Umgang mit entsprechenden Anwendungen.

**Potenziale**

Pflegefachkräfte ambulanter Dienste sollten flächendeckend für den Einsatz telemedizinischer Systeme qualifiziert werden. Die Übertragung des Hausarztprinzips auf die ambulante Pflege kann Versorgungssicherheit und Kontinuität verbessern.

**Bezug zur Transformationsstrategie**

Telemedizin ist ein zentraler Hebel zur Integration von Pflege und Medizin. Sie ermöglicht eine zeitnahe, ortsunabhängige Kommunikation, reduziert Hospitalisierungen und stärkt die Versorgungsqualität im häuslichen Umfeld.

### 2.1.10 Effizienz durch Kooperation

Setting II: Häusliche Pflege durch oder mit ambulante(n) Pflegedienste(n)

**Ausgangslage**

Ambulante Pflegedienste arbeiten derzeit meist unabhängig voneinander, mit redundanten Fahrwegen, unklarer Gebietsaufteilung und geringer digitaler Abstimmung.

**Akteure und Zugangswege**

Ambulante Pflegedienste, Hausärzte und weitere Leistungserbringer sind in die Versorgung derselben Patientengruppen eingebunden. Der Zugang zu Leistungen erfolgt überwiegend über bestehende Versorgungsstrukturen und individuelle Abstimmungen zwischen den Akteuren. Eine systematische Koordination oder standardisierte Kooperations- und Kommunikationswege sind bislang jedoch nur begrenzt etabliert.

**Herausforderungen**

Ein erheblicher Teil der Arbeitszeit ambulanter Dienste entfällt auf Fahrzeiten, was die Effizienz mindert. Fehlende regionale Zuständigkeiten und unzureichende technische Unterstützung verschärfen das Problem.

**Potenziale**

Digitale Systeme können Wegezeiten optimieren und eine koordinierte Gebietsabdeckung sicherstellen. Kooperationen zwischen Pflegediensten ermöglichen Ressourcenteilung, Kapazitätsausgleich und somit eine höhere Versorgungseffizienz.

**Bezug zur Transformationsstrategie**

Kooperative, digital gestützte Organisationsformen sind zentrale Elemente der Strategie. Sie fördern eine ressourcenschonende Versorgung, stärken regionale Netzwerke ambulanter Dienste und tragen zur Sicherung der ambulanten Pflegekapazitäten bei.

# 3 Digitale Transformation im Ökosystem

Die in Kapitel 2 dargelegten versorgungsinhaltlichen Schwerpunkte zeigen, wie Pflege in einer integrierten, digital gestützten Versorgungslandschaft neu ausgerichtet werden kann. Sie beschreiben die fachliche und strukturelle Logik einer modernen Pflege, die Prävention, Koordination und professionelle Unterstützung zu einem durchgängigen System verbindet.

Kapitel 3 überführt diese inhaltlichen Zielbilder in die Ebene der konkreten Umsetzung. Es beschreibt, wie die digitale Transformation der Pflege im regionalen Ökosystem gestaltet werden kann, also wie die zuvor skizzierten Versorgungsideen, Rollenbilder und Steuerungsmechanismen in funktionale Module und digitale Prozesse übersetzt werden.

Damit schließt Kapitel 3 unmittelbar an die Pflegekonzeption an: Es zeigt, wie die versorgungsinhaltlichen Schwerpunkte technisch, organisatorisch und prozessual operationalisiert werden und in die Gesamtarchitektur der digitalen Plattform und der regionalen Steuerungslogik integriert werden können. Die folgenden Abschnitte verdeutlichen, wie Versorgungskontinuität, Kommunikation und Dateninfrastruktur im Pflegekontext zusammenwirken und welche Bausteine für eine zukunftsfähige, virtuell gestützte Pflegeversorgung erforderlich sind.

Dabei wird zunächst die Wertschöpfung entlang der zentralen Pflegeprozesse betrachtet. Diese Zwischenstufe dient dazu, die in Kapitel 2 entwickelten fachlich-inhaltlichen Zielbilder in ein systematisches Verständnis von Prozesslogik und Wirkzusammenhängen zu überführen. Die Analyse der Wertschöpfungsketten ermöglicht es, die Entstehung von Mehrwert entlang der Versorgungskette zu identifizieren, für Pflegebedürftige, informell Pflegende, Fachkräfte sowie das Versorgungssystem insgesamt. Dadurch wird verdeutlicht, an welchen Stellen gezielte digitale Interventionen den größten Nutzen entfalten können. Auf dieser Grundlage lassen sich die daraus entwickelten Maßnahmen in ihrer funktionalen Bedeutung und Wirkung verorten.

## 3.1 Wertschöpfung entlang der Prozesse aus Patientenperspektive

Der methodische und konzeptionelle Ansatz des LeiG-Projektes setzt die Gesundheitsregion als Konsortium dort in die Gestaltungshoheit, wo derzeit Wertschöpfung und Leistungsfähigkeit strukturell verloren gehen (Verantwortungsvakuum). Diese Potenziale zur Verbesserung von Transaktionen und Prozessen in Qualität und Effizienz wurden im Sprint I (Potenzialanalyse) systematisch erhoben. Entlang typischer Patientenreisen (Patient Journeys) in der Pflege und bei chronischen Erkrankungen sowie bei der Prävention wurden wiederkehrende Probleme identifiziert, in einer übergreifenden Journey gebündelt und als logisch abgrenzbare Module formuliert – zehn entlang des Versorgungspfads, fünf mit infrastrukturellem Fokus. Die methodische Herleitung und detaillierte Beschreibung der **M-Module** ist im Sprint I **–** Potenzialanalyse (Teil C1 der Transformationsstudie) – dargestellt und bildet die Grundlage für die nachfolgende kontextspezifische Ausgestaltung im Rahmen der Therapiesteuerung. Diese Module zeigen, wo Koordination, Steuerung und digitale Integration fehlen – sowohl organisatorisch als auch technologisch. Über 50 technische Potenziale für die Gestaltung der regionalen IT-Systemlandschaft wurden diesen Modulen zugeordnet und definieren den Optionsraum für die Region. Durch gezielte digitale Ergänzungen (Expertensysteme) oder systemübergreifende Intermediärstrukturen (Plattformen) können Fragmentierung abgebaut, Versorgungskontinuität gefördert und sektorenübergreifende Leistungsfähigkeit gesteigert werden.

Abbildung 3: **Übersicht prozessbezogener Module**

Quelle: _fbeta GmbH

Diese Module verstehen sich als abgrenzbarer, in sich homogener Transformationsbedarf innerhalb des regionalen Ökosystems. Sie gelten grundsätzlich gleichermaßen für die Versorgung Pflegebedürftiger wie auch für Patienten mit chronischen Erkrankungen. Dennoch zeigen sich vor dem Hintergrund des regionalen Settings und der abgrenzbaren Fallgruppen Unterschiede in Gewichtung und Ausgestaltung der Module. Daher stellen sie belastbare Potenziale dar (Sprint I) und markieren den Ausgangspunkt für die tiefergehende, kontextspezifische Konzeption (Sprint II).

### Phasen der Patientenreisen quergedacht. Module für Versorgungskontinuität und Infrastruktur im Gleichklang

Strukturell lassen sich die 15 M-Module[1] wie folgt differenzieren: Zehn Module fokussieren auf typische Phasen in der Versorgung von Pflegebedürftigen und Patienten mit chronischen Erkrankungen. Sie schlagen intersektorale Lösungen vor, die relevante Übergänge oder teamorientierte Versorgungsmodelle adressieren und somit als transaktions- und prozessorientierte Brücken zwischen Menschen und Technik fungieren. Die übrigen fünf Module widmen sich dem Aufbau vorrangig technischer Infrastrukturen, unabhängig von bestimmten Versorgungsphasen. Sie motivieren insbesondere die Entwicklung generischer, flexibel einsetzbarer Expertensysteme sowie zentraler IT-Basisinfrastrukturen. Damit ergänzen sie die phasenbezogenen Module durch technische Querschnittslösungen als strategisches Fundament.

Die hier dargestellten pfadbezogenen Module sowie die Querschnittsmodule wurden auf Basis der im Methodenteil (siehe unter Abschnitt 1.2.3.4) beschriebenen Systematik (V-, O-, T- und K-Module) entwickelt, sind jedoch spezifisch für das Szenario „Pflege“ ausgestaltet. Sie übertragen das modulare Transformationsprinzip auf die pflegerische Versorgung und adressieren deren besondere Anforderungen an Kontinuität, Kooperation und technische Unterstützung.

Die folgende Tabelle 3 bildet die Module ab, die für die Konzeption der regionalen Transformation des Ökosystems entlang der hier fokussierten Strategie ausgewählt wurden.

[1] Inhaltliche Details zu diesen Modulen sind dem Ergebnisdokument „Potenzialanalyse“ (Teil C1 der Transformationsstudie) zu entnehmen.

Tabelle 2: **Prozessorientierte Potenziale als mögliche Module für die regionale Transformation**

| ID | Modulname | Intersektorale Wertschöpfung | Akteure |
|---|---|---|---|
| *Pfadbezogene Module* | | | |
| M-1 | Früherkennung und Vorsorge | Frühes Eingreifen reduziert spätere, teure Akut- und Langzeitbehandlungen. | Betroffene, HA/FA, Pflege, Apotheken, Heil- und Hilfsmittel, Krankenkassen |
| M-2 | Assessment, Fallklärung, Erstdiagnose und Erstveranlassung | Schnelle Bedarfsermittlung verhindert Versorgungsbrüche. | HA/FA, Kliniken, Pflege, Heil- und Hilfsmittel, Pflegeberatung |
| M-3 | Finanzierungsnavigation bevorstehender Leistungen | Reduktion von Fehlnutzung oder Unterversorgung. | Betroffene, Krankenkassen, Pflegeberatung, alle LE |
| M-4 | Weiterführende Diagnostik und Interventionsplanung | Vermeidung von Therapiefehlern durch bessere Koordination. | HA/FA, Kliniken, Pflege, Heil- und Hilfsmittel |
| M-5 | Sicherheit und Notfälle | Senkung von Notfallaufenthalten durch frühe Risikoerkennung. | Pflege, Notfall- und Rettungsdienste, Betroffene |
| M-6 | Integrierte Gesundheitskompetenz, Lebensstiländerung, Selbsthilfe und Qualitätszirkel | Senkung krankheitsbedingter Kosten durch Empowerment. | Betroffene, HA/FA, Krankenkassen, Heil- und Hilfsmittel |
| M-7 | Kontinuierliches Monitoring und Interventionsanpassungen | Geringere Belastung durch Hospitalisierung, individualisierte Versorgung. | HA/FA, Heil- und Hilfsmittel, Pflege |
| M-8 | Telemedizin in der kontinuierlichen Therapie und Betreuung | Flexibilisierung der Versorgung bei gleichbleibender Qualität. | HA/FA, Kliniken, Pflege, Heil- und Hilfsmittel, Krankenkassen |
| M-12 | Gesundheitssteuerung – aktive prozessuale Vernetzung | Ressourcenoptimierung durch klare Prozesssteuerung. | HA/FA (Steuerung), Pflege, Heil- und Hilfsmittel, Gesundheitsförderung |
| M-14 | Dispatching akuter Versorgungsanlässe | Vermeidung unnötiger Notfallinanspruchnahme. | HA/FA, Pflege, mobile Dienste, Notfalldienste |
| *Querschnittsmodule* | | | |
| M-9 | Passive Vernetzung wesentlicher LE | Verringerung von Informationsverlust und Fehlversorgung. | HA/FA, Kliniken, Apotheken, Pflege |
| M-10 | Passive Vernetzung besonderer LE | Einbindung nichtärztlicher Träger in den Datenfluss. | Heil- und Hilfsmittel, Gesundheitsförderungseinrichtungen, soziale Träger |
| M-11 | Asynchrone Fallkommunikation | Effizienzsteigerung bei Abstimmung und Fallbearbeitung. | HA/FA, Kliniken, Pflege, Heil- und Hilfsmittel, Apotheken |
| M-13 | Versorgungsmanagement | Dynamische Steuerung der Versorgung über verschiedene Vertragspartner. | HA/FA, Krankenkassen |
| M-15 | KI-unterstützte Fall- und Pflegedokumentation | Mehr Zeit für Behandlung und Pflege statt Dokumentationsaufwand. | HA/FA, Pflege, Heil- und Hilfsmittel |

Quelle: _fbeta GmbH

Tabelle 3: **Priorisierte pfadbezogene Module und Querschnittsmodule für das Umsetzungskonzept**

| Nr. | Modulbezeichnung | Priorität |
|---|---|---|
| *Pfadbezogene Module* | | |
| **M-1** | **Früherkennung und Vorsorge** | **x** |
| **M-2** | **Assessment, Fallklärung, Erstdiagnose und Erstveranlassung** | **x** |
| **M-3** | **Finanzierungsnavigation bevorstehender Leistungen** | **x** |
| **M-4** | **Weiterführende Diagnostik und Interventionsplanung** | **x** |
| **M-5** | **Sicherheit und Notfälle** | **x** |
| **M-6** | **Integrierte Gesundheitskompetenz, Lebensstiländerung, Selbsthilfe und Qualitätszirkel** | **x** |
| **M-7** | **Kontinuierliches Monitoring und Interventionsanpassungen** | **x** |
| **M-8** | **Telemedizin in der Therapie und Betreuung** | **x** |
| **M-12** | **Gesundheitssteuerung – aktive prozessuale Vernetzung von allen Beteiligten** | **x** |
| **M-14** | **Dispatching akuter Versorgungsanlässe** | **x** |
| *Querschnittsmodule* | | |
| **M-9** | **Passive Vernetzung (Akte) von wesentlichen Leistungserbringern mit Patienten** | **x** |
| M-10 | Passive Vernetzung (Akte) von besonderen Leistungserbringern mit Patienten | |
| **M-11** | **Asynchrone Fallkommunikation** | **x** |
| M-13 | Versorgungsmanagement | |
| M-15 | KI-unterstützte Fall- und Pflegedokumentation | |

Quelle: _fbeta GmbH

### 3.1.1 Drei fallgruppengerechte Zuschnitte der prozessualen und technischen Unterstützungspotenziale

Aus dem breiten Optionsraum technischer Potenziale zu den M-Modulen gilt es, für das Versorgungsszenario „Pflege“ einen gezielten und tragfähigen konzeptionellen Zuschnitt zu entwickeln. Die zentrale Frage lautet dabei, welche der M-Module und der mit ihnen verbundenen technischen Potenziale in welcher **Kombination** den größten Mehrwert **für die priorisierten Fallgruppen**[2] bieten – im Einklang mit der im Projekt definierten Transformationsstrategie. Ferner sollte dieser Zuschnitt jenes Zuständigkeitsvakuum adressieren, das weder durch die etablierten, gesetzlich definierten Verantwortlichkeiten der Einzelakteure noch durch einen freien Wettbewerb abgedeckt ist. Dieser Zuschnitt muss nicht nur den übergeordneten Maßnahmen der Transformationsstrategie einer Gesundheitsregion zur Verbesserung der Versorgungs- und Pflegesituation Rechnung tragen, sondern auch mit den akteursseitigen, organisatorischen und vertraglichen Lösungsvorschlägen harmonieren.

> Für die Pflege empfiehlt das Projekt „Leistungsstarke Gesundheitsregionen“ drei aufeinander aufbauende Zuschnitte der M-Module, die zugleich drei aufeinander aufbauende Entwicklungsstufen einer plattformbasierten IT-Systemlandschaft für das regionale Ökosystem anstoßen.

[2] Zur Abgrenzung der Settings und den Bezügen zur Transformationsstrategie siehe Kapitel 2.

Der **erste Zuschnitt** richtet den Fokus auf die Unterstützung der informellen Pflege im häuslichen Umfeld – insbesondere bei Pflegebedürftigen mit einem niedrigerem Pflegegrad oder neu eintretender Pflegebedürftigkeit. Ziel ist es, informell Pflegende in ihrer Rolle zu stärken, ihnen einen möglichst autarken Handlungsspielraum zu eröffnen und gleichzeitig den Zugang zu gesundheitsfördernden Maßnahmen sowie die eigene Gesundheitskompetenz zu verbessern.[3] Prozessual und technisch liegt der Schwerpunkt auf den M-Modulen M-1, M-2, M-3 und M-6.

Dabei werden insbesondere Plattform- und Expertensysteme vorgeschlagen, die den Zugang zu Pflegeinformationen und Präventionsangeboten, die Erfassung und Einschätzung von Pflege- und Unterstützungsbedarfen sowie die Vermittlung passender digitaler und analoger Leistungen, inklusive Tools zur Finanzierungsnavigation, ermöglichen. Beispiele sind etwa eine digitale pflegerische Informationsplattform mit integriertem Coaching-Chat oder digitale Assessmenttools für informell Pflegende. Diese Kombination schafft den Startpunkt für die Weiterentwicklung einer plattformbasierten IT-Systemlandschaft.

Der **zweite Zuschnitt** erweitert das Versorgungsszenario der häuslichen und informellen Pflege um IoT-basierte Sicherheit, kontinuierliches Monitoring sowie eine direkte Anbindung an die Plattform Therapiesteuerung. Die übergeordnete Maßnahme besteht im Aufbau eines vernetzten Alarm- und Sensorsystems, das mit der Plattform Therapiesteuerung integriert wird. Prozessual und technisch liegt der Schwerpunkt auf den M-Modulen M-4, M-5, M-7, M-12 und M-14.

Die Kombination dieser Module fördert die (technische) Integration informell Pflegender in die Plattform, eine multimodale, IoT-gestützte Erfassung und Koordination von detektierten Ereignissen sowie die harmonisierte Prozessbegleitung, bis hin zur ressourcengerechten Disposition. Beispiele technischer Plattform-Services sind ein digitales Ereignismanagement auf Basis eines multimodalen Monitoring-Systems mit automatisierten Reaktionsketten sowie intersektorale Case-Management-Tools für einen reibungslosen Austausch zwischen informell Pflegenden und der hausärztlichen Betreuung.

Der **dritte Zuschnitt** rückt die Integration der professionellen Pflege, vorrangig der ambulanten Pflegedienste, in den Mittelpunkt. Die übergeordneten Maßnahmen umfassen die digitale Vernetzung von Hausärzten und ambulanten Pflegediensten über die Plattform Therapiesteuerung, die strukturierte Kooperation ambulanter Pflegeeinrichtungen zur Sicherung und Optimierung der regionalen Versorgung sowie die Einführung und Anwendung telemedizinischer Systeme in der häuslichen Pflegeversorgung. Prozessual und technisch liegt der Schwerpunkt auf den M-Modulen M-8, M-9, M-7, M-11, M-14 und M-15.

Diese Fokussierung motiviert aus IT-Sicht insbesondere die technische Integration von Pflegefachkräften in die Plattform Therapiesteuerung, die Implementierung von fallbezogenen Kommunikationsservices und die Schnittstellenimplementierung zur Synchronisation mit der ePA. Beispiele für besondere technische Unterstützungspotenziale sind professionelle Telekooperations-Lösungen zur gemeinsamen Fallbearbeitung in Echtzeit (Tele-Visite) sowie ein plattformgestützter Workflowmanagement-Service für ausgewählte Sektorenübergänge.

Die in den Workshops im Sprint I (Potenzialanalyse) erarbeiteten Ergebnisse wurden thematisch verdichtet und zu Maßnahmen gebündelt, die als Ausgangspunkt für die konzeptionelle Transformationsstrategie dienen. Die Abbildung 4 ordnet diese Maßnahmen in ein integriertes Ökosystem ein, das Akteursgruppen, Handlungsfelder sowie digitale und organisatorische Plattformen zusammenführt. Sichtbar wird, wie informelle Pflege, ambulante Pflegedienste, Hausarztpraxen und

[3] Siehe Kapitel 2, Setting I.

weitere regionale Partner entlang gemeinsamer Prozesse und digitaler Werkzeuge verzahnt werden. Im Zentrum stehen zwei Querschnittselemente: die Informations- und Unterstützungsplattform Pflege, die Wissen, Beratungs- und Koordinationsangebote bündelt, sowie die Therapiesteuerungsplattform, die die fallbezogene Planung, Dokumentation und Zusammenarbeit unterstützt. Um diese Plattformen herum sind die inhaltlichen Blöcke angeordnet, die auf die Aktivierung und Entlastung informell Pflegender, die prozessuale und technische Unterstützung in der häuslichen Pflege sowie die sektorenübergreifende Kooperation mit ambulanten Diensten und Hausarztpraxen zielen. Auf dieser Ebene wird die Logik der Fallgruppen sichtbar: Setting I adressiert die häusliche Pflegeausschließlich durch informell Pflegeden, Setting II die häusliche Pflege durch und mit ambulante(n) Pflegedienste(n). Die Abbildung 4 liefert damit den Orientierungsrahmen, in dem die oben beschriebenen Module verortet, Wechselwirkungen nachvollzogen und Ausbaustufen systematisch entwickelt werden können.

## 3.2 Wertschöpfung der wesentlichen Prozesse zwischen Akteuren im Ökosystem

Abbildung 4 zeigt ein integriertes Transformationsökosystem für die häusliche Pflege, in dem Zielgruppen, Handlungsfelder und technische wie organisatorische Plattformen zu einem durchgängigen Versorgungsmodell zusammengeführt werden. Im Zentrum stehen dabei zwei Querschnittselemente: Die Informations- und Unterstützungsplattform Pflege bündelt regionale Wissens-, Beratungs- und Orientierungsangebote, macht Zugänge transparent und unterstützt die gezielte Vermittlung in Leistungen. Die Therapiesteuerungsplattform dient der fallbezogenen Planung, Dokumentation und Kooperation; sie verknüpft ärztliche, pflegerische und therapeutische Maßnahmen, ermöglicht asynchrone Kommunikation und integriert – wo sinnvoll – Vital- und Sensordaten.

Rund um diese Querschnittselemente sind die inhaltlichen Blöcke angeordnet, die den Bedarfslagen in der häuslichen Pflege entsprechen. Der Block informelle Pflege adressiert Angehörige, Nachbarn und Ehrenamtliche mit niedrigschwelliger Information, Aktivierung sozialer Unterstützung und einem digital organisierten Coaching- und Beratungsdienst. Der Block ambulante Pflegedienste stärkt die sektorenübergreifende Zusammenarbeit und die operative Pflegepraxis im Alltag; hierzu zählen gemeinsame Pflege- und Tourenplanung, strukturierte Rückmeldeschleifen sowie standardisierte Übergaben. Der Block Hausarztpraxis verankert telemedizinische Konsultationen, abgestimmte Behandlungspläne und die kontinuierliche Einbindung ärztlicher Expertise in den Pflegealltag. Ergänzend veranschaulicht die Abbildung technologische Bausteine wie ein IoT-gestütztes Alarm- und Sensorsystem, das Ereignisse frühzeitig erkennt, priorisiert und über definierte Eskalationspfade an die jeweils zuständigen Akteure weiterleitet.

Die grafischen Verbindungen stehen für Daten- und Prozessflüsse: Informationsflüsse (Orientierung, Beratung, Kapazitäten) verlaufen primär über die Informations- und Unterstützungsplattform Pflege; fallbezogene Steuerungs- und Qualitätsprozesse werden über die Therapiesteuerungsplattform abgewickelt. Beide Plattformen sind bewusst so angelegt, dass sie die beiden in Kapitel 2 dargestellten Versorgungsszenarien abbilden: Setting I – Häusliche Pflege ausschließlich durch Angehörige und andere informell Pflegende – und Setting II – Häusliche Pflege durch und mit ambulante(n) Pflegedienste(n). Dadurch wird sichtbar, wie Maßnahmen aus beiden Settings auf die gleichen infrastrukturellen Basiselemente zugreifen und sich wechselseitig verstärken.

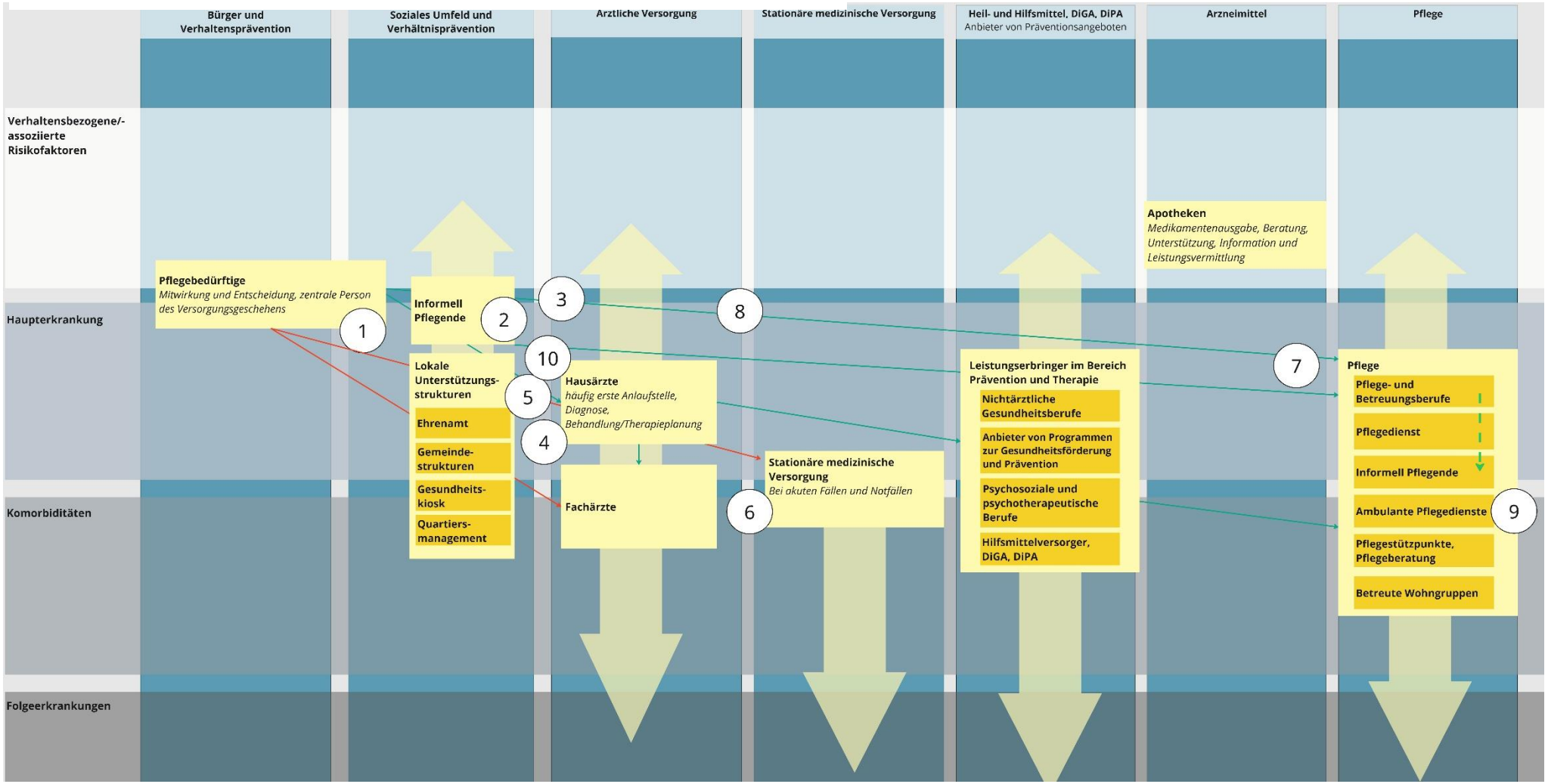
Schließlich macht die Abbildung 4 die Wirklogik deutlich: Niedrigschwellige Information und Coaching erhöhen Reichweite und Selbstwirksamkeit informell Pflegender; vernetzte Prozess- und Kommunikationsstrukturen reduzieren Schnittstellenverluste; telemedizinische und sensorbasierte Komponenten verbessern Reaktionsfähigkeit in Akutsituationen. Insgesamt entsteht so ein konsistentes

System, das Zugang, Kontinuität und Qualität der Pflege im häuslichen Umfeld erhöht und den Aufwand für alle Beteiligten zielgerichtet kanalisiert.

Zur konzeptionellen Ausarbeitung der Transformationsstrategie und ihrer Ausbaustufen wurden zunächst die Ergebnisse aus den Workshops des Sprints I im Rahmen der vorausgegangenen Potenzialanalyse thematisch ausgewertet und in mehreren Maßnahmen zusammengefasst. Diese Maßnahmen bilden unterschiedliche inhaltliche Schwerpunkte ab und dienen als Grundlage für die weitere Bearbeitung im Projekt. Aufbauend auf dieser Vorarbeit finden vertiefende Workshops zu verschiedenen Themenbereichen statt, im vorliegenden Fall zum Thema häusliche Pflege. In diesen Workshops werden die entwickelten Maßnahmen vorgestellt, mit den teilnehmenden Fachexpertinnen und -experten diskutiert und auf ihre fachliche Relevanz sowie Umsetzbarkeit geprüft.

Dieser partizipative Austausch stellt sicher, dass die Module nicht nur theoretisch fundiert, sondern auch praxisnah und realitätsbezogen weiterentwickelt werden. Gleichzeitig dient das Verfahren der Qualitätssicherung, da Rückmeldungen, Ergänzungen und kritische Anmerkungen direkt in die Weiterbearbeitung einfließen können. Die in diesem Kapitel dargestellten Inhalte basieren somit auf der strukturierten Auswertung der Beiträge aus den Workshops. Sie zeigen, in welchen Punkten die bestehenden Module bestätigt, erweitert oder angepasst wurden und bilden die Grundlage für die weiteren Ausbaustufen im Themenfeld Pflege.

Abbildung 4: **Ökosystem: Leistungsstärke auf Ebene der Organisation und Technologie**




Quelle: _fbeta GmbH

Tabelle 4: **Modulare Struktur der Maßnahmen in der Strategie Pflege im häuslichen Umfeld**

| Setting | Potenzial | Maßnahme |
|---|---|---|
| **Unterstützungsangebote zur Aktivierung der informellen Pflege** | | |
| I –Häusliche Pflege ausschließlich durch Angehörige und andere informell Pflegende | Früherkennung, Zugang, Kompetenzaufbau, Entlastung Angehöriger und anderer informell Pflegender | 1. Informations- und Unterstützungsplattform Pflege |
| | Rolle von Communitys und Ehrenamt → Brücke zwischen informell und professionell Pflegenden | 2. Aktivierung des sozialen Umfelds (Nachbarschaft) und ehrenamtlichen Engagements |
| | Empowerment informell Pflegender, Schulung, Resilienzförderung | 3. Coaching und Beratung informell Pflegender |
| | Absicherung häuslicher Versorgung und Notfallerkennung durch technische Systeme | 4. IoT-basiertes Alarm- und Sensorsystem |
| | Strukturierter Zugang für informell Pflegende zur digitalen Fallakte | 5. Zugang informell Pflegender zur Therapiesteuerungsplattform |
| | Übergang stationär/ambulant: Kurz- und Übergangspflege als Puffer nach Klinikaufenthalten, Entlastung für informell Pflegende auch in Akutsituationen | 6. Akutpflegezentren (Übergang und Krisenpuffer) |
| **Ambulante Pflegedienste – zentrale Akteure der pflegerischen Versorgung im häuslichen Umfeld** | | |
| II – Häusliche Pflege durch und mit ambulante(n) Pflegedienste(n) | Brücke informell Pflegende ↔ Pflegedienste | 7. Zusammenarbeit informell und professionell Pflegende |
| | Verzahnung von HA und Pflege → zentrale Achse der Versorgung | 8. Vernetzung HA und ambulante Pflegedienste |
| | Netzwerkbildung, Effizienzsteigerung, Entlastung durch Kooperation | 9. Kooperation zwischen Pflegediensten |
| | Ergänzung ärztlicher Präsenz, schnelle Krisenintervention | 10. Telemedizin in der häuslichen Pflege |

Quelle: _fbeta GmbH

**Strukturblöcke und Fallgruppenlogik**

Zur besseren Übersicht und systematischen Bearbeitung wurden die im Rahmen der Workshops entwickelten Maßnahmen in thematische Strukturblöcke gegliedert. Diese orientieren sich an einer **Fallgruppenlogik**, die sowohl die Versorgungssituation der Pflegebedürftigen als auch die Art der erforderlichen Unterstützung berücksichtigt. Dadurch lassen sich die Maßnahmen eindeutig den **spezifischen Versorgungsszenarien** und den aus den **regionalen Versorgungsbedingungen** abgeleiteten Settings zuordnen. So wird sichergestellt, dass die unterschiedlichen Bedarfe gezielt adressiert werden.

Die Fallgruppenlogik unterscheidet dabei insbesondere:

**Setting I – Häusliche Pflege ausschließlich durch Angehörige und andere informell Pflegende**

Pflegebedürftige Personen werden überwiegend durch Angehörige, Freunde, Nachbarn oder ehrenamtlich Engagierte unterstützt. Die Maßnahmen in diesem Setting zielen darauf ab, diese informellen Unterstützungsstrukturen zu aktivieren, zu entlasten und mit relevanten Informations-, Beratungs- und Kooperationsangeboten zu stärken. Dabei werden auch Möglichkeiten der digitalen Unterstützung genutzt, um die Qualität und Nachhaltigkeit der Versorgung zu sichern.

**Setting II – Häusliche Pflege durch und mit ambulante(n) Pflegedienste(n)**

In dieser Fallgruppe übernehmen professionelle Pflegedienste die wesentliche Versorgung, häufig in enger Abstimmung mit Hausärzten und informell Pflegenden. Die Maßnahmen in diesem Setting setzen auf eine verbesserte digitale Vernetzung, abgestimmte Prozessgestaltung und die Stärkung der regionalen Pflegeinfrastruktur. Ziel ist es, die Koordination zwischen den beteiligten Akteuren zu optimieren und so eine kontinuierliche, qualitativ hochwertige Versorgung zu gewährleisten.

Innerhalb dieser Strukturblöcke sind die Maßnahmen thematisch gebündelt, um Synergien zwischen einzelnen Handlungsfeldern zu nutzen. Jede Maßnahme ist einem spezifischen Versorgungskontext zugeordnet und beschreibt sowohl die inhaltliche Zielsetzung als auch den erwarteten Nutzen.

Diese Gliederung erleichtert es, die einzelnen Module praxisnah zu entwickeln, in die regionale Versorgungslandschaft einzubetten und schrittweise in die Ausbaustufen der Transformationsstrategie zu überführen.

**Gesamtüberblick der Maßnahmen zur Unterstützung der häuslichen Pflege**

Abbildung 5 veranschaulicht die im Rahmen der Transformationsstrategie entwickelten Maßnahmen zur Unterstützung der häuslichen Pflege in einer integrierten Gesamtstruktur. Sie verbindet Zielgruppen, Handlungsfelder und technologisch-organisatorische Plattformen zu einem kohärenten Konzept. Grundlage bildet eine Unterteilung in **fünf zentrale Handlungsblöcke**, die unterschiedliche Rollen im Versorgungssystem übernehmen und inhaltlich wie funktional eng miteinander verzahnt sind.

Eine besondere Rolle nimmt die **Informations- und Unterstützungsplattform Pflege** ein. Sie ist nicht nur ein eigener Handlungsblock, sondern zugleich die verbindende Basis zwischen allen anderen Bereichen. Die dort verankerten Maßnahmen – etwa der Aufbau einer regionalen pflegerischen Informationsplattform, die Einbindung nachbarschaftlicher Hilfe und bürgerschaftlichen bzw. ehrenamtlichen Engagements sowie die Einrichtung digitaler Coaching- und Beratungsdienste – wirken übergreifend und unterstützen sowohl informell Pflegende als auch professionelle Dienste, Hausarztpraxen und die Therapiesteuerungsplattform.

Der Handlungsblock **Informell Pflegende** adressiert in erster Linie Angehörige, Freunde, Nachbarn und ehrenamtlich Engagierte. Ziel ist es, tragfähige Unterstützungsnetzwerke aufzubauen, die Pflegequalität

im häuslichen Umfeld zu sichern und Überlastung vorzubeugen. Viele Unterstützungsmaßnahmen greifen direkt auf Angebote der Plattform zurück und nutzen deren digitale und organisatorische Ressourcen. Beispiele hierfür sind die Förderung regionaler Akutpflegekapazitäten zur kurzfristigen Entlastung sowie die strukturierte Zusammenarbeit zwischen informeller und professioneller Pflege.

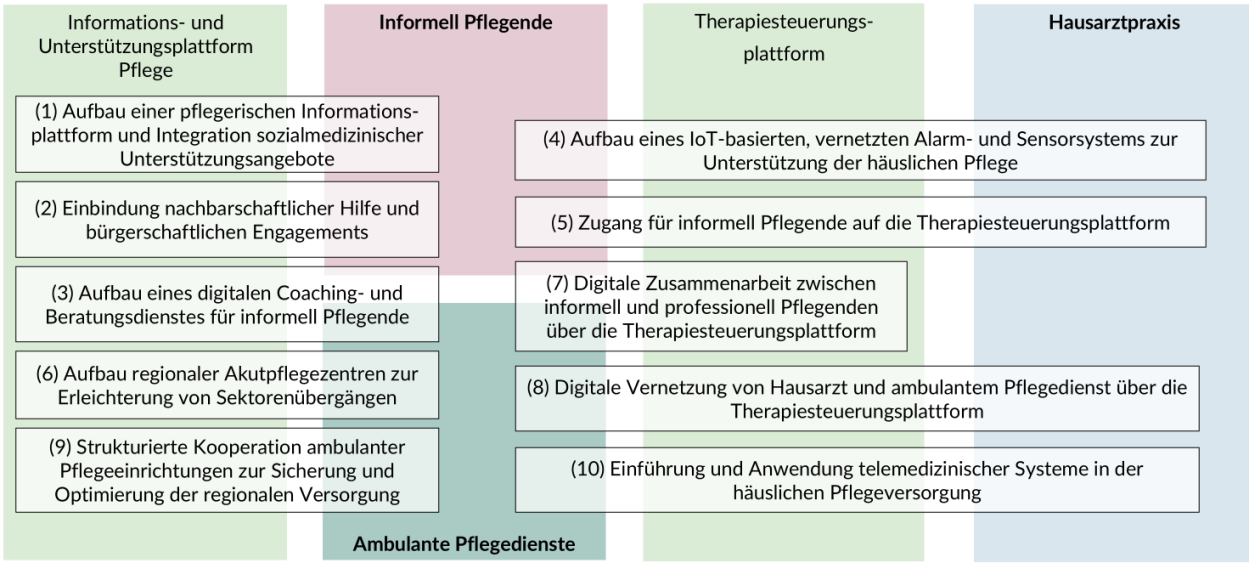
Die **Therapiesteuerungsplattform** fungiert als digitales Steuerungsinstrument und zentrale Schnittstelle für Organisation, Koordination und Qualitätssicherung. Sie bindet sowohl informelle als auch professionelle Pflegeakteure ein und steht in enger Verbindung zur Informations- und Unterstützungsplattform. Wichtige Elemente sind der Aufbau vernetzter Alarm- und Sensorsysteme, der digitale Zugriff für informell Pflegende sowie die unmittelbare Zusammenarbeit zwischen Pflegekräften und medizinischen Leistungserbringern.

Der Block **Hausarztpraxis** verfolgt das Ziel, die medizinische und pflegerische Versorgung eng zu verzahnen. Telemedizinische Verfahren, abgestimmte Versorgungsprozesse und digitale Kommunikationswege werden dabei in enger Abstimmung mit den Plattformen genutzt. Viele Maßnahmen greifen hier sowohl auf die Therapiesteuerungs- als auch auf die pflegerische Informationsplattform zurück, um einen durchgängigen Informationsfluss zu gewährleisten.

Der Block **Ambulante Pflegedienste** stärkt die sektorenübergreifende Zusammenarbeit in der Region. Ambulante Dienste profitieren von der verbesserten digitalen Vernetzung mit Hausarztpraxen, erhalten Zugriff auf relevante Daten aus der Therapiesteuerungsplattform und können über die Informations- und Unterstützungsplattform auf Unterstützungsangebote zugreifen. Ein zentrales Element ist die Einführung telemedizinischer Systeme, die eine kontinuierliche, qualitativ hochwertige Versorgung im häuslichen Umfeld ermöglichen.

Insgesamt verdeutlicht die Abbildung 5 nicht nur die inhaltliche Ausrichtung der fünf Handlungsblöcke, sondern vor allem deren enge Verflechtung. Mit der Informations- und Unterstützungsplattform und der Therapiesteuerungsplattform stehen zwei zentrale Verbindungselemente zur Verfügung, die die bereichsübergreifende Wirkung der Maßnahmen sicherstellen. Auf diese Weise entsteht ein integriertes System, das organisatorische Maßnahmen, digitale Infrastruktur und gezielte Zielgruppenunterstützung in einer abgestimmten regionalen Pflegeinfrastruktur vereint.

Abbildung 5: **Zehn Maßnahmen zur Unterstützung der häuslichen Pflege**




Quelle: _fbeta GmbH

## 3.3 Setting I – Informelle Pflege im häuslichen Umfeld: Unterstützungsangebote zur Aktivierung der informellen Pflege

Die häusliche Versorgung pflegebedürftiger Menschen stützt sich in hohem Maße auf die **informelle Pflege** – also auf die Unterstützung durch Angehörige, Freunde, Nachbarn oder ehrenamtlich Engagierte.

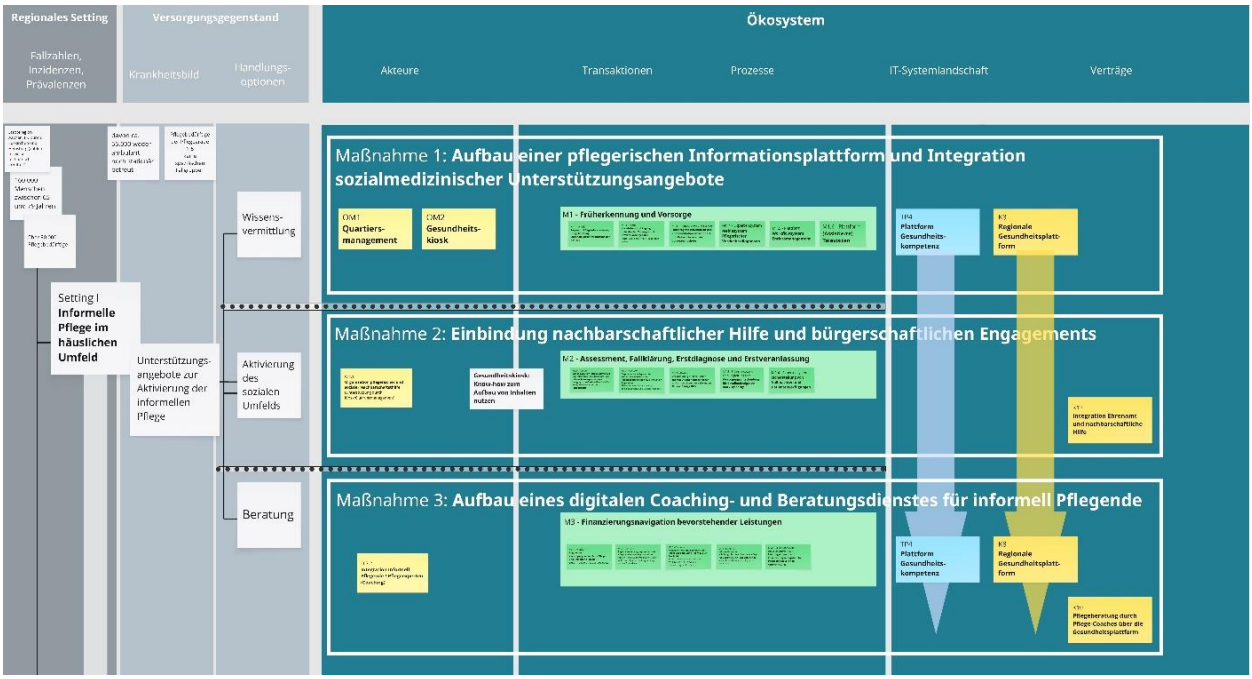
Diese nicht-professionellen Akteure leisten einen wesentlichen Beitrag, dass Pflegebedürftige möglichst lange in ihrer häuslichen Umgebung verbleiben können. Gleichzeitig stehen informell Pflegende jedoch häufig vor erheblichen Herausforderungen: fehlende Informationen zu Unterstützungsangeboten, mangelnde Vernetzung mit anderen Akteuren, zeitliche und emotionale Überlastung sowie Unsicherheiten bei der Organisation und Durchführung pflegerischer Aufgaben.

Die Maßnahmen 1 – 3 im Kontext adressieren diese Problemlagen gezielt und bilden gemeinsam ein integriertes Maßnahmenbündel innerhalb des Settings I. Sie verfolgen das Ziel, informell Pflegende sowohl inhaltlich als auch strukturell zu stärken und dadurch die Qualität sowie die Nachhaltigkeit der Pflege im häuslichen Umfeld zu sichern.

- **Maßnahme 1 – Wissensvermittlung:** sieht den Aufbau einer **pflegerischen Informationsplattform** vor, die relevante sozialmedizinische Unterstützungsangebote zentral bündelt und leicht zugänglich macht. Dadurch erhalten informell Pflegende einen schnellen Überblick über verfügbare Hilfen, Versorgungsleistungen und regionale Anlaufstellen.
- **Maßnahme 2 – Aktivierung des sozialen Umfelds:** fokussiert auf die **Einbindung nachbarschaftlicher Hilfe und bürgerschaftlichen bzw. ehrenamtlichen Engagements**, um zusätzliche Unterstützungspotenziale im sozialen Umfeld zu aktivieren. Durch gezielte Koordination und Integration dieser Hilfen wird die Versorgungskapazität vor Ort erweitert.
- **Maßnahme 3 – Beratung:** etabliert **digitale Coaching- und Beratungsdienste**, die informell Pflegende individuell begleiten, fachlich beraten und bei organisatorischen Fragestellungen unterstützen.

In ihrer Gesamtheit schaffen diese drei Maßnahmen ein **ganzheitliches Unterstützungs- und Entlastungssystem** für informell Pflegende. Die Verbindung von Informationsvermittlung, sozialer Aktivierung und individueller Beratung trägt dazu bei, Versorgungsabbrüche zu vermeiden, Überlastungen vorzubeugen und die Selbstwirksamkeit der Pflegenden zu stärken. Zudem wird die Zusammenarbeit zwischen informeller und professioneller Pflege verbessert, was langfristig zu einer höheren Qualität und Stabilität der häuslichen Versorgung führt.

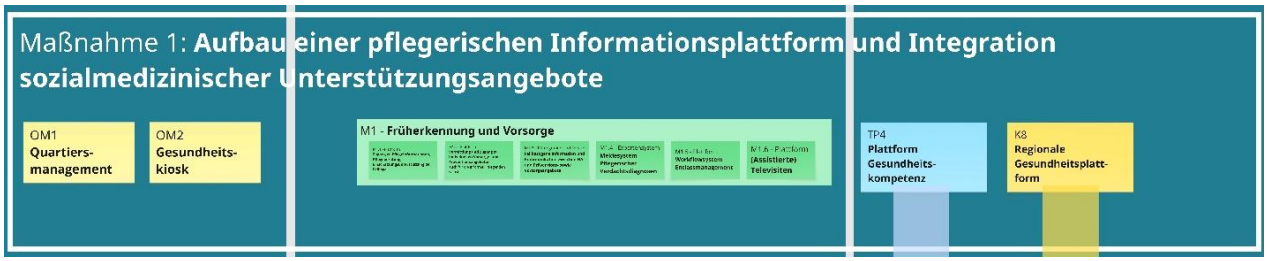
Abbildung 6: **Maßnahmen 1 – 3 im Ökosystem**




Quelle: _fbeta GmbH

### 3.3.1 Aufbau einer pflegerischen Informationsplattform und Integration sozialmedizinischer Unterstützungsangebote

Abbildung 7: **Maßnahme 1**




Quelle: _fbeta GmbH

#### 3.3.1.1 Herleitung auf Basis von Defiziten und Potenzialen

Im Setting I – Häusliche Pflege ausschließlich durch Angehörige und andere informell Pflegende – spielt die Früherkennung und Prävention von Pflegebedürftigkeit eine zentrale Rolle. Pflegebedürftige werden in der Regel zunächst im häuslichen Umfeld betreut, häufig durch Angehörige, Nachbarn oder ehrenamtlich Engagierte. Obwohl der natürliche Alterungsprozess nicht aufzuhalten ist, kann Präventionsarbeit die Lebensqualität und Selbstständigkeit Betroffener deutlich verlängern.

Entscheidend sind hierbei eine frühzeitige Sensibilisierung, die Vermittlung von Wissen zu bestehenden Angeboten, die Förderung von Eigeninitiative sowie der Erhalt von Mobilität und geistiger Gesundheit.

Derzeit bestehen jedoch erhebliche Defizite:

- Routinedaten der Krankenkassen werden nicht systematisch genutzt, um gefährdete Personen frühzeitig in zielgerichtete Präventions- und Unterstützungsangebote zu steuern.
- Präventive Assessments beim Hausarzt erreichen häufig nur Personen mit hoher Gesundheitskompetenz, während gerade vulnerable Gruppen unterversorgt bleiben.
- Bestehende Präventionsangebote, auch im Bereich der Sekundär- und Tertiärprävention (z. B. aktivierende Pflege, Mobilisierung, Tagespflege), sind informell Pflegenden oft nicht bekannt und werden vorwiegend erst im stationären Kontext genutzt.
- Die Prävention bei den informell Pflegenden selbst wird bislang kaum adressiert, obwohl diese durch die hohe Belastung (Doppelbelastung durch Pflege und Erwerbstätigkeit) einem erhöhten Krankheits- und Pflegebedürftigkeitsrisiko ausgesetzt sind.

Diese Defizite führen dazu, dass vorhandene Präventions- und Unterstützungsressourcen nicht hinreichend genutzt werden und sich Risiken für eine frühzeitige bzw. vermeidbare Verschlechterung des Gesundheitszustandes erhöhen.

#### 3.3.1.2 Maßnahmenbeschreibung

Die Maßnahme 1 umfasst den Aufbau einer digitale, regionale Informations- und Unterstützungsplattform t, die sozialmedizinische Angebote für die häusliche Pflege zentral bündelt und zugänglich macht. Die Plattform integriert bestehende Organisationen und Strukturen wie Quartiersmanagement, Gesundheitskioske, Pflegelotsen, Begegnungsstätten, Geschäftsstellen der Kostenträger sowie andere relevante Initiativen (z. B. ReGe Pflege).

Ziel ist es, die vorhandenen Kenntnisse sozialmedizinisch tätiger Fachkräfte – insbesondere über regionale Bedarfe, Versorgungsangebote, Ansprüche und Ansprechpartner – strukturiert und skalierbar verfügbar zu machen.

Das Angebot soll niedrigschwellig, mehrsprachig und leicht navigierbar sein. Es ersetzt keine persönliche Beratung, sondern unterstützt und ergänzt diese durch:

- strukturierte, verlässliche und aktuelle Informationsaufbereitung,
- zentrale Bündelung relevanter regionaler Angebote,
- systematische Verweise auf Ansprechstellen und Leistungen nach der Sozialgesetzgebung,
- Unterstützung bei der Orientierung im komplexen Versorgungssystem.

Die Plattform kann von Fachkräften zur Beratungsvorbereitung, zur Reichweitensteigerung oder zu Schulungszwecken genutzt werden. Sie ist anschlussfähig an bestehende Präventionsstrategien und kann synchron zu Initiativen wie der Fachgesprächsreihe Prävention von Pflegebedürftigkeit wirken.

#### 3.3.1.3 Zusätzlicher (Versorgungs-)Nutzen

Der Aufbau einer digitalen regionalen pflegerischen Informationsplattform schafft einen spürbaren Mehrwert für die häusliche Pflege. Durch die zentrale Bündelung relevanter Informationen werden bestehende Ressourcen und Angebote effizienter genutzt und leichter zugänglich gemacht. Insbesondere

gefährdete Zielgruppen, die bislang nur unzureichend erreicht werden, können durch das niederschwellige und mehrsprachige Angebot besser angesprochen werden.

Beratungsstellen und sozialmedizinische Fachkräfte profitieren von einer deutlichen Entlastung durch die digitale Bereitstellung standardisierter, verlässlicher und stets aktueller Informationspakete. Dies ermöglicht es ihnen, Beratungs- und Unterstützungsprozesse gezielter zu gestalten und ihre Kapazitäten stärker für die individuelle Fallarbeit einzusetzen.

Darüber hinaus erleichtert die Plattform die gezielte Steuerung pflegebedürftiger Personen und informell Pflegender in bestehende Präventions- und Unterstützungsprogramme. Sie leistet damit einen Beitrag zur Förderung der Gesundheitskompetenz sowohl bei Pflegebedürftigen als auch bei informell Pflegenden und unterstützt die Prävention einer möglichen Überlastung. Durch die verbesserte Auffindbarkeit und Sichtbarkeit von Angeboten wird die Kontinuität der häuslichen Pflege nachhaltig gestärkt.

#### 3.3.1.4 Akteure

**Sozialmedizinische Akteure**

**Status quo (Handlungsfelder/Strukturen)**

- Bündelung und Sichtbarmachung vorhandener Unterstützungsangebote
- Weiterleitung von Unterstützungsbedarfen in bestehende Versorgungsstrukturen
- Brückenfunktion zwischen informeller Pflege, sozialer Hilfe und professioneller Versorgung
- Arbeit erfolgt bisher überwiegend analog, regional begrenzt und mit eingeschränkter digitaler Sichtbarkeit

**Zukünftig**

- Aktive Gestaltung und Nutzung digitaler Informations- und Steuerungssysteme
- Integration von **OM1 Quartiersmanagement** und **OM2 Gesundheitskiosk** ermöglicht die Bündelung, digitale Sichtbarmachung und einen niedrigschwelligen Zugang zu Unterstützungsangeboten
- Proaktive Rolle in der Steuerung, indem Bedarfe frühzeitig erkannt, digital dokumentiert und strukturiert in regionale Präventions- und Unterstützungsangebote überführt werden

Sozialmedizinische Akteure übernehmen in dieser Maßnahme eine Schlüsselrolle. Sie bündeln und machen bestehende Unterstützungsangebote im Sozialraum sichtbar, leiten erkannte Unterstützungsbedarfe gezielt in bestehende Versorgungsstrukturen weiter und fungieren als Brücke zwischen informeller Pflege, sozialer Hilfe und professioneller Versorgung. Durch die Informationsplattform erweitern sie ihr Handlungsfeld um die aktive Gestaltung und Nutzung digitaler Informations- und Steuerungssysteme. Ihre enge Anbindung an die Zielgruppen ermöglicht eine direkte und wirksame Verbreitung der Inhalte.

**Kommunale Träger**

**Status quo (Handlungsfelder/Strukturen)**

- Organisatorische Verankerung im Sozialraum
- Pflege von Daten, Kommunikationsstrukturen und Kooperationsprozessen

- Fokus bisher auf Rahmensetzung und Abstimmung im Verwaltungskontext

**Zukünftig**

- Rolle als Schnittstelle zu Pflegestruktur- und Gesundheitsplanung sowie Präventionsstrategien
- Engere Verzahnung von Datenpflege und Planung mit digitalen Plattformen
- Verbindliche Rolle bei der Integration präventiver Maßnahmen in die kommunale Steuerung

Die kommunalen Träger sind für die organisatorische Verankerung der Maßnahme im Sozialraum verantwortlich. Sie stellen sicher, dass Datenpflege, Kommunikationsstrukturen und Kooperationsprozesse zwischen den beteiligten Akteuren funktionieren. Neu ist ihre Rolle als Schnittstelle zwischen der pflegerischen Informationsplattform und der kommunalen Pflegestruktur- und Gesundheitsplanung sowie regionalen Präventionsstrategien. Damit sichern sie die nachhaltige Integration der Plattform in bestehende Steuerungs- und Entwicklungsprozesse.

**Pflegeakteure / Pflegedienste / Einrichtungen**

**Status quo (Handlungsfelder/Strukturen)**

- Beteiligung an Koordinationsprozessen
- Rückmeldungen erfolgen überwiegend informell oder zeitlich verzögert
- Keine durchgängige digitale Erfassung von Pflegeverläufen und Rückmeldungen

**Zukünftig**

- Regelmäßige Rückmeldung zu Kapazitäten, Ansprechpartnern und Leistungen über die Plattform
- Stärkere Transparenz für Beratungsstellen und informell Pflegende
- Gezieltere Steuerung von Koordinationsprozessen und passgenaue Zuweisung von Pflegeleistungen und Unterstützungsangeboten

Diese Akteursgruppe ist direkt in die Versorgungsprozesse eingebunden und kann wertvolle Rückmeldungen aus der Praxis liefern. Ihre Beteiligung an den Koordinationsprozessen gewährleistet, dass die Plattform praxisrelevante Informationen enthält und aktuelle Versorgungslagen abbildet. Neu ist die regelmäßige Rückmeldung zu verfügbaren Kapazitäten, Ansprechpartnern und anderen relevanten Leistungen, wodurch die Plattform als Echtzeit-Orientierungshilfe gestärkt wird.

**Regionale Initiativen**

**Status quo (Handlungsfelder/Strukturen)**

- Organisatorische, technische und inhaltliche Abstimmung in Projekten
- Integration von Informationsinhalten ist bisher dezentral und begrenzt

**Zukünftig**

- Kontinuierliche Bereitstellung aktueller Inhalte und technische Schnittstellen zur Plattform
- Verstärkte Rolle als Mitgestalter und Treiber der digitalen Weiterentwicklung
- Multiplikation regionaler Wirkung über digitale Vernetzung

Regionale Initiativen, wie z. B. das regionale Gesundheitsnetzwerk ReGe Pflege, bringen ihre organisatorische, technische und inhaltliche Expertise in die Maßnahme ein. Sie stimmen sich eng mit anderen Akteuren ab, integrieren relevante Informationsinhalte und tragen zur kontinuierlichen Weiterentwicklung der Plattform bei. Durch ihre regionale Vernetzung können sie sowohl die technische

Funktionalität als auch die inhaltliche Aktualität maßgeblich unterstützen.

### 3.3.2 Einbindung nachbarschaftlicher Hilfe und bürgerschaftlichen Engagements

Abbildung 8: **Maßnahme 2**

Quelle: _fbeta GmbH

#### 3.3.2.1 Herleitung auf Basis von Defiziten und Potenzialen

Der Zugang zur Pflegeversorgung ist für viele Betroffene und ihre Pflegepersonen eine große Hürde. Bürokratische Verfahren, unterschiedliche Leistungsangebote mit komplexen Berechtigungsregeln sowie eine oftmals unklare Begriffswelt erschweren die Orientierung. Zwar existieren vielfältige Beratungsangebote, diese sind jedoch nicht flächendeckend verfügbar. Besonders Personen mit sprachlichen Barrieren oder niedrigem Bildungsniveau fällt es schwer, eigenständig die passenden Hilfen zu finden bzw. zu nutzen.

Ein zentrales Defizit liegt in der fehlenden Sichtbarkeit und systematischen Integration niedrigschwelliger Unterstützungsangebote in bestehende Pflege- und Versorgungsstrukturen. Bestehende Formen der Beratung und Unterstützung erreichen vulnerable Zielgruppen häufig nicht. Gleichzeitig fehlt eine koordinierte Steuerung zwischen informeller Pflege und professionellen Versorgungsangeboten.

Besonders relevant sind hier niedrigschwellige Hilfsleistungen wie Begleitdienste, Unterstützung beim Einkauf oder einfache Entlastungsangebote im Alltag. Diese Angebote existieren teils bereits in organisierter Form (z. B. über Sozialstationen, Begegnungszentren, Gesundheitskioske, Gemeindeschwestern, Pflegelotsen), werden aber nicht systematisch koordiniert oder breitflächig beworben und erreichen die Betroffenen somit nicht.

#### 3.3.2.2 Maßnahmenbeschreibung

Die Maßnahme 2 zielt darauf ab, nachbarschaftliche Hilfe und bürgerschaftliches Engagement strukturiert in die regionale Pflege- und Versorgungslandschaft einzubinden. Ziel ist es, bestehende Initiativen kommunaler und freigemeinnütziger Träger gezielt zu unterstützen, ihre Reichweiten zu erhöhen und sie durch eine koordinierte Steuerung wirksamer zu machen.

Die regionale pflegerische Informationsplattform fungiert als zentrale Anlaufstelle, die Hilfsangebote und -gesuche strukturiert erfasst, bündelt und vermittelt. Ehrenamtsbörsen, Freiwilligenagenturen (z. B. die Portale der Caritas, Malteser) oder kommunale Initiativen können ihre Angebote dort platzieren. Digitale

Tools ermöglichen die passgenaue Zuordnung von Hilfsangeboten zu Bedarfen – zielgruppengerecht und wohnortnah.

Neben der Vermittlung informeller Unterstützung stellt die Maßnahme sicher, dass vertieftes freiwilliges Engagement weiterhin in professionelle Strukturen eingebunden wird – inklusive Schulung, Koordination und Qualitätsabsicherung. Dadurch wird nicht nur die Verlässlichkeit erhöht, sondern auch die Integration dieser Hilfen in bestehende Versorgungsabläufe gewährleistet.

#### 3.3.2.3 Zusätzlicher (Versorgungs-)Nutzen

Die koordinierte Integration nachbarschaftlicher Hilfe und bürgerschaftlichen Engagements in die regionale Versorgungsstruktur schafft deutliche Mehrwerte für Pflegebedürftige, pflegende Angehörige und das gesamte Versorgungssystem. Über die Informationsplattform lassen sich niedrigschwellige Unterstützungsangebote schnell, transparent und unbürokratisch vermitteln. Dadurch können informell Pflegende spürbar entlastet werden – sei es durch Hilfe bei alltäglichen Aufgaben, Begleitung zu Terminen oder durch soziale Kontakte, die zu einer Verbesserung der Lebensqualität beitragen.

Durch eine gezielte Öffentlichkeitsarbeit, Schulungsangebote sowie eine strukturierte Koordination werden bestehende Initiativen gestärkt und neue Unterstützungsakteure aus der Nachbarschaft gewonnen. Die institutionelle Einbindung dieser Hilfen – inklusive Qualifizierung, Versicherungsschutz und Qualitätsabsicherung – führt zu verlässlichen, lokal verankerten Strukturen, die flexibel auf individuelle Bedarfe reagieren können.

Neben der direkten Entlastung pflegender Angehöriger und anderer informell Pflegender leistet die Maßnahme auch einen wichtigen Beitrag zur Prävention: Die Aktivierung sozialer Netzwerke und die Förderung regelmäßiger persönlicher Kontakte wirken der Vereinsamung entgegen und unterstützen das psychische Wohlbefinden pflegebedürftiger Menschen. Gleichzeitig erhöht sich durch die engere Vernetzung von Ehrenamt, informeller und professioneller Pflege die Effizienz des Versorgungssystems insgesamt, da Ressourcen gezielter eingesetzt und Versorgungslücken schneller geschlossen werden können.

#### 3.3.2.4 Akteure

**Koordinationsstelle (z. B. Gesundheitskiosk oder freier Träger)**

**Status quo (Handlungsfelder/Strukturen)**

- Unterschiedliche, oft informelle Stellen für die Vermittlung ehrenamtlicher Hilfe
- Kaum zentrale Dokumentation oder Rückkopplung in die professionelle Versorgung
- Strukturen meist projektbezogen und nicht dauerhaft gesichert

**Zukünftig**

- Pflege und kontinuierliche Aktualisierung der Plattforminhalte
- Systematische Erhebung und Vermittlung von Unterstützungsbedarfen
- Koordinierung, Schulung, Begleitung und Qualitätssicherung ehrenamtlicher Helfer
- Dokumentation und Rückmeldung an professionelle Pflegeakteure bei Bedarf
- Aufbau eines stabilen Netzwerks informeller Hilfe im Quartier
- Integration von **OI4.1:** Organisation pflegerischer und sozialer Nachbarschaftshilfe, unterstützt durch Quartiersmanagement und/oder Gesundheitskiosk

Die Koordinationsstelle ist das organisatorische Herzstück der Maßnahme. Sie sorgt für die Sichtbarkeit und Aktualität der Angebote, gewährleistet eine qualitätsgesicherte Vermittlung und fungiert als Brücke zwischen Hilfesuchenden, ehrenamtlichen Unterstützern und professionellen Pflegeakteuren.

**Nachbarschaftliche/ehrenamtliche Unterstützer**

**Status quo (Handlungsfelder/Strukturen)**

- Unterstützung im Alltag (z. B. Einkäufe, Begleitung zu Terminen, einfache Hilfeleistungen) erfolgt stark unkoordiniert
- Abhängigkeit von Eigeninitiative oder individueller Ansprache
- Fehlen einheitlicher Standards, kaum Einbindung in Versorgungsketten

**Zukünftig**

- Einbindung in ein koordiniertes Unterstützungsnetz
- Digitale Erfassung und Dokumentation von Zeitspenden (Gespräche, Spaziergänge, Begleitung)
- Klar definierte Abgrenzung zu medizinischen und pflegerischen Leistungen
- Rückmeldung an eine Koordinationsstelle für Qualitätssicherung und Vernetzung

Diese Akteure sind die unmittelbaren Leistungserbringer der nachbarschaftlichen Hilfe. Durch ihren Einsatz wird direkte Entlastung geschaffen und die soziale Einbindung der Pflegebedürftigen gestärkt. Ihre Arbeit lebt von persönlichem Engagement, niedrigschwelliger Verfügbarkeit und Nähe zum Lebensumfeld der Betroffenen.

**Freigemeinnützige Träger/Kommunen**

**Status quo (Handlungsfelder/Strukturen)**

- Fragmentierte und lokal begrenzte Organisation von Einsätzen, Versicherungsschutz und Qualifizierungsangeboten
- Öffentlichkeitsarbeit beschränkt auf einzelne Kampagnen

**Zukünftig**

- Ausbau von Schulungen, Ehrenamtsmanagement und systematischer Begleitung
- Organisatorische Verankerung der Nachbarschaftshilfe
- Nutzung der Informationsplattform zur Erzielung einer höheren Reichweite und Passgenauigkeit von Angeboten

Diese Akteure stellen sicher, dass das Ehrenamt in geregelten Bahnen abläuft. Sie übernehmen die organisatorische Verantwortung, schaffen Anreize für neue Helfer und sorgen für eine rechtliche sowie versicherungstechnische Absicherung.

**Region/Kommunen/Kostenträger**

**Status quo (Handlungsfelder/Strukturen)**

- Förderung einzelner Projekte
- Breit gestreute, wenig verbindliche Öffentlichkeitsarbeit

**Zukünftig**

- Betrieb und nachhaltige Finanzierung der Koordinationsstelle
- Integration in Präventions- und Pflegestrategien der Kommune
- Enge Verzahnung mit Quartiersmanagement oder Gesundheitskiosken

Diese Akteursgruppen schaffen die strukturellen Voraussetzungen für die Maßnahme, sichern deren Finanzierung und tragen durch strategische Öffentlichkeitsarbeit zur Bekanntmachung und Akzeptanz bei.

**Regionale Initiativen (z. B. ReGe Pflege)**

**Status quo (Handlungsfelder/Strukturen)**

- Unterstützung bestehender Netzwerke organisatorisch und inhaltlich, meist projektbezogen

**Zukünftig**

- Intensive technische und organisatorische Abstimmung mit der Plattform
- Systematische Integration relevanter Informationsinhalte
- Funktion als Multiplikator zur regionalen Skalierung der Maßnahme

Diese Akteursgruppen vernetzen die Maßnahme mit bestehenden regionalen Programmen und stellen sicher, dass Synergien genutzt werden.

**Plattformanbieter Status quo (Handlungsfelder/Strukturen)**

- Fehlen regionaler Plattformen zur Einbindung nachbarschaftlicher Hilfe und bürgerschaftlichen Engagements im Pflegekontext

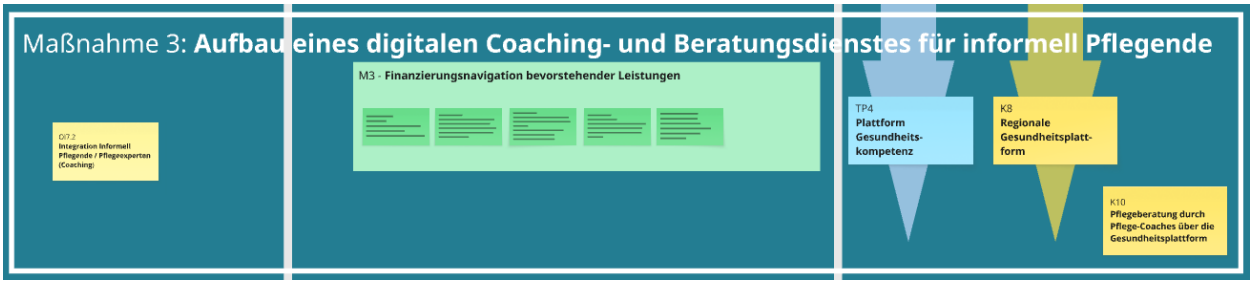
**Zukünftig**

- Aufbau und Betrieb regionaler, pflegerischer Informationsplattformen als Basis für Vermittlung, Matching und Dokumentation
- Bereitstellung standardisierter Schnittstellen zu kommunalen und regionalen Strukturen
- Weiterentwicklung mit Blick auf Nutzerfreundlichkeit, Datenschutz und Interoperabilität

Diese Akteure gewährleisten die technische Funktionalität, Datensicherheit und Nutzerfreundlichkeit des digitalen Systems, über das die gesamte Koordination erfolgt.

### 3.3.3 Aufbau eines digitalen Coaching- und Beratungsdienstes für informell Pflegende

Abbildung 9: **Maßnahme 3**




Quelle: _fbeta GmbH

#### 3.3.5.1 Herleitung auf Basis von Defiziten und Potenzialen

Informell Pflegende leisten einen wesentlichen Beitrag zur häuslichen Versorgung, stehen jedoch häufig unter erheblichem physischem und psychischem Druck. Sie müssen komplexe Pflegeaufgaben organisieren, Hilfsmittel korrekt einsetzen, mit verschiedenen Leistungserbringern kommunizieren und gleichzeitig die eigene Belastung im Blick behalten. Trotz vorhandener Beratungsangebote fehlt vielerorts ein niedrigschwellig zugänglicher, praxisnaher Service, der bei konkreten Fragestellungen zeitnah unterstützt.

Ein regionales Pflegeportal, wie in den vorangegangenen Maßnahmen beschrieben, könnte als Ausgangspunkt für ein solches Angebot dienen. Neben der Information über Versorgungs- und Unterstützungsangebote kann es auch die Vermittlung zu einem spezialisierten Beratungs- und Coachingservice übernehmen. Dieser bietet die Möglichkeit, Betroffene und deren Angehörige in einem echten sozialen Netzwerk zu verbinden, Selbsthilfegruppen zu organisieren, Besuchsdienste zu koordinieren oder auch Unterstützung bei der Haushaltsführung zu vermitteln.

Solche Initiativen sind jedoch in ihrer Wirksamkeit stark vom Engagement vor Ort abhängig. Daher braucht es ein professionell organisiertes, regional verankertes Beratungs- und Coachingangebot, das informell Pflegende zuverlässig begleitet und deren Kompetenzen gezielt stärkt.

#### 3.3.5.2 Maßnahmenbeschreibung

Die Maßnahme 3 sieht den Aufbau eines spezialisierten **Coaching- und Beratungsdienstes** für informell Pflegende vor. Der Service ist telefonisch, per E-Mail oder über einen Chat im Rahmen des Pflegeportals erreichbar und bietet individuelle Unterstützung zu pflegerischen, organisatorischen und psychosozialen Fragestellungen. Ziel ist es, Angehörigen und anderen informell Pflegenden ein verlässliches, niedrigschwelliges Unterstützungsangebot bereitzustellen, das ihnen hilft, die Herausforderungen des Pflegealltags besser zu bewältigen, ihre Kompetenz zu erweitern und Sicherheit zu gewinnen.

Die Beratung wird von erfahrenen Pflegefachkräften durchgeführt – vorzugsweise Fachpersonen, die nicht mehr aktiv oder in Altersteilzeit in der Pflege arbeiten. Diese können ihre langjährigen Erfahrungen aus der Pflegepraxis einbringen und den Service von zu Hause aus leisten.

Für die Organisation des Angebots bestehen zwei mögliche Varianten:

1. **Integration in bestehende ambulante Pflegedienste** – Aufbau von Beratungskapazitäten durch Fachkräfte, z. B. im Rahmen von Altersteilzeitmodellen. Anfragen werden nach einem Bereitschaftsmodell an die Dienste weitergeleitet, wobei sich die Einsatzzeiten schrittweise ausweiten lassen.
2. **Einrichtung einer regionalen Beratungsstelle** – als Kooperation zwischen Kommunen, Kostenträgern der Pflegeversicherung und ggf. weiteren Partnern.

Die Maßnahme ergänzt bestehende Beratungsstrukturen, erweitert niedrigschwellige kommunale Zugänge und trägt zur Verbesserung der Versorgungsqualität im häuslichen Umfeld bei.

#### 3.3.5.3 Zusätzlicher (Versorgungs-)Nutzen

Der Coaching- und Beratungsdienst stärkt gezielt die pflegerische Handlungskompetenz informell Pflegender. Durch praxisnahe Schulungen und individuelle Beratung erhalten sie wertvolles Wissen zur Organisation der Pflege, zum Einsatz von Hilfsmitteln und zur Kommunikation mit medizinischen und sozialen Leistungserbringern. Dies wirkt sich unmittelbar positiv auf die Qualität der Pflege im häuslichen Umfeld aus.

Darüber hinaus vermittelt der Service das Gefühl, in schwierigen Situationen nicht allein zu sein. Das Wissen um eine verlässliche, fachliche Anlaufstelle reduziert Stress und hilft, die Pflegeaufgabe physisch und psychisch zu bewältigen. Ein weiterer Mehrwert liegt in der Früherkennung von Überlastung: Pflegeexperten können frühzeitig reagieren, psychosoziale Unterstützung leisten und bei Bedarf gezielt in weiterführende Versorgungsformen einsteuern.

Auch für Pflegedienste bietet die Maßnahme Vorteile, da außerplanmäßige Anfragen, die die betrieblichen Abläufe stören und nicht vergütet werden, gezielter kanalisiert werden können. Die systematische Erfassung von Unterstützungsbedarfen und strukturierte Rückmeldungen ermöglichen Pflegekassen, Trägern und Kommunen eine gezieltere Steuerung, Finanzierung und Qualitätssicherung der Coachingangebote.

#### 3.3.5.4 Akteure

**Pflegeexperten/Coaches**

**Status quo (Handlungsfelder/Strukturen)**

- Schulungs- und Beratungseinheiten für informell Pflegende werden bisher dezentral, projektbezogen oder im Rahmen einzelner Pflegedienste angeboten
- Beratung zur Pflegeorganisation, Umgang mit Pflegehilfsmitteln und Kommunikation mit Leistungserbringern erfolgt punktuell
- Überlastungssituationen und psychosoziale Bedarfe von Pflegenden werden nur selten systematisch erkannt
- Dokumentation und Evaluation sind nicht einheitlich etabliert

**Zukünftig**

- Übernahme einer koordinierenden Rolle bei Coaching und Beratung
- Etablierung einheitlicher Standards für die Durchführung und Dokumentation
- Systematische Unterstützung bei Pflegeorganisation, Entlastung und psychosozialen Fragen

- Einbindung in digitale Beratungs- und Coachingstrukturen
- Integration von **OI7.2**: Nutzung eines digitalen Coaching- und Beratungsmoduls zur Skalierung von Reichweite und Qualität

Coaching und Beratung durch Pflegeexperten sind die zentrale Ressource dieser Maßnahme. Sie bringen fundiertes Fachwissen und langjährige Praxiserfahrung ein, um informell Pflegende gezielt zu unterstützen, deren Kompetenzen zu stärken und ihrer Überlastung vorzubeugen.

**Informell Pflegende**

**Status quo (Handlungsfelder/Strukturen)**

- Umsetzung pflegerischer Maßnahmen im Alltag ohne systematische Unterstützung
- Unstrukturierte Rückmeldungen zu Belastungen, Herausforderungen und Unterstützungsbedarfen, oft nur im direkten Kontakt mit Ärzten oder Pflegediensten
- Geringe Einbindung in Schulungen und Beratungsangebote, häufig abhängig von Eigeninitiative

**Zukünftig**

- Aktive Mitwirkung an Schulungen und Beratung
- Stärkere strukturelle Einbindung in Coachingformate, um eigene Belastungen frühzeitig sichtbar zu machen
- Systematische Rückmeldungen über digitale Kanäle, die in die Informations- und Unterstützungsplattform eingespeist werden
- Zugang zu kontinuierlicher Begleitung durch Pflegeexperten und digitale Tools

Informell Pflegende sind die primäre Zielgruppe der Maßnahme. Sie profitieren direkt von der professionellen Unterstützung. Durch ihre aktive Mitwirkung tragen sie dazu bei, das Beratungs- und Coachingangebot bedarfsgerecht weiterzuentwickeln.

**Pflegekassen/Träger/Kommunen**

**Status quo (Handlungsfelder/Strukturen)**

- Fragmentierte Finanzierung von Beratungsangeboten oder Projekten
- Qualitätssicherung und Abrechnung sind an gesetzliche Vorgaben gebunden, werden aber nicht einheitlich gesteuert

**Zukünftig**

- Gesicherte Finanzierung und strukturelle Absicherung des Coachingangebots
- Verbindliche Qualitätsstandards und standardisierte Abrechnungsprozesse
- Strategische Steuerung in Zusammenarbeit mit Plattformanbietern und Pflegeexperten

Diese Akteure sichern die strukturellen und finanziellen Grundlagen der Maßnahme und gewährleisten ihre Nachhaltigkeit im regionalen Versorgungssystem.

**Regionale Initiativen (z. B. ReGe Pflege)**

**Status quo (Handlungsfelder/Strukturen)**

- Bisher punktuelle organisatorische, technische und inhaltliche Unterstützung bestehender Beratungs- oder Coachingangebote

**Zukünftig**

- Stärkere Rolle in der Abstimmung mit digitalen Plattformen
- Integration relevanter Informationsinhalte und kontinuierliche Mitentwicklung
- Regionale Vernetzung und flächendeckende Bereitstellung eines niedrigschwelligen Beratungs- und Coachingdienstes

Diese Akteursgruppen unterstützen die Verankerung der Maßnahme in bestehenden Netzwerken und tragen zur technischen und organisatorischen Integration in regionale Strukturen bei.

## Setting I – Informelle Pflege im häuslichen Umfeld: Verbesserung der operativen Pflegepraxis im Alltag und in Akutsituationen

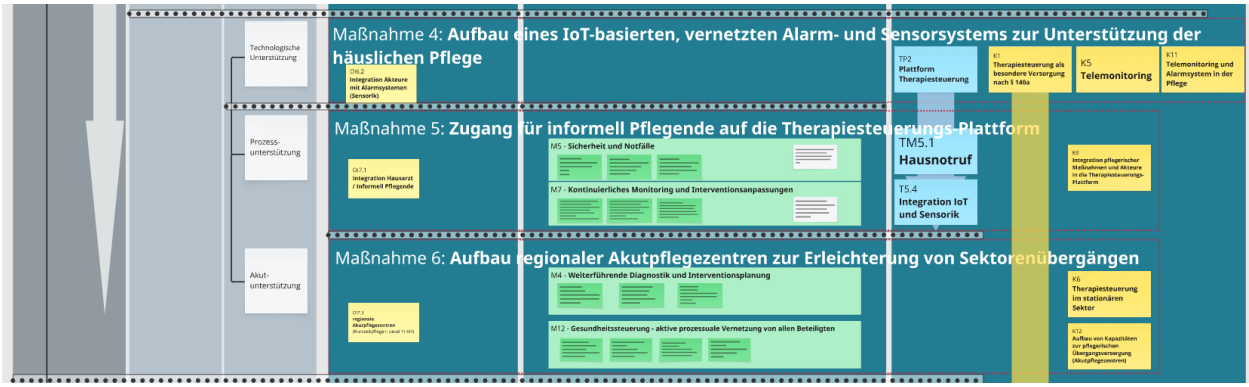
Die Maßnahmen 4 – 6 bilden einen thematischen Block, der der Stärkung der informellen häuslichen Pflege durch den gezielten Einsatz technologischer, prozessualer und akuter Unterstützungsstrukturen gilt. Während die oben beschriebenen Maßnahmen 1 – 3 vor allem auf die Aktivierung und die Unterstützung informeller Pflegepotenziale ausgerichtet waren, fokussiert dieser Block auf die Verbesserung der **operativen Pflegepraxis** im Alltag sowie auf die **Stabilisierung der Versorgung** in Krisensituationen.

Ein zentrales Ziel ist es, die Sicherheit und Selbstständigkeit pflegebedürftiger Personen im häuslichen Umfeld zu erhöhen und gleichzeitig das soziale und professionelle Unterstützungssystem effizient zu entlasten. Dazu gehört der Einsatz digitaler Technologien, intelligenter Sensorik und vernetzter Alarmsysteme (Maßnahme 4) eingesetzt, um Risiken frühzeitig zu erkennen und adäquat zu reagieren. Ergänzend schafft der Zugang informell Pflegender zu einer digitalen Therapiesteuerungsplattform (Maßnahme 5) eine strukturierte Grundlage für kontinuierliches Monitoring, gezielte Interventionen und abgestimmte Versorgungsentscheidungen.

Darüber hinaus adressiert der Aufbau regionaler Akutpflegezentren (Maßnahme 6) die Schnittstelle zwischen häuslicher und stationärer Versorgung. Ziel ist es, kurzfristige Krisensituationen ohne unnötige Krankenhausaufenthalte zu bewältigen, Versorgungslücken beim Übergang zwischen Sektoren zu schließen und die Verweildauer in Einrichtungen zur Akutversorgung so gering wie möglich zu halten.

Die Maßnahmen ergänzen sich gegenseitig: Technologische Systeme liefern relevante Daten und Frühwarnsignale, die über prozessunterstützende Strukturen in konkrete Versorgungsentscheidungen überführt werden. Gleichzeitig stehen Versorgungsangebote zur Verfügung, um in Krisensituationen schnell und bedarfsgerecht zu handeln. So entsteht eine **integrierte, reaktionsfähige Versorgungsstruktur**, die Risiken reduziert, Versorgungslücken schließt und die häusliche Pflege langfristig absichert.

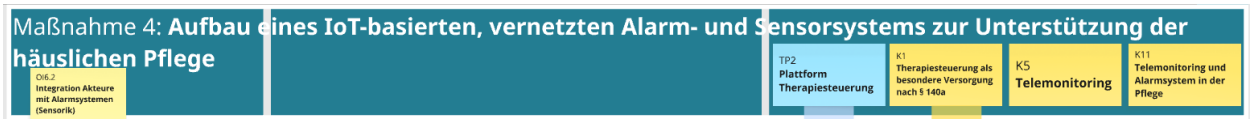
Abbildung 10: **Maßnahmen 4 – 6 im Ökosystem**




Quelle: _fbeta GmbH

### 3.3.4 Aufbau eines IoT-basierten, vernetzten Alarm- und Sensorsystems zur Unterstützung der häuslichen Pflege

Abbildung 11: **Maßnahme 4**




Quelle: _fbeta GmbH

#### 3.3.4.1 Herleitung auf Basis von Defiziten und Potenzialen

In der häuslichen Pflege existieren bereits zahlreiche technische Systeme, die unter dem Begriff „Ambient Assisted Living“ (AAL) zusammengefasst werden. Sie sollen pflegebedürftige Personen darin unterstützen, länger selbstständig und sicher im eigenen Zuhause leben zu können. Hierzu zählen klassische Hausnotrufsysteme ebenso wie moderne Sensoriklösungen und tragbare Vitaldaten-Messgeräte (sogenannte Wearables).

Dennoch bestehen erhebliche Defizite:

- Viele Systeme müssen privat finanziert werden, was ihre Verbreitung einschränkt.
- Häufig handelt es sich um isolierte Einzellösungen ohne technische Integration.
- Die Systeme lassen sich oft nicht nahtlos in bestehende Pflege- oder medizinische Behandlungsabläufe einbinden.
- Eine direkte Anbindung an alle relevanten Akteure (Pflegedienste, Hausärzte, Angehörige, Nachbarn und andere informell Pflegende) ist nur selten vorgesehen.

Diese Fragmentierung verhindert, dass technische Hilfsmittel ihr volles Potenzial entfalten. Eine Lösung liegt in der **technischen Vernetzung** und **prozessualen Integration** dieser Systeme, sodass Warnsignale nicht nur erfasst, sondern direkt an die richtigen Stellen weitergeleitet und in konkrete Handlungen übersetzt werden.

#### 3.3.4.2 Maßnahmenbeschreibung

Die Maßnahme sieht den **Aufbau eines integrierten Alarm- und Sensorsystems** vor, sodass bestehende Hausnotrufanwendungen durch IoT-basierte Module zur Sensorik erweitert werden. Ziel ist es, ein System zu schaffen, das alle relevanten Akteure der häuslichen Pflege – Pflegedienste, Hausarztpraxen, informell Pflegende und Angehörige – verlässlich erreicht und dabei qualifizierte Daten zum Vorfall übermittelt. So wird eine koordinierte, schnelle und bedarfsgerechte Krisenintervention eingeleitet.

Technische Grundlage sind handelsübliche Komponenten, die auf einem im häuslichen Umfeld betriebenen Alarmserver (z. B. Fritzbox, mobiles Endgerät) zusammengeführt werden. Der Alarmserver fungiert als zentrale Schnittstelle, die sämtliche Sensoren und IoT-Module bündelt, die Daten analysiert und gezielt an die hinterlegten Akteure weiterleitet. Über abgestufte Eskalationspläne werden Maßnahmen situationsgerecht eingeleitet – vom Kontaktieren eines Angehörigen bis hin zur Alarmierung des Rettungsdienstes.

### 3.3.4.3 Zusätzlicher (Versorgungs-)Nutzen

Ein integriertes Alarm- und Sensorsystem bietet erhebliche Vorteile für die Sicherheit und Lebensqualität pflegebedürftiger Menschen im häuslichen Umfeld. Die kontinuierliche Erfassung relevanter Daten und die intelligente Vernetzung aller Beteiligten ermöglicht ein frühzeitiges Erkennen eines Ereignisses und ein schnelleres angemessenes Reagieren.

Pflegedienste und Hausärzte erhalten verlässliche Informationen, die eine fundierte Ersteinschätzung ermöglichen und Fehlalarme reduzieren, sodass unnötige Einsätze professioneller Notdienste vermieden werden können.

Die Integration der Technik in bestehende Versorgungsprozesse entlastet nicht nur Pflegende, sondern schafft auch Vertrauen bei den betreuten Personen und deren Angehörigen. Gleichzeitig verbessert sich die Dokumentation und Nachverfolgung von Vorfällen, was wiederum zur Optimierung von Therapie- und Pflegeplänen beiträgt.

Langfristig trägt die Maßnahme zur **Vermeidung unnötiger Krankenhausaufenthalte** bei, senkt damit die Kosten im Gesundheitswesen und stärkt die Möglichkeit, dass Pflegebedürftige auch bei zunehmendem Unterstützungsbedarf länger selbstbestimmt in der eigenen Wohnung leben können.

### 3.3.4.4 Akteure

**Hausnotrufdienst/Rettungsdienste**

**Status quo (Handlungsfelder/Strukturen)**

- Technische Bereitstellung und Wartung von Notrufsystemen
- 24/7-Einsatzbereitschaft zur Annahme von Alarmen
- Erstreaktion und Organisation von Hilfe (Angehörige, Pflegedienst, Rettungsdienst)
- Dokumentation von Vorfällen und Weiterleitung relevanter Daten an Hausarzt oder behandelnden Arzt nur punktuell

**Zukünftig**

- Technische Vernetzung und prozessuale Integration in einheitliche Alarmsysteme und Plattformen
- Automatisierte Weiterleitung strukturierter Ereignisdaten an alle relevanten Akteure
- Verbesserte Rückkopplung in hausärztliche Versorgung und Pflegeprozesse
- Nutzung von **OI6.2** zur standardisierten Einbindung in digitale Alarm- und Sensorsysteme

Diese Akteure bilden die erste professionelle Reaktionsstufe im Notfall. Durch die Integration in den Alarmserver können sie Vorfälle frühzeitiger und präziser einschätzen und gezielt weiterleiten.

**Hausarzt**

**Status quo (Handlungsfelder/Strukturen)**

- Eingeschränkte Einbindung in Notfallpläne, meist über telefonische Rückmeldungen
- Versorgung bei medizinischer Notwendigkeit, aber selten direkte Anbindung an Hausnotrufsysteme

**Zukünftig**

- Integration in digitale Alarmsysteme mit direkter Rückmeldung über Vorfälle
- Bessere Informationslage durch strukturierte Übermittlung von Alarm- und Sensordaten
- Nutzung der Daten zur Optimierung der Therapiepläne und präventiven Steuerung

Der Hausarzt übernimmt die medizinische Beurteilung des Vorfalls und die Folgebehandlung. Die direkte Einbindung in den Alarmprozess verbessert die zeitliche Reaktionsfähigkeit und die Qualität der Versorgung.

**Pflegedienste**

**Status quo (Handlungsfelder/Strukturen)**

- Reaktion auf Notfallsituationen im Rahmen von Einsätzen
- Rückmeldung an relevante Akteure (z.B. Hausärzte, Angehörige oder Notrufdienste erfolgt oft verspätet und ohne standardisierte Schnittstelle
- Notfallpläne häufig unvollständig dokumentiert

**Zukünftig**

- Einbindung in einheitliche digitale Alarmsysteme mit Zugriff auf aktuelle Vorfalldaten
- Nutzung digitaler Rückmeldungen zur besseren Dokumentation und Versorgungssteuerung
- Verbesserte Abstimmung mit Hausarzt und Rettungsdiensten

Pflegedienste profitieren von präzisen Informationen zum Vorfall und können ihre Einsätze schnell und bedarfsgerecht steuern.

**Angehörige und andere informell Pflegende**

**Status quo (Handlungsfelder/Strukturen)**

- Spontane Unterstützung bei Eskalationsketten
- Keine strukturierte Information, oft Unsicherheit in Notfallsituationen
- Beteiligung auf freiwilliger Basis ohne klare Rollenverteilung

**Zukünftig**

- Systematische Einbindung in Notfallabläufe (z. B. automatische Benachrichtigung per App/SMS)
- Klare Definition von Rollen im Notfallplan
- Zugang zu Statusinformationen über Plattformen, in Abstimmung mit der betreuten Person

Die strukturierte Einbindung Angehöriger und anderen informell Pflegenden entlastet professionelle Kräfte und fördert die Einbindung sozialer Netzwerke in die Notfallversorgung.

**Anbieter Sensorik und IoT-Module**

**Status quo (Handlungsfelder/Strukturen)**

- Häufig isolierte Sensoriklösungen z. B. zur Raumüberwachung, Bewegungs- und Sturzerkennung)
- Systeme sind technisch nicht standardisiert und oft nicht nahtlos schwer in Versorgungsabläufe integriert

**Zukünftig**

- Einheitliche Bedienung über Schnittstellen zu Alarmsystemen
- Integration von IoT-Daten in zentrale Plattformen, die für Pflege, Hausärzte und Rettungsdienste zugänglich sind
- Schrittweise Standardisierung der Module zur Sicherstellung der Interoperabilität mit anderen Systemen

Diese Akteure liefern die technische Grundlage zur Erfassung von Ereignissen und deren nahtlose Integration in den Alarmprozess.

**Anbieter Alarmserver**

**Status quo (Handlungsfelder/Strukturen)**

- Installation und Betrieb von Alarmservern im häuslichen Umfeld
- Verbindung häufig nur mit Notrufdiensten, nicht mit Pflege- oder Therapieplattformen

**Zukünftig**

- Betrieb von Alarmservern mit standardisierten Schnittstellen zu IoT-Modulen
- Direkte Kopplung mit hausärztlichen Praxen und Pflegeplattformen
- Nutzung von **OI6.2** für die technische Integration in bestehende Versorgungsnetzwerke

Der Alarmserver im häuslichen Umfeld ist die zentrale Schnittstelle der technischen Architektur und bündelt sämtliche Sensoren und IoT-Module zu einem integrierten Handlungssystem.

### 3.3.5 Zugang für informell Pflegende auf die Therapiesteuerungsplattform

Abbildung 12: **Maßnahme 5**

Quelle: _fbeta GmbH

#### 3.3.5.1 Herleitung auf Basis von Defiziten und Potenzialen

Informell Pflegende stehen vor den gleichen Herausforderungen wie andere Patientinnen und Patienten, wenn es um den Zugang zur medizinischen Versorgung geht: eingeschränkte Terminverfügbarkeit bei Haus- und Fachärzten, ungünstige Sprechzeiten, mangelnde Bereitschaft zu Hausbesuchen sowie lange Wartezeiten in Bereitschaftsdiensten. Hinzu kommt, dass medizinische, pflegerische und soziale Versorgung häufig unkoordiniert nebeneinander ablaufen. Dies führt zu Informationsverlusten, Doppeluntersuchungen und verpassten Synergieeffekten.

Eine zentrale Verbesserungschance liegt in der stärkeren **Integration hausärztlicher und pflegerischer Leistungen**. Hierzu kann eine **digitale Fallakte** dienen, in der ein patientenspezifischer Therapieplan hinterlegt wird, der neben medizinischen Maßnahmen auch pflegerische Behandlungsschritte und Pflegediagnosen enthält.

Hausbesuche müssen nicht ausschließlich durch Ärztinnen und Ärzte erfolgen, sondern können auch von qualifizierten, modernen Pflegeberufen (z. B. Community Health Nurse, VERAH, NäPA) durchgeführt werden – unterstützt durch telemedizinische Verfahren und technische Diagnosehilfen. Zudem kann die Integration von Heilmittelerbringern (z. B. Physiotherapie, Podologie) verbessert werden, wenn sie Zugriff auf die Fallakte erhalten, wodurch Doppelaufwände reduziert und Behandlungsprozesse beschleunigt werden.

#### 3.3.5.2 Maßnahmenbeschreibung

Diese Maßnahme zielt auf die **Einbindung informell Pflegender in die Therapiesteuerungsplattform**.

Kernstück ist eine patientenbezogene digitale Fallakte, in der medizinische und pflegerische Behandlungsinformationen transparent und strukturiert hinterlegt werden. Neben ärztlichen Diagnosen und Therapieplänen enthält sie auch pflegerische Ziele, Maßnahmenempfehlungen und Hinweise zur Prävention.

Informell Pflegende erhalten – mit Zustimmung der pflegebedürftigen Person – Zugriff auf diese Informationen und können dort relevante Beobachtungen, Vitalwerte oder dokumentierte pflegerische Maßnahmen eintragen. So entsteht ein aktuelles Bild der Versorgungssituation, das allen Beteiligten zugänglich ist.

Die Plattform unterstützt zudem die Steuerung von Behandlungsprozessen, etwa durch die Anbindung an HZV-Modelle zur besseren Terminkoordination, telemedizinische Konsultationen und die Integration technischer Hilfsmittel zur Diagnoseunterstützung. Sie wird zu einer verbindenden Schnittstelle zwischen Hausärzten, Fachärzten, Pflegediensten, Heilmittelerbringern und informell Pflegenden.

### 3.3.5.3 Zusätzlicher (Versorgungs-)Nutzen

Die gezielte Integration von Hausärzten und informell Pflegenden in eine gemeinsame Therapiesteuerungsplattform schafft eine kontinuierliche und abgestimmte medizinisch-pflegerische Versorgung. Insbesondere in häuslichen Settings, die bislang durch Informationslücken oder Überlastung der Pflegenden geprägt sind, wird so eine enge Verzahnung erreicht. Durch die strukturierte Einbindung der Hausarztpraxis in Planung, Begleitung und Nachsteuerung pflegerischer Prozesse steht medizinische Expertise dort zur Verfügung, wo sie im Alltag oft fehlt – direkt im Pflegeumfeld.

Gleichzeitig werden informell Pflegende gestärkt und entlastet. Klare Ansprechpartner, abgestimmte Kommunikationswege und die Möglichkeit, niedrigschwellig Rückmeldungen zu geben, befähigen sie, ihre Pflegeaufgaben kompetent, sicher und gut eingebunden wahrzunehmen. Sie erhalten klare, fallbezogene Empfehlungen zu sinnvollen Pflegeroutinen, den nächsten Behandlungsschritten wie auch zu möglichen Komplikationen. Dies vermittelt Sicherheit und Handlungssouveränität.

Die Plattform etabliert zudem eine strukturierte Kommunikation und einen stetigen Informationsfluss zwischen allen Beteiligten. Hausärzte erhalten kontinuierlich aktuelle Informationen zum Gesundheitszustand der pflegebedürftigen Person, sodass sie bei signifikanten Veränderungen gezielt reagieren können. Durch asynchrone Kommunikationskanäle werden unnötige Unterbrechungen und ungesteuerte Kontakte vermieden, während gleichzeitig die Versorgungsqualität gesteigert und die Reaktionsfähigkeit verbessert wird.

### 3.3.5.4 Akteure

**Hausarzt**

**Status quo (Handlungsfelder/Strukturen)**

- Hauptverantwortung für die medizinische Versorgung
- Aufklärung zu Diagnosen, Medikation, Zieldefinition und Therapieplanung
- Interpretation von Verlaufsdaten und Anpassung von Therapien
- Eingeschränkte Einbindung informell Pflegender in die Versorgungsplanung

**Zukünftig**

- Kontinuierliche Einbindung informeller Pflegepersonen in die Versorgungsplanung über den Zugriff auf einen transparenten und strukturierten digitalen Therapieplans
- Nutzung der Therapiesteuerungsplattform zur Weitergabe von relevanten Hinweisen und sowie zur Einholung von Empfehlungen für eine bedarfsgerechte und fallbezogene Pflege
- Möglichkeit, Maßnahmen zur Sekundär- oder Tertiärprävention strukturiert vorzuschlagen
- Integration von **OI7.1**: Zusammenarbeit von Hausarzt und informell Pflegenden arbeiten auf Basis eines gemeinsamen digitalen Therapieplans

Hausärzte steuern die medizinische Behandlung und sorgen dafür, dass Pflegepläne transparent sind und von allen Beteiligten verstanden und umgesetzt werden können.

**Informell Pflegende**

**Status quo (Handlungsfelder/Strukturen)**

- Erbringen pflegerischer Basisleistungen (z. B. Mobilisation, Ernährung, Medikamentengabe)
- Beobachtung und Rückmeldung relevanter Veränderungen erfolgt oft mündlich oder ohne strukturierte Dokumentation
- Fehlen eines strukturierten Zugangs zu Therapie- und Behandlungsinformationen

**Zukünftig**

- Dokumentation pflegerischer Maßnahmen gemäß dem Therapieplans
- Nutzung der Plattform für Rückmeldungen zu Belastungen, Veränderungen oder Unterstützungsbedarf
- Möglichkeit zur ergänzenden Dokumentation von Vitalparametern (soweit nicht bereits durch IoT-Systeme erfasst)
- Direkte Abstimmung mit dem Hausarzt über digitale Kommunikationskanäle

Diese Akteure sind das Bindeglied zwischen dem Pflegealltag im häuslichen Umfeld und der professionellen Versorgung. Sie liefern wichtige Informationen für eine kontinuierliche und bedarfsgerecht abgestimmte Pflege.

**Betreiber der Therapiesteuerungsplattform**

**Status quo (Handlungsfelder/Strukturen)**

- Fehlen einer zentralen Plattform zur strukturierten Integration informell Pflegender

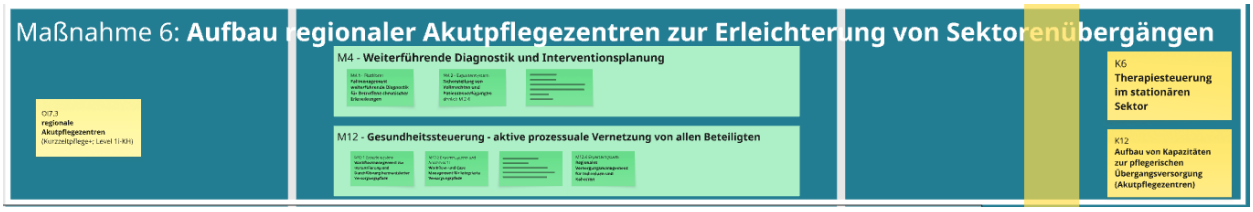
**Zukünftig**

- Betrieb und kontinuierliche Weiterentwicklung der Plattform
- Bereitstellung transparenter Kommunikationskanäle zwischen Hausarzt, informell Pflegenden und weiteren Akteuren in der Pflege
- Sicherstellung von Datenqualität, Datenschutz und Interoperabilität mit bestehenden Systemen

Diese Akteure stellen die technische Infrastruktur bereit, über die die sektorenübergreifende Kommunikation und Dokumentation in der häuslichen Pflege abgebildet wird.

### 3.3.6 Aufbau regionaler Akutpflegezentren zur Erleichterung von Sektorenübergängen

Abbildung 13: **Maßnahme 6**




Quelle: _fbeta GmbH

#### 3.3.6.1 Herleitung auf Basis von Defiziten und Potenzialen

Pflegebedürftige und ihre Angehörigen stehen in akuten Krisensituationen häufig vor dem Problem, dass bestehende Versorgungsstrukturen nicht flexibel genug reagieren können. Krankenhausaufenthalte werden oftmals vorschnell eingeleitet, weil kurzfristig keine geeigneten häuslichen oder teilstationären Alternativen zur Verfügung stehen. Gleichzeitig fehlen Übergangsangebote, um nach einem Krankenhausaufenthalt die Rückkehr in die häusliche Pflege sicher und reibungslos zu gestalten.

Hinzu kommt, dass der Übergang zwischen medizinischer, pflegerischer und sozialer Versorgung oft unkoordiniert erfolgt. Wichtige Informationen gehen verloren, Anschlussversorgungen verzögern sich, und die Belastung für informell Pflegende steigt erheblich. Insbesondere in ländlichen Regionen fehlen niederschwellige, wohnortnahe Einrichtungen, die kurzfristig pflegerische und medizinische Unterstützung bereitstellen können, ohne dass ein vollstationärer Krankenhausaufenthalt notwendig ist.

Ein zentraler Lösungsansatz liegt daher im **Aufbau regionaler Akutpflegezentren**, die eine flexible, bedarfsgerechte und koordinierte Versorgung in Krisensituationen ermöglichen und gleichzeitig als Bindeglied zwischen den Sektoren fungieren.

#### 3.3.6.2 Maßnahmenbeschreibung

Das Akutpflegezentrum fungiert als **regionale Anlaufstelle für Pflegebedürftige, deren Angehörige, Hausärzte, Pflegedienste und Krankenhäuser**. Es bietet eine befristete, engmaschige pflegerische und medizinische Betreuung, wenn die Versorgung im häuslichen Umfeld bei akuten Pflegesituationen nicht gewährleistet werden kann oder eine gezielte Übergangsversorgung nach einem Krankenhausaufenthalt erforderlich ist.

Die Einrichtungen sind darauf ausgelegt, kurzfristig Krisensituationen aufzufangen, z. B. bei einer akuten Verschlechterung des Gesundheitszustands, bei Ausfall einer Pflegeperson oder bei komplexem Versorgungsbedarf, der temporär eine intensivere Betreuung erfordert. Sie arbeiten eng mit Haus- und Fachärzten, Therapeuten, Pflege- und Sozialdiensten sowie informell Pflegenden zusammen.

Kernfunktionen der Maßnahme:

- Kurzzeitige voll- oder teilstationäre Pflegeversorgung
- Interdisziplinäre Fallbesprechungen und Versorgungsplanung
- Einbindung telemedizinischer Konsultationen und Diagnostik
- Übergangsmanagement nach Krankenhausaufenthalten
- Aktivierung und Entlastung informell Pflegender

- Koordination mit kommunalen Unterstützungs- und präventiven Angeboten

Das Zentrum ist organisatorisch in die regionale Versorgungsstruktur eingebettet und wird durch klare Schnittstellen zu Rettungsdiensten, Krankenhäusern und der ambulanten Versorgung angebunden.

#### 3.3.6.3 Zusätzlicher (Versorgungs-)Nutzen

Regionale Akutpflegezentren schließen eine zentrale Lücke im bestehenden Versorgungssystem. Sie bieten eine wohnortnahe, flexible und schnell verfügbare Alternative zu stationären Krankenhausaufenthalten und vermeiden so unnötige Klinikeinweisungen. Durch die enge Abstimmung mit Hausärzten, Pflegediensten und Krankenhäusern wird die Versorgungskontinuität verbessert und Versorgungslücken werden reduziert.

Für informell Pflegende bieten die Zentren eine wichtige Entlastungsfunktion in akuten Pflegesituationen. Sie können die Pflege temporär in professionelle Hände geben. Gleichzeitig wird durch gezielte Schulungen und Beratung während der Übergangsphase die Kompetenz der Pflegenden gestärkt.

Indem die Zentren zudem eine strukturierte Übergangsversorgung nach Krankenhausaufenthalten bieten, wird das Risiko von Komplikationen und Wiedereinweisungen reduziert. Darüber hinaus tragen die Zentren zur besseren Vernetzung medizinischer und pflegerischer Akteure bei und ermöglichen so eine koordinierte, sektorenübergreifende Versorgung. Langfristig verbessern sie somit die Versorgungsqualität, senken Folgekosten und stärken die Möglichkeit, dass Pflegebedürftige auch bei komplexem Unterstützungsbedarf im häuslichen Umfeld verbleiben können.

#### 3.3.6.4 Akteure

**Akutpflegezentrum**

**Status quo (Handlungsfelder/Strukturen)**

- Nur vereinzelte Kurzzeitpflegeangebote, häufig mit begrenzten Kapazitäten
- Nicht flächendeckend organisatorisch gesicherte Übergangspflege
- Nur teilweise Integration medizinischer Behandlungskompetenzen (inkl. Telemedizin)

**Zukünftig**

- Aufbau von Akutpflegezentren als eigenständige Versorgungsform
- Bereitstellung kurzfristig verfügbarer Kapazitäten für Pflegebedürftige mit überbrückendem stationärem Versorgungsbedarf (z. B. nach Unfall oder Krankenhausentlassung)
- Kombination pflegerischer Versorgung mit medizinischer Behandlungskompetenz, inkl. Telemedizin
- Integration von **OI7.3**: Nutzung als regionale Knotenpunkte zur Bündelung von Akutpflege, Übergangsmanagement und medizinisch-pflegerische Krisenintervention

Zentrale Einrichtung, die die Versorgung in akuten Phasen sicherstellt und die sektorenübergreifende Zusammenarbeit medizinischer und pflegerischer Akteure organisiert.

**Hausarzt/Fachärzte**

**Status quo (Handlungsfelder/Strukturen)**

- Versorgung von Patienten erfolgt vor allem ambulant oder im Krankenhaus
- Beteiligung an Übergangsprozessen ist oft zeitlich und organisatorisch begrenzt

**Zukünftig**

- Kontinuierliche medizinische Versorgung im Akutpflegezentrum, bei Bedarf unterstützt durch Telemedizin
- Engere Anbindung an Versorgungsprozesse nach stationären Aufenthalten
- Mitwirkung an Behandlungsplänen in enger Abstimmung mit Pflegefachkräften

Diese Akteure sichern die medizinische Qualität der Versorgung im Akutpflegezentrum und gewährleisten die Kontinuität der Behandlung.

**Informell Pflegende**

**Status quo (Handlungsfelder/Strukturen)**

- Versorgung in Übergangssituationen (z. B. nach Krankenhausentlassung, bei akuter Verschlechterung des Gesundheitszustands oder beim Ausfall einer pflegenden Person) ist oft überfordernd und ohne fachliche Unterstützung
- Fehlende Informationen und Begleitung nach stationären Aufenthalten der Pflegebedürftigen, um die Rückkehr in die häusliche Pflege zu stabilisieren

**Zukünftig**

- Einbindung in die Übergangspflege durch gezielte Information und Beratung
- Unterstützung und Coaching während des Aufenthalts der pflegebedürftigen Person im Akutpflegezentrum
- Bessere Vorbereitung auf die Wiederaufnahme der Pflege im häuslichen Umfeld

**Pflegefachkräfte**

**Status quo (Handlungsfelder/Strukturen)**

- Fehlende systematische Einbindung pflegerischer Kompetenzen in strukturierte Übergangs- und Akutversorgungssituationen
- Belastung durch Ad-hoc-Aufnahmen und fehlende Schnittstellen zu Krankenhaus oder ambulanter Versorgung

**Zukünftig**

- Kontinuierliche pflegerische Betreuung (24/7) in enger Abstimmung mit Ärzten
- Unterstützung informell Pflegender durch Schulung, Beratung und Coaching

- Bindeglied in Übergangsprozessen zwischen stationären Einrichtungen, Hausärzten und häuslicher Pflege

**Sozialmedizinische Betreuung (z. B. Sozialstationen, Quartiersmanager, Gesundheitskioske)**

**Status quo (Handlungsfelder/Strukturen)**

- Angebote sozialer und beratender Unterstützung häufig unkoordiniert mit der Übergangspflege

**Zukünftig**

- Einbindung in die Steuerung der Akutpflegezentren
- Beratung von informell Pflegenden und Vermittlung ergänzender Unterstützungsangebote
- Stärkere Verknüpfung von medizinisch-pflegerischer Versorgung und sozialer Unterstützung

Diese Akteure unterstützen die Akutpflegezentren, indem sie die Verknüpfung medizinisch-pflegerischer Versorgung mit sozialer Unterstützung in Übergangssituationen sicherstellen.

**Träger (z. B. Kommune, Wohlfahrtsverband, Unternehmen, Genossenschaft)**

**Status quo (Handlungsfelder/Strukturen)**

- Träger organisieren und finanzieren bestehende Kurzzeitpflegeangebote, es gibt jedoch keine systematisch aufgebauten Akutpflegezentren als eigenständige Versorgungsstruktur
- Heterogene Verantwortlichkeiten und Qualitätsstandards

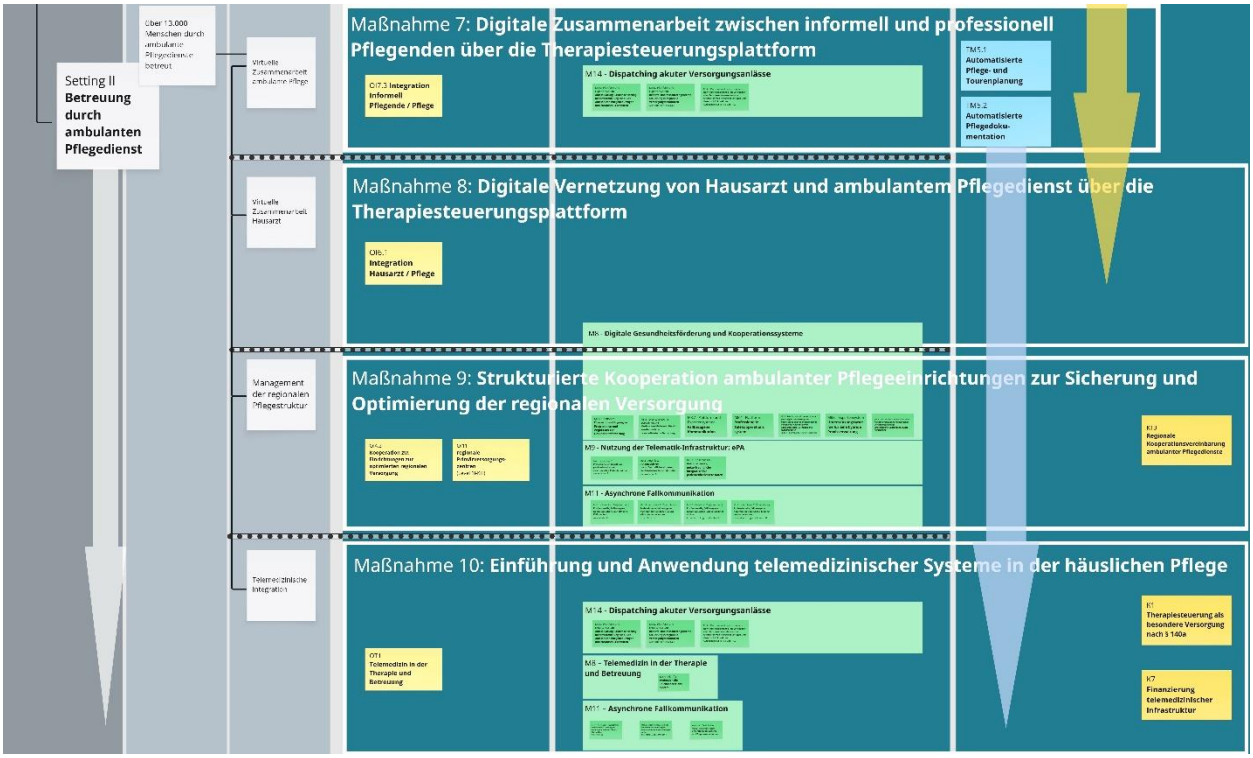
**Zukünftig**

- Aufbau, Finanzierung und Steuerung der Akutpflegezentren
- Sicherstellung von Personal, Räumlichkeiten und Qualitätsmanagement
- Langfristige Verankerung als Bestandteil der regionalen Versorgungslandschaft

Diese Akteure unterstützen die strukturelle Verankerung der Zentren in der Region und fördern deren nachhaltige Entwicklung.

## 3.4 Setting II – Betreuung durch und mit ambulante(n) Pflegedienste(n)

Abbildung 14: **Maßnahmen 7 – 10 im Ökosystem**




Quelle: _fbeta GmbH

Im Setting II übernehmen ambulante Pflegedienste die zentrale Verantwortung für die pflegerische Versorgung im häuslichen Umfeld. Sie gewährleisten die kontinuierliche Grund- und Behandlungspflege, koordinieren medizinische und therapeutische Leistungen und arbeiten dabei eng mit Haus- und Fachärzten, weiteren Gesundheitsdienstleistern sowie informell Pflegenden zusammen.

Die wachsende Zahl pflegebedürftiger Menschen, der zunehmende Fachkräftemangel und steigende organisatorische Anforderungen setzen ambulante Pflegedienste jedoch zunehmend unter Druck. Gleichzeitig erfordert die fragmentierte Versorgungslandschaft ein hohes Maß an Koordination, um Informationsverluste zu vermeiden und Versorgungskontinuität sicherzustellen.

Vor diesem Hintergrund zielen die Maßnahmen 7 – 10 darauf ab, die Leistungs- und Kooperationsfähigkeit ambulanter Pflegedienste zu stärken, ihre digitale Vernetzung und die sektorenübergreifende Zusammenarbeit auszubauen sowie ihre Rolle in der regionalen Versorgungssteuerung zu festigen. Der Einsatz digitaler Plattformen, telemedizinischer Systeme und koordinierter Prozessstrukturen soll helfen, Ressourcen effizient einzusetzen, Pflegeprozesse vorausschauend zu steuern und die Qualität der Versorgung nachhaltig zu sichern.

Dabei werden folgende Maßnahmen umgesetzt:

- **Maßnahme 7 – Digitale Zusammenarbeit zwischen informell und professionell Pflegenden über die Therapiesteuerungsplattform** (gemeinsame Pflege- und Tourenplanung, digital unterstützte

Kommunikation, strukturierte Rückmeldungen zu Pflegeverläufen, schnelle Abstimmung bei akuten Ereignissen)

- **Maßnahme 8 – Digitale Vernetzung von Hausarzt und ambulantem Pflegedienst über die Therapiesteuerungsplattform** (sicherer Datenaustausch, Integration ärztlicher Behandlungspläne in die Pflegeorganisation, abgestimmte Fallsteuerung)
- **Maßnahme 9 – Strukturierte Kooperation ambulanter Pflegeeinrichtungen zur Sicherung und Optimierung der regionalen Versorgung** (gemeinsame digitale Infrastruktur, Abstimmung von Kapazitäten, gemeinsame Qualitäts- und Prozessstandards)
- **Maßnahme 10 – Einführung und Anwendung telemedizinischer Systeme in der häuslichen Pflegeversorgung** (Integration telemedizinischer Diagnostik und Beratung, Nutzung asynchroner Kommunikationswege, Einbindung in die Therapiesteuerungsplattform)

Die Maßnahmen greifen ineinander: Digitale Werkzeuge und abgestimmte Kooperationsprozesse verbessern den Informationsfluss, schaffen Transparenz über Versorgungsprozesse und stärken die Handlungssicherheit aller Beteiligten. Dadurch wird die Rolle der ambulanten Pflegedienste als zentrale Koordinationsinstanz in der häuslichen Pflege gezielt gestärkt und die Grundlage für eine zukunftsfähige, qualitativ hochwertige Versorgung geschaffen.

### 3.4.1 Digitale Zusammenarbeit zwischen informell und professionell Pflegenden über die Therapiesteuerungsplattform

Abbildung 15: **Maßnahme 7**

Quelle: _fbeta GmbH

#### 3.4.1.1 Herleitung auf Basis von Defiziten und Potenzialen

Kommt es zu einem medizinischen oder pflegerischen Krisenfall, fehlt es häufig an kurzfristig verfügbaren Versorgungsangeboten. Dies betrifft sowohl Kapazitäten in der Verhinderungs-, Kurzzeit-, Tages- oder Nachtpflege als auch kurzfristige Unterstützungsleistungen im häuslichen Umfeld. Überlastete Angehörige und informell Pflegende sind in solchen Situationen oftmals gezwungen, den Rettungsdienst zu alarmieren, was nicht selten zu ungeplanten und vermeidbaren Krankenhausaufenthalten führt.

Gleichzeitig werden Patientinnen und Patienten heute oftmals früher aus dem Krankenhaus entlassen. Damit verlagern sich wesentliche Heilungs- und Rehabilitationsprozesse ins häusliche Umfeld, wo die dafür erforderlichen pflegerischen Kompetenzen häufig nicht ausreichend vorhanden sind.

Eine wesentliche Verbesserung kann erreicht werden, wenn **informell Pflegende strukturiert in die professionelle Versorgungsplanung und -umsetzung eingebunden** werden. Hierzu bietet sich die Nutzung einer gemeinsamen digitalen Therapiesteuerungsplattform an, über die beide Seiten – Angehörige und Pflegefachkräfte – Informationen austauschen, Maßnahmen abstimmen und Dokumentationen gemeinsam führen können.

#### 3.4.1.2 Maßnahmenbeschreibung

Die **Therapiesteuerungsplattform ermöglicht sowohl informell als auch professionell Pflegenden den Zugriff auf die digitale Fallakte** der Pflegebedürftigen. Dort können pflegerische Maßnahmen gemeinsam geplant, abgestimmt und dokumentiert werden. Ärztliche Behandlungsschritte werden transparent dargestellt, sodass pflegerische Tätigkeiten gezielt an den medizinischen Erfordernissen ausgerichtet werden können.

Die Plattform bietet abgestimmte Kommunikationskanäle, erfasst Vitaldaten und ermöglicht die strukturierte Dokumentation von Pflegeleistungen, Adhärenz und präventiven Maßnahmen. Damit dient sie nicht nur als Informations- und Planungsinstrument, sondern auch als Werkzeug zur Qualitätssicherung und zur kontinuierlichen Verbesserung der Versorgungsprozesse.

Diese Maßnahme trägt gleichzeitig dazu bei, die Rolle von Pflegefachpersonen und informell Pflegenden zu stärken, indem sie den Wissenstransfer zwischen professioneller und informeller Pflege erleichtert und die Zusammenarbeit auf eine verbindliche, dokumentierte Grundlage stellt.

#### 3.4.1.3 Zusätzlicher (Versorgungs-)Nutzen

Die aktive Einbindung informell Pflegender in die Pflegeplanung und -versorgung erhöht die Passgenauigkeit und Kontinuität pflegerischer Maßnahmen und steigert deren Wirksamkeit. Das Wissen über den Alltag der Pflegebedürftigen fließt unmittelbar in die Planung ein. Übergaben werden durch die gemeinsame Nutzung der digitalen Fallakte vereinfacht, die Dokumentation wird für beide Seiten transparenter und effizienter. Die Zusammenarbeit zwischen informell und professionell Pflegenden wird durch strukturierte Kommunikationswege gestärkt.

Durch gezielte Anleitung und die Integration von Vitaldaten in die Plattform können informell Pflegende gesundheitliche Veränderungen frühzeitig dokumentieren. Über strukturierte Rückmeldungen an Pflegedienste oder Hausärzte wird eine schnelle Reaktion möglich – unnötige Eskalationen können so vermieden werden.

Die enge Abstimmung medizinischer und pflegerischer Maßnahmen sorgt dafür, dass ärztliche Anordnungen und therapeutische Maßnahmen lückenlos in den Pflegealltag integriert werden. Fachliche Begleitung und kontinuierliche Beratung durch Pflegefachkräfte reduzieren das Risiko von Überforderung, verbessern die Versorgungsqualität und stärken die Wirksamkeit der informellen Pflege im häuslichen Umfeld.

#### 3.4.1.4 Akteure

**Informell Pflegende**

**Status quo (Handlungsfelder/Strukturen)**

- Versorgung im häuslichen Umfeld (z. B. Körperpflege, Mobilisation, Essens-, Medikamentengabe)
- Rückmeldungen zu Veränderungen des Gesundheitszustandes pflegebedürftiger Personen erfolgen informell und meist unsystematisch
- Oft eigenständige Koordination von Arzt- und Therapieterminen, ohne strukturierte Einbindung

**Zukünftig**

- Systematische Beobachtung und Rückmeldungen über digitale Kommunikationskanäle (Dokumentation in der Fallakte der Therapiesteuerungsplattform)
- Aktive Einbindung in Pflegeplanung und -versorgung in Abstimmung mit Pflegefachkräften
- Nutzung von **OI7.3**: Integration in eine digitale Plattform, die eine enge Verzahnung mit professionellen Diensten ermöglicht

Informell Pflegende sind zentrale Partner im Versorgungsteam. Ihre Beobachtungen und ihre tägliche Nähe zur pflegebedürftigen Person machen sie zu einer unverzichtbaren Informationsquelle und einem wichtigen Bindeglied zwischen informeller und professioneller Pflege im häuslichen Umfeld.

**Ambulanter Pflegedienst/Pflegefachkräfte**

**Status quo (Handlungsfelder/Strukturen)**

- Hauptaufgabe liegt in der pflegerischen Versorgung der Pflegebedürftigen sowie in der fachlichen Anleitung, Schulung und Unterstützung informell Pflegender.

- Rückmeldungen zu Pflegeverläufen und Gesundheitszustand erfolgen meist unregelmäßig und sind nicht systematisch dokumentiert
- Erstellung von Pflegeplänen überwiegend ohne aktive Einbeziehung von Angehörigen oder anderen informell Pflegenden

**Zukünftig**

- Erstellung digitaler Pflegepläne unter Einbezug informell Pflegender
- Regelmäßige Rückmeldungen zu Unterstützungsbedarfen direkt über die Plattform
- Nutzung digitaler Daten zur Früherkennung von Überforderung informell Pflegender oder Fehlerquellen
- Stärkung der Rolle als Bindeglied zwischen Hausarzt, informell Pflegenden und Plattform

Pflegefachkräfte sorgen für die fachgerechte Umsetzung der Pflege im häuslichen Umfeld, steuern den Unterstützungsprozess und gewährleisten die Integration ärztlicher und therapeutischer Vorgaben in die tägliche Versorgung.

**Plattformanbieter**

**Status quo (Handlungsfelder/Strukturen)**

- Fehlen einer zentralen Plattform zur strukturierten Zusammenarbeit von informeller und professioneller Pflege

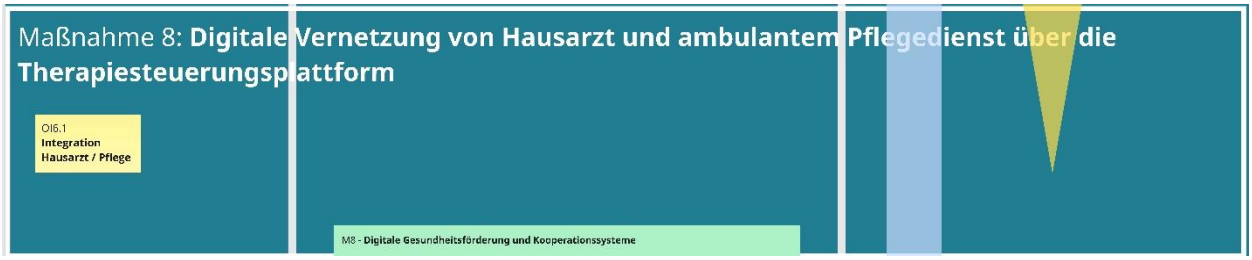
**Zukünftig**

- Betrieb und Weiterentwicklung der Therapiesteuerungsplattform
- Bereitstellung digitaler Kommunikations- und Dokumentationskanäle für professionell und informell Pflegende
- Sicherstellung der Datenqualität, Interoperabilität und Nutzerfreundlichkeit

Der Plattformanbieter stellt die technische Grundlage für die digitale Zusammenarbeit zwischen allen Beteiligten sicher und entwickelt die Funktionen der Plattform entsprechend den Anforderungen der Versorgungsakteure weiter.

### 3.4.2 Digitale Vernetzung von Hausarzt und ambulantem Pflegedienst über die Therapiesteuerungsplattform

Abbildung 16: **Maßnahme 8**




Quelle: _fbeta GmbH

#### 3.4.2.1 Herleitung auf Basis von Defiziten und Potenzialen

In der häuslichen Versorgung mit ambulanter Pflege ist die enge Zusammenarbeit zwischen Pflegedienst und Hausarzt entscheidend für eine kontinuierliche und wirksame Behandlung. Dennoch läuft die Abstimmung häufig unstrukturiert und zeitversetzt ab. Wichtige Informationen zu Therapieplänen, pflegerischen Beobachtungen oder Veränderungen des Gesundheitszustandes erreichen die jeweils andere Seite oft verspätet oder nur teilweise.

Zudem sind die Zuständigkeiten nicht immer klar definiert: Während der Pflegedienst ärztliche Maßnahmen im Alltag umsetzt und gesundheitliche Veränderungen früh erkennt, liegt die Verantwortung für medizinische Entscheidungen bei der Hausarztpraxis. Ohne ein strukturiertes, gemeinsames Dokumentations- und Kommunikationssystem entstehen Informationsverluste und Verzögerungen in der Versorgung.

Eine Therapiesteuerungsplattform mit gemeinsamer digitaler Fallakte kann diese Schnittstellenprobleme erheblich reduzieren. Sie bietet die Möglichkeit, medizinische und pflegerische Informationen aktuell, strukturiert und sicher auszutauschen – unabhängig von räumlichen oder zeitlichen Barrieren.

#### 3.4.2.2 Maßnahmenbeschreibung

Über die Therapiesteuerungsplattform greifen Hausarztpraxis und ambulanter Pflegedienst auf eine gemeinsame Fallakte zu. Dort werden **medizinische und pflegerische Informationen gebündelt, Therapiepläne und Pflegeziele abgestimmt und die Umsetzung ärztlicher Maßnahmen dokumentiert**.

Die Plattform ermöglicht es, Beobachtungen aus dem Pflegealltag systematisch zu erfassen und mit medizinischen Befunden zu verknüpfen. Dies schließt auch die Integration von automatisch erfassten Vitaldaten ein. Die Kommunikation erfolgt asynchron über definierte Kanäle, sodass Rückmeldungen zielgerichtet und ohne unnötige Unterbrechungen erfolgen.

Durch strukturierte Kommunikationswege, dokumentierte Aufgabenverteilungen und die gemeinsame Nutzung der Fallakte werden medizinische und pflegerische Maßnahmen besser koordiniert und effizienter umgesetzt.

### 3.4.2.3 Zusätzlicher (Versorgungs-)Nutzen

Die digitale Vernetzung von Hausarzt und ambulantem Pflegedienst über die Therapiesteuerungsplattform ermöglicht eine medizinisch-pflegerische Behandlung aus einer Hand. Therapiepläne und Pflegeziele werden gemeinsam entwickelt, strukturiert abgestimmt und praxisnah sowie zeitnah umgesetzt. Die kontinuierliche Beobachtung des Gesundheitszustands durch Pflegefachkräfte, kombiniert mit der automatisierten Erfassung von Vitaldaten, erlaubt ein frühzeitiges Erkennen gesundheitlicher Veränderungen und eine schnelle Einleitung bedarfsgerechter Maßnahmen.

Ärztlich verordnete Maßnahmen – einschließlich präventiver Interventionen – werden zielgerichtet umgesetzt, dokumentiert und hinsichtlich ihrer Wirksamkeit zurückgemeldet. Dadurch erhöht sich die Verlässlichkeit der medizinischen Versorgung im häuslichen Umfeld und die Qualität der pflegerischen Betreuung.

### 3.4.2.4 Akteure

**Hausarzt**

**Status quo (Handlungsfelder/Strukturen)**

- Medizinische Leitung der Behandlung
- Erstellung von Therapieplänen, Verordnung von Medikamenten und Hilfsmitteln
- Kommunikation mit ambulantem Pflegedienst erfolgt oft per Telefon oder in Papierform
- Rückmeldungen zu Veränderungen des Gesundheitszustands eines Patienten erreichen den Hausarzt häufig verspätet oder unsystematisch

**Zukünftig**

- Enge Zusammenarbeit mit ambulanten Pflegediensten über die Therapiesteuerungsplattform
- Nutzung gemeinsamer digitaler Fallakten für Therapiepläne und Dokumentation
- Bessere Rückmeldeschleifen durch standardisierte Datenübermittlung
- Integration von **OI6.1**: Kooperation zwischen Hausarzt und Pflegedienst über die Plattform auf Basis eines abgestimmten digitalen Behandlungs- und Pflegeplans

Hausärztinnen und Hausärzte tragen die Verantwortung für die medizinische Steuerung und profitieren von zeitnahen, strukturierten Informationen aus dem Pflegealltag, um ihre Entscheidungen fundiert treffen zu können.

**Ambulanter Pflegedienst/Pflegefachkräfte**

**Status quo (Handlungsfelder/Strukturen)**

- Umsetzung ärztlich verordneter Maßnahmen (z. B. Medikamentengabe, Wundversorgung)
- Dokumentation von Beobachtungen und Rückmeldungen nur punktuell oder in Papierform
- Eingeschränkte Beteiligung an Therapie- und Pflegezielplanung

**Zukünftig**

- Beobachtung des Pflegezustands und strukturierte Dokumentation relevanter Informationen in der digitalen Fallakte auf der Plattform
- Aktive Beteiligung an der Abstimmung von Therapieplänen und Pflegezielen
- Strukturiertere Rückkopplung mit Hausärzten über die Plattform
- Nutzung digitaler Kommunikationskanäle zur schnelleren und effizienteren Umsetzung medizinischer und pflegerischer Maßnahmen

Ambulante Pflegedienste stellen sicher, dass medizinische Vorgaben fachgerecht in den häuslichen Pflegealltag übertragen werden, und liefern durch ihre Alltagsnähe wertvolle Informationen für die ärztliche Beurteilung.

**Plattformanbieter**

**Status quo (Handlungsfelder/Strukturen)**

- Fehlen einer zentralen Plattform zur strukturierten Zusammenarbeit zwischen Hausarzt und Pflegedienst

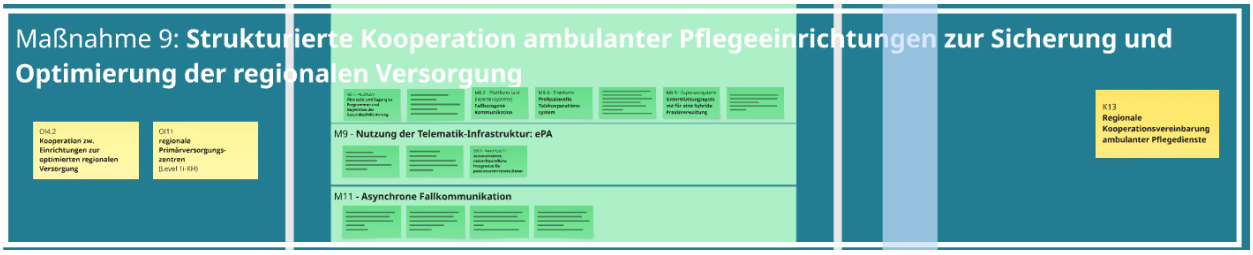
**Zukünftig**

- Betrieb und Weiterentwicklung der Therapiesteuerungsplattform
- Bereitstellung standardisierter Kommunikations- und Dokumentationsschnittstellen
- Sicherstellung von Interoperabilität, Datenschutz und Nutzerfreundlichkeit

Die technische Basis der Vernetzung bildet das Fundament dafür, dass Informationen sicher, zuverlässig und in Echtzeit zwischen den Beteiligten ausgetauscht werden können.

### 3.4.3 Strukturierte Kooperation ambulanter Pflegeeinrichtungen zur Sicherung und Optimierung der regionalen Versorgung

Abbildung 17: **Maßnahme 9**




Quelle: _fbeta GmbH

#### 3.4.3.1 Herleitung auf Basis von Defiziten und Potenzialen

Die im vorherigen Setting genannten Herausforderungen der Integration medizinischer und pflegerischer Versorgung gelten gleichermaßen in diesem Setting. Zwar steht mit den Pflegefachkräften der ambulanten Pflegedienste eine qualifizierte Koordinationsinstanz zur Verfügung, dennoch bestehen weiterhin gravierende strukturelle Defizite: Es mangelt an synchronen wie asynchronen Kommunikationskanälen zwischen Pflege, Leistungserbringern in der gesundheitlichen Versorgung und weiteren relevanten Akteuren.

Diese fehlenden Kommunikations- und Kooperationsstrukturen erschweren nicht nur die Abstimmung medizinisch-pflegerischer Maßnahmen, sondern verhindern auch die frühzeitige Einleitung geeigneter Interventionen. Zudem fehlt oft der direkte Zugang zur Akutversorgung oder eine verbindliche Koordination bei Übergängen zwischen Krankenhaus, ambulanter und teilstationärer Pflege.

Eine stärkere, verbindlich organisierte Zusammenarbeit ambulanter Pflegeeinrichtungen – unterstützt durch regionale Koordinierungs- und Qualitätsstrukturen – kann diese Defizite deutlich reduzieren.

#### 3.4.3.2 Maßnahmenbeschreibung

Die Maßnahme zielt auf den **Aufbauklarer, verbindlicher Kooperationsstrukturen zwischen ambulanten Pflegeeinrichtungen** ab. Diese Strukturen sollen durch regelmäßige Abstimmungsformate wie regionale Koordinierungsgruppen, Facharbeitskreise oder Qualitätszirkel gestützt werden.

Kernaspekte der Maßnahme sind:

- Abstimmung und Harmonisierung von Prozessen bei Aufnahme, Übergabe und Entlassung von Pflegebedürftigen
- Entwicklung gemeinsamer Standards für die Dokumentation und Kommunikation
- Einrichtung verlässlicher Eskalations- und Notfallstrukturen
- Kontinuierlicher Austausch zu Kapazitäten und Ressourcen, um Versorgungsengpässe frühzeitig zu erkennen und zu kompensieren
- Gemeinsame Projekte zur Verbesserung der Schnittstellenarbeit, z. B. bei der Koordination von Entlassungen aus dem Krankenhaus oder Vermeidung von Notfalleinweisungen

Diese Kooperationen sollen in bestehende regionale Pflege- und Gesundheitsnetzwerke eingebettet werden und im Idealfall mit der Therapiesteuerungsplattform verknüpft sein.

#### 3.4.3.3 Zusätzlicher (Versorgungs-)Nutzen

Eine verbindliche und strukturierte Zusammenarbeit ambulanter Pflegeeinrichtungen stärkt die **regionale Versorgungssicherheit** und reduziert das Risiko von Versorgungslücken. Durch abgestimmte Prozesse und klare Kommunikationswege lassen sich Übergänge zwischen Einrichtungen reibungsloser gestalten, Doppelarbeit vermeiden und wichtige Informationen zuverlässig weitergeben.

Gleichzeitig erhöht sich die **Reaktionsfähigkeit** im Krisenfall, da Kapazitäten und Ressourcen transparenter sind und kurzfristig umgesteuert werden können. Gemeinsame Qualitätsstandards fördern eine **einheitliche Versorgungsqualität** in der Region, unabhängig vom einzelnen Leistungserbringer.

Die koordinierte Zusammenarbeit ermöglicht es, **präventive Maßnahmen** gezielter einzusetzen, unnötige Krankenhausaufenthalte zu vermeiden und die Belastung pflegender Angehöriger zu reduzieren. Langfristig wird damit nicht nur die Versorgungsqualität verbessert, sondern auch die Attraktivität der ambulanten Pflege als Berufsfeld gestärkt.

#### 3.4.3.4 Akteure

**Ambulante Pflegeeinrichtungen/Pflegedienste**

**Status quo (Handlungsfelder/Strukturen)**

- Ambulante Pflegedienste arbeiten überwiegend isoliert innerhalb ihres eigenen Versorgungsbereichs
- Zusammenarbeit zwischen Diensten verschiedener Träger ist selten institutionalisiert
- Austausch beschränkt sich oft auf informelle Kontakte oder punktuelle Absprachen

**Zukünftig**

- Beteiligung an einer regionalen Koordinierungsgruppe oder an Facharbeitskreisen und Qualitätszirkeln
- Gemeinsame Initiativen zur Optimierung der Ressourcenverwendung (z. B. Pooling von Notfall- und Bereitschaftsdiensten)
- Standardisierte Kooperations- und Kommunikationsprozesse zwischen Pflegediensten verschiedener Träger
- Integration von **OI4.2** als organisatorische Grundlage für verlässliche Kooperationen zur optimierten regionalen Versorgung

Ambulante Pflegeeinrichtungen sind die zentralen Umsetzungsinstanzen der abgestimmten Versorgungsprozesse und profitieren von klaren Kooperationsstrukturen sowie transparenten Abstimmungswegen.

**Leistungserbringer (Hausärzte, Kliniken etc.)**

**Status quo (Handlungsfelder/Strukturen)**

- Überwiegend bilaterale Zusammenarbeit mit ambulanten Diensten (z. B. über einzelne Verordnungen oder telefonische Kontakte)
- Kaum strukturierte Abstimmung bei Übergaben oder komplexeren Versorgungsverläufen

**Zukünftig**

- Teilnahme an Initiativen zur Prozessharmonisierung, insbesondere bei Übergabe- und Kommunikationsstrukturen
- Engere Vernetzung mit Pflegeeinrichtungen über regionale Primärversorgungszentren
- Integration von **OI11**: Nutzung von Primärversorgungszentren als gemeinsame Plattform zur Koordination medizinischer und pflegerischer Leistungen

Die strukturierte Kooperation zwischen ambulanten Pflegeeinrichtungen und anderen Leistungserbringern ist entscheidend, um pflegerische und medizinische Maßnahmen wirksam zu verzahnen und eine lückenlose Versorgung sicherzustellen.

**Träger/Kommune/Pflegestützpunkte**

**Status quo (Handlungsfelder/Strukturen)**

- Punktuelle Unterstützung von Projekten zur Pflegekoordination, meist projekt- oder fördermittelgebunden
- Fehlen einer dauerhaften organisatorischen und moderierenden Rolle

**Zukünftig**

- Organisation, Moderation und Dokumentation regionaler Kooperationsstrukturen
- Initiierung gemeinsamer Projekte, z. B. zum Entlassmanagement oder zur Notfallvermeidung
- Aufbau einer gemeinsamen, sektorenübergreifenden Versorgungslogik im Sozialraum
- Verstärkte Rolle als Schnittstelle zwischen Pflegediensten, Ärzten und kommunaler Planung

Diese Akteure übernehmen eine koordinierende Rolle, stellen Ressourcen für die Zusammenarbeit bereit und sorgen für die strategische Einbindung der Kooperationsstrukturen und Versorgungskonzepte in die kommunale Pflege- und Gesundheitsplanung.

### 3.4.4 Einführung und Anwendung telemedizinischer Systeme in der häuslichen Pflege

Abbildung 18: **Maßnahme 10**

#### 3.4.4.1 Herleitung auf Basis von Defiziten und Potenzialen

Ambulante Pflegefachkräfte stehen in Krisensituationen häufig vor einem Dilemma: Sie erkennen einen akuten medizinischen Behandlungsbedarf, sind jedoch in ihrer Handlungsfreiheit eingeschränkt – beispielsweise bei der Gabe bestimmter Medikamente oder der Einleitung spezifischer medizinischer Maßnahmen. Gleichzeitig können sie in der Regel nicht auf das Eintreffen des Haus- oder Bereitschaftsarztes warten, da weitere Pflegebedürftige versorgt werden müssen.

In dieser Situation bleibt oftmals nur, die Notrufnummer 112 zu wähle – mit der Folge ungeplanter, und vielfach vermeidbarer, Krankenhausaufenthalte. Dies führt zu zusätzlichen Belastungen und Risiken für die Patientinnen und Patienten, unnötigen Kosten und einer weiteren Kapazitätsbelastung im Gesundheitssystem.

Eine **digital gestützte Primärversorgung** mittels Telemedizin kann hier Abhilfe schaffen: Sie ermöglicht eine unmittelbare medizinische Beratung, Diagnoseunterstützung und Therapieanpassung in akuten Situationen – direkt im häuslichen Umfeld und in enger Abstimmung mit dem pflegerischen Personal.

#### 3.4.4.2 Maßnahmenbeschreibung

Ziel dieser Maßnahme ist die **Förderung und Unterstützung einer telemedizinischen Versorgung in der häuslichen Pflege**. Hierfür werden geeignete Systeme identifiziert und implementiert, um Pflegefachkräften sowie Patientinnen und Patienten einen niederschwelligen Zugang zu telemedizinischen Anwendungen zu ermöglichen.

Ein wesentlicher Bestandteil ist die Qualifizierung des Pflegepersonals: Mitarbeitende ambulanter Pflegedienste werden in der Nutzung telemedizinischer Anwendungen geschult, sodass sie die Technik im Versorgungsalltag sicher und routiniert einsetzen können.

Durch die Bereitstellung und den gezielten Einsatz telemedizinischer Systeme können Pflegefachkräfte in akuten Situationen auf (fach-)ärztliche Unterstützung zurückgreifen, Therapien abstimmen und Medikationsanpassungen begleiten.

### 3.4.4.3 Zusätzlicher (Versorgungs-)Nutzen

Die Einführung telemedizinischer Systeme in der häuslichen Pflege schafft einen direkten Zugang zu ärztlicher Expertise, ortsunabhängig, ohne zeitliche und logistische Hürden. Akute Veränderungen des Gesundheitszustandes können sofort bewertet und entsprechende Maßnahmen eingeleitet werden.

Durch die **ärztliche Unterstützung in Echtzeit** und die dadurch erhöhte Handlungssicherheit der Pflegefachkräfte wird die Zahl unnötiger Rettungsdiensteinsätze und Krankenhausaufenthalte reduziert, wodurch sowohl Patientinnen und Patienten als auch das Gesundheitssystem entlastet werden.

Die Integration in die bestehende Therapiesteuerungsplattform sorgt dafür, dass ärztliche Verordnungen und pflegerische Maßnahmen nahtlos ineinandergreifen. Die kontinuierliche Dokumentation und Verlaufskontrolle verbessern die Versorgungsqualität nachhaltig. Zudem wird die Zusammenarbeit zwischen ärztlichen und pflegerischen Akteuren gestärkt, da Entscheidungsprozesse transparent und nachvollziehbar dokumentiert sind.

### 3.4.4.4 Akteure

**Arztpraxen/Teleärzte**

**Status quo (Handlungsfelder/Strukturen)**

- Telemedizinische Konsultationen sind bislang nur vereinzelt etabliert, meist im Rahmen von Modellprojekten
- Rückmeldungen zwischen Ärzten und Pflegepersonal erfolgen überwiegend telefonisch oder in Papierform
- Digitale Teilnahme an Fallkonferenzen findet nur selten statt

**Zukünftig**

- Durchführung regelmäßiger Tele-Visiten und -Beratungen bei akuten Symptomen, Verlaufskontrollen und Medikationsanpassungen
- Direkte Ansprechbarkeit für Pflegefachkräfte über Videotelefonie oder eine zentrale Plattform
- Teilnahme an digitalen Fallkonferenzen im Einzelfall sowie kontinuierliche Abstimmung über die Plattform

Diese Akteure stellen mithilfe digitaler Technologien die medizinische Fachkompetenz bereit, die für die akute Versorgung im häuslichen Umfeld erforderlich ist.

**Pflegefachkräfte/Pflegeeinrichtungen**

**Status quo (Handlungsfelder/Strukturen)**

- Betreuung akuter Situationen erfolgt überwiegend allein oder nach telefonischer Rücksprache mit Ärztinnen und Ärzten
- Telemedizinische Unterstützung ist kaum verbreitet
- Kommunikation zwischen Pflegefachkräften und ärztlichen Leistungserbringern basiert häufig auf analogen oder nicht standardisierten Wegen

**Zukünftig**

- Ortsunabhängige Durchführung und Begleitung durch Telekonsultationen in Echtzeit
- Unterstützung bei der strukturierten Datenerhebung für die telemedizinische Begutachtung
- Nutzung sicherer Plattformen und weiterer digitaler Technologien (z. B. Apps) für die Kommunikation mit Ärztinnen und Ärzten

Diese Akteure sind die vermittelnde Schnittstelle zwischen Patientinnen und Patienten, Angehörigen und der telemedizinischen Beratung und sichern die Umsetzung ärztlicher Verordnungen.

**Telemedizinanbieter/IT-Dienstleister**

**Status quo (Handlungsfelder/Strukturen)**

- Geringe Integration vorhandener technischer Lösungen in pflegerische Kontexte
- Häufig unzureichende oder inkompatible Schnittstellen zu bestehenden Systemen
- Fokus überwiegend auf technischer Bereitstellung, weniger auf pflegerischen Prozessen

**Zukünftig**

- Aufbau und Pflege einer stabilen technischen Infrastruktur für Endgeräte und Plattformen
- Sicherstellung von Datenschutz, Systemverfügbarkeit und Interoperabilität
- Verbindungsmanagement, speziell auf die Anforderungen im Pflegekontext abgestimmt

Diese Akteure gewährleisten den sicheren und stabilen Betrieb der telemedizinischen Systeme.

**Pflegebedürftige/informell Pflegende**

**Status quo (Handlungsfelder/Strukturen)**

- Ärztliche Konsultationen erfolgen überwiegend persönlich, oft verbunden mit langen Wartezeiten oder logistischen Hürden
- Teilnahme an telemedizinischen Angeboten (z. B. Videosprechstunden, Telemonitoring) ist kaum etabliert

**Zukünftig**

- Stärkere Einbindung in telemedizinische Versorgungsangebote (Videosprechstunden mit behandelnden Ärztinnen und Ärzten), in der Regel unterstützt durch Pflegefachkräfte
- Möglichkeit der Klärung von Fragen zu Medikation, Therapieplänen und Gesundheitszustand über digitale Kanäle in Echtzeit und ortsunabhängig

Die aktive Einbindung in telemedizinische Konsultationen, die die Einholung ärztlicher Expertise ortsunabhängig und in Echtzeit ermöglicht die Entlastung sowohl Pflegebedürftige als auch informell Pflegender.

# 4 Technologie und Architektur

**Gesamtansatz.** Plattformbasierte Versorgungsarchitektur zur Stärkung informell Pflegender und Kooperation im Versorgungsteam

Die in Kapitel 3 skizzierte versorgungsinhaltliche und organisatorische Transformation des Ökosystems geht einher mit dem Ausbau einer leistungsfähigen, regionalen digitalen Infrastruktur. Zentrales Element ist die Entwicklung und Etablierung zweier digitaler Plattformen.

Die **Plattform Therapiesteuerung** ermöglicht die personalisierte und kontinuierlich angepasste Steuerung von Versorgungsprozessen bei pflegebedürftigen Personen. Sie erfasst Gesundheits-, Therapie- und Pflegedaten, dokumentiert Ziele sowie Maßnahmen und fördert die aktive Einbindung der Betroffenen sowie ihren Zu- bzw. Angehörigen. Mithilfe digitaler Workflows unterstützt sie die interprofessionelle Koordination und ermöglicht eine ressourcenorientierte und salutogenetische Versorgung.

Die Plattform Therapiesteuerung wird im Zuge der digitalen Transformation der Region für das Versorgungsszenario „Chronische Erkrankungen“ initiiert (siehe die Konzeption Strategie Therapiesteuerung). Die plattformbasierten Strategien beider Szenarien (Setting I und II, siehe Kapitel 3) verhalten sich synergetisch zueinander.

Die **Plattform Versorgungszugang** dient der bedarfs- und ressourcengerechten Navigation zu präventiven, medizinischen, pflegerischen und therapeutischen Angeboten in der Region sowie zu virtuellen oder telemedizinischen Angeboten. Sie stellt strukturierte Informationen über verfügbare Versorgungsangebote bereit, unterstützt die Bedarfsermittlung und ermöglicht eine gezielte Vermittlung.

> Die Entwicklung einer Plattform zum Versorgungszugang mit dem Fokus auf Gesundheitskompetenz, Gesundheitsförderung und Angebotsvermittlung sollte kein regionaler Alleingang sein. Eine zentrale Initiative durch das Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit (BIÖG, ehemals BZgA) wäre sinnvoll, um Struktur und Sichtbarkeit bundesweit zu sichern. Die konkrete Ausgestaltung könnte auf Landes- oder Regionalebene erfolgen. So lassen sich regionalspezifische Informationen und Angebote flexibel integrieren.

Beide Plattformen bilden gemeinsam das technologische Rückgrat für eine hybride, integrierte Versorgung Pflegebedürftiger in der Region. Die Plattformen greifen funktional ineinander, basieren auf einer gemeinsamen strukturierten technischen Architektur und sind in **drei aufeinander aufbauenden Entwicklungsstufen** angelegt:

- Stufe 1. **Informelle Pflege stärken, Zugänge erleichtern: Plattform Versorgungszugang für informell Pflegende als Lotse, Lernraum und Unterstützer** (Setting I)

  Ein digitaler Zugangspunkt für Schulung, Beratung und Koordination – damit informelle Pflege eigenständig gelingt.

- Stufe 2. **Informell Pflegende in die Plattform Therapiesteuerung integrieren: multimodales Monitoring und Fallkommunikation als Brücke zur HA-Praxis** (Setting I)

  Einfließen von Daten aus der Pflege in der Häuslichkeit, intelligente Ereigniserkennung und pfadbasierte Steuerung – für eine Versorgung und Pflege durch Angehörige und sonstige informell Pflegende

- Stufe 3. **Ambulante Pflege andocken: Integration in die Plattform Therapiesteuerung für eine koordinierte Versorgung im regionalen Team** (Setting II)

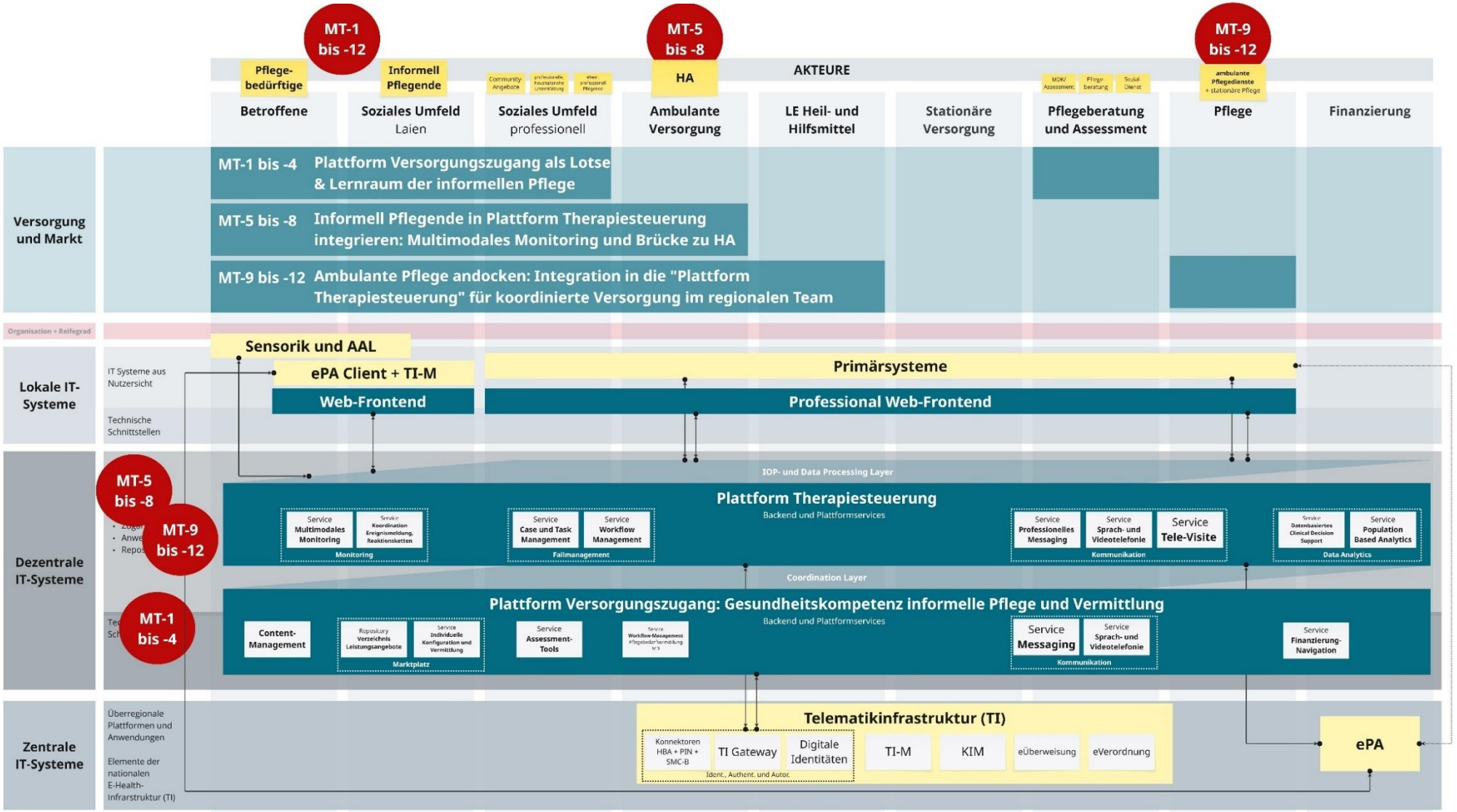
  Falleinsicht, Task-Management und Tele-Services für ambulante Pflegedienste – gemeinsam mit Hausärztinnen und Hausärzten sowie Zu- bzw. Angehörigen in einer digitalen Versorgungsstruktur

**Hinweis:** Die in diesem Abschnitt beschriebenen technischen Maßnahmen werden derzeit noch unter der bisherigen Bezeichnung „**MT-Module“** geführt. Die Umstellung auf die neue Nomenklatur der technischen Module (T-Module) befindet sich in Umsetzung und wird in den folgenden Projektständen berücksichtigt. Jede Entwicklungsstufe ist mit **technischen Maßnahmen (MT)** verknüpft. Diese umfassen entweder die Entwicklung neuer digitaler Services zur funktionalen Erweiterung der jeweiligen Plattform oder die Anbindung weiterer Akteursgruppen an die bestehende digitale Infrastruktur. So werden die Plattformen schrittweise sowohl in der Tiefe als auch in der Breite ausgebaut.

Das folgende Kapitel bildet in erster Linie die Brücke zwischen zu realisierenden Funktionen, Systemen und geeigneten Systemarchitekturen der Plattformstrategien aus logischer Sicht. Sofern technische Konzepte zum besseren Verständnis beitragen, werden diese kurz dargestellt, stellen aber noch keine finale technische Spezifikation dar. Sie sind als Designempfehlungen zu verstehen und können noch angepasst oder geändert werden.

Im nachfolgenden Unterkapitel werden die technischen Maßnahmen in aufeinander aufbauenden Ausbaustufen dieses Konzeptes präsentiert. Abbildung 19 visualisiert das technische Konzept in Form einer logischen Zielarchitektur für das Versorgungsszenario „Pflege“. Die Beziehungen zwischen den vorgesehenen Systemen sind illustrativ und markieren notwendige Systeminteraktion und Schnittstellen. Aspekte der Interoperabilität (IOP), Schnittstellengestaltung und Systemintegration werden in separaten Unterkapiteln besprochen.

Abbildung 19: **Zielarchitektur für das Versorgungsszenario „Pflege“**



## 4.1 Technische Maßnahmen und Komponenten

### 4.1.1 Stufe 1. Informelle Pflege stärken, Zugänge erleichtern: Plattform Versorgungszugang für informell Pflegende als Lotse, Lernraum und Unterstützer

In der ersten Entwicklungsstufe (MT-1 – MT-4) wird die Plattform Versorgungszugang mit ihren Basisfunktionalitäten eingeführt. Für Pflegebedürftige und informell Pflegende soll der Zugang zu unterstützenden Leistungen (analog, digital) sowie Informations- und Schulungsmaterial erleichtert werden. Dazu sind technische Maßnahmen und Komponenten notwendig.

**Hinweis zur Nomenklatur:** Die im Folgenden mit einem Stern (*) gekennzeichneten Maßnahmen (z. B. MT-1*, MT-1**) stellen Erweiterungen bereits bestehender Module dar. Sie bauen auf den in Stufe 1 entwickelten Basismaßnahmen auf und erweitern diese technisch oder inhaltlich, ohne eine vollständig neue Systemkomponente zu bilden.

#### MT-1. Entwicklung und Implementierung der Plattform Versorgungszugang – Umfang 1: Angebote zur Förderung der Gesundheitskompetenz in der informellen Pflege und Vermittlung

Technische Komponenten:

- **Verzeichnis Leistungsangebote:** Repository und Management Service, (standardisiertes) Datenmodell, Validierungsservice, Migrationsinterfaces (Synchronisierung mit externen Datenbanken)
- **Content Management-Modul:** Repository und Management Service
- **Filter- und Suchservices**
- **Kommunikationsservices:** Messaging Service, Sprach- und Videotelefonie
- **Mitteilungsservice:** Inserieren von Angeboten, API für automatisierte Anbieterintegration, Qualitäts- und Freigabe-Workflow
- **Vermittlungsservice:** Verlinkungsmechanismen (z. B. Homepages, Terminbuchung, Registrierung); Überleitungsdienst zu digitalen Services Dritter
- **Web-Frontend**: Benutzeroberfläche zum direkten Interagieren der Nutzer (z. B. Ausfüllen von Formularen)

#### MT-2. Assessment-Tools für informell Pflegende – Entwicklung und Integration in die Plattform Versorgungszugang

Ein digitales Assessment-Tool unterstützt informell Pflegende dabei, die Bedarfe pflegebedürftiger Personen strukturiert zu erheben. Es orientiert sich inhaltlich sowohl am Fragenkatalog des Medizinischen Dienstes zur Pflegebedarfsermittlung als auch am PIO-Überleitungsbogen im Rahmen der Pflegedokumentation, um Anschlussfähigkeit an professionelle Versorgungsprozesse zu gewährleisten. Die Daten werden strukturiert erfasst und gespeichert, um ihre Wiederverwendbarkeit zu gewährleisten.

Technische Komponenten:

- **Content Management-Modul:** Verwaltung digitaler Fragebögen, Editorservice Fragebögen, Hilfsinformationen für den Erfassungsprozess
- **Execution und Scoring Engine:** Anwendung digitaler Fragebögen, inhaltliche Auswertung, Validierungsservice

- **FHIR-basiertes Datenrepository:** standardisierte, sichere Ablage der erfassten Assessments
- **Exportservice:** Umwandlung der Daten in strukturierte, maschinenlesbare Formate zur Weitergabe und Nutzung in nachgelagerten Versorgungsprozessen (z. B. Dokumentation, Weiterleitung an Leistungserbringer)
- **Interface Patient Record** (optional): Persistierung und Übergabe der Ergebnisse an digitale Fallakte

### MT-3. Workflow-Management-System für den Prozess der Pflegegrad- und Pflegebedarfsermittlung – Entwicklung und Integration in die Plattform Versorgungszugang

Entwicklung und Integration eines Workflow-Management-Systems (WMS) für den Use Case der Pflegegrad- und Pflegebedarfsermittlung, um einheitliche Prozessvorlagen abzubilden, fallbezogen zu instanziieren und im Sinne eines Task-Managements zu verfolgen, mit primärem Fokus auf den erstmaligen Verwaltungsprozess, sekundärem Fokus auf erneuter Ermittlung.

Umsetzungsvariante 1: sequenzielle Checklisten

Umsetzungsvariante 2: semi-formal modellierte Prozesse und integriertes Workflowsystem

Technische Komponenten:

- **Pathway Template Repository, Template Management:** Verwaltung der Pfadvorlagen
- **Versionierungs- und Validierungsservice:** für Pfadvorlagen und -instanzen
- **Workflow-Engine, Pathway Instances Repository:** Ausführung des Pfades für den Einzelfall
- **Konfigurationsservice:** individuelle Anpassung der Pfadinstanz
- **Content Management-Modul:** Repository und Management Service
- **Mapping Service**: Verknüpfung mit Case- und Task-Management (Umsetzungsvariante 2)
- **Web-API:** Schnittstelle zu Primärsystem des Medizinischen Dienstes (MD) als Hauptverantwortlicher des Prozesses

### MT-4. Finanzierungsnavigation– Entwicklung und Integration in die Plattform Versorgungszugang

Die Finanzierungsnavigation unterstützt professionelle Nutzer dabei, gezielt zu prüfen, welche Leistungen für Pflegebedürftige durch Pflege- oder Krankenkassen übernommen werden oder selbst zu zahlen sind. Sie stellt strukturierte Informationen zu Finanzierungswegen, Zuständigkeiten und Antragsverfahren bereit.

Technische Komponenten:

- **Modul zur Pflege und Verwaltung von Finanzierungsinformationen**: Datenbank und Management Service (Zuweisung zu Leistungsarten, Zielgruppen, Rahmenbedingungen etc.)
- **Regelbasiertes Matching-Modul:** Rules und Execution Engine, Matching Service (Nutzerprofil, Pflegegrad, Kranken- oder Pflegekassenzugehörigkeit und Bedarf)
- **Wissensdatenbank mit konfigurierbarer Logik**: Repository für Content und Logiken, Content Management (Formulare, Fristen, Zuständigkeiten, Nachweispflichten)
- **Workflow-Komponente für Beantragungswege:** Templates Repository, Execution Engine – ggf. Schnittstelle und Übergabe zu Workflow-Management-System der Plattform Therapiesteuerung
- **Schnittstelle Berechtigungs- und Rollenmanagement**
- **Auditierbares Logging und Änderungsprotokolle (Audit Trails)**

### 4.1.2 Stufe 2. Informell Pflegende in die Plattform Therapiesteuerung integrieren: multimodales Monitoring und Fallkommunikation als Brücke zur HA-Praxis (Setting I)

In der zweiten Entwicklungsstufe (MT-5 – MT-8) wird die informelle Pflege in die Plattform Therapiesteuerung integriert. Dort sind die Funktionalitäten multimodales Monitoring, Case und Task Management, Kommunikationsservices zur hausärztlichen Versorgung (z. B. Sprach- und Videotelefonie) und Workflowunterstützungen hinterlegt. Über die Anbindung an die Plattform Versorgungszugang wird zusätzlich die Vermittlung zeitlich begrenzter professioneller Pflege unterstützt. Ziel ist ein nahtloser Übergang zwischen informeller und professioneller Pflege als situative Entlastung der informell Pflegenden.

#### MT-5. Entwicklung und Implementierung der Plattform Therapiesteuerung mit der Basisfunktionalität „Multimodales Monitoring“

Entwicklung und Integration technischer Plattformkomponenten für ein multimodales Monitoring zur verbesserten Versorgung von Pflegebedürftigen. Über Vitalparameter-Sensorik, Assisted-Ambient-Living-Technologien und Smart Devices werden Vital-, Nutzungs-, Verhaltens- und Umgebungsdaten erfasst, ausgewertet und über die Plattform verfügbar gemacht.

Technische Komponenten:

- **Patient Data Repository:** standardisiertes Datenmodell, Daten Repository, Daten-/Metadatenmanagement Service
- **IOP- und Data-Processing Layers**: u. a. Adapter, Konnektoren, Mechanismen der semantischen Harmonisierung, Validierungsservice, Annotationservice, Selection und Aggregation Service
- **Multimodales Monitoring:** Tracking Service (Vital-, Nutzungs-, Verhaltens- und Umgebungsdaten), Zeitreihendatenbank, Rules und Execution Engine zur Ereignisdetektion
- **Datenvisualisierung**: UI-Komponentenbibliothek, Dashboard-Framework mit Personalisierung, rollenbasierte Darstellung
- **Content Management-Modul:** Repository und Management Service
- **Rollen- und Rechteverwaltung:** Repository und Management Service
- **Web-Frontend**: Benutzeroberfläche für Patienten und Versorger

#### MT-6. Plattform Therapiesteuerung – Entwicklung und Implementierung Zusatzfunktionalität „Integriertes Case Management“

Technische Komponenten:

- **Therapieplan:** Template Repository, Konfigurationsservice, Versionierungsservice
- **Case und Task Management:** Case Record Service, Classification Service (Fall- und Aufgabenstatus), Template Repository, Konfigurationsservice, Notification Services
- **Rollen- und Rechteverwaltung:** Repository und Management Service (Erweiterung)

### MT-7. Sprach- und Videotelefonie und Fallkommunikation informelle Pflege – Integration in die Plattformen Therapiesteuerung und Versorgungszugang

Integration von Kommunikationsdiensten zur fallbezogenen Abstimmung zwischen informell Pflegenden inkl. Pflegebedürftigen und hausärztlicher Versorgung.

Technische Komponenten:

- **Messaging Service:** Integration eines TI-Messengers
- **Sprach- und Videotelefonie**: Integration eines zertifizierten Dienstes oder Überleitungsservice in externe Videosprechstunden-Dienste (Patient2Arzt)

### MT-8. Plattform Therapiesteuerung – Entwicklung und Implementierung Zusatzfunktionalität „Workflow Management“

Entwicklung und Integration eines Workflow-Management-Systems, um einheitliche Versorgungspfade als Vorlagen abzubilden, fallbezogen zu instanziieren und mit dem bestehenden Case und Task Management zu verzahnen, z. B. Workflow zum Übergang in die Kurzzeitpflege oder zur erweiterten Diagnostik bei Verdacht auf eine chronische Erkrankung, inkl. Koordination aller erforderlichen Schritte im Versorgungsteam.

Technische Komponenten:

- **Pathway Template Repository, Template Management:** Verwaltung der Pfadvorlagen
- **Pathway Builder:** Editor zur Konfiguration von Pfadvorlagen
- **Versionierungs- und Validierungsservice:** für Pfadvorlagen und -instanzen
- **Workflow-Engine, Pathway Instances Repository:** Ausführung des Pfades für den Einzelfall
- **Konfigurationsservice:** individuelle Anpassung der Pfadinstanz
- **Mapping Service**: Verknüpfung mit Case und Task Management und ggf. Leitlinien-Service

### MT-1*. Entwicklung und Implementierung der Plattform Versorgungszugang – Umfang 2: Vermittlung zeitlich begrenzter professioneller Pflege

Ausbau der Plattform um ein Verzeichnis professioneller Versorgungsangebote zur temporären Unterstützung informell Pflegender (ambulante Pflegedienste, Verhinderungspflege, Kurzzeitpflege).

Technische Komponenten:

- **Erweiterung Datenbankstruktur im Verzeichnis Leistungsangebote:** Leistungstyp, Leistungsdetails, Verfügbarkeit (z. B. freie Termine, Erreichbarkeit)
- **Mitteilungsservice:** Inserieren von Angeboten und Aktualisieren von Verfügbarkeiten, Qualitäts- und Freigabe-Workflow
- **Vermittlungsservice:** Assessmentservices und Vorschlagsservice für bedarfsgerechte Zuweisung; externe Verlinkungen zur Kontaktaufnahme; optional Anfrage- oder Buchungsservice
- **Coordination Layer:** Middleware zur Orchestrierung zwischen den Plattformen Therapiesteuerung und Versorgungszugang; Service Bus (Funktionalitätsverknüpfung)
- **Synchronisierungsmechanismen inkl. FHIR-/REST-API** (optional): Synchronisierung der Terminvermittlung mit Pflege-Primärsystemen

### 4.1.3 Stufe 3. Ambulante Pflege andocken: Integration in die Plattform Therapiesteuerung für eine koordinierte Versorgung im regionalen Team (Setting II)

In der dritten Entwicklungsstufe wird die ambulante Pflege in die Plattform Therapiesteuerung integriert, um eine koordinierte Versorgung im regionalen Team zu ermöglichen. Services zur Tele-Pflege, Tele-Visite und strukturierten Fallkommunikation unterstützen die Interaktion und damit die Einbindung professioneller Pflegedienste in laufende Versorgungsprozesse. Parallel wird der Versorgungszugang um ein Verzeichnis für kontinuierliche, professionelle Pflegeangebote erweitert. Mit der Integration von Data-Analytics-Funktionen werden zudem Auswertung und Steuerung der Versorgung datenbasiert unterstützt.

#### MT-9. Plattform Therapiesteuerung – Integration der professionellen Pflege

Die Plattform Therapiesteuerung (Versorgungsszenario „Chronische Erkrankungen“) wird um die Integration professioneller, vorrangig ambulanter Pflege erweitert. Ziel ist es, Pflegefachkräfte systematisch in die digitalen Versorgungsprozesse einzubinden und die Arbeit regionaler multidisziplinärer Versorgungsteams zu koordinieren. Diese horizontale Erweiterung erfordert technische Anpassungen der Plattform. Zudem sollen Schnittstellen zu Primärsystemen der Pflegedienste möglichst standardisiert umgesetzt werden.

Technische Komponenten:

- **Therapieplan:** Template Repository, Konfigurationsservice, Versionierungsservice, Harmonisierungsservice aus Pflegeplan und ärztlichem Therapieplan
- **Case, Task und Workflow Management:** Case Record Service, Classification Service (Fall- und Aufgabenstatus), Template Repository, Konfigurationsservice, Notification Services, Workflow-Engines, Pathway Instances Repository
- **Modul zur Abbildung und Verwaltung des PIO-Überleitungsbogens:** inklusive digitaler Formularlogik strukturierter Datenerfassung, Anbindung an Patient Data Repository zur automatisierten Vorbefüllung; Export-Interface
- **Patient Data Repository:** FHIR-basiertes Datenmodell, Daten Repository, Daten-/Metadatenmanagement Service – Integration von Pflegedaten
- **Rollen- und Rechteverwaltung:** Repository und Management Service
- **REST-API:** idealerweise FHIR-API und Synchronisationsmechanismen zwischen Plattform und Pflegedokumentationssystemen
- **Web-Frontend**: Benutzeroberfläche für ambulante Pflege

#### MT-10.Tele-Pflege und Fallkommunikation – Integration in die Plattform Therapiesteuerung

Integration von Kommunikationsmodulen zur fallbezogenen Abstimmung zwischen informell Pflegenden und professioneller Pflege (Beratung und Support) sowie zur professionellen Tele-Pflege.

Technische Komponenten:

- **Messaging Service:** Integration eines TI-Messengers
- **Tele-Pflege Service**: Integration eines zertifizierten Dienstes oder Überleitungsservice in externe Videotelefonie-Dienste (informelle Pflege/professionellePflege), vergleichbar mit Videosprechstundendiensten; inkl. Dokumentationstools

### MT-11. Tele-Visite – Integration in die Plattform Therapiesteuerung

Integration von Kommunikationsdiensten zur fallbezogenen Abstimmung zwischen informell Pflegenden, ambulanter Pflege und hausärztlicher Versorgung. Integration notwendiger technischer Komponenten in Plattform oder Tiefenintegration externer Dienste.

- **Sprach- und Videotelefonie:** z. B. WebRTC-basiert, idealerweise zertifiziert nach gematik oder KBV
- **Termin- und Sitzungsmanagementmodul:** Steuerung der Terminvergabe, Einladung der Teilnehmenden, Zugangscodes, Rechtevergabe
- **Session-orientiertes Dokumentationsmodul:** Möglichkeit zur strukturieren Dokumentation während und nach der Visite (z. B. Notizen, Befunde, To-Dos)
- **Integrationsmodul für Live-Vitaldaten und digitale Diagnosetools:** Interface zu Datensicht des multimodalen Monitorings und Integration digitaler Untersuchungsgeräte wie Stethoskope oder Otoskope zur synchronen Nutzung während der Tele-Visite (z. B. via HL7/FHIR oder herstellerspezifischer API)
- **Audit- und Protokollierungsmodul:** Dokumentation aller Zugriffe und Sitzungsverläufe zur Nachvollziehbarkeit und rechtlichen Absicherung
- **Interface Rollen- und Rechtemanagement** der Plattform Therapiesteuerung
- **Interface Patient Data Repository und Case Management** der Plattform Therapiesteuerung: Zuordnung der Tele-Visite zur richtigen Fallakte

### MT-1** Entwicklung und Implementierung der Plattform Versorgungszugang – Umfang 3: Vermittlung kontinuierliche professionelle Pflege

Ausbau der Plattform um ein Verzeichnis professioneller Versorgungsangebote für die kontinuierliche, professionelle Pflege im ambulanten Setting. Diese Maßnahme unterscheidet sich technisch unwesentlich von MT-1* der zweiten Entwicklungsstufe, sie erweitert vorrangig den Umfang der Leistungsangebote.

### MT-12. Data Analytics – Entwicklung und Integration in die Plattform Therapiesteuerung

Entwicklung eines Data Analytics Services zur Unterstützung individueller Therapie- sowie Pflegeentscheidungen (Clinical Decision Support) und populationsbezogener Auswertungen, z. B. für das regionale Versorgungsmanagement.

Technische Komponenten:

- **Data-Processing-Engines und/oder BI-Tools**
- **Datenhaltungsmechanismen für strukturiertes Datenhandling und Analyse**
- **Dynamische Auswertungstools (Dashboards)**
- **Exportservice (Daten und Reportsysteme)**

## 4.2 Identitätsmanagement, Authentisierung und Zugriff

Das **Identitätsmanagement** der Plattformen basiert auf einem föderierten Ansatz, da unterschiedliche Identitätsquellen gebündelt werden müssen. Innerhalb der Telematikinfrastruktur (TI) stehen digitale

Identitäten wie eHBA und SMC-B für Fachpersonal sowie ePA-Login oder eID für Versicherte bereit; perspektivisch übernimmt das TI-Gateway hier eine Schlüsselrolle. Daneben existieren weitere Identitätsräume, etwa Praxisverwaltungssysteme (PVS), TI-M-ID oder KV-Portale. Ein **föderierter Identity Provider** (IdP) dient als zentrale Vertrauens- und Vermittlungsschicht zwischen diesen Quellen. Er akzeptiert Anmeldungen aus den verschiedenen „quellhoheitlichen" IdPs, führt Attribute zusammen und normalisiert sie in einem einheitlichen Schema.

Die **Authentisierung** erfolgt je nach Akteursgruppe mit unterschiedlichen Verfahren und Sicherheitsniveaus. Fachpersonal authentisiert sich über TI-Komponenten (eHBA, SMC-B), mittelfristig über das TI-Gateway. Versicherte nutzen eID oder ePA-Login. Für nicht verkammerte Gesundheitsberufe (z. B. Hilfsmittel-Leistungserbringende) fehlen bislang organisatorische Strukturen zur Vergabe digitaler Identitäten – hier sind regionale Übergangslösungen zu etablieren, bis ein digitales Gesundheitsberuferegister Abhilfe schafft. Ergänzend sind für nicht-TI-gebundene Akteure (Angebote außerhalb des SGB V und des SGB XI, z. B. aus der Community oder haushaltsnahe Unterstützung) alternative Registrierungs- und Anmeldedienste vorzusehen.

Die eigentliche **Zugriffsgestaltung** erfolgt plattformspezifisch über ein feingranulares Rollen- und Rechtekonzept (RBAC/ABAC). Autorisierungsschritte können dabei durch zusätzliche Sicherheitsanforderungen ergänzt werden (z. B. Step-Up-Authentisierung mit eHBA-Signatur bei sensiblen Aktionen). Plattformübergreifend ist eine Harmonisierung erforderlich, damit Rollen und Berechtigungen konsistent angewendet werden – unabhängig davon, über welchen IdP oder welches System sich ein Nutzer anmeldet. Die zentrale Sitzungssteuerung im Coordination Layer stellt sicher, dass bei einem Wechsel zwischen Plattformkomponenten (z. B. Versorgungszugang ↔ Therapiesteuerung) keine Medien- oder Workflowbrüche entstehen.

Die Umsetzung von Single-Sign-On (SSO) Use Cases bleibt im deutschen Gesundheitswesen durch restriktive BSI-Vorgaben (u. a. TR-03107, C5) eine besondere Herausforderung: Sessions dürfen nicht einfach durchgereicht werden, jeder Authentisierungsvorgang muss revisionssicher nachvollziehbar sein. Das macht SSO-Szenarien technisch und organisatorisch aufwendig, erfordert aber pragmatische Lösungen, um Sicherheit und Usability in Einklang zu bringen.

## 4.3 Zentrale Kommunikationsdienste – Integration TI-M und KIM

Für die Plattformen ist die vorrangige Integration der beiden zentralen Kommunikationsdienste der Telematikinfrastruktur – TI-Messenger und Kommunikation im Medizinwesen – vorgesehen. Diese gewährleisten einen sicheren und interoperablen Nachrichtenaustausch zwischen Leistungserbringenden im Gesundheitswesen. Damit wird grundsätzlich auf bestehende TI-Kommunikationsmittel gesetzt.

Allerdings sind TI-M und KIM derzeit – auch mittelfristig – auf bestimmte Akteursgruppen beschränkt. Viele weitere Beteiligte im Versorgungs- und Unterstützungsumfeld (z. B. Präventionsangebote aus der Community, freie Träger, Coaches oder sonstige nicht an die TI angebundene Akteure) verfügen über keine digitale Identität in der TI und können diese Dienste daher nicht nutzen. Um auch diese Gruppen in die Versorgungskommunikation miteinzubeziehen, stellen die Plattformen ergänzende Messaging- bzw. Mailingdienste bereit.

Die Kommunikation soll kontextbezogen erfolgen: Nutzerinnen und Nutzer können direkt aus der Fallansicht oder einem Arbeitsschritt heraus in die passende Kommunikation geführt werden – optional unterstützt durch Textbausteine für Standardprozesse wie Rückfragen, Terminanfragen oder Dokumentanforderungen.

TI-M sollte für Nutzende einen nahtlosen, dienstunabhängigen Zugriff auf ihre Kommunikation ermöglichen. Durch die Kopplung an die jeweilige TI-M-ID kann eine Synchronität hergestellt werden, sodass es für Anwenderinnen und Anwender keinen Unterschied macht, ob Nachrichten innerhalb der Plattform oder beispielsweise in einem ins Primärsystem integrierten TI-M-Client erstellt oder beantwortet werden. Entscheidend ist, dass die Usability im Vordergrund steht: Nutzende dürfen nicht darüber nachdenken müssen, in welchem TI-Messenger eine Nachricht geschrieben wurde. Auch wenn die aktuellen TI-M-Spezifikationen dies noch nicht ausdrücklich vorsehen, ist dies eine zentrale Anforderung, die perspektivisch gemeinsam mit der gematik weiterentwickelt wird.

## 4.4 Web-Frontend und Systemintegration

Die Systemintegration der Plattformen ist sowohl aus Sicht der Pflegebedürftigen sowie deren Zu- und Angehörigen als auch der Leistungserbringenden ein zentraler Bestandteil des technischen Gesamtkonzepts. Für Pflegebedürftige und informell Pflegende steht ein webbasiertes Frontend bzw. eine Web-App zur Verfügung, welche den Zugriff auf die Services beider Plattformen – Versorgungszugang und Therapiesteuerung – in einer konsolidierten Nutzeroberfläche ermöglicht. Im Kontext des multimodalen Monitorings sieht die Plattform Therapiesteuerung zudem spezialisierte Adapter und Konnektoren im IOP- und Data Processing Layer vor, um granulare Daten aus Vitalparameter-Sensorik, von Smart Devices oder Assisted-Ambient-Living-Technologien sicher zu erfassen und weiterzuverarbeiten.

Während pflegebedürftige Personen und informell Pflegende über ein webbasiertes Frontend bzw. eine Web-App auf die Services der Plattformen zugreifen, stellt sich für professionell Nutzende die Frage nach der Integration in ihre Primärsysteme (z. B. Praxisverwaltungs- oder Pflegedokumentationssysteme).

Im Kern geht es um die Abwägung zwischen zwei Strategien:

- Pragmatische **Web-Frontend-basierte** Nutzung, die sofortige Verfügbarkeit bietet, aber zunächst nur eingeschränkte Datenrückflüsse erlaubt.
- **Tiefenintegration** in Primärsysteme, die Doppeldokumentationen vermeidet und Echtzeitsynchronisation ermöglicht, jedoch erheblichen organisatorischen und finanziellen Aufwand verursacht.

Eine durchgängige Tiefenintegration ist aktuell weder flächendeckend verfügbar noch wirtschaftlich. Der **pragmatischste Ansatz liegt daher in einer Web-Frontend-basierten Nutzung**, die schrittweise (möglichst standardisierte) Schnittstellen zu Primärsystemen integriert. Damit lässt sich ein funktionaler Rückfluss relevanter Daten – insbesondere Dokumentationsergebnisse – sicherstellen, ohne riskante und langwierige Integrationsprojekte einzugehen.

Um dem langfristigen Zielbild einer Tiefenintegration in Primärsysteme entgegenzugehen, hält die Therapiesteuerungsplattform **fünf Integrationsstufen** vor:

- Integrationsstufe 0. **Keine Systemintegration**
  Der Zugang erfolgt ausschließlich über das Web-Frontend der Plattform. Die Nutzung ist sofort möglich, ohne Abhängigkeiten zu PVS-Herstellern oder zusätzlichen Integrationsaufwand. Allerdings erfolgen dadurch keine Datenrückflüsse in die Primärsysteme, sodass Doppeldokumentationen erforderlich bleiben.
- Integrationsstufe 1. **GDT-Schnittstelle**

Die technische Anbindung erfolgt über den verbreiteten Standard GDT (Gerätedatenträger). Damit können einzelne Datenpakete ausgetauscht werden, der Funktionsumfang ist jedoch stark eingeschränkt. Aus heutiger Sicht ist diese Lösung wenig attraktiv, da sie die Dokumentationsprobleme der Leistungserbringenden kaum adressiert und nur einen sehr begrenzten Mehrwert bietet.

- Integrationsstufe 2. **Proprietäre Web-/REST-Schnittstellen**
  Die Plattform nutzt die proprietären Web- oder REST-APIs einzelner PVS-Hersteller. Technisch ist dies machbar, indem ein Konnektor mit individuellem Mapping als externer Service zwischengeschaltet wird. Damit können zumindest Teile der Dokumentation unidirektional zurück in das PVS oder in die ePA fließen. Die große Heterogenität der Schnittstellen bedeutet jedoch einen hohen Anpassungsaufwand je Hersteller. Diese Stufe ist eine pragmatische Zwischenlösung, die in Kombination mit dem Web-Frontend praktikabel erscheint.
- Integrationsstufe 3**. Archivierungs- und Wechselschnittstelle (Mehrwertschnittstelle)**
  Die AWSt-Schnittstelle könnte mittelfristig zum Standard für den Datenaustausch zwischen Plattformen und Primärsystemen werden. Sie verspricht insbesondere eine Reduzierung der Doppeldokumentationen und einen geregelten Rückfluss von Daten in die PVS. Allerdings ist derzeit weder spezifiziert noch absehbar, wann diese Schnittstelle in der Praxis nutzbar sein wird.
- Integrationsstufe 4. **Tiefenintegration via FHIR-Schnittstelle**
  Die höchste Ausbaustufe und langfristiges Gestaltungsziel ist eine standardisierte FHIR-API, die eine kontinuierliche Synchronisation zwischen Plattform und Primärsystemen ermöglicht. Dies erlaubt eine nahezu vollständige Automatisierung der Dokumentations- und Kommunikationsprozesse. Derzeit lassen jedoch weder PVS-Hersteller noch die Rahmenbedingungen eine flächendeckende Umsetzung in absehbarer Zeit erwarten. Der Aufwand stünde aktuell in keinem Verhältnis zum Nutzen.

Unabhängig von der gewählten Integrationsstufe sind **TI-Komponenten** wie KIM, TI-M oder die ePA als ergänzende Kommunikations- und Datenkanäle vorgesehen. So lassen sich Informationen aus der Therapiesteuerungsplattform in die Primärsysteme zurückführen. Hierfür benötigt die Plattform eigene Zugangsberechtigungen zur Telematikinfrastruktur (TI). Während im Minimalfall strukturierte Reports in die ePA exportiert werden, ist perspektivisch eine bidirektionale FHIR-API für den granularen, echtzeitbasierten Austausch von Gesundheitsdaten konzipiert. Strategisch erscheint es sinnvoll, die ePA nicht als permanente Referenzebene, sondern für definierte Übergaben (z. B. bei Sektorenwechseln) zu nutzen. So bleibt die Plattform mit ihrem eigenen Clinical Data Repository unabhängig und flexibel, während zugleich die Anschlussfähigkeit an die TI gesichert wird.

## 4.5 Stufenweise Etablierung von Interoperabilität

Die digitale Gesamtarchitektur setzt konsequent auf **offene Standards** für eine **interoperable Systemlandschaft**. Die Anforderungen an Schnittstellen und Interoperabilität steigen mit jeder Ausbaustufe des Plattformkonzepts und sind eng mit den beschriebenen technischen Maßnahmen verknüpft.

### 4.5.1 Stufe 1. Synchronisierende Plattform Versorgungszugang und strukturiertes, wiederverwendbares Laien-Assessment durch informell Pflegende

In der ersten Stufe sind die Anforderungen an die Interoperabilität gering, jedoch nicht zu vernachlässigen. Die Plattform Versorgungszugang fungiert primär als strukturierte Datenbank, die Schnittstellen für die automatisierte Synchronisation mit externen Datenquellen bereitstellen sollte. Um

Daten aus unterschiedlich aufgebauten Quellsystemen integrieren zu können, ist ein konfigurierbarer Mapping-Service erforderlich. Für anlassbezogene Import- und Exportszenarien sind **verbreitete Datenformate** vorzusehen (z. B. vorrangig JSON für moderne Anwendungen, XML für Kompatibilität mit älteren Systemen und CSV für manuelle oder niederschwellige Importe und Exporte). Als **Übertragungsprotokolle** sind REST-APIs zu bevorzugen. Für Systeme mit älteren Architekturen sollte zusätzlich die Unterstützung von SOAP-Schnittstellen geprüft werden. Zur **Synchronisation** mit externen Datenbanken können ergänzend Webhooks, Scheduled Pulls oder ETL-Pipelines eingesetzt werden – abhängig vom Reifegrad und den technischen Möglichkeiten der Quellsysteme.

Beim Assessmentservice zur Pflegebedarfsermittlung durch informell Pflegende ist darauf zu achten, dass die Informationen strukturiert erfasst und persistiert werden. Zwei IOP-Aspekte sind hier zentral: erstens eine inhaltliche Nähe zur professionellen Bedarfsermittlung durch den, Medizinischen Dienst, zweitens eine strukturelle und – wenn möglich – semantische Kompatibilität zum **PIO-Überleitungsbogen**. So ist sichergestellt, dass die von informell Pflegenden erhobenen Daten a) anschlussfähig an die professionelle Bedarfsklärung sind und b) für die professionelle Pflege nutzbar bleiben.

Die Datenerfassung mittels digitaler Fragebögen ist möglichst strukturiert zu gestalten. Mindestens sind Metadaten-Sets (z. B. Was, wer, wie, wann etc.) strukturiert bereitzustellen, um eine weiterführende Auswertung und Einordnung zu ermöglichen. Im Idealfall erfolgt die Umsetzung vollständig maschinenlesbar, etwa durch die Nutzung der **FHIR-Ressourcen** „Questionnaire“ und „QuestionnaireResponse“.

### 4.5.2 Stufe 2. Multimodale, standardisierte Datensets, FHIR-Therapieplan und Videosprechstunden

In der zweiten Stufe, die wesentlich durch das multimodale Monitoring und integriertes Case Management über die Plattform Therapiesteuerung geprägt ist, rücken die Anforderungen an semantische Konsistenz und Datenvalidierung deutlich in den Vordergrund. Die Plattform muss in der Lage sein, Gesundheits- und Verhaltensdaten aus häuslicher Medizintechnik, AAL-Technologien und Smart Devices strukturiert aufzunehmen und interoperabel weiterzuverarbeiten. **Adapter und Konnektoren** zu Ökosystemen wie Apple Health, Android Health Connect sowie zu Herstellern wie Garmin oder Withings sind dabei zentrale technologische Komponenten. Sofern die Daten aus diesen Quellen nicht bereits in standardisierter Form vorliegen, ist eine Überführung in interoperable Datenstandards erforderlich – insbesondere unter Nutzung von SNOMED CT, LOINC und der FHIR-Basisprofile.

Zentral ist der Umgang mit **multiplen Datenquellen aus Medizinprodukten (MP) und Nicht-MP-Daten** wie Smartwatches oder Lifestyle-Apps. Während MP-Daten klinisch validiert sind, haben Nicht-MP-Daten lediglich indikativ-unterstützenden Charakter. Für die Plattform bedeutet dies eine klare Trennung im Verarbeitungspfad: Jede Messung wird bereits bei der Aufnahme annotiert (Quelle, Hersteller, Zeitstempel, Regime MP/Nicht-MP), sodass eine lückenlose Provenance Chain entsteht. In der Plattform können beide Datenwelten harmonisiert, zeitlich abgestimmt und visualisiert werden – die Herkunft bleibt jedoch jederzeit nachvollziehbar.

Ergänzend kommt **Service-Oriented Device Connectivity** (SDC) ins Spiel. Auf Basis der Normenfamilie ISO/IEEE 11073 ermöglicht SDC eine standardisierte, sichere Kommunikation zwischen Medizinprodukten unterschiedlicher Hersteller. So können Vitalparameter ohne proprietäre Schnittstellen direkt in die Plattform eingebunden werden.

Auch das Falldatenmanagement der Plattform basiert auf semantischen Standards. An dieser Stelle ist auf den konzeptionellen Schulterschluss zur Plattform Therapiesteuerung für das Versorgungsszenario

„Chronische Erkrankungen“ zu verweisen, in die nun die informelle Pflege integriert wird. Als zentrales IOP-Artefakt dient der Therapieplan, der auf Basis der **FHIR-Ressource CarePlan** modelliert wird. Zudem werden die FHIR-Ressourcen CareGoal, CareTeam und Workflow on FHIR für eine teamorientierte Versorgung angewendet. Letztere rekurriert auf die formale Modellierung, Steuerung und Interpretation von Versorgungsprozessen unter Rückgriff auf etablierte Notationen (BPMN, CMMN oder DMN).

Für die Integration von Videosprechstunden zwischen informell Pflegenden und sind TI-konforme Schnittstellen und Datenmodelle erforderlich. Die Einbindung erfolgt idealerweise über **DSGVO-konforme Video-APIs** oder WebRTC-SDKs. Interoperabilität wird durch REST-basierte Schnittstellen (z. B. JSON, HL7 FHIR für Patient, Fall, Termin) gewährleistet, während die Termin- und Zugangsverwaltung über FHIR Appointment erfolgt.

### 4.5.3 Stufe 3. Terminologien und Klassifikationen der Pflege und PIO-Überleitungsbogen

Die dritte Stufe fokussiert die Integration der professionellen Pflege in die Plattform Therapiesteuerung. Technisch ist die Anbindung der Primärsysteme der Pflegeeinrichtungen (PVS) ein zentrales Ziel, auch wenn standardisierte, vollumfängliche Schnittstellen auf absehbare Zeit kaum verfügbar sind. Eine Tiefenintegration mit engmaschiger Synchronisation bleibt dennoch als langfristiges strategisches Ziel gesetzt. Kurz- bis mittelfristig bietet die Nutzung einer FHIR-API, insbesondere über die Ressource CarePlan, Potenzial zur strukturierten Einbindung pflegerischer Versorgungspläne. Semantisch muss die Plattform dazu nicht nur medizinisch-ärztliche Terminologien unterstützen, sondern nun auch **pflegerische Klassifikationen** wie NANDA, ICNP (bereits in SNOMED CT integriert), NIC und NOC.

Ein zentrales interoperables Informationsobjekt ist der **PIO-Überleitungsbogen**, der von der Plattform empfangen, verarbeitet, erstellt und weitergeleitet werden können muss – entweder direkt an angeschlossene Primärsysteme oder über die ePA als Datendrehscheibe. Damit wird Kontinuität in der pflegerischen Versorgung bei Settingwechsel sichergestellt.

Für die Integration von Tele-Pflege-Diensten gelten grundsätzlich die Schnittstellenanforderungen der Videosprechstunden mit der hausärztlichen Versorgung. Bei Tele-Visiten steigen die Anforderungen deutlich: Neben der Videokommunikation muss auch die Einsicht in Fallinformationen und Vitaldaten (sowohl Live-Daten als auch Zeitreihen) möglich sein. Dafür muss die Plattform entweder selbst als Datenaustauschmedium fungieren oder externe Tele-Visiten-Dienste über FHIR-Schnittstellen so angebunden werden, dass vor, während und nach der Sitzung ein bidirektionaler Datenaustausch gewährleistet ist. Diese FHIR-APIs sollten Zugriffe auf relevante Ressourcen wie Observation, CarePlan, Condition, Device, Patient und Encounter erlauben. Für die Integration von Live-Vitaldaten – etwa über digitale Stethoskope oder Blutdruckmessgeräte – ist eine Überführung der Rohdaten in FHIR-basierte Formate erforderlich. Hier kommen u. a. FHIR Observation Profiles in Kombination mit LOINC-Codierung zur Anwendung, um die Vergleichbarkeit und semantische Wiederverwendbarkeit der Daten zu gewährleisten. Für die **bidirektionale Synchronisation zwischen Plattform und externen Tele-Visiten-Diensten** empfiehlt sich eine eventbasierte Architektur, um zeitnahe Aktualisierungen zu ermöglichen. Parallel dazu sollten regelmäßige Delta-Abgleiche (z. B. via RESTful Polling oder FHIR Bulk Data Access) implementiert werden, um Datenkonsistenz auch während der laufenden Synchronisation bzw. bei wiederholten Datenabgleichen zu gewährleisten.

### 4.5.4 Anbindung an den Terminologieserver des BfArM und das Fachportal bzw. Git-Repository der gematik

Für den interoperablen und TI-konformen Betrieb der Therapiesteuerungsplattform ist die enge Anbindung an zwei zentrale IOP-Quellen erforderlich: den Terminologieserver des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) und das Fachportal bzw. Git-Repository der gematik. Beide Komponenten erfüllen unterschiedliche, sich ergänzende Aufgaben und sind gemeinsam entscheidend für die technische Integrität und Zukunftsfähigkeit der Plattform.

Der Terminologieserver des BfArM stellt die Grundlage für die Nutzung von standardisierten Terminologien dar. Er liefert zentrale Codesysteme, ValueSets und Mappings – u. a. ICD-10-GM, OPS, SNOMED-CT-Subsets und LOINC – und ermöglicht die Validierung dieser Codes. Das Fachportal bzw. Git-Repository der gematik liefert hingegen die strukturellen Vorgaben in Form von FHIR-Profilen, Implementation Guides und Capability Statements, die definieren, wie die Daten in der Plattform aufgebaut und ausgetauscht werden müssen. Der Terminologieserver liefert das Vokabular – also die inhaltlich richtigen Begriffe und Codes –, während das Fachportal bzw. Git-Repository die Grammatik vorgibt – die verbindliche Struktur dieser Inhalte.

Die technische Integration ist so konzipiert, dass beide Quellen kontinuierlich gepflegt und aktualisiert werden können, ohne die Plattform in ihrer Verfügbarkeit zu beeinträchtigen. Dabei wird der Terminologieserver über einen automatisierten FHIR-API-Zugriff angebunden, um eine stets aktuelle und valide Terminologienutzung zu ermöglichen. Zur Reduzierung von Latenzzeiten und zur Sicherstellung der Verfügbarkeit bei Netzstörungen wird zusätzlich ein lokaler Terminologie-Cache eingesetzt, der in festgelegten Intervallen synchronisiert wird. Die FHIR-Profile aus dem Fachportal werden über die Build- und Deployment-Prozesse integriert, sodass strukturelle Änderungen zeitnah erkannt und kontrolliert in die Plattform übernommen werden können. Relevante Implementation Guides – insbesondere die IOP-Profile sowie TI-Grundprofile – werden regelmäßig aus den offiziellen Repositorys abgerufen und in die Validierungsschicht der Plattform eingebunden. Dort wird jede eingehende oder neu erstellte FHIR-Ressource automatisch gegen die jeweils definierten FHIR-Profile validiert. Neue Profilversionen werden zunächst in einer kontrollierten Testumgebung validiert, bevor sie in den Produktivbetrieb übernommen werden, um Kompatibilitäts- und Anpassungsaufwände gezielt zu steuern.

# 5 Verträge, Leistungsarten und Vergütung

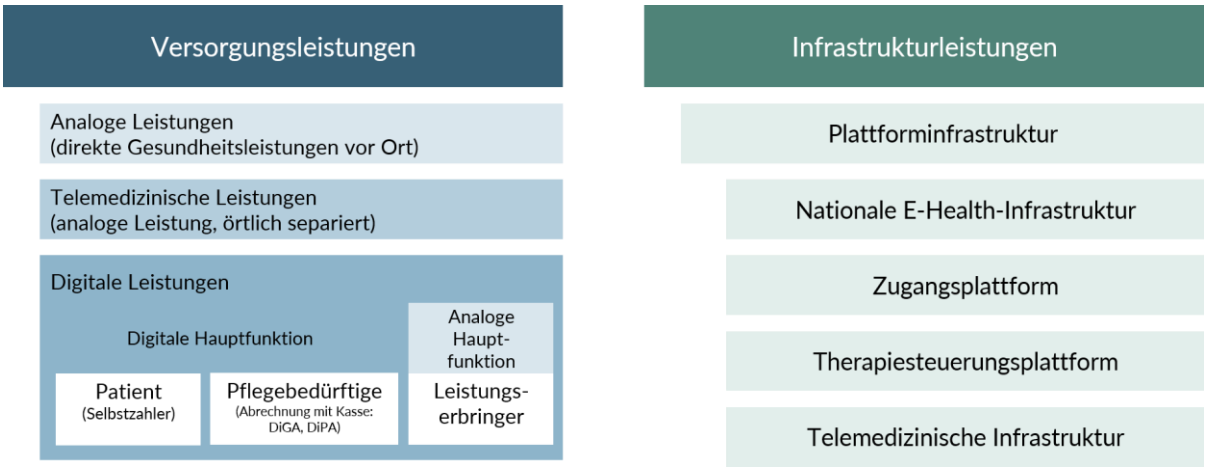
Das folgende Kapitel beschreibt die vertraglichen und vergütungsbezogenen Voraussetzungen für die Umsetzung der in den Kapiteln 3 und 4 dargestellten organisatorischen und technischen Maßnahmen. Es überführt die konzeptionellen und technologischen Bausteine in die Ebene der rechtlichen und finanziellen Abbildung. Dabei wird aufgezeigt, wie Leistungsarten, Vertrags- und Vergütungsmodule sowie die einzelnen **K-Module** (Kontraktmodule) zusammenhängen. Die Leistungsarten definieren den fachlichen Gegenstand der Versorgung, die Vertrags- und Vergütungsmodule beschreiben die zugrunde liegenden Finanzierungs- und Rechtsrahmen, und die K-Module konkretisieren diese Zusammenhänge anhand spezifischer vertraglicher Umsetzungsoptionen. Jedes K-Modul steht somit für eine vertragliche Ausgestaltung („Kontrakt“) eines oder mehrerer organisatorischer und technischer Maßnahmen und zeigt, auf welcher gesetzlichen Grundlage (insbesondere nach SGB V und XI) eine Integration in die Regelversorgung erfolgen kann.

## 5.1 Leistungsarten

Die Pflege befindet sich aktuell in einem Systembruch zwischen klassischer Versorgung, digitalen Anwendungen und neu entstehenden Infrastrukturen. Viele dieser Leistungsbereiche sind bislang nicht vollständig im Vergütungssystem der Pflegeversicherung abgebildet. Während analoge Pflegeleistungen vor Ort eindeutig definiert und abrechenbar sind, fehlt für digitale oder hybride Leistungen eine klare Systematik. Auch telemedizinische oder telepflegerische Leistungen – also analoge Leistungen, die ortsgetrennt erbracht werden – sind nur teilweise in bestehenden Strukturen verankert.

Darüber hinaus entstehen neue Infrastrukturebenen, die nicht direkt als Einzelleistungen erbracht, aber für eine moderne Versorgung unverzichtbar sind. Dazu gehören Plattforminfrastrukturen, Zugangs- und Therapieplattformen sowie die Anbindung an nationale eHealth- und Telematiksysteme. Diese Infrastrukturelemente schaffen die technische und organisatorische Grundlage für vernetzte Pflege, werden jedoch bislang nicht systematisch finanziert oder in die Regelversorgung integriert. Die Abbildung 20 zeigt, dass es künftig eine klare Abgrenzung, aber auch eine Koordination zwischen Versorgungs- und Infrastrukturleistungen braucht – und damit neue Finanzierungs- und Verantwortungslogiken.

Abbildung 20: **Herleitung nicht abgebildeter Leistungsbereiche im Vergütungssystem**




Quelle: _fbeta GmbH

## 5.2 Vertrags- und Vergütungsmodule

Abbildung 21 bildet die zehn Maßnahmen der Transformationsstrategie „Virtuell gestützte informelle und professionelle ambulante Pflege sowie Primärversorgung“ ab. Bei jeder Maßnahme sind diejenigen Zellen rot markiert, für deren Umsetzung bzw. (Re-)Finanzierung das entsprechende Vertrags- und Vergütungsmodul bzw. K-Modul (K1 und K5 bis K13) grundsätzlich geeignet ist.

Abbildung 21: **Zuordnung der zehn Maßnahmen zur Unterstützung der häuslichen und ambulanten Pflege zu relevanten Vertrags- und Vergütungsmodulen**

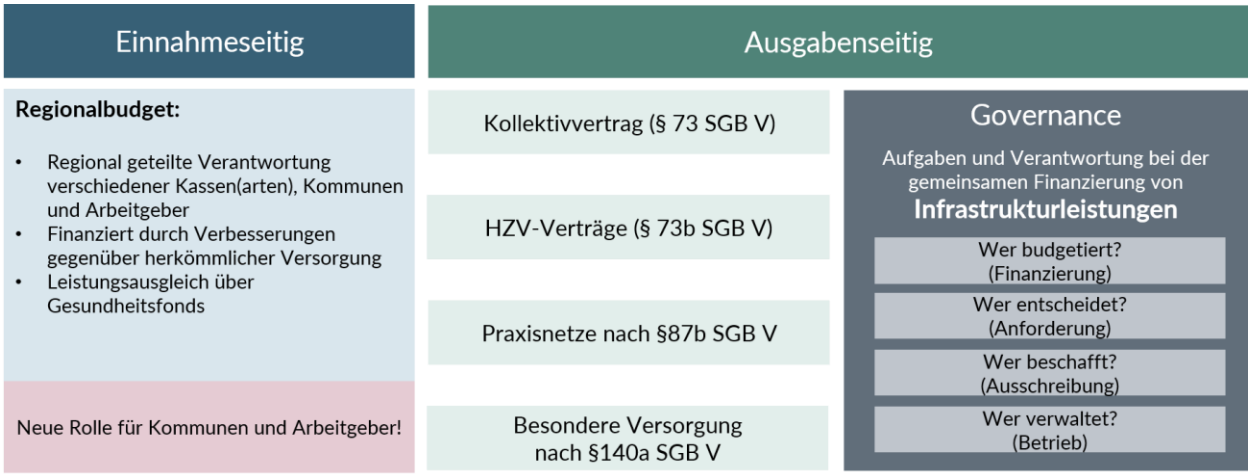
| Maßnahmen Therapiesteuerung | K1 Besondere Versorgung nach § 140a SGB V | K5 Tele-monitoring | K6 Stationärer Sektor | K7 Tele-medizinische Infrastruktur | K8 Regionale Gesundheits-plattform | K9 Pflegerische Maßnahmen im Therapieplan | K10 Beratung durch Pflege-Coaches | K11 Tele-monitoring und Alarmsysteme | K12 Pflegerische Übergangs-versorgung | K13 Integration Ehrenamt |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 Informations-plattform Pflege | | | | | ■ | | | | | |
| 2 Einbindung ehren-amtliche Hilfe | | | | | ■ | | | | | ■ |
| 3 Digitales Coaching | | | | | ■ | | ■ | | | |
| 4 Alarm- und Sensorsysteme | ■ | ■ | | | | | | ■ | | |
| 5 Plattform-Zugang für informell Pflegende | ■ | | | | | ■ | | | | |
| 6 Regionale Akutpflegezentren | ■ | | ■ | | | | | | ■ | |
| 7 Plattform-Zugang für Amb. Pflegedienste | ■ | | | | | ■ | | | | |
| 8 Zusammenarbeit HA/Pflegedienste | ■ | | | | | ■ | | | | |
| 9 Kooperation zwischen Pflegediensten | | | | | | | | | | ■ |
| 10 Telemedizin in der Pflege | ■ | | | ■ | | | | | | |

Quelle: _fbeta GmbH

Die Analyse möglicher Vertragsarten im Pflegekontext verdeutlicht, dass eine differenzierte Kombination aus bestehenden gesetzlichen Rahmenmodellen und neuen Governance-Strukturen notwendig ist. Auf der Einnahmenseite könnte ein Regionalbudget eingeführt werden, das gemeinsame Finanzierungsverantwortung von Pflegekassen, Kommunen und Arbeitgebern vorsieht. Dieses Budget soll aus nachweislichen Verbesserungen gegenüber der herkömmlichen Versorgung gespeist werden und schafft finanzielle Spielräume für innovative Versorgungsmodelle.

Auf der Ausgabenseite kommen verschiedene Vertragsarten infrage, die sich je nach Zielrichtung kombinieren lassen – etwa für Prävention, pflegerische Infrastruktur oder integrierte Versorgung. Zentral ist dabei eine klare Governance-Struktur, die Verantwortlichkeiten für Budgetierung, Bedarfsermittlung, Beschaffung und Betrieb definiert. Nur durch eine abgestimmte Aufgabenteilung zwischen Kassen, Kommunen und Leistungserbringern kann die gemeinsame Finanzierung von Infrastrukturleistungen gelingen. Damit wird die Pflege zu einem gleichberechtigten Bestandteil regionaler Gesundheitssteuerung.

Abbildung 22: **Herleitung möglicher Vertragsarten im Pflegekontext**




Quelle: _fbeta GmbH

Die Betrachtung der bestehenden Vertragsinstrumente zeigt, dass die Pflege über eine Reihe gesetzlicher Ansätze verfügt, die zur Weiterentwicklung digital unterstützter, koordinierter Versorgungsmodelle genutzt werden können. Während die Regelversorgung gemäß SGB XI eine stabile Basis für flächendeckende Leistungen und rechtliche Sicherheit bietet, bleibt sie in ihrer Struktur stark leistungsorientiert und wenig innovationsfähig. Modellvorhaben und Präventionsprojekte eröffnen dagegen Freiräume für sektorenübergreifende Ansätze, Prävention und Gesundheitsförderung, sind jedoch häufig zeitlich befristet und administrativ aufwendig.

Besonders zukunftsrelevant sind Vertragsformen, die die Entwicklung und Förderung pflegerischer Infrastruktur ermöglichen. Sie erlauben Kooperationen zwischen Pflegekassen, Ländern und Kommunen und können als Hebel für den Aufbau digitaler Plattformen, regionaler Netzwerke und quartiersnaher Unterstützungsstrukturen dienen. Durch die Verbindung von Infrastrukturförderung und Ergebnisorientierung entsteht die Grundlage für eine nachhaltige Integration digitaler Pflegeinstrumente in die Regelversorgung. Ein wesentlicher Schritt in diese Richtung ist die integrierte Versorgung. Sie schafft die Möglichkeit, medizinische und pflegerische Leistungen gleichberechtigt zu verknüpfen und

gemeinsame Versorgungspfade sektorenübergreifend zu etablieren. Pflegekassen werden hier zu aktiven Vertragspartnern, was die Voraussetzung für innovative, hybride Versorgungsmodelle bildet – insbesondere im häuslichen und ambulanten Bereich. Digitale Steuerungs- und Dokumentationssysteme ermöglichen dabei eine enge Koordination zwischen Gesundheits- und Pflegeleistungen und fördern Transparenz sowie Ergebnisqualität.

Gleichzeitig sind die Umsetzungshürden hoch: Die Abstimmung zwischen Kranken- und Pflegekassen ist komplex, Zuständigkeiten sind bisher teils unklar verteilt, und regionale Begrenzungen erschweren die Skalierung erfolgreicher Modelle. Dennoch zeigt sich, dass die Kombination aus Modellförderung, Infrastrukturentwicklung und integrierter Versorgung den entscheidenden Weg weist, um pflegerische Versorgung zukunftsfähig, digital gestützt und sektorenübergreifend zu gestalten.

| Regelversorgung (SGB XI) Versorgungsverträge i. d. R. auf Länderebene | Modellvorhaben zur Versorgung (§ 45c Abs. 9 SGB XI) | Modellprojekte zur Prävention (§ 8 Abs. 3 SGB XI) | Förderung pflegerischer Infrastruktur (§ 123 SGB XI) |
|---|---|---|---|
| **Vorteile:**<br>• Flächendeckende Grundversorgung<br>• Einheitliche Abrechnungssystematik über den EBM mit klaren Leistungsdefinitionen<br>• Rechtsverbindliche Rahmenbedingungen mit breiter Akzeptanz im Versorgungssystem<br><br>**Nachteile:**<br>• Kaum Spielraum für innovative Versorgungsformen, Flexibilisierung nicht ohne Beteiligung der Landesebene<br>• Geringe Förderung koordinierter Versorgung<br>• Leistungsbezogene statt ergebnisorientierter Vergütung | **Vorteile:**<br>• Vertragsfreiheit erlaubt innovative, sektorenübergreifende Modelle<br>• Schwerpunktsetzung auf Prävention und Gesundheitsförderung darstellbar<br>• Integration auch nichtärztlicher Leistungserbringer möglich<br>• Finanzierung von Infrastrukturleistungen zumindest nicht ausgeschlossen<br><br>**Nachteile:**<br>• Befristung auf maximal 4 Jahre<br>• Hoher Abstimmungs- und Dokumentationsaufwand<br>• Umsetzung oft auf einzelne Regionen oder Kassen begrenzt | **Vorteile:**<br>• Förderung innovativer und personenbezogener Präventionsarbeit<br>• Qualitätsförderung durch Etablierung einheitlicher und verbindlicher Assessment-Methoden<br><br>**Nachteile:**<br>• Umsetzung oft auf einzelne Kassen begrenzt<br>• Begrenzung auf Personen ohne bereits festgestellten Pflegegrad<br>• Befristung und unsichere Überführung in Regelfinanzierung | **Vorteile:**<br>• Förderung regionaler Infrastruktur (z. B. Quartiersprojekte, Unterstützungsangebote für informell Pflegende)<br>• Kooperation von Pflegekassen, Land und Kommunen<br><br>**Nachteile:**<br>• Kooperationsvereinbarung und landesseitige Zuständigkeit erforderlich<br>• Kostenbeteiligung der Kommunen nicht immer möglich<br>• Befristung auf 2–4 Jahre, Übergang in Regelversorgung unsicher |

| Integrierte Versorgung (§ 92b SGB XI) |
|---|
| **Vorteile:**<br>• Gleichberechtigte Vertragsbeteiligung der Pflegekassen zur aktiven Mitgestaltung<br>• Verbesserte Verzahnung von medizinischer und pflegerischer Versorgung<br>• Ermöglicht innovative, sektorenübergreifende Versorgungsmodelle im häuslichen Bereich<br><br>**Nachteile:**<br>• Hoher Abstimmungs- und Koordinationsaufwand zwischen Pflege- und Krankenkassen<br>• Regionale Begrenzung verhindert flächendeckende Umsetzung<br>• Komplexe Vertrags- und Steuerungsstrukturen erschweren die praktische Umsetzung |

Quelle: _fbeta GmbH

### 5.2.1 K1 – Therapiesteuerung als besondere Versorgung nach § 140a SGB V

Die Basis-Lösung für die Umsetzung der Transformationsstrategie „Therapiesteuerung“ über § 140a SGB V (Besondere Versorgung) ist auch für die Transformationsstrategie „Virtuell gestützte informelle und professionelle ambulante Pflege sowie Primärversorgung“ relevant.

Die Integration Pflegebedürftiger in die Plattform Therapiesteuerung erfolgt gemäß § 140a SGB V, da davon ausgegangen wird, dass Pflegebedürftige in der Regel an einer oder mehreren chronischen Erkrankungen leiden oder zumindest einen erhöhten medizinischen Unterstützungsbedarf haben, der die Aufnahme in die besondere Versorgung und damit die Anwendung eines Therapieplans rechtfertigt. Die Annahme, dass Pflegebedürftigkeit in aller Regel mit chronischen Erkrankungen und einem erhöhten medizinischen Versorgungsbedarf verbunden ist, wird durch aktuelle Studien belegt. So zeigt die bevölkerungsbasierte *LAB60+-Studie*, dass mehr als 90 Prozent der über 60-Jährigen mindestens eine chronische Erkrankung haben und fast drei Viertel (73,1 Prozent) an mehreren chronischen Erkrankungen leiden. Diese Evidenz unterstreicht die Notwendigkeit, Pflegebedürftige über die besondere Versorgung in strukturierte Therapiepläne einzubinden, um eine koordinierte medizinische und pflegerische Versorgung sicherzustellen (Romero Starke et al., 2022).

Das Modul K1 beschreibt lediglich die Grundlage für die Aufnahme Pflegebedürftiger im Rahmen der medizinischen Versorgung, die Abbildung pflegerischer Maßnahmen im Therapieplan wird im Modul K9 – „Integration pflegerischer Maßnahmen und Akteure in die Therapiesteuerungsplattform“ beschrieben.

In Ergänzung zu den Regelungen im SGB V steht mit dem § 92b SGB XI (Integrierte Versorgung) spiegelbildlich eine Vertragsoption für integrierte Versorgungsprozesse zur Verfügung.

§ 140a SGB V (Besondere Versorgung) bietet eine hohe Flexibilität für die Umsetzung der Maßnahmen innerhalb der Transformationsstrategien und erlaubt die Entwicklung integrierter, sektorenübergreifender Versorgungsmodelle im Rahmen besonderer Versorgungsverträge, die geeignet sind, attraktive Vergütungsvereinbarungen für alle beteiligten Akteure abzubilden. Weitere Vorteile, die geeignet sind, diesen Paragrafen als rechtliche Grundlage für die Umsetzung der Therapiesteuerung und der dafür erforderlichen Plattform zu nutzen, sind:

- Die Finanzierung von Infrastrukturleistungen ist nicht ausgeschlossen.
- Die besondere Versorgung kann regional beschränkt vereinbart werden.
- Die besondere Versorgung erlaubt die Abbildung von Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitszielen.

Ziel ist es, eine Art „kollektiven Selektivvertrag“ aufzusetzen – unter Beteiligung möglichst vieler Krankenkassen. Dieser sollte eine Beitrittsfunktion beinhalten, die es Kassen erlaubt, sich dem Vertrag anzuschließen, auch wenn sie nicht zum Kreis der ursprünglichen Projektträger gehört haben sollten.

Es ist zu prüfen, inwieweit es Versicherten nicht teilnehmender Kassen ermöglicht werden kann oder soll, die Plattform Therapiesteuerung (z. B. als Selbstzahler) zu nutzen, und wie eine unkomplizierte Abrechnung dieser Leistungen für die Leistungserbringer erfolgen kann.

In einer Weiterentwicklung des etablierten Versorgungsvertrags gemäß § 140a SGB V zur besonderen Versorgung der Versicherten wird angestrebt, Qualitäts-, Wirksamkeits- und Wirtschaftlichkeitsziele vertraglich festzuschreiben und die Vergütung der Leistungserbringer an die Erreichung der vereinbarten Ziele zu binden.

In einer finalen Ausbaustufe sollte das Ziel sein, eine erfolgreiche Therapiesteuerungsplattform in eine kollektivvertragliche Struktur zu überführen und abzubilden.

Das Modul K1 betrifft alle Maßnahmen, bei denen der Therapieplan auf der Therapiesteuerungsplattform im Rahmen der Strategie Pflege eingesetzt wird, also die Maßnahmen 4 (Aufbau eines IoT-basierten, vernetzten Alarm- und Sensorsystems zur Unterstützung der häuslichen Pflege) bis 8 (Digitale Vernetzung von Hausarzt und ambulantem Pflegedienst über die Therapiesteuerungsplattform) und 10 (Einführung und Anwendung telemedizinischer Systeme in der häuslichen Pflegeversorgung).

### 5.2.2 K5 – Telemonitoring

Dieses Modul ist eine Erweiterung zum Basis-Vertrag nach Modul K1 und soll ebenso über § 140a SGB V (Besondere Versorgung) abgebildet werden. Es stellt Telemonitoring im Rahmen der medizinischen Behandlung dar, die spezifische Abbildung von Alarm- und Notrufsystemen im Rahmen der Pflegeversorgung wird im Modul K11 – „Telemonitoring und Alarmsysteme in der Pflege“ beschrieben.

Die Vergütung von Leistungen zum Telemonitoring (egal ob diese von Arztpraxen oder spezialisierten Telemedizin-Zentren erbracht werden) lassen sich im Rahmen des Versorgungsvertrages nach § 140a SGB V zur besonderen Versorgung Versicherter prinzipiell abdecken.

Offen bleiben die Fragen der Finanzierung der erforderlichen zusätzlichen Infrastruktur sowie der Ausbildung von neuen Anwendern.

Dieses Modul betrifft die Maßnahme 4 der Transformationsstrategie Pflege (Aufbau eines IoT-basierten, vernetzten Alarm- und Sensorsystems zur Unterstützung der häuslichen Pflege).

### 5.2.3 K6 – Therapiesteuerung im stationären Sektor

Dieses Modul ist eine Erweiterung zum Basis-Vertrag nach Modul K1 und soll ebenso über § 140a SGB V (Besondere Versorgung) abgebildet werden. Es stellt die Nutzung der Therapiesteuerungsplattform im Rahmen der stationären medizinischen Versorgung dar, besondere Aspekte im Rahmen der Pflegeversorgung werden im Modul K12 – „Aufbau von Kapazitäten zur pflegerischen Übergangsversorgung (Akutpflegezentren)“ beschrieben.

Die stationäre Versorgung der Haupterkrankung ist nicht Gegenstand der besonderen Versorgung nach § 140a SGB V. Klinische Leistungserbringer sollen vielmehr einen Vergütungsanreiz dafür erhalten, eine kontinuierliche Weiterbehandlung der chronischen Erkrankung(en) über die Therapiesteuerungsplattform zu ermöglichen.

Dieses Modul betrifft die Maßnahme 6 der Strategie Pflege (Aufbau regionaler Akutpflegezentren zur Unterstützung von Übergängen).

### 5.2.4 K7 – Finanzierung telemedizinischer Infrastruktur

Dieses Modul stellt eine Erweiterung zum Basis-Vertrag nach Modul K1 dar und soll ebenso über § 140a SGB V (Besondere Versorgung) abgebildet werden.

Die Vergütung von Leistungen im Rahmen der Telemedizin lassen sich (ggf. auf Basis bestehender Telemedizin-Vereinbarungen) in einen Vertrag zur besonderen Versorgung integrieren.

Offen bleiben die Fragen der Finanzierung der erforderlichen zusätzlichen Infrastruktur sowie die der Ausbildung von neuen Anwendern.

Dieses Modul betrifft die Maßnahme 10 der Strategie Pflege (Einführung telemedizinischer Systeme in der häuslichen Pflegeversorgung).

### 5.2.5 K8 – Regionale Gesundheitsplattform

Dieses Modul gilt den Optionen zur Etablierung einer Zugangs- und Informationsplattform für die Transformationsstrategien Therapiesteuerung und Pflege.

Die Koordination und Ergänzung bestehender lokaler und regionaler Initiativen und Projekte ist für die pflegebezogenen Inhalte und Dienste auf Basis von § 45c Abs. 9 SGB XI (Förderung regionaler/lokaler Netzwerke in der Pflege), § 8 Abs. 3 SGB XI (Förderung von Modellprojekten zur Prävention in der Pflege) oder § 123 SGB XI (Förderung pflegerischer Infrastruktur) prinzipiell möglich. Allerdings ist den Fördersummen, der inhaltlichen Ausrichtung, den zu beteiligenden Projektpartnern sowie der Laufzeit entsprechender Initiativen in allen Regelungen ein enger Rahmen gesetzt, sodass eine umfassende und längerfristige Finanzierung der erforderlichen Plattform-Infrastruktur und deren Betrieb auf Basis der Regelungen des SGB XI schwer darstellbar erscheint.

Für die inhaltliche Ausgestaltung von Prävention und die gezielte Einsteuerung in angemessene Therapieformen bei chronisch erkrankten Personen bietet das Sozialgesetzbuch V mit § 20 SGB V (Primäre Prävention und Gesundheitsförderung) sowie mit § 137f SGB V (Strukturierte Behandlungsprogramme) geeignete rechtliche Grundlagen. Die Regelungen eröffnen Krankenkassen Gestaltungsspielräume, um Maßnahmen der Prävention und Nachsorge zielgerichtet zu fördern und in die Versorgung chronisch erkrankter Versicherter zu integrieren. Darüber hinaus können – insbesondere im Rahmen der besonderen Versorgung nach § 140a SGB V – innovative, sektorenübergreifende Ansätze erprobt werden, die eine engere Verzahnung zwischen Prävention, Therapie und Rehabilitation ermöglichen. Ergänzend besteht die Möglichkeit, spezifische Inhalte und Module der Plattform über die Präventionshaushalte der Krankenkassen zu finanzieren, wodurch zusätzliche Spielräume für eine umfassende Umsetzung geschaffen werden.

Es ist davon auszugehen, dass verschiedene Angebote und Strukturelemente der Gesundheitsplattform aus verschiedenen Mitteln finanziert werden müssen. Denkbar wäre auch die Finanzierung der infrastrukturellen Basis der Plattform aus Mitteln der regionalen Strukturförderung.

Dieses Modul betrifft die Maßnahmen 1 (Aufbau einer pflegerischen Informations- und Unterstützungsplattform), 2 (Einbindung nachbarschaftlicher Hilfe und bürgerschaftlichen Engagements) und 3 (Digitale Coaching- und Beratungsangebote für informell Pflegende) im Rahmen der Strategie Pflege.

### 5.2.6 K9 – Integration pflegerischer Maßnahmen und Akteure in die Therapiesteuerungsplattform

Dieses Modul stellt eine Erweiterung zum Basis-Vertrag nach Modul K1 und soll über § 140a SGB V (Besondere Versorgung) abgebildet werden.

Chronisch kranke Pflegebedürftige haben grundsätzlich die Möglichkeit, auf die Therapiesteuerungsplattform zuzugreifen. In Ergänzung zu den Regelungen im SGB V stellt § 92b SGB XI (Integrierte Versorgung) spiegelbildlich eine Vertragsoption für integrierte Versorgungsprozesse zur Verfügung.

Im Kontext der häuslichen Pflege sollen aber zusätzliche Elemente aufgenommen werden – aus einem reinen Therapieplan wird ein Versorgungsplan, der folgende Aspekte berücksichtigen muss:

- Abbildung von pflegerischen Versorgungspfaden und -Maßnahmen im Therapieplan: Die Erstellung der Inhalte auf Basis pflegerischer Richtlinien und Qualitätsmaßstäben wäre über § 8 Abs. 3 SGB XI (Förderung von Modellprojekten zur Prävention in der Pflege) und/oder § 123 SGB XI (Förderung pflegerischer Infrastruktur) prinzipiell möglich. Da diese Aufgabe zunächst einmalig initial erfolgt, sind die im Rahmen des Moduls K8 beschriebenen Einschränkungen (Innovationsorientierung und zeitliche Begrenzung) nicht relevant.
- Frage der Finanzierung der Aktualisierung, Ergänzung und Pflege dieser Inhalte: Dies könnte die Aufgabe einer Betriebsgesellschaft werden, die gemeinschaftlich von den Projektpartnern getragen wird, was die Kosten für die einzelnen Partner deutlich reduziert.
- Zugriff informell Pflegender auf die Therapiesteuerungsplattform auf freiwilliger Basis: Der Zugriff von pflegenden Angehörigen ist im Rahmen des §140a SGB V (Besondere Versorgung) denkbar, wenn diese aufgrund gesundheitlicher oder geistiger Einschränkungen der pflegebedürftigen Person (etwa bei Demenz) als gesetzliche Vertreter (Bevollmächtigte oder Betreuer) in der ePA des oder des/der Pflegebedürftigen registriert sind. Trifft dies nicht zu, ist eine eigenständige Überprüfung der Identität und Berechtigung durchzuführen. Für die Umsetzung und den Betrieb der erforderlichen Services kann § 92b SGB XI (Integrierte Versorgung) herangezogen werden.
- Die Schulung Pflegebedürftiger und informell Pflegender im Umgang mit der Plattform ist denkbar über § 7c SGB XI (Pflegeberatung) und § 45 SGB XI (Schulung informell Pflegender).

Dieses Modul betrifft alle Maßnahmen, bei denen der Therapieplan auf der Therapiesteuerungsplattform im Rahmen der Transformationsstrategie Pflege eingesetzt wird, also die Maßnahmen 4 (IoT-basiertes Alarm- und Sensorsystem zur Unterstützung der häuslichen Pflege) bis 8 (Digitale Vernetzung zwischen Hausarztpraxis und ambulantem Pflegedienst) und 10 (Einführung telemedizinischer Systeme in der häuslichen Pflegeversorgung).

### 5.2.7 K10 – Pflegeberatung durch Pflege-Coaches über die Gesundheitsplattform

Dieses Modul stellt eine Erweiterung des Moduls K8 –Regionale Gesundheitsplattform dar.

Die Möglichkeiten, eine Pflegeberatung durch Pflege-Coaches über die Gesundheitsplattform finanzieren zu können, sind aktuell stark begrenzt.

Bestehende Optionen:

- Schulungen und Beratungen nach § 45 SGB XI (Pflegekurse für Angehörige und ehrenamtliche Pflegepersonen): Diese sind finanzierbar jeweils anlässlich der Aufnahme oder Intensivierung der Pflegetätigkeit, aber nicht kurzfristig oder in einem akuten Bedarfsfall.
- Beratungseinsätze bei Pflegegeldempfängern nach § 37 Abs. 3 SGB XI (Pflegegeld für selbst beschaffte Pflegehilfen): Diese Einsätze (durch Mitarbeitende der Pflegekassen oder dazu beauftragte Fachpersonen) sind zeitlich begrenzt und stark formalisiert und dienen eher der Überprüfung und Bedarfsfeststellung.

Zusätzliche Optionen:

- Modellvorhaben zur Förderung von Angeboten zur Unterstützung im Alltag nach § 45c SGB XI (Förderung der Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen und des Ehrenamts, Verordnungsermächtigung) unterliegen den oben genannten Einschränkungen (Befristung, Deckelung, inhaltliche Einschränkungen). Denkbar wäre eine Integration bzw. Fortführung des AOK-Projekts „Familiale Pflege“, das auf dieser Basis finanziert ist.
- Damit Coaching als förderfähiges Angebot anerkannt und vergütet werden kann, bedarf es entsprechender landesrechtlicher Regelungen. Die Entscheidung über eine mögliche Einordnung z. B. als „Angebot zur Unterstützung im Alltag“ liegt beim jeweiligen Bundesland. Auf kommunaler oder regionaler Ebene können solche Strukturen daher nicht eigenständig refinanziert werden – sie müssen auf Landesebene verhandelt und gegebenenfalls gesetzlich oder durch Verordnungen verankert werden.

Dieses Modul betrifft ausschließlich die Maßnahme 3 im Rahmen der Transformationsstrategie Pflege (Digitale Coaching- und Beratungsangebote für informell Pflegende).

### 5.2.8 K11 – Telemonitoring und Alarmsysteme in der Pflege

Dieses Modul stellte eine Erweiterung des Basis-Vertrages K1 und des Moduls K5 – „Telemonitoring“.

Zusätzlich zum Einsatz von Telemonitoring im Rahmen der Therapiesteuerung ist im Anwendungsfall der häuslichen Pflege der Einsatz von Alarm- und Notrufsystemen abzubilden.

Bestehende Optionen:

- Basisleistungen des Hausnotrufdienstes werden bei Vorliegen eines Pflegegrades und wenn die versicherte Person allein oder über weite Teile des Tages allein lebt, von der Pflegekasse mit einer monatlichen Pauschale von bis zu 27,00 € netto zuzüglich gegebenenfalls anfallender Umsatzsteuer übernommen (Stand: 2026). Rechtsgrundlagen sind § 40 Abs. 1 und 3 in Verbindung mit § 78 Abs. 1 SGB XI. Darüberhinausgehende Services müssen privat finanziert werden, können aber unter bestimmten Voraussetzungen von den Sozialkassen übernommen werden.

- Es ist zu prüfen, ob weitergehende Installationen über Mittel aus der Wohnraumanpassung nach § 40 Abs. 2 SGB XI förderfähig sind.

Offen sind die Fragen der Finanzierung der erforderlichen zusätzlichen Infrastruktur sowie der Ausbildung von neuen Anwendern. Dieses Modul betrifft die Maßnahme 4 (IoT-basiertes Alarm- und Sensorsystem zur Unterstützung der häuslichen Pflege) der Transformationsstrategie Pflege.

### 5.2.9 K12 – Aufbau von Kapazitäten zur pflegerischen Übergangsversorgung (Akutpflegezentren)

Dieses Modul stellt eine Erweiterung zum Basis-Vertrag nach Modul K1 zur integrierten Versorgung dar.

Versorgungsleistungen:

Die Vergütung von Leistungen, die geeignet sind, den Übergang zwischen den Sektoren bzw. die Wiederaufnahme der häuslichen Pflegeversorgung nach einem stationären Aufenthalt zu unterstützen – Übergangspflege (gemäß § 39e SGB V), des Weiteren Rehabilitations-, Tages- und Nachtpflege (§ 41 SGB XI), Verhinderungspflege (§ 39 SGB XI) und vor allem Kurzzeitpflege (§ 42 SGB XI) – ist heute in vielen Fällen so gering, dass das Angebot hinter dem Bedarf zurückbleibt. Dennoch ist innerhalb dieser Grenzen eine Vergütung dieser Versorgungsleistungen im SGB XI zumindest theoretisch abgedeckt.

Infrastrukturleistungen:

Problematischer ist die Finanzierung der erforderlichen Investitionen in zusätzliche Infrastruktur zur pflegerischen Übergangsversorgung. Dafür sind zwei Wege denkbar:

- Förderung durch Länder und Kommunen (z. B. nach § 123 SGB XI –Gemeinsame Modellvorhaben für Unterstützungsmaßnahmen und -strukturen vor Ort und im Quartier): Der Aufbau von Akutpflegezentren könnte über Landes- oder Bundesprogramme unterstützt werden, insbesondere wenn sie sich an bestehenden Primärversorgungs- oder Pflegezentren orientieren: Förderfähig sind Investitionen in Infrastruktur, Digitalisierung, interprofessionelle Teamstrukturen und koordinierende Stellen.
- In NRW ist die Förderung von Tages-, Nacht- und Kurzzeitpflegeeinrichtungen nach § 13 APG möglich. Hieraus können sich konkrete Finanzierungsmöglichkeiten für den Aufbau, die Ausstattung und den Betrieb regionaler Akutpflegezentren sowie für Personal- und Koordinationsstrukturen in der Übergangsversorgung ergeben.

Dieses Modul betrifft die Maßnahme 6 der Transformationsstrategie Pflege (Aufbau regionaler Akutpflegezentren zur Unterstützung von Übergängen).

### 5.2.10 K13 – Integration Ehrenamt und nachbarschaftliche Hilfe

Dieses Modul ist eine Erweiterung des Moduls K8 – Regionale Gesundheitsplattform.

Die Integration eines eigenen Vermittlungsservices auf der Gesundheitsplattform bzw. die Verlinkung bestehender Unterstützungsangebote (handwerkliche Tätigkeiten, Gartenarbeit oder reine Haushaltstätigkeiten, die nicht über die Pflegekassen vergütet bzw. bezuschusst werden) stellt eine Infrastrukturleistung dar, die über die Finanzierung der Gesundheitsplattform selbst abgedeckt werden kann. Eine digitale Vermittlung über die Plattform verursacht keine hohen Betriebskosten.

Für zahlreiche Unterstützungstätigkeiten reicht es in NRW, eine Informationsbroschüre zur Kenntnis genommen zu haben. Diese Broschüre wie auch der Nachweis der (digitalen) Kenntnisnahme lassen sich auf der Plattform abbilden.

Darüber hinaus sind zwei weitere Leistungskategorien abzubilden, die durch die Regelungen im SGB XI abgedeckt sind:

1. Vergütung von Hilfs- und Unterstützungsleistungen:

   - Pflegenahe wie auch pflegeferne Unterstützungsleistungen, die aber dennoch als entlastend und auf den spezifischen Bedarf Pflegebedürftiger zugeschnitten sind, können über den monatlichen Entlastungsbetrag nach § 45b SGB XI mit maximal 131 € monatlich aus den Mitteln der Pflegekasse vergütet werden.

2. Finanzierung von Schulungsmaßnahmen für Unterstützende:

   - Professionelle, anerkannte Alltagsbegleiter benötigen eine standardisierte Qualifikation im Umfang von mindestens 40 Stunden. Diese Schulung vermittelt grundlegende Kenntnisse im Umgang mit pflegebedürftigen Menschen und befähigt zur Durchführung alltagsunterstützender Maßnahmen im häuslichen Umfeld. Die Inhalte orientieren sich an den Vorgaben nach § 45a (Pflegekurse für Angehörige und ehrenamtliche Pflegepersonen) und § 45b SGB XI (Entlastungsbetrag).

Dieses Modul betrifft die Maßnahmen 2 (Einbindung nachbarschaftlicher Hilfe und bürgerschaftlichen Engagements) und 9 (Strukturierte Kooperation ambulanter Pflegeeinrichtungen) der Transformationsstrategie Pflege.

# 6 Geschäftsmodell und Implementierung

## Geschäftsmodell

Die Erweiterung der Therapiesteuerung auf die häusliche Pflege versteht sich als konsequent plattformgestützte Versorgungsstrategie. Sie setzt dort an, wo Fragmentierung, unklare Zuständigkeiten und Medienbrüche heute unnötige Kosten verursachen, Personal binden und die Lebensqualität Pflegebedürftiger wie ihrer Angehörigen belasten. Leitidee ist ein gemeinsamer, digitaler Pflege-/Therapieplan als verlässlicher Ankerpunkt für alle Beteiligten, i.d.R. hausärztlich verantwortet, pflegerisch geführt, mit strukturierten Beiträgen informell Pflegender und nahtloser Anbindung professioneller Dienste.

Zwei eng verzahnte Plattformbausteine bilden das Rückgrat: die **Plattform Versorgungszugang** als niedrigschwelliger Lotse, Lernraum und Vermittler (Information, Coaching, Assessments, Finanzierungsnavigation) und die **Plattform Therapiesteuerung** als Koordinationsschicht für Fallakte, Monitoring, Eskalations- und Workflowsteuerung (inkl. Tele-Services, Fallkommunikation, Dispatching). Beide Bausteine sind entlang der im Projekt definierten M-Module gestaltet und werden in drei Stufen eingeführt:

- Stufe 1. **Stärkung der informellen Pflege**
- Stufe 2. **Integration informell Pflegender in die Therapiesteuerung (multimodales Monitoring, Fallkommunikation)**
- Stufe 3. **Anbindung der professionellen ambulanten Pflege (Tele-Pflege, strukturierte Kooperation)**

Methodisch gilt die Modellrechnung als Abschätzung der Effekte im Routinebetrieb (Phase 3). Die Phasen 1 und 2 (Entwicklung, Pilotierung und Roll-out) dienen dem Aufbau und der Etablierung der Infrastruktur und Prozesse. Quantitative Ergebnisse beziehen sich daher auf die flächendeckende Anwendung, in der etwa 30 Prozent der relevanten Pflegeakteure erreicht sind.

Im Modell werden **zwei Wirkungsebenen** unterschieden:

1. Pflegebezogener bzw. medizinischer Nutzen: Primäreffekte, die sich aus vermiedenen oder verzögerten Pflegeverläufen ergeben und direkt monetarisierbar sind.
2. Struktur- und Verfahrenseffekte: Sekundäreffekte durch verbesserte Organisation, Kommunikation und Ressourcennutzung, die qualitativ beschrieben, aber nicht kalkuliert werden.

Der **Schwerpunkt der Modellierung** liegt somit auf den quantifizierbaren Primäreffekten: der Vermeidung oder Verzögerung von Pflegebedürftigkeit und der Stabilisierung bestehender Pflegeverläufe. Struktur- und Prozesseffekte, etwa geringere Bürokratie, effizientere Fallkoordination oder verbesserte Datenverfügbarkeit, werden nicht monetär bewertet, obwohl sie in der Praxis substanzielle Entlastungspotenziale bergen.

Damit bildet die Modellrechnung den größten direkt messbaren Hebel der digitalen Pflege- und Therapiesteuerung ab. Sie zeigt, in welchem Umfang eine systematisch digital koordinierte Pflege- und Präventionsstrategie messbare Effizienz- und Qualitätsgewinne in der Versorgung ermöglicht.

Auf dieser Grundlage folgen die Abschnitte zum Wertversprechen, zu den modellierten Effekten sowie zu den wirtschaftlichen Ergebnissen und deren regionaler Einordnung.

### Wertversprechen und Nutzenbild

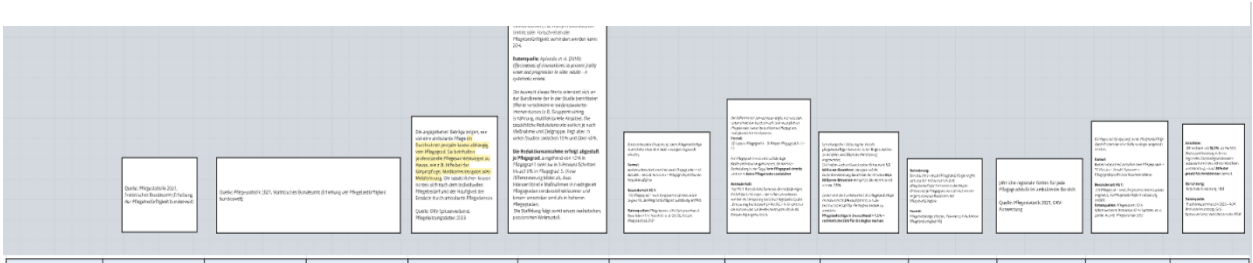
Für Pflegebedürftige und informell Pflegende entsteht ein klarer Versorgungspfad mit erreichbaren Ansprechstellen, verständlicher Orientierung und digitalen Assistenzfunktionen: Die Informations- und Unterstützungsplattform bündelt regionale Angebote, erklärt Leistungen und Antragswege, vermittelt Coaching und aktiviert soziale Unterstützung im Quartier. Der Pflege-/Therapieplan macht Ziele, Maßnahmen, Eskalationsregeln und Termine transparent; Tele-Konsultationen und strukturierte Nachrichtenkanäle verkürzen Wege. Für informell Pflegende bedeutet dies Kompetenzaufbau, Entlastung und Sicherheit im Alltag: Digitale Assessments helfen, Bedarfe zu erkennen, Coaching schließt Wissenslücken, und definierte Reaktionsketten geben Handlungssouveränität in kritischen Situationen. Für Pflege- und Praxisteams werden Prozesse verlässlich, Übergaben vollständig und Reaktionen schneller: Monitoring liefert verwertbare Frühwarnsignale, digitale Workflows verhindern Latenzen, die Dokumentation wird durch Wiederverwendung und KI-gestützte Hilfen schlanker und einfacher. Für Kostenträger und Region entsteht eine steuerbare Struktur, die Ergebnis- und Prozessqualität fortlaufend misst, Transparenz für die Steuerung schafft, modular erweiterbar und in die gemeinsame regionale IT-Landschaft eingebettet ist.

### Wirtschaftlicher Hebel und Modellrechnung

Die Modellierung quantifiziert den jährlichen Entlastungseffekt einer konsequent plattformgestützten Pflegeprävention und -steuerung für die Region. Bewertet werden **Prävalenz-Effekte** (Rückstufung um einen Pflegegrad bzw. Stabilisierung, die kostenrelevante Verläufe vermeidet) und **Inzidenz-Effekte** (weniger bzw. spätere Neueintritte in die Pflege), jeweils separat für ambulante und stationäre Settings. Grundlage sind die Verteilung der Pflegegrade, die durchschnittlichen monatlichen Pflegekosten je Setting, die Anzahl Pflegebedürftiger bundesweit und in der Region sowie gestaffelte Reduktionsraten je Pflegegrad auf Basis hochwertiger Evidenz (Level 1a; Multikomponenten-Programme zur Vermeidung von Frailty). Methodisch wird die Einsparung als Differenz der Jahreskosten zwischen zwei Pflegegraden bewertet, multipliziert mit der reduzierten Fallzahl je Pflegegrad (Prävalenz) bzw. der verhinderten Einstufung (Inzidenz) – jeweils unter konservativen Annahmen und getrennt nach ambulanter/stationärer Pflege.

Für den Zweckverband Aachen und die angrenzenden Kreise ergibt sich: In der **ambulanten Pflege (Prävalenz)** liegt die **jährliche regionale Einsparung bei 69,33 Mio. €**, wovon **20,79 Mio. €** auf die **AOK Rheinland/Hamburg** entfallen (angesetzter Marktanteil 30 Prozent). Hinzu kommen **ambulante Inzidenz-Effekte** von **22,91 Mio. €** regional, davon **6,87 Mio. €** AOK-Anteil. Damit resultiert für die ambulante Versorgung ein jährliches Einsparpotenzial von **92,24 Mio. €**, davon **27,66 Mio. €** direkte AOK-Einsparungen. In der **stationären Pflege (Prävalenz)** beläuft sich die regionale Entlastung auf **18,96 Mio. €**, davon **5,69 Mio. €** AOK-Anteil. Zusätzlich werden **Versorgungskapazitäten freigesetzt**: **5.253** Fälle ambulant (Prävalenz), **2.032** ambulant (Inzidenz) sowie **490** stationär (Prävalenz) und **448** stationär (Inzidenz). Diese Kapazitätseffekte sind für die regionale Steuerung zentral, da sie die Möglichkeit eröffnen, knappe Ressourcen bedarfsgerecht zu allokieren und Wartezeiten zu reduzieren; sie sind jedoch nicht automatisch Kasseneinsparung und müssen getrennt bilanziert werden. Kurzfristig materialisieren sich vor allem Inzidenz- und Akut-Effekte (vermeidbare Rettungsdienst-/KH-Kontakte, kürzere Übergangsphasen), während Prävalenz-Effekte über mehrere Jahre aufgebaut werden.

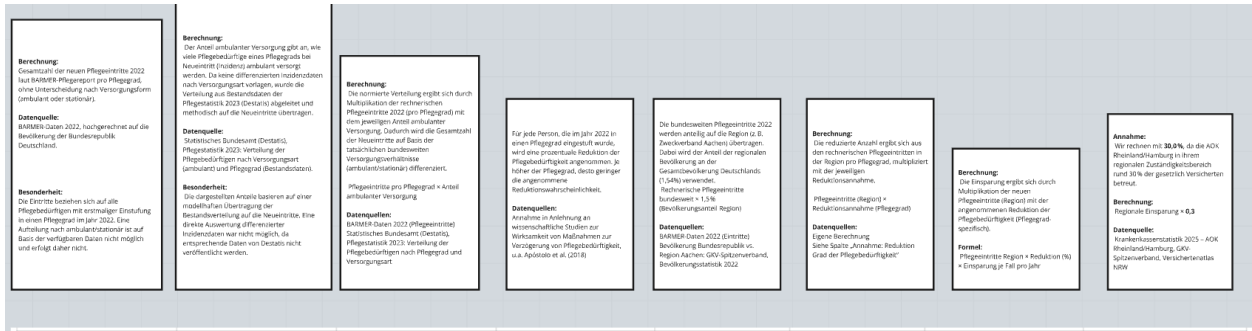
## Abbildung 24: **Modellrechnung – Prävalenz-Effekte Pflege ambulant**



| Pflegegrad | Prozentuale Verteilung ambulant Pflegebedürftiger (bundesweit) | durchschnittliche monatliche Pflegekosten (ambulant) | Anzahl Pflegebedürftige Personen (ambulant, bundesweit) | Jährliche Pflegekosten je Pflegegrad | Annahme: Reduktion Grad der Pflegebedürftigkeit (%) | Einsparung durch Rückstufung um 1 Pflegegrad (bundesweit) | Differenz der Jahreskosten bei Rückstufung um 1 Pflegegrad (ambulant) | rechnerische Anzahl Pflegebedürftige Personen (ambulant, Region) | reduzierte Anzahl Pflegebedürftiger (ambulant, Region) | Jährliche Pflegekosten je Pflegegrad | Einsparung durch Rückstufung um 1 Pflegegrad (Region) | Kostenreduktion AOK RH/HH regional (Prävalenz) |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 17,7% | 700 € | 778.824 | 6.542.121.600 € | 12% | 785.054.592 € | 8.400 € | 11.682 | 1.402 | 98.131.824 € | 11.775.819 € | 3.532.746 € |
| 2 | 43,8% | 1.100 € | 1.922.210 | 25.373.172.000 € | 9% | 830.394.720 € | 4.800 € | 28.833 | 2.595 | 380.597.580 € | 34.253.782 € | 10.276.135 € |
| 3 | 27,6% | 1.500 € | 1.212.017 | 21.816.306.000 € | 6% | 349.060.896 € | 4.800 € | 18.180 | 1.091 | 327.244.590 € | 19.634.675 € | 5.890.403 € |
| 4 | 8,4% | 1.850 € | 367.023 | 8.147.910.600 € | 3% | 46.244.898 € | 4.200 € | 5.505 | 165 | 122.218.659 € | 3.666.560 € | 1.099.968 € |
| 5 | 2,6% | 2.000 € | 113.423 | 2.722.152.000 € | 0% | 0 € | 1.800 € | 1.701 | - | 40.832.280 € | - € | - € |
| | | | 4.393.497 | 64.601.662.200 € | | 2.010.755.106 € | | | 5.253 | 969.024.933 € | **69.330.836 €** | **20.799.251 €** |

Quelle: _fbeta GmbH

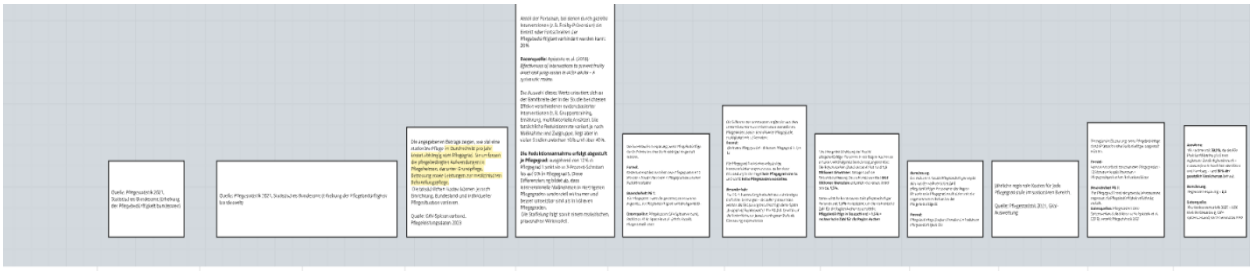
## Abbildung 25: **Modellrechnung – Inzidenz-Effekte Pflegeeintritte**



| rechnerische Pflegeeintritte 2022 (ambulant und stationär, bundesweit) | Anteil ambulanter Versorgung (% ambulant oder stationär versorgter Fälle) | Normierte Verteilung für Inzidenz nach Pflegegraden (ambulant, bundesweit) | Annahme: Reduktion Grad der Pflegebedürftigkeit (%) | rechnerische Pflegeeintritte 2022 (Region) | reduzierte Anzahl Pflegebedürftiger | Regionale Einsparung durch Eintrittsvermeidung (neue Fälle) | Kostenreduktion AOK RH/HH regional (Inzidenz) |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 345.000 | 96% | 331.173 | 20% | 4.968 | 994 | 8.345.569 € | 2.503.671 € |
| 501.000 | 77% | 387.774 | 15% | 5.817 | 872 | 11.516.885 € | 3.455.065 € |
| 183.000 | 55% | 100.488 | 10% | 1.507 | 151 | 2.713.170 € | 813.951 € |
| 58.000 | 36% | 20.659 | 5% | 310 | 15 | 343.981 € | 103.194 € |
| 20.000 | 30% | 5.951 | 0% | 89 | 0 | 0 € | 0 € |
| 1.107.000 | | 664.200 | | 12.691 | 2.032 | **22.919.605 €** | **6.875.881 €** |

Quelle: _fbeta GmbH

## Abbildung 26: **Modellrechnung –Prävalenz-Effekte Pflege stationär**



| Pflegegrad | Prozentuale Verteilung stationär Pflegebedürftiger (bundesweit) | durchschnittliche monatliche Pflegekosten (stationär) | Anzahl Pflegebedürftige Personen (stationär, bundesweit) | Jährliche Pflegekosten je Pflegegrad | Annahme: Reduktion Grad der Pflegebedürftigkeit (%) | Einsparung durch Rückstufung um 1 Pflegegrad (bundesweit) | Differenz der Jahreskosten bei Rückstufung um 1 Pflegegrad (stationär) | rechnerische Anzahl Pflegebedürftige Personen (stationär, Region) | reduzierte Anzahl Pflegebedürftiger (stationär, Region) | Jährliche Pflegekosten je Pflegegrad | Einsparung durch Rückstufung um 1 Pflegegrad (Region) | Kostenreduktion AOK RH/HH regional (Prävalenz) |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 0,5% | 2.444 € | 3.335 | 97.808.880 € | 12% | 11.737.066 € | 29.328 € | 50 | 6 | 1.467.133 € | 176.056 € | 52.817 € |
| 2 | 15,4% | 2.785 € | 108.288 | 3.618.984.960 € | 9% | 39.880.305 € | 4.092 € | 1.624 | 146 | 54.284.774 € | 4.885.630 € | 1.465.689 € |
| 3 | 37,5% | 3.277 € | 263.494 | 10.361.638.056 € | 6% | 93.340.115 € | 5.904 € | 3.952 | 237 | 155.424.571 € | 9.325.474 € | 2.797.642 € |
| 4 | 31,8% | 3.790 € | 223.604 | 10.169.509.920 € | 3% | 41.295.187 € | 6.156 € | 3.354 | 101 | 152.542.649 € | 4.576.279 € | 1.372.884 € |
| 5 | 14,8% | 4.020 € | 104.323 | 5.032.541.520 € | 0% | 0 € | 2.760 € | 1.565 | - | 75.488.123 € | - € | - € |
| | | | 703.044 | 29.280.483.336 € | | 186.252.672 € | | | 490 | 439.207.250 € | **18.963.439 €** | **5.689.032 €** |

Quelle: _fbeta GmbH

## Abbildung 27: **Modellrechnung – Inzidenz-Effekte Pflegeeintritte**

| rechnerische Pflegeeintritte 2022 (ambulant und stationär, bundesweit) | Anteil stationärer Versorgung (% ambulant oder stationär versorgter Fälle) | Normierte Verteilung für Inzidenz nach Pflegegraden (stationär, bundesweit) | Annahme: Reduktion Grad der Pflegebedürftigkeit (%) | rechnerische Pflegeeintritte 2022 (Region) | reduzierte Anzahl Pflegebedürftiger | Regionale Einsparung durch Eintrittsvermeidung (neue Fälle) | Kostenreduktion AOK RH/HH regional (Inzidenz) |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 345.000 | 4% | 13.827 | 20% | 207 | 41 | 1.216.522 € | 364.956 € |
| 501.000 | 23% | 113.226 | 15% | 1.698 | 255 | 8.514.037 € | 2.554.211 € |
| 183.000 | 45% | 82.512 | 10% | 1.238 | 124 | 4.867.065 € | 1.460.119 € |
| 58.000 | 64% | 37.341 | 5% | 560 | 28 | 1.273.684 € | 382.105 € |
| 20.000 | 70% | 14.049 | 0% | 211 | 0 | 0 € | 0 € |
| 1.107.000 | | 442.800 | | | 448 | **15.871.308 €** | **4.761.392 €** |

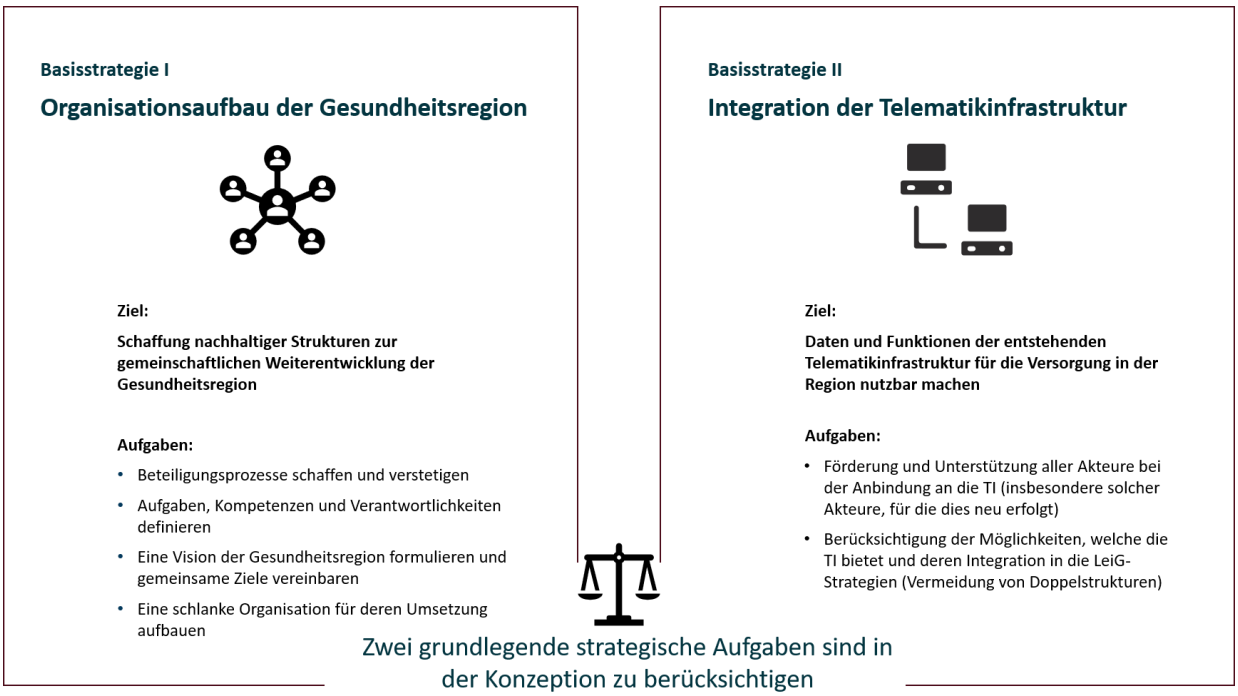
Quelle: _fbeta GmbH

### Ausblick Implementierung der Therapiesteuerung: Basisstrategien zum Aufbau einer übergreifenden Steuerungs- und Trägerstruktur

Die in der Modellrechnung dargestellten Ergebnisse zeigen das erhebliche Potenzial einer plattformgestützten Pflegekoordination für Qualität, Entlastung und Wirtschaftlichkeit. Damit diese Wirkung langfristig erzielt werden kann, bedarf es einer tragfähigen Organisationsstruktur, die die Plattform dauerhaft trägt, weiterentwickelt und schrittweise in die regionale Regelversorgung integriert. Die Abbildung 28 beschreibt die Basisstrategien für den Aufbau einer übergreifenden Steuerungs- und Trägerstruktur, die die organisatorischen und technischen Voraussetzungen für eine nachhaltige Implementierung der Therapiesteuerung schaffen.

Die Implementierung der Pflege-Erweiterung ist als langfristiger Transformationsprozess angelegt, nicht als zeitlich begrenztes Projekt. Ziel ist der Aufbau einer stabilen, sektorenübergreifenden Organisation, die medizinische und pflegerische Verantwortung bündelt und die Plattform als festen Bestandteil der regionalen Versorgungslandschaft etabliert. Im Mittelpunkt steht nicht die einmalige Einführung einzelner Funktionen, sondern die Etablierung eines verbindlichen Rahmens, der Zuständigkeiten klärt, Zusammenarbeit strukturiert und eine kontinuierliche Weiterentwicklung ermöglicht.

Abbildung 28: **Basisstrategien zur nachhaltigen Implementierung der Therapiesteuerung**




Quelle: _fbeta GmbH

Die beiden Basisstrategien bilden das Fundament für die nachfolgende **Organisationsentwicklung**. Sie sichern, dass sowohl die strukturellen Voraussetzungen (Organisation, Governance) als auch die technischen Grundlagen (Daten- und Systemintegration) für eine nachhaltige Implementierung der Therapiesteuerung gegeben sind.

**Ergebnisorientierung.** Die Pflegeplattform wird so organisiert, dass sie sich an unterschiedliche regionale Ausgangslagen anpassen lässt und dennoch einheitliche, verlässliche Prozesse gewährleistet. Die Kombination aus Versorgungszugang und Therapiesteuerung bildet dabei den organisatorischen und technischen Kern. Darauf aufbauend werden die Module iterativ ergänzt und ausgebaut.

Für die praktische Umsetzung ist der Aufbau einer übergreifenden Steuerungseinheit erforderlich, die pflegerische und medizinische Expertise mit organisatorischer und technischer Verantwortung verbindet. Diese Einheit sorgt für einheitliche Standards, begleitet die Einführung vor Ort und gewährleistet eine kontinuierliche Anpassung der Plattform auf Grundlage der Praxiserfahrungen. Ein begleitendes Qualitäts- und Evaluationssystem stellt sicher, dass Wirkung und Wirtschaftlichkeit messbar bleiben und die Plattform schrittweise stabiler wird.

Die Einführung erfolgt stufenweise. Zunächst werden niedrigschwellige Angebote wie digitale Informations- und Coachingdienste bereitgestellt, die Angehörige und informell Pflegende unmittelbar entlasten. Darauf aufbauend werden Monitoring und Fallkommunikation integriert, sodass erste Abläufe zwischen Hausärzten, Pflegenden und ambulanten Diensten digital koordiniert werden können. In einer dritten Stufe folgt die vertiefte Integration der ambulanten Pflege mit Tele-Pflege- und Tele-Visite-Angeboten sowie standardisierten Übergangs- und Nachsorgeprozessen. Jede Stufe dient dabei nicht nur der Erweiterung von Funktionen, sondern vor allem dem Aufbau von Routinen, Vertrauen und Verbindlichkeit im Versorgungsalltag.

Die konkrete Ausgestaltung des Implementierungspfads – etwa zu technischen Standards, Vergütungsmodellen, Einschreibemodalitäten oder Steuerungsmechanismen – wird in den kommenden Projektphasen präzisiert. Für die Case Study steht im Vordergrund, das Prinzip einer dauerhaften, sektorenübergreifenden Organisationsstruktur herauszustellen, die den Wandel trägt, kontinuierlich lernt und sicherstellt, dass die Pflegeplattform nicht nur kurzfristige Entlastung bringt, sondern langfristig zu einem integralen Bestandteil der regionalen Versorgungslandschaft wird.

### Fazit und Geschäftslogik

Die Pflege-Erweiterung der Therapiesteuerung ist ein tragfähiges Geschäftsmodell mit nachvollziehbarem Nutzen: Sie übersetzt Prävention, digitale Teamarbeit und standardisierte Reaktionslogiken in messbare Ergebnis- und Kosteneffekte.

**Für die Region ergibt sich allein in der ambulanten Pflege ein jährliches Entlastungsvolumen von 92,24 Mio. € (davon 27,66 Mio. € direkte AOK-Einsparungen) und zusätzlich 18,96 Mio. € in der stationären Pflege (Prävalenz), bei gleichzeitiger Freisetzung mehrere Tausend Versorgungskapazitäten (ambulant/stationär).**

Die Investition in Plattform- und Change-Infrastruktur ist vor diesem Hintergrund wirtschaftlich gut zu rechtfertigen, zumal erfolgsorientierte Vergütung unmittelbare Anreize auf die gemessenen Outcomes setzt. Mit der schrittweisen Einführung über die drei Stufen, einem robusten KPI-/Evaluationsrahmen und einer konsequent interoperablen Architektur wird aus vielen Einzelmaßnahmen eine integrierte, evidenzbasierte und finanzierbare Pflegeversorgung – und aus dem heutigen Verantwortungsvakuum eine regional gesteuerte, lernende Versorgungsstruktur.

# 7 Gesundheitspolitische Implikationen

Die digitale und organisatorische Transformation der Pflege ist nicht nur eine technologische Aufgabe, sondern eine gesundheitspolitische Kernfrage. Die Ergebnisse der Case Study zeigen deutlich: Pflege ist zum systemprägenden Faktor geworden – sie entscheidet über die Stabilität, Qualität und Finanzierbarkeit der gesamten Versorgung. Um die entwickelten Konzepte aus der regionalen Konzeption in eine flächendeckende Umsetzung zu überführen, bedarf es eines konsistenten politischen Rahmens, der Versorgung, Digitalisierung und Finanzierung integriert.

Dieses Kapitel fasst zentrale gesundheitspolitische Implikationen zusammen, die aus der Konzeption der digital gestützten, informellen und professionellen Pflege abgeleitet wurden. Sie adressieren unterschiedliche Handlungsebenen – von der Versorgungsorganisation über regionale Steuerungsstrukturen bis hin zu gesetzgeberischen Anpassungen auf Bundesebene.

Im Mittelpunkt steht der Aufbau eines modernen Pflege-Ökosystems, das häusliche, ambulante und stationäre Pflege verzahnt, informell Pflegende stärkt, digitale Unterstützung fest in die Routine integriert und neue Kooperations- und Finanzierungsformen schafft.

Die folgenden acht Handlungsempfehlungen markieren den gesundheitspolitischen Ordnungsrahmen für eine zukunftsfähige Pflegeversorgung in Deutschland – digital gestützt, präventiv ausgerichtet, interprofessionell koordiniert und regional verantwortet – und werden als **Implikationsmodule (I-Module)** ausgewiesen.

## 7.1 Primärversorgungssystem rund um virtuelle Teams

Virtuelle Teams bilden das organisatorische Rückgrat einer integrierten Pflegeversorgung. Sie verbinden pflegende Angehörige, ambulante Dienste, Hausärzte, Therapieberufe und kommunale Akteure über digitale Plattformen zu einer kontinuierlichen, interprofessionellen Fallsteuerung. Dadurch entsteht eine gemeinsame Verantwortung für den Versorgungsverlauf und eine deutliche Entlastung informell Pflegender. Virtuelle Teams fördern ein abgestimmtes Handeln in der Primärversorgung, verbessern die Versorgungsqualität und reduzieren Doppelstrukturen.

**Ebene:** Versorgung/Region

## 7.2 Pflegeplanung technisch unterstützen, organisatorisch verankern und vergüten

Analog zur individuellen Therapieplanung in der medizinischen Versorgung muss auch in der Pflege eine verbindliche digitale und individuelle Pflegeplanung je Pflegebedürftigen etabliert werden. Diese muss technisch interoperabel, organisatorisch integriert und finanziell abgesichert sein. Digitale Pflegeakten, standardisierte Assessment-Tools und pflegerische Pfadmodelle sind Kerninstrumente einer solchen Planung. Eine eigenständige Vergütungslogik für pflegerische Koordinations- und Dokumentationsleistungen ist erforderlich, um digitale Pflegeplanung als Regelleistung abzusichern.

**Ebene:** Versorgung/Gesetzgeber

## 7.3 Telepflege und Monitoring als Regelleistung verankern

Telepflege, digitales Monitoring und Video-Konsultationen sind essenziell, um Pflegekapazitäten effizient zu nutzen, Angehörige und informell Pflegende zu unterstützen und die Reichweite professioneller Pflege zu erhöhen. Wesentliche Effekte sind die datengetriebene Pflege und Versorgung sowie die höhere Sicherheit beim Erkennen und Vermeiden von Notsituationen. Dies gibt professionell wie auch informell

Pflegenden im ambulanten Setting ein höheres Maß an Sicherheit und entlastet sie. Diese Leistungen müssen strukturell in die Regelversorgung überführt, interoperabel mit medizinischen Systemen verbunden und finanziell gleichwertig zu analogen Leistungen vergütet werden.

**Ebene:** Versorgung/Gesetzgeber

## 7.4 Pflegeprävention und Reaktivierung systematisch fördern

Prävention und Reaktivierung müssen als fester Bestandteil pflegerischer Versorgung etabliert werden – mit dem Fokus auf Früherkennung, Bewegung, Ernährung, Sturzprävention und kognitiver Aktivierung. Hier geht es insbesondere um die deutlich häufigere Anwendung dieser Maßnahmen in Relation zu anderen (klassischen) pflegerischen Maßnahmen. Digitale Assessments, Schulungen und Coaching-Angebote können diese Prozesse unterstützen. Ziel ist, Pflegebedürftigkeit zu verzögern, den Erhalt von Selbstständigkeit zu fördern und Angehörige präventiv zu entlasten. Dafür ist eine Anpassung der Präventionsrichtlinien und eine erweiterte Finanzierung präventiver Pflegeleistungen erforderlich.

**Ebene:** Versorgung/Gesetzgeber

## 7.5 Aufbau einer regionalen Pflegeplattform und technischer Standards

Regionale Gesundheitsregionen sollten eine Pflegeplattform erproben, die Leistungen, Unterstützungsangebote und Kommunikationsprozesse digital bündelt: Sie unterstützt die Pflegebedürftigen, deren Angehörige und andere informell Pflegende darin, möglichst schnell und sicher die Kompetenz für die informelle Pflege zu erlangen sowie mit Informationen und Zugang zu Unterstützungsangeboten: von Ehrenamt über Schulungen, technologische Systeme sowie ambulante pflegerische und ärztliche Leistungen inklusive haushaltsnahe Dienstleistungen und mögliche Finanzierungs- und Refinanzierungswege für diese Leistungen. Dies führt in Summe zu einer Erhöhung der Leistungsfähigkeit der informellen Pflege, die den überwiegenden Teil der Pflegebedürftigen heute und auch zukünftig betreut.

Solche Plattformen müssen die Zusammenarbeit zwischen professioneller und informeller Pflege, medizinischen Akteuren und kommunalen Diensten abbilden. Die gewonnenen Erkenntnisse dienen der Definition eines nationalen Standards für Interoperabilität, Datenschutz und Qualitätsanforderungen in der digitalen Pflege. Durch regionale Pilotierung können praktikable Standards entstehen, die in ein bundesweit harmonisiertes Modell überführt werden.

**Ebene:** Region/Gesetzgeber

## 7.6 Integration des Öffentlichen Gesundheitsdienstes und kommunaler Akteure

Der Öffentliche Gesundheitsdienst (ÖGD), Gemeindeschwestern, Pflegeberatung und kommunale Beratungsstellen müssen in die digitale Pflegeversorgung eingebunden werden. Sie übernehmen wichtige Rollen in Prävention, Früherkennung und aufsuchender Unterstützung. Die Integration dieser Akteure in regionale Plattformen, sowohl in die patientenindividuelle Therapie- und Pflegeplattform als auch die Zugangsplattform, schafft Synergien zwischen Verhältnis- und Verhaltensprävention und stärkt die Versorgungssteuerung im Sozialraum.

**Ebene:** Region/Gesetzgeber

## 7.7 Regionale Finanzierung von Strukturmaßnahmen zur Steuerung und Innovation

Ambulante Pflegedienste und Pflegeberatung müssen regelmäßig Coaching- und Unterstützungsleistungen zur individuellen Pflegeplanung für informell Pflegende erbringen – auf Basis einer digitalen Pflegeplattform. Diese Leistungen umfassen eine ausreichend hohe Frequenz an Pflegeplanungsgesprächen, eine kontinuierliche Unterstützung im Pflegealltag sowie eine gezielte Begleitung in herausfordernden Pflegesituationen. Sie sollten in einem hybriden Versorgungsmodell erfolgen, das KI-gestützte Beratung, digitale Interaktion über die Plattform und persönliche Coachingkontakte sinnvoll kombiniert. Dafür sind adäquate Vergütungsformen erforderlich, die sowohl digitale als auch analoge Komponenten der Pflegeplanung abdecken.

Darauf aufbauend schaffen regionale Budgets für strukturbezogene Maßnahmen in der Pflege, die gemeinsam von Kommunen, Pflege- und Krankenkassen getragen werden, die finanziellen Spielräume, um Pflege-, Präventions- und Unterstützungsangebote bedarfsorientiert zu steuern. Sie ermöglichen eine flexible Ressourcenallokation, fördern Kooperation statt Konkurrenz und bilden die Grundlage für nachhaltige hybride Versorgungsmodelle. Solche Budgets adressieren bestehende Fragmentierung und sind eine zentrale Voraussetzung für regionale Umsetzungskompetenz und kontinuierlichen Innovationstransfer.

**Ebene:** Region/Gesetzgeber

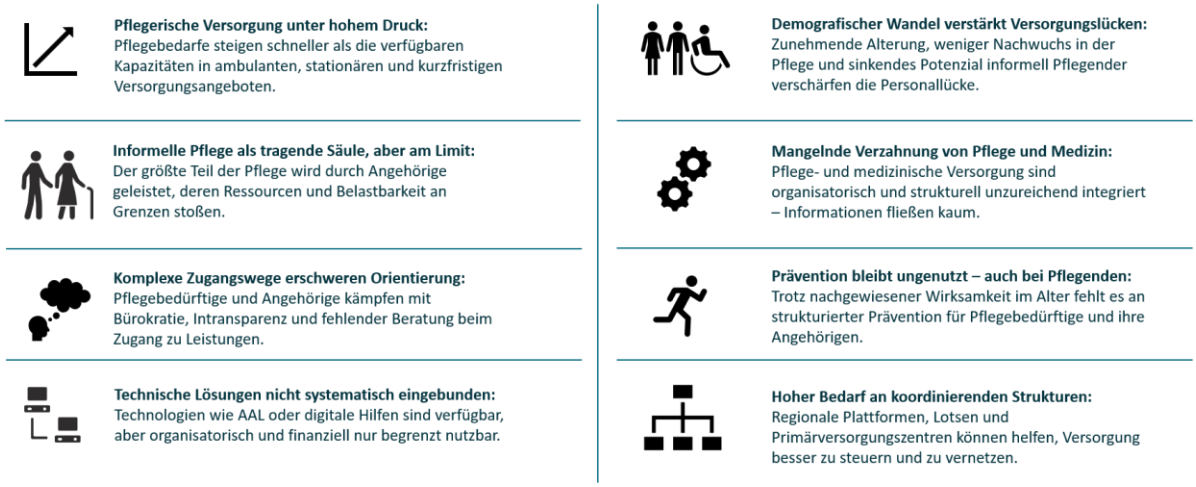
## 7.8 Institutionalisierung des LeiG-Verfahrens in der Pflege

Die Integration der Pflegekonzeption in das LeiG-Verfahren sichert die strukturelle und politische Verstetigung regionaler Pflegeinnovationen. Eine verbindliche Rückkopplung zwischen regionaler Umsetzungsebene, Landesgesundheitsministerien und Bundesgremien ist notwendig, um Skalierung, Qualitätssicherung und nachhaltige Finanzierung zu gewährleisten. Das LeiG-Verfahren bietet dabei einen institutionellen Rahmen für Ergebnisverantwortung und Umsetzungskraft in der Pflege.

**Ebene:** Gesetzgeber/Bund-Land-Koordination

# Anhang: Grafiken

## Abbildung 29: **Pflege**




Quelle: _fbeta GmbH

Tabelle 5: **Prozessorientierte Module im Überblick**

| ID | Name | Versorgungspotenzial aus Sicht der Gesundheitsregion | Intersektoraler Wertschöpfungsfokus (Prozesspotenzial) |
|---|---|---|---|
| **M-1** | **Früherkennung und Vorsorge** | In unserer Gesundheitsregion setzen wir uns gemeinsam dafür ein, Strukturen und Prozesse zu schaffen, die die Früherkennung von chronischen Erkrankungen und Pflegebedürftigkeit nachhaltig verbessern. Durch die Förderung innovativer Tools und die harmonisierte Zusammenarbeit aller Akteure ermöglichen wir es, Betroffenen schneller Zugang zu passenden Interventionen zu bieten. Ein großer Stellenwert kommt dabei der Sekundär- und Tertiärprävention bereits im System eingeschlossener Patienten und Pflegebedürftigen zu. | ▪ Betroffene: Stärkung proaktives Gesundheitsverhalten; Schulungen<br>▪ Soziales Umfeld: frühzeitige Meldung von Auffälligkeiten; Schulungen<br>▪ HA/FA: frühzeitige Diagnostik und Interventionen; zügige Fallbegutachtung via Tele-Visite<br>▪ Klinik: verbessertes Entlassmanagement<br>▪ LE Heil- und Hilfsmittel: intensivere Einbindung, insb. Erfolgs- und Verlaufsfeedback<br>▪ sonstige LE Gesundheitsförderung: intensivere Einbindung, insb. Erfolgs- und Verlaufsfeedback<br>▪ Apotheken (Einbindung in die Früherkennung und niedrigschwellige Weiterleitung in Versorgungsprozesse)<br>▪ Professionelle Pflege: frühzeitiges Erkennen, Melden und Dokumentieren von wesentlichen Veränderungen der Pflegebedürftigkeit sowie unmittelbare Anpassung pflegerischer Maßnahmen<br>▪ Krankenkassen: datenbasierte, individuelle Vorsorgeangebote und Erinnerungen; Schulungs- und Informationskampagnen |
| **M-2** | **Assessment, Fallklärung, Erstdiagnose und Erstveranlassung** | Wir möchten eine umfassende, bürgerorientierte Struktur schaffen, die den individuellen Versorgungs- und Pflegebedarf effizient initial erfasst und schnelle Wege zu bedarfsgerechten Leistungen und Hilfsmitteln ermöglicht. Gemeinsam arbeiten wir daran, dass alle Pflegebedürftigen und Patienten zeitnah die passende Unterstützung erhalten und bürokratische Prozesse beschleunigt werden. Erstmaliges Auftreten und wesentliche Veränderungen von Pflegebedürftigkeit bzw. chronischer Krankheit stehen dabei gleichermaßen im Fokus. | ▪ Betroffene: schneller, unkomplizierter Zugang zur Versorgung; bedarfsgerechte Ersteinschätzung und Terminservice<br>▪ Alle regionalen LE (HA/FA, Klinik, Heil- und Hilfsmittel, Gesundheitsförderung, professionelle Pflege): gemeinsame Steuerlogik; Verzeichnisse und Transparenz über verfügbare Termine und Leistungen; Beschleunigung der administrativen Veranlassung<br>▪ Pflegeberatung und Assessment: Beschleunigung der Pflegebedürftigkeits- und Pflegegradermittlung |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **M-3** | **Finanzierungsnavigation bevorstehender Leistungen** | Wir schaffen eine transparente, leicht zugängliche Unterstützung für Pflegebedürftige/Patienten und ihre Angehörigen, die Finanzierung bevorstehender, bedarfsgerechter Leistungen besser zu organisieren. Mit einem sektorenübergreifenden Überblick über verfügbare Unterstützungsleistungen und Finanzierungsmöglichkeiten erleichtern wir es, informierte Entscheidungen zu treffen und die richtige Kombination aus Sach- und Geldleistungen zu wählen. Durch digitale und persönliche Unterstützung helfen wir, die passende Kombination zu identifizieren und notwendige Anträge zu stellen. | ▪ Betroffene und soziales Umfeld: schnelle und valide Auskunft über Finanzierung individuell konfigurierter Unterstützungsleistungen<br>▪ Alle regionalen LE (HA/FA, Klinik, Heil- und Hilfsmittel, Gesundheitsförderung, professionelle Pflege): Verzeichnisse und Transparenz über verfügbare Leistungen und Preise<br>▪ Pflegeberatung und Assessment, Kranken-/Pflegekassen: verbesserte Beratungsqualität und -effizienz bzgl. Konfiguration und Finanzierung fallbezogener Leistungen |
| **M-4** | **Weiterführende Diagnostik und Interventionsplanung** | Durch die Stärkung weiterführender, leitliniengerechter Diagnostik und eine integrierte Interventionsplanung tragen wir dazu bei, chronische Erkrankungen und Pflegebedürftigkeit frühzeitig zu erkennen und unmittelbar geeignete Maßnahmen zu organisieren. Wir möchten Diagnostik und Betreuung in der frühen Phase von chronischen Erkrankungen und Pflegebedürftigkeit verbessern, um die Lebensqualität der Betroffenen zu steigern und einer Verschlechterung entgegenzuwirken. Dabei setzen wir auf transparente Prozesse, Fallmanagement und ein hybrides Leistungsangebot, um die Qualität der Versorgung zu steigern und regionale Ressourcen effizient einzusetzen. | ▪ Betroffene: verbesserte Information und Koordination mehrteiliger Diagnostik und begleitender Therapiemaßnahmen<br>▪ HA/FA: Fallmanagement zur besseren Koordination leitliniengerechter Diagnostik und initialer Therapie; verbesserte Fallkommunikation; frühzeitige Integration von Vorsorgeleistungen<br>▪ Klinik: telemedizinische Konsile; bessere Koordination klinischer Untersuchungen in Gesamtablauf<br>▪ LE Heil- und Hilfsmittel und Gesundheitsförderung: frühzeitige Integration begleitender Maßnahmen<br>▪ Professionelle Pflege: Integration standardisierter Pflegediagnosen |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **M-5** | **Sicherheit und Notfälle** | Wir entwickeln smarte und vernetzte Sicherheits- und Notfalllösungen, die es ermöglichen, in kritischen Situationen schnell zu handeln – sowohl für Pflegebedürftige als auch für chronisch Erkrankte (Schübe, Dekompensation, weitere Risiken). Durch die Vernetzung modularer Systeme schaffen wir eine Umgebung, die Betroffenen, Angehörigen sowie Fachkräften Sicherheit gibt. Unser Ziel ist es, ein flexibles, integriertes und vorbeugendes Ökosystem aufzubauen, das schnell adäquate Maßnahmen in Krisensituationen einleitet. Gleichzeitig schaffen wir offene Strukturen, die die Implementierung und Weiterentwicklung neuer Lösungen erleichtern, sodass die Region kontinuierlich von technologischen Fortschritten profitiert. | ▪ Betroffene: verbesserte Ausstattung mit Sensorik zum Monitoring und zur Risikodetektion inkl. Ereignismeldung<br>▪ Professionelle Pflege: verbesserte Ausstattung mit Sensorik zum Monitoring und zur Risikodetektion inkl. Ereignismeldung; Kommunikation im Ereignisfall mit Pflegenotdiensten, Notfall- und Rettungsdiensten |
| **M-6** | **Integrierte Gesundheits-kompetenz, Lebensstiländerung, Selbsthilfe und Qualitätszirkel** | In unserer Gesundheitsregion schaffen wir ein vielfältiges und ganzheitliches Angebot zur nachhaltigen Stärkung der Gesundheitskompetenz der Bevölkerung – insbesondere von Pflegebedürftigen, chronisch Erkrankten und ihren Angehörigen. Durch die Verbindung persönlicher und analoger sowie digitaler Angebote fördern wir Lebensstiländerungen, stärken die Selbsthilfe und etablieren professionell begleitete Qualitätszirkel. Wir möchten eine breite Palette an Lern- und Unterstützungsangeboten bereitstellen, die Menschen motivieren, ihr Verhalten positiv zu verändern und Selbsthilfestrukturen zu nutzen. Gemeinsam schaffen wir ein gesundheitsförderndes Umfeld, das eng mit der professionellen medizinischen Versorgung und Pflege verzahnt ist. | ▪ Betroffene und soziales Umfeld: Nutzung vorhandener Lern-, Coaching- und Unterstützungsangebote<br>▪ HA/FA: fallbezogene Feedbackloops bzgl. Maßnahmen der Gesundheitsförderung und aktivierende Therapie<br>▪ LE Heil- und Hilfsmittel und sonstige LE Gesundheitsförderung: niedrigschwellige Feedbackschleifen mit primär behandelnder Ärzteschaft zur Adhärenz und Ergebnisqualität<br>▪ Krankenkassen: Informations- und Werbekampagnen; Strukturentwicklung zur Gesundheitsförderung im Quartier |
| **M-7** | **Kontinuierliches Monitoring und Interventions-anpassungen** | Wir streben an, eine führende Rolle in der Förderung, Integration und Nutzung von Anwendungen einzunehmen, die ein kontinuierliches Monitoring und dynamische Interventionsanpassungen für chronisch erkrankte Personen und Pflegebedürftige erlauben. Wir möchten integrationsfreudige Strukturen schaffen und die Entwicklung und Nutzung der Anwendungen fördern. | ▪ Betroffene: Nutzung von Sensorik und Trackingtools zur Erfassung von Vitalparametern, Gesundheitszuständen und Verhaltensmaßnahmen; kurzfristige Anpassungen von Therapiemaßnahmen und -plänen; Motivationssteigerung durch Gamification und Verlaufskontrolle<br>▪ Regionales Versorgungsteam aus HA/FA, LE Heil- und Hilfsmittel, professioneller Pflege: beschleunigte und individuelle Therapieanpassungen; gemeinschaftliche Fallkommunikation und teamorientierte Aufgabenteilung |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **M-8** | **Telemedizin in der kontinuierlichen Therapie und Betreuung** | Wir setzen auf den verstärkten Einsatz von Telemedizin, um die Therapie und Betreuung von chronisch Erkrankten und Pflegebedürftigen zu verbessern. Durch telemedizinische Elemente und flexible Versorgungsmodelle schaffen wir barrierearme Zugänge zur medizinischen Versorgung, aktivierenden Therapie, pflegerischen Betreuung und zum Lebensstilcoaching. Wir fördern die intersektorale, telekooperative Zusammenarbeit zwischen medizinischen, therapeutischen und nicht-ärztlichen Akteuren und nutzen synchrone und asynchrone Telemedizin, um individuelle Bedürfnisse abzudecken. | ▪ Betroffene: Nutzung telemedizinischer Versorgungsangebote (Monitoring, aktivierende Therapie, Gesundheitsförderung, Coaching)<br>▪ HA/FA: Tele-Visiten mit aufsuchender oder stationärer Pflege; indikationsspezifisches Telemonitoring; fallbezogene Telekooperation; unkomplizierte Einschreibung und telemedizinische Versorgungsprogramme; Neugestaltung eines hybriden Praxisalltags<br>▪ Klinik: bedarfsorientierte, telemedizinische Integration von Fachzentren über Videosprechstunden, Tele-Konsile, Tele-Boards und Messaging-Dienste<br>▪ LE Heil- und Hilfsmittel: Stärkung der Einbindung und Nutzung im Versorgungsprozess<br>▪ sonstige LE Gesundheitsförderung: Stärkung von Tele-Coachingangeboten<br>▪ Professionelle Pflege: Tele-Visiten und schnelle Rücksprache mit ärztlichen Versorgungsteams<br>▪ Krankenkassen: Erleichterung des Zugangs zu flexiblen Versorgungsprogrammen |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **M-12** | **Gesundheitssteuerung – aktive prozessuale Vernetzung aller Beteiligten** | In unserer Gesundheitsregion schaffen wir eine aktive und integrierte Gesundheitsvernetzung, die ein umfassendes Fallmanagement von Pflegebedürftigen und chronisch Erkrankten über alle beteiligten Akteure hinweg etabliert. Unser Ziel ist es, eine regionale Kümmerer- und Steuerungsstruktur zu schaffen, die durch digitale Werkzeuge, klare Eskalationshierarchien und abgestimmte Interventionsoptionen unterstützt wird. Durch die digitale Prozesssteuerung und klare Versorgungspfade verbessern wir die Koordination der Gesundheitsförderung und Krankheitsversorgung. Bedarfsgerechtigkeit, regionale Verfügbarkeit und personalisierte Versorgung werden durch dieses Fallmanagement für eine regional bestmögliche Versorgungsqualität balanciert. Wir fördern den Einsatz moderner Interventionsoptionen und maßgeschneiderter Workflow-Systeme und setzen uns intensiv für die organisatorische Integration dieses Fallmanagements in der Gesundheitsregion ein. | ▪ HA/FA: primärärztlich verantwortetes Fallmanagement<br>▪ Alle regionalen professionellen LE: teamorientierte und arbeitsteilige Versorgung entlang individuell konfigurierter Versorgungspfade; fallbezogene Kommunikation und Dokumentation |
| **M-14** | **Dispatching akuter Versorgungsanlässe** | Wir etablieren eine effiziente Steuerung akuter Anliegen chronisch Erkrankter und Pflegebedürftiger, die unabhängig von übergeordneten Fallmanagementstrukturen funktioniert. Mit organisatorischer Verzahnung, technischer Integration und fortschrittlichen Entscheidungsunterstützungs- und Navigationstools schaffen wir ein System, das akute Anliegen sicher einschätzt und die geeignete Versorgungsleistung zum Versorgungsbedarf leitet. Unser Ziel ist es, die Anlassklärung, Dispatching-Prozesse und die Koordinierung mobiler Einsatzteams so zu verbessern, dass die Zielgruppe in akuten Situationen einen guten Zugang zu kontextadäquaten (Patientenkonditionen, Lebensumstände etc.) Leistungen findet. Durch die Verzahnung regionaler Akutfall- und Notfallstrukturen schaffen wir eine effektive Infrastruktur. | ▪ Betroffene und soziales Umfeld: unterstütztes Self-Assessment<br>▪ Point-of-Care (. z. B. durch HA/FA, professionelle Pflege, Terminservicestellen, Leitstellen, ambulante Bereitschaftsdienste): Triage und Steuerung<br>▪ HA/FA: ggf. primärärztliche Beteiligung an der Entscheidungsfindung zu Diagnostik, Therapie und weiterem Versorgungsbedarf<br>▪ Einsatzteams: optimierte Routenplanung bei mobilen Einsätzen; telemedizinische Beurteilung |

*Querschnittsmodule*

| | | | |
|---|---|---|---|
| **M-9** | **Passive Vernetzung (Akte) von wesentlichen LE mit Patienten** | In unserer Gesundheitsregion fördern wir die passive Vernetzung aller wesentlichen Akteure – Patienten, Haus- und Fachärzte, professionelle Pflege, Apotheken und Kliniken. Durch den Rollout und die nachhaltige Implementierung zentraler Bausteine der Telematikinfrastruktur (TI), insbesondere der „ePA für alle“, schaffen wir eine digitale Grundlage, die den Austausch relevanter Informationen erleichtert, Prozesse optimiert und die Qualität der Versorgung nachhaltig verbessert. Als Gesundheitsregion möchten wir Katalysator dieser zentral gesteuerten Transformation sein. Diese Infrastruktur erleichtert die routinemäßige und anlassbezogene Datennutzung. | ▪ HA/FA, Klinik, Apotheken, professionelle Pflege, teilweise LE Heilmittel: Einsicht und Bearbeitung der Patienten- und Fallinformation zur Verbesserung der Informationslage bei ärztlichen, pflegerischen oder therapeutischen Entscheidungen |
| **M-10** | **Passive Vernetzung (Akte) von besonderen LE mit Patienten** | Die passive Vernetzung von Patienten mit wesentlichen Leistungserbringenden möchten wir um weitere, regional besonders wirksame Akteure erweitern, die für eine ganzheitliche Gesundheitsversorgung unverzichtbar sind. Dieses Modul baut auf den Grundlagen der Telematikinfrastruktur (TI) auf und erweitert diese gezielt um Organisationen und Leistungserbringende, die in der aktuellen Roadmap der TI-Implementierung nicht priorisiert werden. Unser Ziel ist es, regionale Organisationen und besondere Leistungserbringende wie Sozialverbände, Selbsthilfegruppen, Heil- und Hilfsmittelerbringer, mobile Pflegedienste, spezialisierte Therapiezentren und weitere Akteure aktiv in die digitale Gesundheitsinfrastruktur einzubinden. | ▪ LE Heil- und Hilfsmittel, Gesundheitsförderung: Einsicht und Bearbeitung der Patienten- und Fallinformation zur Verbesserung der Informationslage bei ärztlichen, pflegerischen oder therapeutischen Entscheidungen |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **M-11** | **Asynchrone Fallkommunikation** | In unserer Gesundheitsregion wollen wir die asynchrone fallbezogene Kommunikation zwischen allen relevanten Akteuren fördern und etablieren. Durch den Einsatz moderner Kommunikationsdienste wie KIM und TIM sowie die Integration weiterer Organisationen schaffen wir eine harmonisierte und effiziente Kommunikationsstruktur. Diese soll die regionale Versorgung verbessern, die Akzeptanz neuer Dienste stärken und die Zusammenarbeit aller Beteiligten optimieren. Dadurch unterstützen wir die Koordination von Leistungen, fördern die Akzeptanz digitaler Dienste und ermöglichen eine ganzheitliche Versorgung auch über die Telematikinfrastruktur (TI) hinaus. | ▪ Betroffene plus regionales Versorgungsteam über alle LE: fallbezogenes Messaging und Mailing zur Verbesserung der Informationslage und Beschleunigung bei ärztlichen, pflegerischen oder therapeutischen Entscheidungen |
| **M-13** | **Versorgungsmanagement** | Wir fördern ein integriertes Versorgungsmanagement, das durch eine Multivertragsfähigkeit eine nahtlose Zusammenarbeit zwischen verschiedenen Akteuren der Gesundheitsversorgung ermöglicht. Wir schaffen technische und organisatorische Strukturen, die ein umfassendes Portfolio von Versorgungsverträgen und innovativen Programmen verwalten und kombinieren können. So wird ein organisatorisches Fundament für eine flexible, skalierbare, integrierte Versorgung geschaffen. Zudem wollen wir die populationsbezogene Ergebnisorientierung stärker an Vergütungsoptionen binden. Unser Ziel ist es, ein aktives Management des Vertragsportfolios zu etablieren, das die Leistungserbringung und die Versicherungslandschaft effektiv miteinander verbindet – auch über verschiedene Versicherungsarten hinweg. | ▪ HA/FA: erleichterte Einschreibung, Dokumentation und Abrechnung von Versorgungsverträgen<br>▪ Krankenkassen: (technische) Standardisierung und Steigerung der Kompatibilität von Versorgungsverträgen zur Multivertragsfähigkeit |

| | | |
|---|---|---|
| **M-15** | **KI-unterstützte Fall- und Pflegedokumentation** | Wir organisieren für die regionalen Akteure der Gesundheitsversorgung KI-gestützte Dokumentationshilfen, die den Leistungserbringenden und Versorgungsteams chronisch Erkrankter und Pflegebedürftiger flexibel zur Verfügung stehen sollen. Wir möchten Entlastung von unnötiger Dokumentation schaffen, sodass mehr Kapazitäten für die menschliche Interaktion entstehen. Unser Ziel ist eine Region, in der Dokumentationsaufgaben effizient, benutzerfreundlich und technisch nahtlos integriert erledigt werden – ohne zusätzlichen Organisationsaufwand für die Leistungserbringenden. Die Region übernimmt große Teile der Verantwortung für Beschaffung, Entwicklung, Betrieb und Pflege dieser KI-Unterstützung. Zudem unterstützt sie regionale Partner bei der Implementierung, um die Nutzung optional und bedarfsgerecht zu gestalten. |

- Regionales Versorgungsteam aus HA/FA, LE Heil- und Hilfsmittel und professionelle Pflege: Beschleunigung und Qualitätsverbesserung der Dokumentations- und Informationsaufgaben

Quelle: _fbeta GmbH

## Literaturverzeichnis


[1] BUNDESMINISTERIUM FÜR GESUNDHEIT. 2023. *Zahlen und Fakten zur Pflegeversicherung* [Online]. Bundesministerium für Gesundheit. Available: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Statistiken/Pflegeversicherung/Zahlen_und_Fakten/Zahlen_und_Fakten_pv_bf.pdf [Accessed 10.01.2024].

[2] BUNDESMINISTERIUM FÜR GESUNDHEIT. 2024. *Pflegebedürftigkeit* [Online]. Bundesministerium für Gesundheit. Available: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/pflege/online-ratgeber-pflege/pflegebeduerftig-was-nun/pflegebeduerftigkeit.html [Accessed 21.10.2024].

[3] FRAUNHOFER-INSTITUT FÜR ANGEWANDTE INFORMATIONSTECHNIK 2023. Daten zur Informellen Pflege Pflegebedürftige und Pflegende, https://publica-rest.fraunhofer.de/server/api/core/bitstreams/b55b85da-c6a4-4425-be2f-f746eb91a83e/content [Accessed 16.04.2025].

[4] GIRWAR, S. M., JABROER, R., FIOCCO, M., SUTCH, S. P., NUMANS, M. E. & BRUIJNZEELS, M. A. 2021. A systematic review of risk stratification tools internationally used in primary care settings. *Health Sci Rep,* 4, e329.

[5] HASEMANN, L., LAMPE, D., NEBLING, T., THIEM, U., VON RENTELN-KRUSE, W. & GREINER, W. 2022. Effectiveness of a multi-component community-based care approach for older people at risk of care dependency - results of a prospective quasi-experimental study. *BMC Geriatrics,* 22, 348.

[6] ROMERO STARKE, K., HEGEWALD, J., SCHMAUDER, S., KABOTH, P., UHLMANN, L. M., REISSIG, D., KAUFMANN, K. K., WEGGE, J., MARQUARDT, G. & SEIDLER, A. 2022. Health and Care Dependency of Older Adults in Dresden, Germany: Results from the LAB60+ Study. *International Journal of Environmental Research and Public Health,* 19, 11777.

[7] STATISTISCHES BUNDESAMT (DESTATIS). 2024. Gesundheitsausgaben im Jahr 2022 auf knapp 500 Milliarden Euro gestiegen. , Pressemitteilung 15. April 2024, https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2024/04/PD24_167_236.html [Accessed 16.04.2025].

[8] STATISTISCHES BUNDESAMT (DESTATIS). 2023a. *Pflege https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Pflege/Publikationen/Downloads-Pflege/statistischer-bericht-pflege-deutschlandergebnisse-5224001239005.html*. [Accessed 16.04.2025].

[9] STATISTISCHES BUNDESAMT (DESTATIS). 2023b. Pflegevorausberechnung: 1,8 Millionen mehr Pflegebedürftige bis zum Jahr 2055 zu erwarten. Pressemitteilung 30. März 2023, https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2023/03/PD23_124_12.html [Accessed 16.04.2025].

Transformationsstudie Teil C2b

# Leistungsstarke Gesundheitsregionen (LeiG)

## Konzeption Strategie Therapiesteuerung

## Impressum


### _fbeta GmbH

Akazienstraße 31

10823 Berlin


### Autoren


Karsten Knöppler

Sandra Martick

Dr. Tim Scheplitz

Hannah Schick

Janik Trappe

Tillman Vatter

Hans-Holger Bleß


### Projektpartner

AOK Rheinland/Hamburg – Die Gesundheitskasse

Region Aachen Zweckverband

StädteRegion Aachen

### Unter dem Dach des Health Transformation Hub (HTH)

Eine Kooperation der Bertelsmann Stiftung und der BSt Gesundheit gGmbH

healthtransformationhub.de

### Berlin, 01.09.2026

## Zusammenfassung

Diese Case Study beschreibt den Entwurf einer sektorenübergreifenden, digital gestützten Versorgungsarchitektur für Menschen mit chronischen Erkrankungen. Ausgangspunkt ist die Beobachtung, dass komplexe Krankheitsverläufe mit vielen Beteiligten häufig zu Brüchen in der Koordination der ärztlichen, pflegerischen und therapeutischen Versorgung, Doppeluntersuchungen und widersprüchlichen Empfehlungen führen. Ziel der Konzeption ist es, Therapieprozesse planbar zu machen, Verantwortlichkeiten klar zuzuordnen und medizinische wie organisatorische Arbeitsschritte entlang messbarer Qualitäts- und Ergebnisziele zu integrieren.

Das Konzept basiert auf der Transformationsstrategie 2a „Virtuelles Team für die Therapiesteuerung“ und greift die Leitidee auf, chronisch Erkrankte in einem Primärversorgungssystem zu betreuen, das digitale Werkzeuge, koordinierte Kommunikation und präventive Maßnahmen systematisch verbindet. Das Grundprinzip – die gemeinsame Fallführung über ein „virtuelles Team“ aus Haus- und Fachärzten, Therapeuten und Pflegekräften – bildet die inhaltliche Basis und wird im Kapitel zur **versorgungsinhaltlichen Ausrichtung** ausgearbeitet.

Im methodischen Teil der Konzeption wird das Transformationscanvas als zentrales Werkzeug beschrieben, um die komplexen Versorgungsprozesse strukturiert zu analysieren und in eine mehrstufige Systemarchitektur zu überführen. Die inhaltliche Logik folgt einer Schichtung nach Fallgruppen und Schweregraden: von präventiven und aktivierenden Angeboten über eine koordinierte ambulante Versorgung bis hin zu peristationären und komplexen Fällen. Diese Struktur erlaubt, Prävention, Therapie und Pflege als zusammenhängendes Versorgungssystem zu gestalten und bildet zugleich die Grundlage für die spätere technische und vertragliche Umsetzung.

Die technische Architektur wird im Kapitel zur **Technologie und Systemarchitektur** erläutert. Sie sieht zwei eng verknüpfte Plattformen vor: eine Therapiesteuerungsplattform zur digitalen Fallführung und Kommunikation, für telemedizinische Verfahren und Telemonitoring sowie eine Versorgungszugangsplattform zur Navigation, Bedarfsermittlung und Vermittlung von Versorgungsangeboten. Beide Plattformen werden stufenweise ausgebaut – von Prävention und Aktivierung über Monitoring und Telekooperation bis hin zu sektorenübergreifenden Workflows zwischen ambulanter und stationärer Versorgung. Grundlage sind interoperable Standards, FHIR-basierte Informationsobjekte, sichere Authentifizierungsmechanismen und ein abgestuftes Rollen- und Rechtemanagement, das auch Akteure ohne Telematik-ID einschließt.

Im Kapitel zu **Verträgen, Leistungsarten und Vergütung** werden die rechtlichen und finanziellen Voraussetzungen für die Umsetzung beschrieben. Im Mittelpunkt steht § 140a SGB V (Besondere Versorgung), der eine sektorenübergreifende, qualitätsorientierte Versorgung ermöglicht und auch Infrastrukturanteile umfasst. Ergänzend werden Module für Prävention, telemedizinische Infrastruktur und pflegerische Integration beschrieben, die über entsprechende Regelungen im SGB V und XI finanziert werden können. Damit entsteht ein flexibles Vertragsmodell, das regionale Kooperationen, Innovationsfreiräume und Qualitätsanreize verbindet.

Das Kapitel zum **Geschäftsmodell und zur Implementierung** zeigt anhand von Modellrechnungen die Möglichkeiten auf, wie die Therapiesteuerungsplattform wirtschaftlich tragfähig werden kann. Auf Basis regionaler Prävalenzdaten wird das Einsparpotenzial durch strukturierte Prozesssteuerung, Telemonitoring und Präventionsintegration verdeutlicht. Selbst bei moderater Teilnahmequote lässt sich der Aufbau und Betrieb der Plattform aus den Effizienzgewinnen refinanzieren, insbesondere wenn Vergütungen schrittweise an Qualitäts- und Ergebnisindikatoren gekoppelt werden.

Abschließend skizziert das Kapitel zu den **gesundheitspolitischen Implikationen**, welche strukturellen Weichenstellungen nötig sind, um die digitale Therapiesteuerung in die Regelversorgung zu überführen. Dazu gehören die Etablierung von Standards für Therapie- und Zugangsplattformen, die Integration und angemessene Vergütung telemedizinischer Leistungen, die Entwicklung regionaler Steuerungsmodelle sowie die Verankerung in gesetzlichen Rahmenbedingungen.

Insgesamt zeigt die Case Study, dass eine plattformbasierte Therapiesteuerung Versorgungskontinuität und Ergebnisqualität entscheidend verbessern kann. Durch die Verbindung von Prävention, digitaler Fallführung und sektorenübergreifender Kooperation entsteht ein integriertes Primärversorgungssystem, das chronisch erkrankte bzw. multimorbide Patienten stärkt, Behandlungsverläufe stabilisiert und die Ressourcen im Gesundheitssystem effizienter nutzt.

# Inhaltsverzeichnis


**Impressum** I

**Zusammenfassung** II

**Inhaltsverzeichnis** IV

**Abbildungsverzeichnis** VII

**Tabellenverzeichnis** IX

**1 Vorwort, Einleitung, Projektkontext** 1

1.1 Gegenstand: Transformationsstrategie 2a – Virtuelles Team für die Therapiesteuerung 1

1.2 Methodik 2

1.2.1 Framework zur Strukturierung der Konzeption 2

1.2.2 Transformationscanvas 4

1.2.3 Die Rolle der Fallgruppenlogik in der Konzeption 7

**2 Versorgungsinhaltliche Ausrichtung** 9

2.1 Versorgungsstrategie 9

2.2 Versorgungsinhaltliche Schwerpunkte der Therapiesteuerung 18

2.2.1 Primärversorgung als Schlüssel für eine effiziente integrierte Versorgung 18

2.2.2 Verbesserung der Qualität von Versorgungsprozessen 19

2.2.3 Früherkennung und Verhaltensprävention stärken 19

2.2.4 Verstärkte Unterstützung von Lebensstiländerungen 20

2.2.5 Nutzung digitaler Interventionsmöglichkeiten 20

2.2.6 Nichtärztliche Gesundheitsberufe 21

2.2.7 Asynchrone Fallkommunikation – verbesserte und systematische Kommunikation zwischen Leistungserbringern 22

2.2.8 Therapiesteuerung als Unterstützung der Behandlungskontinuität an den Schnittstellen zwischen den Sektoren 23

2.2.9 Einsatz von Telemedizin 24

**3 Digitale Transformation im Ökosystem** 26

3.1 Wertschöpfung entlang der Prozesse aus Patientenperspektive 27

3.1.1 Drei fallgruppengerechte Zuschnitte der prozessualen und technischen Unterstützungspotenziale 30

3.2 Wertschöpfung der wesentlichen Prozesse zwischen Akteuren im Ökosystem 32

3.3 Fallgruppe 0 – Menschen mit Risikofaktoren und Chroniker bei Erstdiagnose und/oder mit niedrigem Schweregrad 38

3.3.1 Einbindung von Patienten über einen digitalen Therapieplan 39
3.3.2 Therapie-Coach in der hausärztlichen Versorgung 43
3.3.3 Früherkennung und Prävention in der hausärztlich koordinierten Versorgung 46
3.4 Fallgruppen I und II – Menschen mit gelegentlichem oder häufigem Bedarf an fachärztlicher Unterstützung 50
3.4.1 Anlassbezogene Abstimmung zwischen Haus- und Fachärzten über digitale Plattformen 52
3.4.2 Digital koordinierte Versorgung für Patienten mit komplexem Behandlungsbedarf 55
3.4.3 Telekonsile in der ambulanten, hausärztlich koordinierten Versorgung 58
3.4.4 Frühzeitige Versorgungsreaktion durch datengetriebenes Monitoring 61
3.4.5 Telemedizinisch gestützte Hausbesuche bei medizinischem Anlass 66
3.5 Fallgruppe III – Menschen mit regemäßigem oder häufigem Bedarf an stationärer Versorgung 69
3.5.1 Akute Versorgung gezielt lenken: Zuweisung und Fachkoordination 71
3.5.2 Regionale Versorgungseinheiten nach dem Modell der Primärversorgung 74
3.5.3 Telemedizinische Einbindung ambulant tätiger Ärzte in den stationären Behandlungsverlauf 78
3.5.4 Virtueller Gesundheitskiosk – digitale Lotsenfunktion im Versorgungssystem (ohne Fallgruppenbezug) 82
**4 Technologie und Architektur 85**
4.1 Technische Maßnahmen und Komponenten 88
4.1.1 Stufe 1. Zwei Plattformen für digitale Teilhabe, Aktivierung und Gesundheitsförderung einrichten – Therapiesteuerung und Versorgungszugang (Fallgruppen 0 und I) 88
4.1.2 Stufe 2. Ausbau der Plattformen – Integration ambulanter Versorgung: Monitoring, Telekooperation und ambulante Patientenpfade (Fallgruppe II) 90
4.1.3 Stufe 3. Ausbau der Plattformen zur peristationären, sektorenübergreifenden Koordination Sicherstellung der Versorgungskontinuität bei komplexen Fällen chronischer Erkrankung 92
4.2 Identitätsmanagement, Authentisierung und Zugriff 93
4.3 Zentrale Kommunikationsdienste – Integration TIM und KIM 94
4.4 Web-Frontend und Systemintegration 95
4.5 Stufenweise Etablierung von Interoperabilität 96
4.5.1 Stufe 1. ePA-Konnektivität und FHIR-Ressource CarePlan 96
4.5.2 Stufe 2. Semantische Standards für das Monitoring und Workflows 97
4.5.3 Stufe 3. Synergieeffekte dank IOP-Standards 98

4.5.4 Anbindung an den Terminologieserver des BfArM und das Fachportal bzw. Git-Repository der gematik 98

**5 Verträge, Leistungsarten und Vergütung 100**

5.1 Leistungsarten 100

5.2 Vertrags- und Vergütungsmodule 104

5.2.1 K1 – Therapiesteuerung als besondere Versorgung nach § 140a SGB V 105

5.2.2 K2 – Vergütung von Prävention und Präventionsexperten 105

5.2.3 K3 – Kassenspezifische Angebote/Bedingungen für Versicherte 106

5.2.4 K4 – Facharztvergütung und Primärarztkonzept 106

5.2.5 K5 – Telemonitoring 107

5.2.6 K6 – Therapiesteuerung im stationären Sektor 107

5.2.7 K7 – Finanzierung telemedizinischer Infrastruktur 107

5.2.8 K8 – Regionale Gesundheitsplattform 108

**6 Geschäftsmodell und Implementierung 109**

**7 Gesundheitspolitische Implikationen 116**

7.1 Primärversorgungssystem rund um virtuelle Teams 116

7.2 Therapieplanung und -steuerung technisch unterstützen, organisatorisch verankern und vergüten 116

7.3 Telemedizin und Telemonitoring tiefer in der Regelversorgung verankern und vergüten, digitale Leistungen mit analoger Hauptfunktion etablieren und vergüten 116

7.4 Modifizierung der Angebotsformen von Sekundär- und Tertiärprävention in Richtung Lebensstilintervention und Coaching 117

7.5 Etablierung eines Standards für Therapieplattformen auf Basis regionaler Erprobung 117

7.6 Etablierung eines Standards für Zugangsplattformen auf Basis regionaler Erprobung 117

7.7 Integration des Öffentlichen Gesundheitsdienstes mit Settingmaßnahmen in das LeiG-Verfahren 117

7.8 Etablierung von regionalen Budgets für das Management von Gesundheitsregionen 118

7.9 Integration des LeiG-Verfahrens in Gesundheitsregionen und regulierende Organe auf Landes- und Bundesebene mit Betreiber- und Ergebnisverantwortung 118

**8 Anhang: Grafiken X**

**Literaturverzeichnis XX**

## Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: **Virtuelles Team für die Therapiesteuerung – die richtige Intervention zum richtigen Zeitpunkt** 1

Abbildung 2: **Transformationscanvas und seine Verwendung in der Konzeptionsphase** 5

Abbildung 3: **Ausschnitt Transformationscanvas Strategie 2a: Therapiesteuerung (Versorgungsgegenstand und Ökosystem)** 6

Abbildung 4: **Kompression der Krankheitslast und Kosten durch Therapiefokus auf Root Causes** 10

Abbildung 5: **Evidenzbasierte Verhaltensänderung – Prävention wirkt im Kopf** 12

Abbildung 6: **International Best Practice – NHS, Teil 1** 13

Abbildung 7: **International Best Practice – NHS, Teil 2** 13

Abbildung 8: **Übersicht prozessbezogener Module** 27

Abbildung 9: **Ökosystem: Leistungsstärke auf Ebene der Organisation und Technologie** 34

Abbildung 10: **Maßnahmen 1 – 3 im Ökosystem** 38

Abbildung 11: **Maßnahme 1** 39

Abbildung 12: **Maßnahme 2** 43

Abbildung 13: **Maßnahme 3** 46

Abbildung 14: **Maßnahmen 4 – 7 und 11 im Ökosystem** 50

Abbildung 15: **Maßnahme 4** 52

Abbildung 16: **Maßnahme 5** 55

Abbildung 17: **Maßnahme 11** 58

Abbildung 18: **Maßnahme 6** 61

Abbildung 19: **Maßnahme 7** 66

Abbildung 20: **Maßnahmen 8 – 10 im Ökosystem** 69

Abbildung 21: **Maßnahme 8** 71

Abbildung 22: **Maßnahme 9** 74

Abbildung 23: **Maßnahme 10** 78

Abbildung 24: **Maßnahme 12** 82

Abbildung 25: **Zielarchitektur für das Versorgungsszenario „Chronische Erkrankungen“** 87

Abbildung 26: **Herleitung nicht abgebildeter Leistungsbereiche** 101

Abbildung 27: **Herleitung möglicher Vertragsarten** 101

Abbildung 28: **Detailbetrachtung infrage kommender Vertragsarten** 102

Abbildung 29: **Herleitung möglicher Vergütungsmodelle** 103

Abbildung 30: **Zuordnung der zwölf Maßnahmen der Strategie „Virtuelles Team für die Therapiesteuerung“ zu den relevanten Vertrags- und Vergütungsmodulen (K1 – K8)** 104

Abbildung 31: **Modellrechnung Effekte auf Inzidenz/Prävalenz von acht chronischen Erkrankungen (Bundesebene)** 111

Abbildung 32: **Modellrechnung Effekte auf Prävalenz von acht chronischen Erkrankungen (Region Aachen im Vergleich zur Landesebene)** 112

Abbildung 33: **Basisstrategien zur nachhaltigen Implementierung der Therapiesteuerung** 113

Abbildung 34: **Versorgungsgegenstand. Versorgungsinhaltliche Potenzialanalyse** X

Abbildung 35: **Versorgungssituation (Defizite)** X

Abbildung 36: **Zentrale Aussagen zu krankheitsspezifischen Defiziten** XI

Abbildung 37: **Bedarf- und Bedürfnisanalyse. Gesundheitsverhalten in Deutschland** XI

Abbildung 38: **Versorgungssituation (Defizite)** XII

## Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: **Anwendung der Fallgruppenlogik bei der versorgungsinhaltlichen, organisatorischen und technischen Ausgestaltung der Maßnahmen zur digitalen Transformation des Ökosystems** 8

Tabelle 2: **Prozessorientierte Potenziale als mögliche Module für die regionale Transformation** 29

Tabelle 3: **Priorisierte pfadbezogene Module und Querschnittsmodule für das Umsetzungskonzept** 30

Tabelle 4: **Modulare Struktur der Maßnahmen in der Strategie Therapiesteuerung** 35

Tabelle 5: **Prozessorientierte Module im Überblick** XIII

# 1 Vorwort, Einleitung, Projektkontext

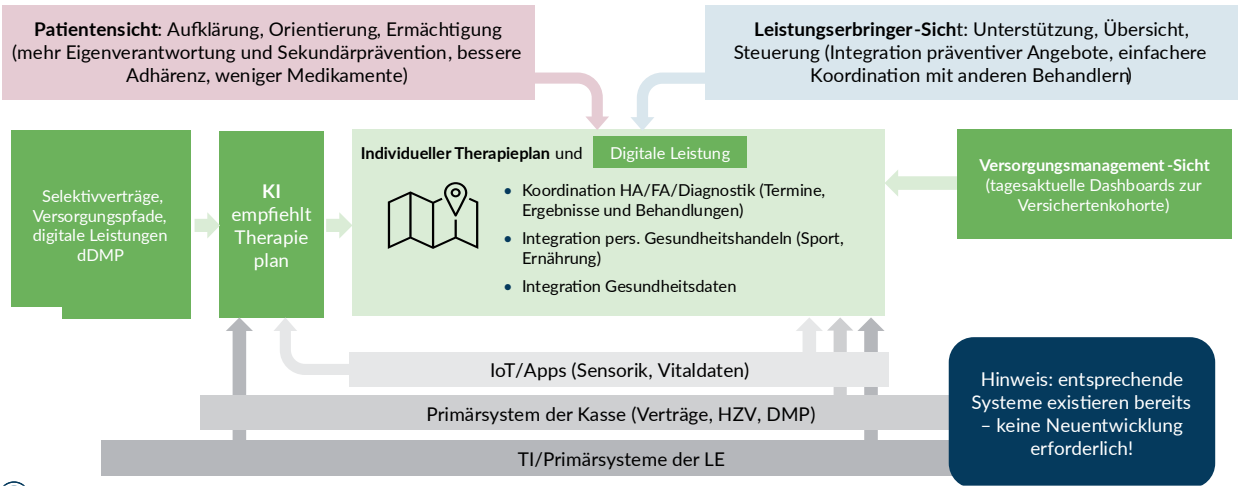
## 1.1 Gegenstand: Transformationsstrategie 2a – Virtuelles Team für die Therapiesteuerung

Im Sprint I – Potenzialanalyse – des Projekts „Leistungsstarke Gesundheitsregionen“ (LeiG) – wurden in drei Versorgungsszenarien die Potenziale regionaler Zusammenarbeit im Gesundheitssektor untersucht. Die daraus abgeleiteten Handlungsoptionen wurden in sieben Transformationsstrategien zusammengefasst und zwei dieser Strategien zur Weiterentwicklung in der Konzeptionsphase priorisiert. Dieses Dokument beschäftigt sich mit einer dieser Strategien: der **Transformationsstrategie 2a – Virtuelles Team für die Therapiesteuerung**.

Chronische Erkrankungen sind in der Regel komplex, verlaufen über lange Zeiträume und erfordern eine koordinierte Mitwirkung verschiedener Akteure der Gesundheitsversorgung. Die Transformationsstrategie 2a zielt darauf ab, für Patienten mit mehrdimensionalem Versorgungsbedarf, insbesondere bei Beteiligung von mindestens zwei ärztlichen und weiteren Leistungserbringern, eine strukturierte, digitale Steuerung der Therapieprozesse zu etablieren.

Zentrales Element ist die Einführung eines **digitalen Therapieplanungsmoduls**, das auf Fallakten basiert. Hier können Diagnosen, Befunde sowie individuelle Versorgungsverträge (z. B. aus Hausarzt- oder Selektivverträgen) hinterlegt werden. Die Plattform erlaubt die Hinterlegung von medizinischen Leitlinien, aus denen über KI-gestützte Logik Therapiepläne vorgeschlagen werden. Diese Pläne werden anschließend von behandelnden Ärzten freigegeben und bei Bedarf justiert. Der Fokus liegt dabei nicht nur auf medikamentösen, sondern auch auf nicht-medikamentösen Interventionen zum Gesundheitsverhalten, wie z. B. Ernährungs- und Bewegungstherapien.

Abbildung 1: **Virtuelles Team für die Therapiesteuerung – die richtige Intervention zum richtigen Zeitpunkt**




Quelle: _fbeta GmbH

Für Patienten ermöglicht die Plattform Aufklärung, Orientierung und aktive Mitwirkung an dem Therapieprozess. Dies stärkt die Eigenverantwortung, verbessert die Adhärenz und fördert die Sekundärprävention. Gleichzeitig können pflegende Angehörige oder Betreuer eingebunden werden. Über ein persönliches Frontend (Web oder App) haben Patienten die Möglichkeit, ihren Behandlungsverlauf zu verfolgen, tägliche Ereignisse zu dokumentieren und auf persönliche Gesundheitsdaten zuzugreifen.

Für Leistungserbringer bietet das System eine Übersicht und Koordinationshilfe. Die Integration präventiver Angebote wird erleichtert, parallele unkoordinierte Prozesse werden vermieden und die Zusammenarbeit mit anderen Behandlern wird strukturiert unterstützt. Dies ist insbesondere relevant für Haus,- und Fachärzte, Pflegeeinrichtungen und Therapeuten, die häufig mit den gleichen Patienten in verschiedenen Kontexten arbeiten. Ergänzend bietet ein **Versorgungsmanagement-Dashboard** tagesaktuelle Einblicke in relevante Versichertenkohorten, etwa zur Verlaufskontrolle oder Qualitätssicherung.

Die digitale Infrastruktur sieht die Anbindung an IoT-Geräte (z. B. Sensorik, Vitaldaten), krankheitsspezifische Apps (z. B. DiGAs), Kassensysteme (DMP, HZV) und die Telematikinfrastruktur vor. Bereits bestehende Systeme können genutzt werden, eine Neuentwicklung ist nicht notwendig – entscheidend ist die intelligente Verknüpfung vorhandener Schnittstellen und Datenquellen.

Organisatorisch bilden **virtuelle Therapieräume** den Rahmen, in dem relevante Akteure fallbezogen zusammenarbeiten. Diese orientieren sich am Modell der ASV, sind jedoch digitalisiert, flexibler und in die regionale Versorgungsstruktur eingebettet. Die Zusammenarbeit erfolgt standortübergreifend, interdisziplinär und bei Bedarf auch über verschiedene Sektoren hinweg, einschließlich ambulanter und stationärer Versorgung sowie telemedizinischer Elemente.

Insgesamt trägt die Strategie wesentlich dazu bei, **Patienten bedarfsgerecht zur richtigen Zeit mit der richtigen Intervention zu erreichen**. Sie verbessert die **Effizienz der Versorgung, fördert den Therapieerfolg** und unterstützt ein **integriertes, koordiniertes Behandlungsgeschehen**.

## 1.2 Methodik

### 1.2.1 Framework zur Strukturierung der Konzeption

Die Untersuchungsgegenstände im LeiG-Projekt gliedern sich in die folgenden vier strukturellen Ebenen (in absteigender Reihenfolge):

#### 1.2.1.1 Versorgungsszenarien in Gesundheitsökosystemen („**Szenarien**“)

**Zuschnitt auf indikationsübergreifende Versorgungssegmente**

Der Zuschnitt für die Ausgangs- und Potenzialanalyse sowie die Ableitung von Strategien erfolgen auf Basis von ca. zehn großen Versorgungssegmenten, die in Summe alle wesentlichen Bereiche der Gesundheitsfürsorge abbilden.

**Fokus auf strukturell homogene Potenziale**

Die Versorgungssegmente sind so gewählt, dass sie versorgungsinhaltliche, organisatorische und technische Potenziale systematisch sichtbar machen. Dabei stehen nicht einzelne Erkrankungen im Mittelpunkt, sondern strukturelle Gemeinsamkeiten auf der Ebene der Infrastruktur und Versorgungslogik im Ökosystem.

**Sichtbarmachung von Perspektiven**

Über die definierten Versorgungsszenarien werden bestehende und zukünftige Versorgungsbedarfe identifiziert, systematisiert und strategisch adressierbar gemacht.

#### 1.2.1.2 Transformationsstrategien („**Strategien**“)

**Die Transformationsstrategien bündeln zentrale Potenziale innerhalb eines Versorgungsszenarios.** Im Sprint I – Potenzialanalyse – des Projekts „Leistungsstarke Gesundheitsregionen“ (LeiG) wurden über die drei Szenarien (Versorgung chronisch Erkrankter, Root Causes und Pflege) hinweg sieben Strategien entwickelt und priorisiert. In diesem Teil wird die hoch priorisierte **Transformationsstrategie 2a – „Virtuelles Team für die Therapiesteuerung“** (kurz: Therapiesteuerung) beschrieben.

**Integration von Versorgung auf Infrastrukturebene**

Im Mittelpunkt steht Integrierte Versorgung (IV), die fünf Ebenen umfasst („Integrierte Versorgung 5.0“):

1. Integration von Organisation und Vergütung
2. Integration von Daten
3. Integration von digitalen, telemedizinischen und analogen Leistungen
4. Integration des Gesundheitshandelns des Patienten
5. Integration von Nachhaltigkeit in Therapieentscheidungen

**Identifizierung von Versorgungsbedarfen in Randbereichen des Gesundheitsökosystems**

Transformationsstrategien richten sich besonders auf Versorgungsbedarfe, die indikationsübergreifend immer wieder auftreten, aber durch sektorspezifisches Management bislang nicht ausreichend adressiert werden. Diese Bedarfe betreffen häufig strukturelle, fachgruppenübergreifende oder versorgungslogische Herausforderungen, die durch herkömmliche Managementansätze nur wenig beeinflusst werden können.

#### 1.2.1.3 Maßnahmen zur Umsetzung („**Maßnahmen**“)

Die Maßnahmenebene konkretisiert die Umsetzung der Transformationsstrategien durch operative Schritte wie z. B. Programme, Projekte oder Umsetzungsinitiativen. Sie stellt den praxisnahen Handlungsraum dar, in dem die zuvor definierten Module zur Anwendung kommen und in tatsächliche Veränderungsprozesse überführt werden. Die Maßnahmen sind so gestaltet, dass sie zielgerichtet, überprüfbar und anpassungsfähig sind.

#### 1.2.1.4 Sechs zentrale Modultypen („**Module**“)

Die Modulebene beschreibt sechs zentrale Modultypen. Sie dienen dazu, die Zielsetzungen der Strategien in konkrete, umsetzbare Handlungselemente zu übersetzen – differenziert nach inhaltlicher, organisatorischer, funktionaler, technischer, vertraglicher und regulatorischer Ausprägung. Damit bilden sie die Grundlage für die systematische Modellierung und Umsetzung digital gestützter Therapiesteuerung.

1. **Versorgungsinhaltliche Module (V)**

   Versorgungsinhaltliche Module definieren die zentralen Versorgungsthemen, Zielbilder und medizinisch-therapeutischen Inhalte. Dazu gehören indikationsübergreifende Programme, Versorgungspfade, Therapiepläne sowie patientengruppenspezifische Ansätze. Sie bilden das inhaltliche Fundament der Therapiesteuerung.

2. **Organisatorische Module (O)**

   Organisatorische Module beschreiben die erforderlichen Strukturen, Rollen und Schnittstellen, um versorgungsinhaltliche und funktionale Anforderungen praktisch umzusetzen. Dazu zählen beispielsweise interprofessionelle Versorgungsmodelle wie virtuelle Teams, Koordinationsstrukturen, Steuerungsmechanismen oder Reifegradmodelle für beteiligte Akteure.

3. **Funktionale Module (F)**

   Funktionale Module bilden den prozessualen Kern der Therapiesteuerung. Sie beschreiben Abläufe, Trans- und Interaktionen sowie Koordinationsanforderungen entlang der Patient Journey (Patientenreise). Sie machen sichtbar, welche Funktionen – etwa Risikoidentifikation, Monitoring, Verlaufskontrolle, Übergangsmanagement oder Navigation – für eine durchgängige, integrierte Therapieplanung und -steuerung benötigt werden.

4. **Technische Module (T)**

   Technische Module bündeln digitale, datenbasierte und prozessunterstützende Technologien, die funktionale und organisatorische Anforderungen umsetzen. Dazu gehören Plattformintegrationen, Interoperabilitätsmechanismen, Entscheidungsunterstützung, Datenräume, Telemedizin, Monitoring oder digitale Workflow-Systeme.

5. **Kontraktmodule (K)**

   Kontraktmodule beschreiben die vertraglichen, finanziellen und leistungsrechtlichen Voraussetzungen einer nachhaltigen, digital gestützten Therapiesteuerung. Dazu gehören indikationsspezifische Abrechnungslogiken, Versorgungsverträge, regionale Budgets oder Finanzierungsmodelle für digitale und koordinative Leistungen.

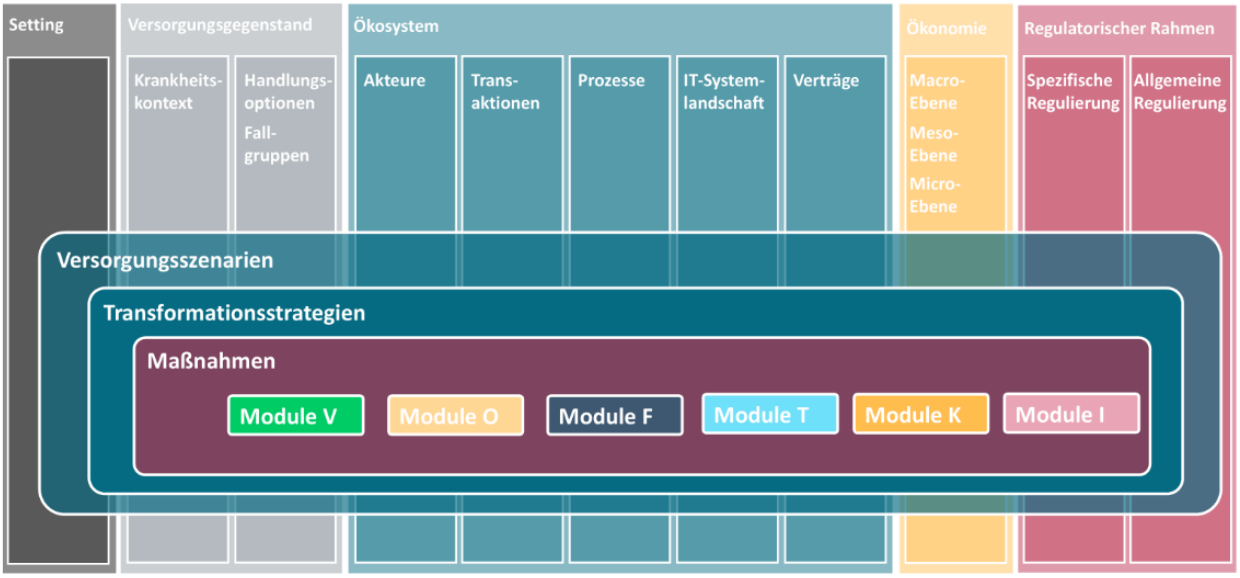
6. **Implikationsmodule (I)**

   Implikationsmodule umfassen gesundheitspolitische, gesetzgeberische und regulatorische Voraussetzungen, die für die Umsetzung und Verstetigung digital gestützter Therapiesteuerung erforderlich sind. Dazu zählen u. a. rechtliche Rahmenbedingungen für Interoperabilität, Telemedizin, Datenzugang, Vergütungssysteme, sektorenübergreifende Zusammenarbeit sowie Governance- und Verantwortlichkeitsstrukturen.

### 1.2.2 Transformationscanvas

Als zentrale Methodik für die Analyse, Strategie und auch die in diesem Dokument beschriebene Konzeption wird das **Transformationscanvas für Versorgungsökosysteme** (Abbildung 1) genutzt. Es ermöglicht, die Integration und digitale Transformation von Versorgung auf verschiedenen Detailebenen sichtbar zu machen: In Ergänzung zu sektoral oder fachlich fokussierten Methoden bei der Erstellung von Leitlinien, Vergütungssystemen, der IT oder der Strukturplanung erfolgt hier eine bürger- und nutzerzentrierte Sicht auf die Versorgung in ganzen Ökosystemen. Das Transformationscanvas ist im Teil B der Transformationsstudie ausführlich beschrieben.

Abbildung 2: **Transformationscanvas und seine Verwendung in der Konzeptionsphase**



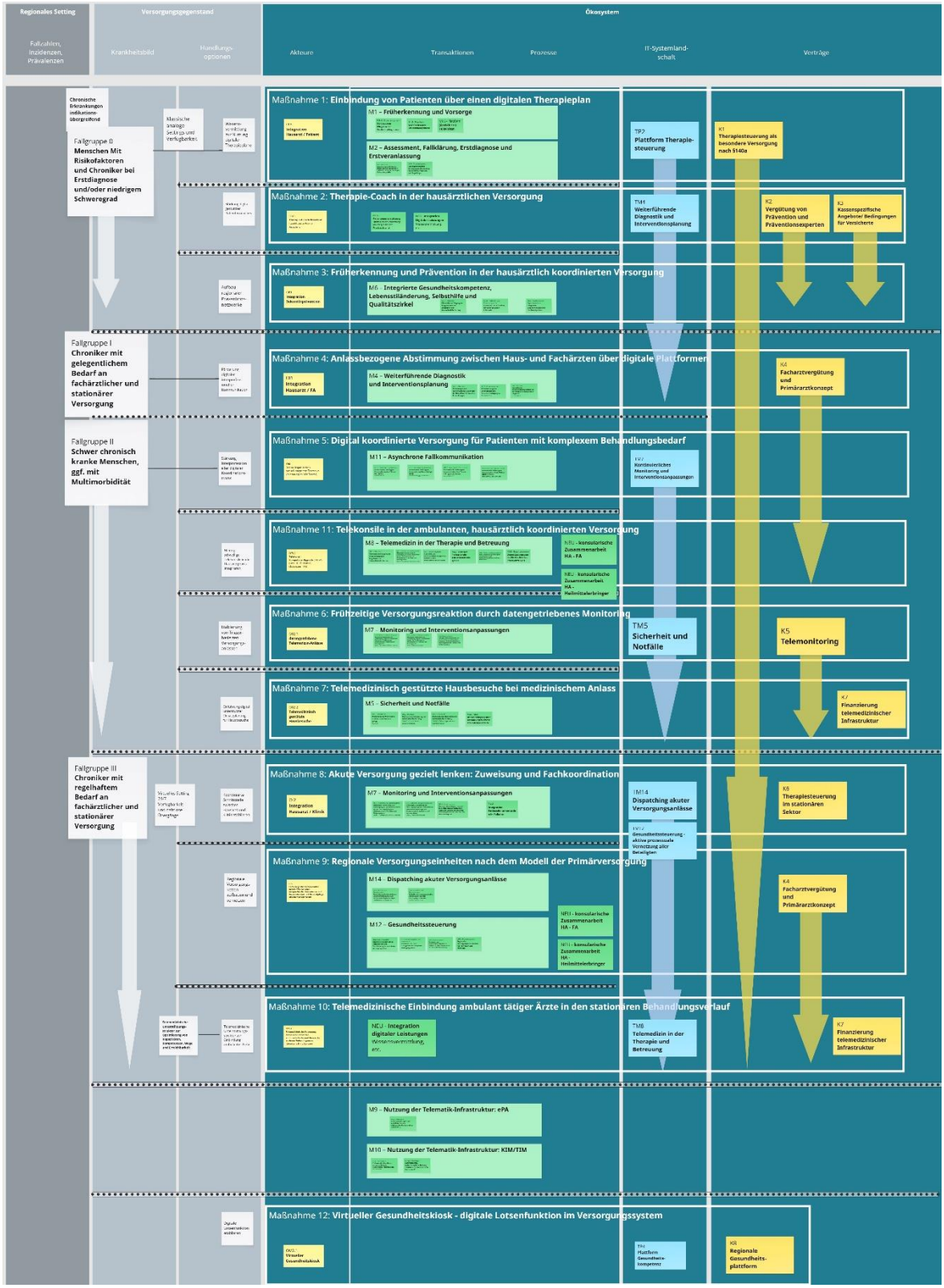

Quelle: _fbeta GmbH

In den vertikalen Spalten des Canvas finden sich alle wesentlichen Perspektiven der Integration vom Setting, über Versorgungsgegenstand, Ökosystem (mit den Aspekten der beteiligten Akteure, den Transaktionen und Prozessen, den verwendeten oder benötigten IT-Systemen sowie der vertraglichen Grundlagen), Ökonomie bis zum regulatorischen Rahmen.

Horizontal können hier Versorgungsszenarien und Transformationsstrategien entlang dieser Dimensionen bearbeitet werden. Dieses Dokument behandelt zwölf Maßnahmen (mit den darin enthaltenen Modulen), die zusammen die Transformationsstrategie 2a „Virtuelles Team für die Therapiesteuerung“ bilden, die wiederum im Szenario „Versorgung chronisch Erkrankter“ zu verorten ist.

In den folgenden Kapiteln 2 – 5 werden diese zwölf Maßnahmen entlang der Canvas-Spalten und der Ergebnisse der korrespondierenden Workshops des Sprints II – Konzeption– des LeiG-Projekts nach versorgungsinhaltlichen, organisatorischen, technischen und vertraglich-ökonomischen Gesichtspunkten entwickelt und beschrieben.

Abbildung 3: **Ausschnitt Transformationscanvas Strategie 2a: Therapiesteuerung (Versorgungsgegenstand und Ökosystem)**




Quelle: _fbeta GmbH

### 1.2.3 Die Rolle der Fallgruppenlogik in der Konzeption

Die Fallgruppenlogik bildet das strukturierende Fundament der **Transformationsstrategie 2a** „Virtuelles Team für die Therapiesteuerung“. Sie schafft ein methodisches System, anhand dessen sich die Komplexität der Versorgung chronisch kranker Menschen erfassen, ordnen und für die konzeptionelle Weiterentwicklung nutzbar machen lässt. Ziel ist es, die unterschiedlichen Versorgungssituationen, Krankheitsverläufe und Schweregrade systematisch zu strukturieren und auf dieser Grundlage schrittweise Versorgungs- und Technologieentwicklungen zu gestalten.

Im Zentrum steht die Idee, Patientinnen und Patienten anhand typischer Versorgungskonstellationen, Verläufe und Schweregrade in Fallgruppen zu gliedern. Diese Fallgruppen bündeln vergleichbare Muster von Behandlungs- und Betreuungsbedarfen und schaffen dadurch ein konsistentes Raster, das klinische Inhalte, organisatorische Abläufe und technologische Entwicklungsschritte methodisch verbindet. Der Aufbau folgt einer Schweregradlogik: Leichtere oder frühe Krankheitsphasen werden in den unteren Fallgruppen abgebildet, komplexere und multimorbide Verläufe in den höheren. Auf diese Weise entsteht eine Systematik, die nicht nur die Vielfalt chronischer Krankheitsverläufe abbildet, sondern auch eine strategische Priorisierung erlaubt.

Methodisch unterscheidet die Fallgruppenlogik drei komplementäre Zuschnitte, die gemeinsam den konzeptionellen Aufbau der Therapiesteuerung prägen:

1. **Versorgungsinhaltliche Fallgruppen und Schweregrade** definieren die medizinischen Bedarfe, Versorgungsschwerpunkte und Interventionsintensitäten. Sie bilden die Grundlage für die inhaltliche Strukturierung der Versorgungspfade und die Zuordnung relevanter Akteure.
2. **Use Cases und Therapiereisen (Journeys)** konkretisieren diese Fallgruppen durch typische Abläufe, Interaktionen und Entscheidungssituationen im Versorgungsprozess. Sie beschreiben, wie Versorgung im Alltag funktioniert – etwa das Ineinandergreifen von Monitoring, Kommunikation und Therapieanpassung.
3. **Technologische Ausbaustufen** ordnen die digitale Weiterentwicklung der Plattformen, Module und unterstützenden Systeme. Sie kennzeichnen den technologischen Reifegrad und die Funktionalität, mit der die Fallgruppen abgebildet werden können.

Diese drei Zuschnitte greifen ineinander: Jeder Versorgungstyp wird durch charakteristische Abläufe konkretisiert und entlang der technologischen Ausbaustufen schrittweise digital erweitert. So entsteht ein konsistentes Rahmenmodell, das klinische Bedarfe, Versorgungspraxis und technische Entwicklung eng miteinander verzahnt.

Die Fallgruppenlogik erfüllt dabei drei zentrale methodische Funktionen:

1. **Strukturierung und Systematisierung:** Sie bildet den methodischen Rahmen, um komplexe Versorgungssituationen, Akteursrollen und technologische Komponenten in ein kohärentes Gesamtsystem zu überführen.
2. **Priorisierung:** Sie ermöglicht, in der Konzeptionsphase mit jenen Fallgruppen zu beginnen, die eine große Zahl von Patientinnen und Patienten betreffen und damit ein besonders hohes Wirkungspotenzial für die Versorgung besitzen.
3. **Schrittweise Skalierung:** Sie unterstützt die sukzessive Erweiterung der Versorgungsarchitektur, indem komplexere und seltenere Fallgruppen mit zunehmender Systemreife, Datendichte und

Integration schrittweise einbezogen werden. Dieses Vorgehen erlaubt eine gezielte Entwicklung von Maßnahmen entlang eines wachsenden digitalen Reifegrades.

Auf dieser Grundlage fungiert die Fallgruppenlogik als methodisches Bindeglied zwischen Strategie, Versorgungspraxis und Technologieentwicklung. Sie sorgt dafür, dass die Ausgestaltung der Versorgungsarchitektur, der digitalen Plattformlogiken und der organisatorischen Strukturen einem gemeinsamen methodischen Rahmen folgt.

Die Anwendung der Fallgruppenlogik erstreckt sich über drei miteinander verknüpfte Ebenen: Auf der Makroebene dient sie als strategisches Raster zur Strukturierung der Versorgung chronischer Erkrankungen nach Schweregrad, Verlauf und Versorgungssituation. Auf der Mesoebene wird sie zur Operationalisierung genutzt, indem sie Struktur und Orientierung für Use Cases, Versorgungspfade und organisatorische Modelle liefert. Auf der Mikroebene schließlich bildet sie die Grundlage für die technische Umsetzung, insbesondere für Interoperabilität, Schnittstellenlogik und die Integration der Transformationsmodule (M-Module) in eine gemeinsame Plattformarchitektur.

Diese mehrdimensionale Herangehensweise stellt sicher, dass strategische Zielbilder, organisatorische Strukturen und technische Systeme kohärent ineinandergreifen. Die Fallgruppenlogik ist damit kein theoretisches Konzept, sondern ein praxisorientiertes Strukturprinzip, das die schrittweise, priorisierte und nachvollziehbare Umsetzung der digitalen Transformation der Therapiesteuerung ermöglicht.

Tabelle 1: **Anwendung der Fallgruppenlogik bei der versorgungsinhaltlichen, organisatorischen und technischen Ausgestaltung der Maßnahmen zur digitalen Transformation des Ökosystems**

| Kapitel | Rolle der Fallgruppenlogik | Ebene |
|---|---|---|
| 2. Versorgungsinhaltliche Ausrichtung | **Strategisches Raster:** Einführung der Fallgruppenlogik als Strukturprinzip. Dient zur Abgrenzung von Versorgungsszenarien (z. B. chronische Erkrankungen nach Schweregrad) und zur Auswahl passender M-Module. Bildet das methodische Raster für die Maßnahmenplanung. | **Makro** |
| 3. Digitale Transformation im Ökosystem | **Operationalisierung**: Ableitung konkreter Use Cases, Versorgungsschwerpunkte und Maßnahmen je Fallgruppe (0/I, II, III). Grundlage für die Entwicklung und Lückenanalyse der Versorgungsarchitektur. | **Meso** |
| 4. Technologie und Architektur | **Stufenmodell**: Technische Umsetzung der Fallgruppenlogik in der Plattformentwicklung (Stufe 1 = FG 0/I, Stufe 2 = FG II, Stufe 3 = FG III). Fokus auf Architektur, Interoperabilität und Schnittstellenlogik der Plattform. | **Mikro** |

Quelle: _fbeta GmbH

# 2 Versorgungsinhaltliche Ausrichtung

Dieses Kapitel konkretisiert die in der Transformationsstrategie 2a „Virtuelles Team für die Therapiesteuerung“ definierte Zielsetzung auf der Ebene der Versorgungspraxis. Während Kapitel 1 die strategischen und methodischen Grundlagen der Konzeption darlegt, fokussiert Kapitel 2 die inhaltliche Architektur der zukünftigen Versorgung anhand folgender Fragestellungen: Welche gesundheitlichen Schwerpunkte sollen adressiert, welche Versorgungsprobleme gelöst und welche Wirkmechanismen durch eine strukturierte Therapiesteuerung aktiviert werden?

Im Mittelpunkt steht dabei die versorgungsinhaltliche Logik als fachliches Rückgrat des Modells. Sie beschreibt, *was* in den Versorgungspfaden geschieht – also die konkreten Leistungen, Interventionen und Prozesse, die Patientinnen und Patienten im Verlauf ihrer Erkrankung durchlaufen. Die Fallgruppenlogik liefert hierfür das ordnende Raster: Sie differenziert Patientengruppen nach Schweregrad, Komplexität und Koordinationsbedarf (Fallgruppen 0 – III) und bildet damit die Grundlage für eine abgestufte, aber vernetzte Versorgung.

Das Kapitel zielt darauf, die wesentlichen inhaltlichen Weichenstellungen der Therapiesteuerung aufzuzeigen. Dazu werden zunächst die übergeordneten Prinzipien einer präventionsorientierten, digital unterstützten und interprofessionell abgestimmten Versorgung erläutert. Anschließend werden zentrale Versorgungsschwerpunkte entlang der Fallgruppen vorgestellt – von der Früherkennung und Lebensstiländerung über die sektorenübergreifende Behandlungskoordination bis hin zur Integration stationärer Episoden und telemedizinischer Anwendungen.

## 2.1 Versorgungsstrategie

**Ausgangslage und Handlungsdruck**

In Deutschland leben mehr als 40 Prozent der Bevölkerung mit mindestens einer chronischen Diagnose; in der Altersgruppe 75 plus liegt der Anteil sogar bei rund 80 Prozent. Diese Patientengruppen verursachen zusammen etwa zwei Drittel der gesamten Gesundheitsausgaben (Gesundheitswissen, 2022, Bundesministerium für Bildung und Forschung, 2014). Zudem verschiebt sich Multimorbidität zunehmend in frühere Lebensphasen und betrifft vermehrt Menschen im Erwerbsalter. Das hat doppelte Effekte: Zum einen steigt die individuelle Krankheitslast, zum anderen nehmen Produktivitätsverluste und die Beanspruchung der Versorgungskapazitäten zu.

Gleichzeitig verändert die Demografie die Finanzierungsgrundlagen des solidarischen Umlagesystems. Über Jahrzehnte trugen viele Erwerbstätige die Kosten vergleichsweise weniger Leistungsempfänger. Mit dem Eintritt der geburtenstarken Jahrgänge in den Ruhestand dreht sich dieses Verhältnis. Besonders relevant ist der steile Kostenanstieg mit dem Alter: Unter 15-Jährige verursachen im Mittel etwa 2.440 Euro pro Jahr, 15–64-Jährige rund 3.400 Euro, 65–84-Jährige über 10.000 Euro, und bei den über 85-Jährigen liegen die Pro-Kopf-Gesundheitsausgaben bei über 25.000 Euro. Obwohl über 65-Jährige nur etwa ein Fünftel der Bevölkerung ausmachen, entfällt auf sie mehr als die Hälfte der Krankheitskosten (Statistisches Bundesamt, 2024, Bundeszentrale für politische Bildung, 2022).

Diese Konstellation führt zu einer strukturellen Schieflage: Ressourcen konzentrieren sich stark auf späte Krankheitsphasen, während frühe, wirksame Interventionen unterentwickelt bleiben. Gleichzeitig verschärfen Fachkräftemangel, Fragmentierung an Sektorengrenzen und heterogene Zuständigkeiten die Umsetzungsrisiken in der Versorgung. Die Folge sind Doppeluntersuchungen, widersprüchliche Empfehlungen, Informationsverluste und vermeidbare stationäre Episoden. Vor diesem Hintergrund stellt

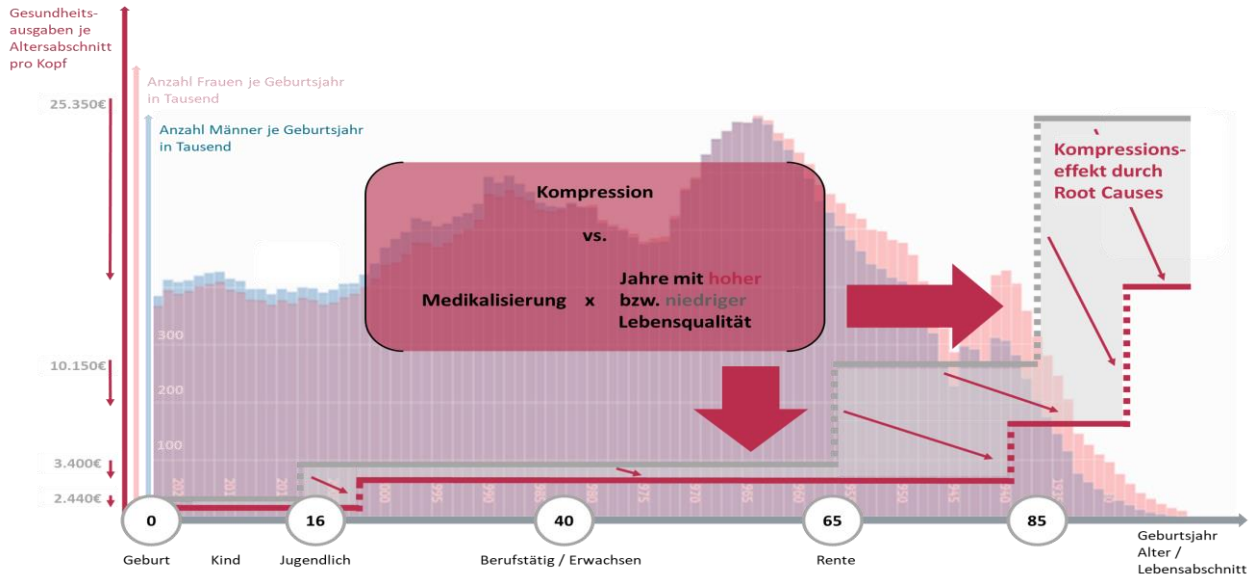
sich die strategische Weichenstellung: Reagiert das System weiterhin überwiegend symptombezogen, oder gelingt der Übergang zu einer vorausschauenden, koordinierten und präventionsorientierten Therapiesteuerung?

**Medikalisierung oder Kompression der Morbidität**

Medikalisierung beschreibt eine Versorgung, die primär Symptome diagnostiziert und behandelt. Das kann Lebenszeit verlängern, geht aber häufig mit langen Phasen eingeschränkter Lebensqualität, hoher Pflegebedürftigkeit und erheblichem Ressourceneinsatz einher. Demgegenüber steht die Kompression der Morbidität als Versorgungsleitbild: Angestrebt wird ein Leben mit möglichst vielen gesunden, aktiven Jahren und eine zeitlich verdichtete Krankheitsphase am Lebensende. Kompression setzt voraus, dass ursachenbezogene Determinanten von Gesundheit – Ernährung, körperliche Aktivität, psychische Gesundheit, Stresserleben, Suchtverhalten – frühzeitig adressiert und klinische Frühstadien konsequent erkannt und behandelt werden. Wo Risikoprofile rechtzeitig erfasst und Leitlinieninterventionen standardisiert umgesetzt werden, sinken Progressionsraten, Komplikationen und Hospitalisierungen; die Lebensqualität steigt, und kostenintensive Spätphasen werden reduziert (Geyer and Eberhard, 2022)

Die Kompression ist von hoher Systemrelevanz, weil sie die Allokation von Aufmerksamkeit, Personal und Vergütungsvolumen prägt. Heute absorbieren chronische Erkrankungen, Multimorbidität und Pflege gemeinsam den überwiegenden Anteil der Mittel, während präventive und frühzeitige Interventionen vergleichsweise unterfinanziert sind. Die in dieser Case Study vorgeschlagene Therapiesteuerung zielt darauf, diese Schieflage zu korrigieren: nicht durch zusätzliche Parallelstrukturen, sondern durch verbindlich koordinierte Versorgungspfade, in denen Prävention Bestandteil der Regelversorgung ist.

Abbildung 4: **Kompression der Krankheitslast und Kosten durch Therapiefokus auf Root Causes**




Quelle: _fbeta GmbH

**Prävention als Leitprinzip der Regelversorgung**

Prävention ist in drei Ebenen zu denken. **Primärprävention** verhindert die Entstehung von Erkrankungen, etwa durch Impfprogramme und systematische Lebensstilförderung. **Sekundärprävention** erkennt Frühstadien, stabilisiert Verläufe und reduziert Exazerbationen. **Tertiärprävention** mindert Folgeschäden und verhindert Dekompensationen bei bestehenden Erkrankungen.

Für die Steuerung chronischer Erkrankungen ist die Sekundärprävention der größte Hebel, weil sie sowohl Krankheitslast als auch Kosten wirksam senkt. Internationale Evidenz zeigt, je nach Indikation, Reduktionspotenziale zwischen 30 und 90 Prozent. Bei Asthma und COPD lassen sich Exazerbationsraten und Hospitalisierungen durch strukturierte Programme signifikant reduzieren, bei Diabetes mellitus Typ 2 und arterieller Hypertonie ermöglichen Lebensstilprogramme und frühzeitige pharmakologische Therapie hohe Vermeidungs- und Stabilisierungseffekte. Auch bei koronarer Herzkrankheit und Herzinsuffizienz sind deutliche Wirkungen auf Morbidität, Mortalität und Ressourcennutzung beschrieben (Global Burden of Disease Collaborative Network, 2024)

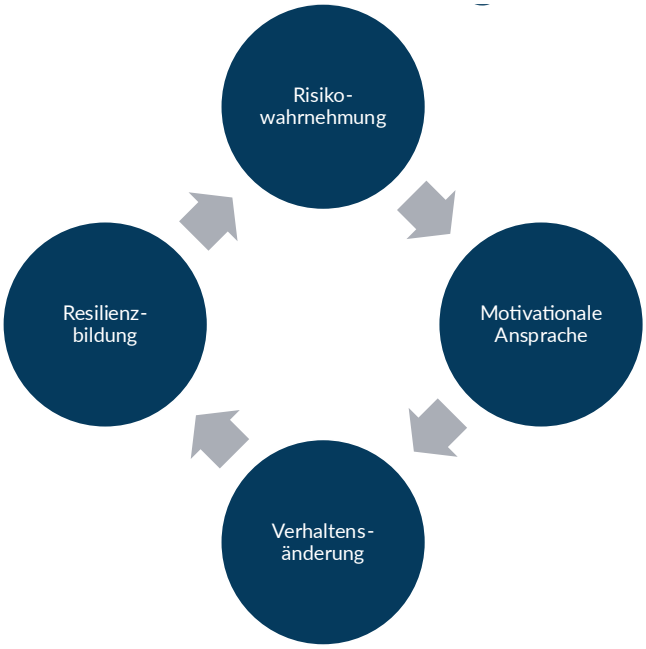
Entscheidend ist die Integration in die Regelversorgung. Prävention wirkt verlässlich nur dann, wenn es definierte auslösende Ereignisse im Verlauf gibt (Trigger), die automatisch Interventionspfade anstoßen, wenn Verlaufskontrollen terminiert und dokumentiert sind und wenn keine Lücke zwischen Empfehlung und Umsetzung entsteht. Prävention als Leitprinzip bedeutet daher: Risikostratifizierung und Case-Finding werden standardisiert, Interventionspakete sind leitlinienbasiert und werden regelhaft angestoßen, Verlaufsergebnisse fließen sichtbar in die individuelle Behandlungsplanung ein. Patientenbeteiligung, Gesundheitskompetenzförderung, Adhärenzförderung und strukturierte Angehörigenarbeit sind integrale Elemente, weil sie die klinische Wirksamkeit im Versorgungsalltag maßgeblich erhöhen.

**Evidenzbasierte Verhaltensänderung als Erfolgsfaktor**

Verhaltensänderung ist ein methodisch zu begleitender Prozess. Risikowahrnehmung führt nicht automatisch zu gesundheitsförderlichem Verhalten; reine Aufklärung genügt selten. Erfolgreiche Programme nutzen Modelle, die Veränderung als Abfolge von Stadien beschreiben, und setzen qualifizierte Beratung ein, um Motivation und Zielbindung aufzubauen. Das transtheoretische Modell stellt hierfür eine bewährte Struktur bereit, motivationale Ansprache verbessert die Übergänge zwischen Stadien und stärkt intrinsische Motivation. Zusätzlich erhöht die Förderung individueller Schutzfaktoren wie Resilienz die Nachhaltigkeit präventiver Effekte (Ferrer and Klein, 2015, Ferrer et al., 2018, Resnicow et al., 2002, Schäfer et al., 2023, Schäfer et al., 2024).

Für die Therapiesteuerung folgt daraus: **Prävention braucht eine professionelle Verhaltensmethodik**, die in die Versorgungspfade eingebettet ist, mit klaren Zieldefinitionen, Rückmeldeschleifen und klinisch relevanten Messpunkten.

Abbildung 5: **Evidenzbasierte Verhaltensänderung – Prävention wirkt im Kopf**




Quelle: _fbeta GmbH

**Internationale Referenz: strukturierte Prävention im National Health Service (NHS)**

Der britische National Health Service zeigt, wie Prävention als Systemleistung etabliert werden kann. Neben allgemeinen Gesundheitschecks existieren gestufte Programme entlang der Krankheitsentwicklung, von Primär- über Sekundär- bis Tertiärprävention. Parallel werden krankheitsspezifische Module umgesetzt, etwa für Diabetesprävention, kardiovaskuläre Risiken, Krebsfrüherkennung und Atemwegserkrankungen. Substanzspezifische Angebote (Programme gegen Tabak- und Alkoholabhängigkeit), Infektions- und Resistenzstrategien sowie die Berücksichtigung umweltspezifischer Risiken wie Luftverschmutzung ergänzen das Spektrum. Erfolgsentscheidend sind klare Zuständigkeiten, eine standardisierte Programmarchitektur und ein strukturierter Zugang, der von allgemeiner Risikoeinschätzung bis zur individuellen Maßnahme reicht (National Health Service, 2025). (National Health Service, 2025). Diese Logik ist übertragbar, wenn Verantwortlichkeiten eindeutig geregelt, Pfade verbindlich definiert und Evaluationen ernst genommen werden.

## Abbildung 6: **International Best Practice – NHS, Teil 1**

| Präventionsansätze | Beschreibung |
|---|---|
| **Grundlagenmodule** | |
| Gesundheitschecks | Angebote wie der NHS Health Check für Erwachsene zwischen 40 und 74 Jahren zur Früherkennung von Krankheiten wie Herzkrankheiten, Diabetes und Nierenerkrankungen. |
| Gesundes Leben | Beratung und Unterstützung zu gesunder Ernährung, körperlicher Aktivität, Schlafhygiene und Stressbewältigung. |
| **Phasenspezifische Angebote** | |
| Primärprävention | Maßnahmen zur Verhinderung des Auftretens von Krankheiten durch Förderung einer gesunden Lebensweise und Reduzierung von Risikofaktoren. Dazu gehören bspw. Impfprogramme, Raucherentwöhnung und Ernährungsberatung. |
| Sekundärprävention | Früherkennung und rechtzeitige Behandlung von Krankheiten, um deren Fortschreiten zu verhindern. Beispiele sind Screening-Programme für Krebs und regelmäßige Gesundheitschecks. |
| Tertiärprävention | Maßnahmen zur Minderung der Auswirkungen bereits bestehender Krankheiten, um Komplikationen zu vermeiden und die Lebensqualität zu verbessern. Dazu zählen Rehabilitationsprogramme und chronische Krankheitsmanagement -Pläne. |
| **Zugang und Formate** | |
| Gesundheitliche Chancengleichheit | Gezielte Maßnahmen zur Verringerung gesundheitlicher Ungleichheiten, etwa durch bessere Erreichbarkeit für benachteiligte Gruppen. |
| Digitale Prävention | Nutzung digitaler Tools wie Apps, Online -Coachings und Fernüberwachung zur Förderung gesunder Lebensweisen und zur besseren Erreichbarkeit von Präventionsangeboten. |
| **Root Causes** | |
| Psychische Gesundheit | Initiativen zur Förderung der psychischen Gesundheit, einschließlich frühzeitiger Interventionen und Unterstützung bei psychischen Problemen. |
| Gewichtsmanagement | Programme zur Unterstützung von Menschen bei der Gewichtsreduktion und -kontrolle, einschließlich digitaler Angebote und persönlicher Beratung. |
| Sturzprävention | Programme zur Vermeidung von Stürzen, insbesondere bei älteren Menschen, durch Übungen zur Verbesserung von Kraft und Gleichgewicht sowie Anpassungen im Wohnumfeld. |

Quelle: _fbeta GmbH

## Abbildung 7: **International Best Practice – NHS, Teil 2**

| Präventionsansätze | Beschreibung |
|---|---|
| **Substanzspezifische Angebote** | |
| Alkoholabhängigkeit | Initiativen zur Behandlung von Alkoholabhängigkeit, einschließlich spezialisierter Teams in Krankenhäusern mit hoher Belegung durch alkoholbedingte Erkrankungsfälle. |
| Tabakabhängigkeit | Programme zur Unterstützung der Raucherentwöhnung, einschließlich Angeboten für stationäre Patienten und Schwangere. |
| **Infektion & Resistenz** | |
| HIV-Prävention | Maßnahmen zur Reduzierung der HIV-Übertragung, wie routinemäßige Tests in Notaufnahmen in Gebieten mit hoher Prävalenz. |
| Tuberkulose | Programme zur gezielten Untersuchung und Behandlung von Tuberkulose-Infektionen in Hochrisikogebieten. |
| Antimikrobielle Resistenz | Strategien zur Optimierung des Einsatzes von Antibiotika und zur Förderung der Entwicklung neuer antimikrobieller Mittel. |
| **Nicht übertragbare Erkrankungen** | |
| Diabetesprävention | Erweiterung und Ausbau des bestehenden Diabetes-Präventionsprogramms, einschließlich digitaler Optionen, um das Risiko der Entwicklung von Typ-2-Diabetes zu reduzieren. |
| Krebsprävention | Erhöhung der Früherkennungsraten durch gezielte Screening-Programme, die an das persönliche Risikoprofil der Patientinnen und Patienten angepasst sind. |
| Herz-Kreislauf-Erkrankungen | Programme zur frühzeitigen Erkennung und Behandlung von Risikofaktoren wie Bluthochdruck und hohem Cholesterinspiegel. |
| Atemwegserkrankungen | Maßnahmen zur Verbesserung der Diagnose und Behandlung von Asthma und chronisch obstruktiver Lungenerkrankung (COPD). |
| **Umweltspezifische Angebote** | |
| Luftverschmutzung | Maßnahmen zur Reduzierung der Auswirkungen von Luftverschmutzung auf die Gesundheit, einschließlich Sensibilisierung und politischer Initiativen. |

Quelle: _fbeta GmbH

### Was Therapiesteuerung im Kern bedeutet

Therapiesteuerung ist die kontinuierliche, patientenzentrierte und interprofessionell abgestimmte Leitung von Behandlungsverläufen über die Zeit und über Sektorengrenzen hinweg. Leitlinienwissen wird in anwendungsfähige Entscheidungen übersetzt, klinische und psychosoziale Interventionen werden koordiniert, und Verantwortlichkeiten sind so verteilt, dass keine Lücke in der Versorgungskette entsteht. Kernelemente sind ein gemeinsamer, fallbezogener Therapieplan, eindeutige Verantwortlichkeiten, geregelte Übergaben und eine verbindliche Kommunikationsstruktur. Digitale Hilfsmittel unterstützen diese Aufgaben, ohne sie zu ersetzen (die konkrete Ausgestaltung der Infrastruktur wird in Kapitel 4 beschrieben).

**Ziel ist Versorgungskontinuität und Kohärenz**: Jede beteiligte Profession arbeitet auf dasselbe Zielbild hin, Doppelarbeit wird vermieden, und es gibt eine nachvollziehbare Begründung für Abweichungen von Standards. So wird aus einem Nebeneinander vieler Einzelleistungen ein gesteuerter Versorgungspfad, der medizinische Wirksamkeit und effiziente Ressourcennutzung verbindet.

### Der modulare Rahmen für die inhaltliche und organisatorische Ausrichtung

Die Potenzialanalyse des LeiG-Projekts hat gezeigt, dass die darin identifizierten Defizite nicht punktuell, sondern systembedingt sind. Der vorgeschlagene Rahmen verknüpft deshalb zwei Dimensionen: inhaltliche und organisatorische Module.

**Inhaltliche Module** definieren, was in welcher Sequenz für welche Patientengruppe zu tun ist. Dazu gehören Präventions- und Diagnostikpfade, indikationsspezifische Therapiebausteine, strukturierte Verlaufs- und Komplikationsprophylaxe sowie Nachsorge. Nicht-medikamentöse Behandlungsformen wie Bewegungstherapie, Ernährungs- und psychosoziale Angebote sind integrale Bestandteile. Ein besonderes Augenmerk liegt auf Arzneimitteltherapiesicherheit (AMTS) bei Polypharmazie, da hier ein relevanter Anteil vermeidbarer Komplikationen entsteht.

**Organisatorische Module** definieren, wer in welcher Rolle wann wofür verantwortlich ist und wie die Zusammenarbeit funktioniert. Das Modell des „Virtuellen Teams“ dient als Bezugsrahmen: Hausärztinnen und Hausärzte, Fachärztinnen und Fachärzte, Pflege, therapeutische Gesundheitsberufe sowie – bei Bedarf – Krankenhauspartner betreuen Patientinnen und Patienten gemeinsam entlang eines fallbezogenen Therapieplans. Federführung und Verantwortlichkeiten sind klar geregelt; Kommunikationswege, Überleitungs- und Entlassmanagement, Medikationsabgleich und Konsilwege sind standardisiert. Wichtig ist, dass dadurch keine zusätzliche Hierarchie entsteht, sondern bestehende Strukturen verbindlich miteinander arbeiten.

### Fallgruppenorientierte Steuerungslogik

Wirksamkeit entsteht, wenn die Steuerungsintensität zum klinischen Risiko passt. Deshalb differenziert die Therapiesteuerung Fallgruppen, die sich durch Schweregrad, Komplexität und Koordinationsbedarf unterscheiden.

**Fallgruppe 0: Risiko und Frühphase.** Adressiert werden Personen mit erhöhtem Risiko oder mit einer Erstdiagnose. Ziele sind die Stabilisierung durch strukturierte Präventionsprogramme, qualifizierte Beratung nach anerkannten Methoden, konsequente Früherkennung von Anzeichen für Komplikationen sowie der frühzeitige Medikationseinsatz und Lebensstilinterventionen gemäß Leitlinien. Klinische Trigger wie definierte Labor- oder Vitalwerte, Ereignisse im Monitoring oder Auffälligkeiten in der Anamnese

lösen vorgegebene Interventionspfade aus. So werden Progression und Exazerbationen reduziert, bevor Versorgungsintensität und Kosten steigen.

**Fallgruppen I und II: ambulant dominierter Versorgungsbedarf.** Hier stehen Koordination und Konsistenz der Behandlung im Vordergrund. Haus- und Fachärzte arbeiten auf Basis eines gemeinsamen Therapieplans; Überleitungen, Konsile und Medikationsabgleiche sind standardisiert. Telemedizinische Konsultationen und strukturiertes Monitoring unterstützen die frühzeitige Korrektur von Verläufen. Zielgrößen sind die Vermeidung unnötiger Krankenhausaufnahmen, stabile Zielerreichung (z. B. Blutdruck-, Blutzucker-, Lungenfunktions- und Lipidwerte) und die Reduktion widersprüchlicher Empfehlungen. Angehörigenarbeit wird planvoll einbezogen, um Versorgungskontinuität im Alltag zu sichern.

**Fallgruppe III: hoher und sektorenübergreifender Versorgungsbedarf.** Bei multimorbiden Patienten mit komplexen Verläufen und regelmäßigem stationärem Bedarf liegt der Schwerpunkt auf nahtlosen Übergängen und der Vermeidung von Wiederaufnahmen. Notfalllenkung, strukturiertes Entlassmanagement, früh terminierte Nachsorge und die Einbindung ambulanter Ärztinnen und Ärzte in stationäre Entscheidungsprozesse sind zentrale Elemente. Polypharmazie-Management und Arzneimitteltherapiesicherheit sind fest verankert, um iatrogene Risiken zu minimieren. Ziel ist eine belastbare Versorgungskontinuität, die klinische Stabilität fördert und Ressourcen schont.

Das übergreifende Prinzip lautet: Standardisierung dort, wo Evidenz und Sicherheit dies nahelegen, Individualisierung dort, wo Komorbiditäten, Präferenzen oder Lebenslage differenzierte Entscheidungen erfordern. So werden Qualität und Effizienz zusammengeführt, ohne die Patientenzentrierung zu verlieren.

### Umgang mit kritischen Übergängen in der Versorgungskette

Die größten Risiken für Qualität und Effizienz im Versorgungsprozess liegen an Schnittstellen. Typische Bruchstellen sind der Übergang von Verdachtsdiagnose zu Diagnosesicherung, die Überweisung vom Haus- zum Facharzt oder die Einweisung für einen stationären Aufenthalt, die Entlassung aus dem Krankenhaus und die Anbindung an die ambulante Nachsorge, die Notfallbehandlung ohne Rückkopplung in den Langzeitplan sowie Medikationsänderungen ohne systematischen Abgleich.

Therapiesteuerung setzt genau hier an: Arzt- und Entlassbriefe sind fristgerecht und vollständig, Nachsorgetermine werden vor Entlassung vereinbart, Verantwortlichkeiten sind benannt, und eine aktuelle Medikation (inkl. Indikations- und Zielsetzung) ist allen Beteiligten bekannt. Bei häufigen Indikationen werden Kernpfade definiert, die Mindeststandards für Diagnostik, Initialtherapie, Verlaufskontrollen, Komplikationsprophylaxe und Nachsorge enthalten. Diese Pfade sind so gestaltet, dass sie regional anschlussfähig sind und zugleich übertragbar bleiben.

### Patientenbeteiligung professionell gestalten

Patientenzentrierung ist mehr als ein Bekenntnis. Sie umfasst informierte, partizipative Entscheidungen, strukturierte Gesundheitskompetenzförderung, Adhärenzförderung und die planvolle Einbindung von Angehörigen. Zentrale Lücke im Versorgungssystem ist derzeit die nicht etablierte Therapie- oder Interventionssteuerung, die dem Patienten einen Plan für sein Gesundheitshandeln gibt. Dieser muss bei Multimorbidität auch indikationsübergreifend sein. Darauf folgen Aufklärung in verständlicher und zugleich präziser Form, gemeinsame Zieldefinition einschließlich patientenberichteter Ergebnismessungen (PROMs – Patient-Reported Outcome Measures) und Erfahrungsmessungen (PREMs – Patient-Reported Experience Measures), klare Handlungsanleitungen für Warnzeichen und

niederschwellige Kontaktwege für Rückfragen. Diese Elemente sind integraler Bestandteil der Versorgungspfade und zahlen auf klinische Ergebnisse ein, weil sie Therapieabbrüche, Fehlanwendungen und späte Eskalationen reduzieren.

**Wirkung, Messbarkeit und Lernen im System**

Therapiesteuerung zielt auf nachweisbare Verbesserungen in Ergebnis- und Prozessqualität. Relevante Ergebnisdimensionen sind etwa die Reduktion vermeidbarer Krankenhausaufnahmen und Exazerbationen, das Erreichen leitliniengerechter Therapiezielwerte, die Verlangsamung der Pflegegradprogression sowie die Verbesserung patientenberichteter gesundheitlicher Ergebnisse (PROMs). Prozessseitig sind die Vollständigkeit und Aktualität des Therapieplans, die Zeit bis zur ersten Nachsorge nach der Entlassung, die Quote strukturierter Medikationsabgleiche und die Verfügbarkeit definierter Kontakträume von Bedeutung. Diese Messpunkte dienen nicht der Bürokratie, sondern der Steuerung. Sie ermöglichen es, Fortschritte sichtbar zu machen, Abweichungen zu verstehen und Pfade evidenzbasiert weiterzuentwickeln.

**Regionale Verankerung und Übertragbarkeit**

Konzeptionelle Stärke entfaltet erst dann Wirkung, wenn sie in der regionalen Versorgungspraxis ankommt. Deshalb werden Lösungen so gestaltet, dass sie an vorhandene Strukturen anschließen und gleichzeitig auf andere Regionen und Indikationen übertragbar sind. Praktisch bedeutet das ein iteratives Vorgehen: Zunächst werden wenige, wirksame Basiselemente umgesetzt – ein gemeinsamer Therapieplan, klar geregeltes Überleitungs- und Konsilwesen, strukturierte Verlaufskontrollen. Darauf aufbauend werden Pfade verbreitert und weitere Indikationen integriert. Regionale Steuerungsgremien und fachliche Peers sichern Verbindlichkeit, und die Ergebnisse fließen in regelmäßigen Abständen in eine gemeinsame Lernschleife zurück. So entsteht Umsetzungsstärke als systemisches Prinzip, nicht als Einzelprojekt.

**Einordnung in die Gesamtarchitektur der Case Study**

Die versorgungsinhaltliche Ausrichtung in diesem Kapitel bildet das konzeptionelle Rückgrat der Therapiesteuerung. Kapitel 3 übersetzt diese Logik in funktionale Journeys und konkrete Maßnahmen im Ökosystem der Beteiligten. Kapitel 4 beschreibt die erforderliche digitale Infrastruktur, etwa Datenflüsse, Interoperabilität und Dokumentationsanforderungen, die eine steuerungsfähige Versorgung überhaupt erst ermöglichen. Kapitel 5 legt die Vergütungslogik dar, einschließlich der gemeinsamen Verantwortung für die Koordinations- und Dateninfrastruktur sowie der sachgerechten Honorierung von Einzelleistungen. Zusammen gesehen entsteht so ein kohärentes Gesamtbild: Die Prävention ist integraler Bestandteil der Regelversorgung, die Koordination ist verbindlich, und die Umsetzung wird durch klare Rollen, standardisierte Pfade, geteilte Daten und lernende Rückkopplung gesichert.

**Schlussfolgerung**

Therapiesteuerung ist die konsequente Antwort auf die dreifache Herausforderung aus Morbiditätsdruck, Fachkräfteknappheit und Finanzierungsengpässen. Sie ersetzt eine späte, reaktive Versorgung durch frühzeitige, koordinierte und evidenzbasierte Interventionen. Sie schafft Versorgungskontinuität über Sektoren hinweg, stärkt Patientenbeteiligung und setzt Ressourcen dort ein, wo sie die größte Wirkung entfalten: in der Sekundärprävention, in klaren Pfaden für häufige Indikationen und an den kritischen Übergängen der Versorgung. Die internationale Erfahrung belegt die Wirksamkeit eines solchen Ansatzes (Wang and Wang, 2021).

Entscheidend für den Erfolg ist die Umsetzungsstärke: verbindliche Verantwortlichkeiten, gelebte Standards, transparente Daten und eine Kultur der kontinuierlichen Verbesserung. Auf dieser Grundlage entsteht eine Versorgung, die nicht nur aktuelle Defizite behebt, sondern langfristig tragfähig und zukunftsorientiert ist.

## 2.2 Versorgungsinhaltliche Schwerpunkte der Therapiesteuerung

Im Rahmen der Konzeptionserstellung wurden die Erkenntnisse der Potenzialanalyse in Sprint I des LeiG-Projektes für die Transformationsstrategie 2a „Virtuelles Team für die Therapiesteuerung“ verdichtet, wie oben beschrieben strukturiert und mit Expertinnen und Experten der Leistungserbringer und Kostenträger aus der Region vertieft und diskutiert. In diesem Kapitel werden die Schwerpunkte der versorgungsinhaltlichen Aussagen aus dem Konzeptionsprozess, insbesondere dem Konzeptions-Workshop „Versorgungsinhaltliche Weichenstellung Therapiesteuerung“ vom 16. Mai 2025 zusammengefasst. Die Gliederung des Kapitels richtet sich nach der oben beschriebenen Fallgruppenlogik.

Zu Beginn werden zwei übergeordnete Aspekte herausgestellt, die Stärkung der Primärversorgung und die Verbesserung der Qualität von Versorgungsprozessen, die Grundlage und Rückgrat der Transformationsstrategie sind.

### 2.2.1 Primärversorgung als Schlüssel für eine effiziente integrierte Versorgung

**Ausgangslage**

Das LeiG-Projekt verfolgt mit der Transformationsstrategie 2a das Ziel, einen entscheidenden Beitrag zu einem modernen, digital gestützten und effizienten Primärversorgungssystem zu leisten. Dadurch können Versorgungsabbrüche überwunden, interdisziplinäre Zusammenarbeit gestärkt und Abläufe systematisch verbessert werden.

**Akteure und Zugangswege**

Hausärztinnen und Hausärzte, nichtärztliche Gesundheitsberufe, Patientinnen und Patienten sowie Kostenträger bilden das Fundament der Primärversorgung. Die Therapiesteuerungsplattform soll allen beteiligten Akteuren – ärztlich wie nichtärztlich – einen strukturierten, gemeinsamen Zugriff auf patientenbezogene Daten ermöglichen.

**Herausforderungen**

Die derzeitigen Versorgungsprozesse sind stark fragmentiert, Schnittstellen zwischen Primärversorgung (medizinischer Grundversorgung/Erstberatung) und Sekundärversorgung (spezialisierte fachärztliche Behandlung) unzureichend definiert, die Kommunikation ist oft nicht interoperabel. Zudem fehlt es an Vergütungslogiken, die eine koordinierte, sektorenübergreifende Arbeit fördern.

**Potenziale**

Die digitale Abbildung von Versorgungsabläufen, ergänzt durch fallbezogene Kommunikationsinstrumente, ermöglicht erstmals eine strukturierte, durchgängige Primärversorgung. Dadurch können Doppelbehandlungen vermieden, Eigenverantwortung der Patientinnen und Patienten gestärkt und Effizienzpotenziale erschlossen werden.

**Bezug zur Transformationsstrategie**

Die Stärkung der Primärversorgung bildet das Fundament für alle weiteren Stufen der Strategie. Sie schafft die Basis für eine koordinierte, ressourcenschonende und digital gestützte Gesundheitsversorgung.

### 2.2.2 Verbesserung der Qualität von Versorgungsprozessen

**Ausgangslage**

Die sektorenübergreifende Zusammenarbeit im Gesundheitswesen ist häufig unzureichend koordiniert. Standardisierte Kommunikations- und Koordinationsprozesse zwischen Akteuren fehlen weitgehend, was regelmäßig zu Informationsverlusten und Verzögerungen führt.

**Akteure und Zugangswege**

Beteiligte Akteure sind Haus- und Fachärzte, Krankenhäuser, Reha-Einrichtungen und Krankenkassen. Die Informationsweitergabe erfolgt derzeit noch überwiegend papiergebunden oder telefonisch.

**Herausforderungen**

Der eingeschränkte Zugang zu Befunden und Rückmeldungen, fehlende digitale Standards und unpraktikable Kommunikationsinstrumente wie KIM (Kommunikation im Medizinwesen) oder TIM (TI-Messenger) hemmen die effiziente Versorgung. Datenschutzvorgaben und technische Hürden erschweren den Austausch zusätzlich.

**Potenziale**

Die Therapiesteuerungsplattform bietet die Möglichkeit, Prozesse zu standardisieren, Kommunikation zu digitalisieren und telemedizinische Funktionen in Regelprozesse zu integrieren. Disease-Management-Programme (DMP) können abgebildet und für intersektorale Zusammenarbeit geöffnet werden.

**Bezug zur Transformationsstrategie**

Eine verbesserte Prozessqualität ist das Rückgrat der Therapiesteuerung. Sie schafft Transparenz, verringert Reibungsverluste und stärkt die Patientensicherheit.

### 2.2.3 Früherkennung und Verhaltensprävention stärken

(Fallgruppe 0)

**Ausgangslage**

Bisher wird bei Risikogruppen mit ungesundem Lebensstil nicht frühzeitig mit präventiven Maßnahmen interveniert.

**Akteure und Zugangswege**

Hausärztinnen und Hausärzte, Betriebe, Kommunen und digitale Gesundheitsdienste spielen eine zentrale Rolle bei der Identifikation und Ansprache von Personen, die gefährdet sind, chronisch zu erkranken.

**Herausforderungen**

Präventionsangebote erreichen oft nicht die Zielgruppen mit dem höchsten Risiko. Fehlende Strukturen zur frühzeitigen Identifizierung und Motivation erschweren die Umsetzung.

**Potenziale**

Ein erheblicher Nutzen entsteht, wenn Risikogruppen mit ungesunder Lebensstilführung bereits frühzeitig in den Fokus präventiver Maßnahmen rücken – noch bevor manifeste chronische Erkrankungen auftreten. Früherkennung und Lebensstiländerung können über strukturierte Programme, digitale Screeningverfahren und intersektorale Kooperationen gestärkt werden. Schon geringe Reduktionen der

Inzidenz chronischer Erkrankungen können zu erheblichen Entlastungen bei den Gesundheitskosten führen, insbesondere durch weniger Behandlungsbedarf, reduzierte Komplikationen und geringere Hospitalisierungsraten.

**Bezug zur Transformationsstrategie**

Die Stärkung präventiver Ansätze in Fallgruppe 0 ist ein zentraler Hebel, um Krankheitslast und Pflegebedarf langfristig zu senken und die Transformationsstrategie nachhaltig zu verankern.

### 2.2.4 Verstärkte Unterstützung von Lebensstiländerungen

(Fallgruppen 0 und I)

**Ausgangslage**

Lebensstilinterventionen wie Ernährungsumstellung, Bewegung und Stressbewältigung sind hochwirksam, werden jedoch in der Versorgungspraxis selten genutzt.

**Akteure und Zugangswege**

Hausärztinnen und Hausärzte, nichtärztliche Fachkräfte und Gesundheitscoaches begleiten Patientinnen und Patienten in strukturierter Form.

**Herausforderungen**

Fehlende Strukturen zur Verstetigung von Lebensstilinterventionen, geringe Motivation der Betroffenen und unzureichende Vergütungssysteme behindern den Erfolg.

**Potenziale**

Wiederholte Beratung, digitale Begleitprogramme und niedrigschwellige Gruppenangebote können die Nachhaltigkeit von Lebensstiländerungen verbessern. Bonusprogramme durch Kostenträger können zusätzlich motivierende Effekte erzeugen.

**Bezug zur Transformationsstrategie**

Die Integration verhaltensorientierter Präventionsmaßnahmen in die Therapiesteuerungsplattform fördert Eigenverantwortung und Effizienz in der Primärversorgung.

### 2.2.5 Nutzung digitaler Interventionsmöglichkeiten

(Fallgruppen 0 und I)

**Ausgangslage**

Digitale Gesundheitsanwendungen (DiGA) und andere telemedizinische Interventionen gewinnen zunehmend an Bedeutung, um Patientinnen und Patienten aktiv in ihre Behandlung einzubinden. Sie ermöglichen eine kontinuierliche Begleitung, fördern Eigenverantwortung und unterstützen eine datenbasierte Versorgung. Digitale Angebote wie z. B. das Abnehmprogramm *Oviva* oder das Online-Therapieprogramm *HelloBetter* für psychische Gesundheit zeigen, dass niedrigschwellige, digitale Interventionen messbare Effekte auf Verhalten, Symptomatik und Lebensqualität erzielen können – insbesondere in frühen Krankheitsphasen oder bei präventivem Einsatz.

**Akteure und Zugangswege**

Hausärzte, Psychotherapeutinnen, nichtärztliche Gesundheitsfachkräfte und Krankenkassen sind zentrale Akteure bei der Auswahl, Verschreibung und Begleitung digitaler Interventionen. Patientinnen und Patienten nutzen die Anwendungen selbstständig, unterstützt durch Feedback, Erinnerungsmechanismen und Beratung. Die Integration kann über die Therapiesteuerungsplattform erfolgen, die DiGA-Daten strukturiert in Behandlungs- und Präventionspläne einbindet.

**Herausforderungen**

Trotz wachsender Akzeptanz bleiben die Nutzung und Wirksamkeit digitaler Angebote begrenzt. Häufig scheitern sie an mangelnder digitaler Gesundheitskompetenz, unzureichender Motivation oder technischer Komplexität. Studien zeigen, dass die Abbruchquoten bei digitalen Programmen ohne persönliche Begleitung hoch sind. Hinzu kommt, dass Ärztinnen und Ärzte digitale Interventionen oft nicht in ihre Behandlungsroutinen integrieren, da es an Rückmeldungen aus DiGA-Systemen mangelt oder diese unstrukturiert sind. Eine weitere Barriere besteht in der fehlenden Vergütungslogik für die ärztliche Begleitung und Auswertung digitaler Anwendungen.

**Potenziale**

Richtig eingesetzt können digitale Interventionsmöglichkeiten die Versorgung auf mehreren Ebenen verbessern durch:

- **Individuelle Begleitung:** KI-gestützte Systeme können Inhalte dynamisch an Motivation, Fortschritt und Gesundheitsstatus anpassen.
- **Verhaltensunterstützung:** Gamification-Elemente, Feedback-Schleifen und adaptive Reminder erhöhen die Nutzungsdauer und die Wirksamkeit.
- **Versorgungskoordination:** Über die Therapiesteuerungsplattform können Behandlerinnen und Behandler DiGA-Daten in Echtzeit einsehen, in den Therapieverlauf einbinden und Rückmeldungen geben.
- **Datenbasierte Steuerung:** Aggregierte Anwendungsdaten liefern wertvolle Hinweise für ein effektives Management der Bevölkerung (Population Health Management) und die gezielte Ansprache von Risikogruppen.

**Bezug zur Transformationsstrategie**

Die konsequente Integration digitaler Interventionsformen in die Therapiesteuerungsplattform ist ein zentraler Schritt zur Modernisierung der Primär- und Sekundärversorgung. Sie ermöglicht eine engere Verzahnung von Prävention, Therapie und Nachsorge, stärkt die Eigenverantwortung der Patientinnen und Patienten und schafft eine belastbare Datengrundlage für eine vorausschauende, populationsorientierte Versorgungssteuerung. Damit wird die digitale Intervention von einem ergänzenden Element zu einem tragenden Bestandteil der Gesamtstrategie — als Bindeglied zwischen Prävention, Therapie und Monitoring.

### 2.2.6 Nichtärztliche Gesundheitsberufe

(Fallgruppen 0 und I)

**Ausgangslage**

Nichtärztliche Gesundheitsberufe übernehmen zunehmend zentrale Aufgaben in der präventiven und therapeutischen Versorgung. In vielen Regionen sind sie bereits tragende Säulen der patientennahen Betreuung. Sie tragen wesentlich dazu bei, die hausärztliche Versorgung zu entlasten und

Versorgungskontinuität zu sichern – insbesondere bei chronisch erkrankten bzw. multimorbiden Patientinnen und Patienten.

**Akteure und Zugangswege**

Zu den relevanten Berufsgruppen zählen u. a. Ernährungsberater, Diabetescoaches, Physio- und Ergotherapeutinnen, Medizinische Fachangestellte mit Zusatzqualifikation (z. B. VERAH, NäPA) sowie Gesundheits- und Präventionscoaches. Ihre Einbindung erfolgt meist über Hausarztpraxen oder über strukturierte Programme, zunehmend aber auch über digitale Plattformen und telemedizinische Beratungsformate.

**Herausforderungen**

Trotz ihres hohen Potenzials sind die Leistungen nichtärztlicher Gesundheitsberufe oft unterfinanziert und organisatorisch unzureichend integriert, wodurch insbesondere präventive Effekte und damit verbundene Entlastungen der Gesundheitskosten nicht ausgeschöpft werden. Qualifizierte Fachkräfte werden häufig nur projektbezogen eingesetzt, da bestehende Vergütungsstrukturen keine dauerhafte Refinanzierung ermöglichen. Hinzu kommt, dass Kommunikations- und Dokumentationsprozesse mit ärztlichen Leistungserbringern bislang kaum digital vernetzt sind.

**Potenziale**

Eine bessere strukturelle und technische Integration kann erhebliche Synergieeffekte freisetzen durch:

- **Interprofessionelle Zusammenarbeit:** Die gemeinsame Nutzung der Therapiesteuerungsplattform ermöglicht nichtärztlichen Gesundheitsfachkräfte die strukturierte Dokumentation ihrer Leistungen und Abstimmung mit ärztlichen Behandlungspfaden.
- **Aufgabendelegation:** Routineaufgaben – wie Schulung, Monitoring oder Patientencoaching – lassen sich delegieren, ohne Qualitätseinbußen.
- **Kompetenzaufwertung:** Digitale Tools und Telekooperation erhöhen die Reichweite und Sichtbarkeit der nichtärztlichen Berufsgruppen.

**Bezug zur Transformationsstrategie**

Die systematische Einbindung nichtärztlicher Gesundheitsfachkräfte ist ein Schlüsselelement der Therapiesteuerung. Sie schafft Effizienz, entlastet Ärztinnen und Ärzte und trägt zu einer patientenzentrierten, interprofessionellen Versorgung bei. Damit unterstützt sie unmittelbar das Ziel einer funktionsfähigen Primärversorgung.

### 2.2.7 Asynchrone Fallkommunikation – verbesserte und systematische Kommunikation zwischen Leistungserbringern

(Fallgruppen I und II)

#### 2.2.7.1 Digitale Kommunikation in der Versorgung: fragmentierte Praxis statt integrierter Struktur

**Ausgangslage**

Die digitale Kommunikation zwischen Ärztinnen, Ärzten und weiteren Leistungserbringern im Gesundheitswesen ist bislang unzureichend strukturiert. Bestehende Systeme wie KIM (Kommunikation

im Medizinwesen) oder TIM (TI-Messenger) werden nur vereinzelt genutzt, da sie schwer integrierbar in den Praxisalltag sind.

**Akteure und Zugangswege**

Haus- und Fachärzte, Pflegefachkräfte und andere Gesundheitsberufe benötigen sichere, zeiteffiziente Kanäle zur fallbezogenen Abstimmung. Eine einheitliche Kommunikationsplattform ist Voraussetzung für interdisziplinäre Zusammenarbeit, insbesondere bei chronischen und komplexen Erkrankungen.

**Herausforderungen**

Die Praxis ist durch träge Prozesse, Informationsverluste aufgrund von Medienbrüchen und unzureichende technische Standards geprägt. Besonders in der Ambulanten Spezialfachärztlichen Versorgung (ASV) verhindern bürokratische Genehmigungswege eine zeitnahe Behandlung. Digitale Konsile finden selten statt, da angemessene Vergütungsmodelle fehlen und Datenschutzanforderungen eine spontane Nutzung alternativer Kanäle (z. B. WhatsApp) verhindern.

**Potenziale**

Eine asynchrone Kommunikationslogik innerhalb der Therapiesteuerungsplattform kann die Kommunikation zwischen Leistungserbringern verbessern durch:

- **Sichere, standardisierte Messenger** mit Vergütungsoption für Konsile.
- **Integration ärztlicher und nichtärztlicher Beteiligter** in gemeinsame Fallräume.
- **Flexibilität in der Kommunikation**, da Rückfragen und Abstimmungen zeitversetzt bearbeitet werden können.
- **Strukturierte Dokumentation der Kommunikation** zur Nachvollziehbarkeit von Entscheidungen.

**Bezug zur Transformationsstrategie**

Die asynchrone Fallkommunikation verschiedener Fachdisziplinen und Akteure im Gesundheitswesen ist ein Kernmodul der digitalen Therapiesteuerung. Sie übersetzt den Gedanken der sektorenübergreifenden Kooperation in digitale Strukturen, die den Praxisalltag entlasten, Doppelarbeit reduzieren und die Prozessqualität innerhalb des Versorgungsablaufs verbessern.

### 2.2.8 Therapiesteuerung als Unterstützung der Behandlungskontinuität an den Schnittstellen zwischen den Sektoren

(Fallgruppen II und III)

#### 2.2.8.1 Defizite bei der sektorenübergreifenden Versorgung

**Ausgangslage**

Die Schnittstellen zwischen stationärer und ambulanter Versorgung gehören zu den größten Schwachstellen des deutschen Gesundheitssystems. Informationsverluste, unklare Zuständigkeiten und verzögerte Entlasskommunikation führen häufig zu Versorgungsabbrüchen und erhöhtem Risiko für die Patientinnen und Patienten.

**Akteure und Zugangswege**

Beteiligt sind Hausärzte, Krankenhausärztinnen, Therapeuten, Pflege- und Rehaeinrichtungen, Apotheken und Sozialdienste. Der Informationsaustausch erfolgt meist noch analog oder per Fax, was zu Verzögerungen führt.

**Herausforderungen**

Wesentliche Patientendaten – etwa Medikationspläne, Laborwerte oder Nachsorgeempfehlungen – werden nicht oder zu spät übermittelt. Bei multimorbiden Patienten kann dies schwerwiegende Folgen haben, etwa falsche Medikation oder doppelte Untersuchungen. Im umgekehrten Fall einer akuten Hospitalisierung fehlen ambulant erfasste Daten.

**Potenziale**

Die Therapiesteuerungsplattform kann sektorenübergreifende Übergänge strukturiert abbilden durch:

- **Zentrale Fallakten**, in denen alle relevanten medizinischen, pflegerischen und therapeutischen Daten gebündelt werden.
- **Standardisierte Übergabeprozesse:** Elektronische Entlassbriefe und Medikationspläne stehen in Echtzeit bereit.
- **Benachrichtigungsfunktionen:** Akteure werden automatisch über Statusänderungen im Behandlungsprozess informiert.
- **Anschlussfähigkeit an Primär- und Sekundärsysteme** über interoperable Schnittstellen.

**Bezug zur Transformationsstrategie**

Die Sicherstellung der Behandlungskontinuität im Sektorenübergang ist einer der zentralen Anwendungsfälle der Therapiesteuerung. Sie operationalisiert das Ziel, aus fragmentierten Versorgungssträngen einen durchgängigen Versorgungspfad zu schaffen.

### 2.2.9 Einsatz von Telemedizin

(Besonders relevant für Fallgruppe III/multimorbide Patienten)

**Ausgangslage**

Telemedizin ist ein entscheidender Hebel, um Versorgungslücken insbesondere bei chronisch kranken, immobilen oder in Pflegeeinrichtungen betreuten Patientinnen und Patienten zu schließen. Während die hausärztliche Versorgung in vielen Regionen stabil ist, bestehen vor allem bei der fachärztlichen Betreuung deutliche Defizite.

**Akteure und Zugangswege**

Haus- und Fachärzte, Pflegefachkräfte und Telemedizinzentren sind zentrale Akteure. Über die Therapiesteuerungsplattform kann eine telemedizinische Verbindung zwischen Hausarztpraxen, Pflege und Fachversorgung geschaffen werden.

**Herausforderungen**

Fehlende rechtliche Rahmenbedingungen, uneinheitliche Vergütungsstrukturen und mangelnde technische Integration verhindern bisher eine flächendeckende ,sodass Potenziale zur Verbesserung des Versorgungszugangs, zur frühzeitigen Intervention und zur Entlastung der Gesundheitskosten nicht ausgeschöpft werden. Auch Akzeptanzprobleme bei älteren Patientinnen und Patienten bremsen die Entwicklung.

**Potenziale**

Telemedizinische Verfahren können den Zugang zur Versorgung deutlich verbessern durch:

- **Virtuelle Konsile und Videosprechstunden,** die die Koordination von Arztterminen und den Zeitaufwand für persönliche Praxisbesuche reduzieren.
- **Telemonitoring,** das eine engmaschige Beobachtung chronischer Verläufe ermöglicht.
- **Aufgabenteilung mit Pflege und CHN** (Community Health Nurses), die die Handlungsmöglichkeiten erweitert.
- **Integration von Vitaldaten und Scores** in die Therapiesteuerungsplattform, die eine automatisierte Risikobewertung ermöglicht.

**Bezug zur Transformationsstrategie**

Telemedizinische Versorgung ist kein Zusatzangebot, sondern integraler Bestandteil der Therapiesteuerung. Durch ihre Einbindung in die Plattform wird sie systematisch skalierbar, rechtssicher und ökonomisch tragfähig – besonders für multimorbide Patienten, die von einer durchgängigen Betreuung am meisten profitieren.

# 3 Digitale Transformation im Ökosystem

Die in Kapitel 2 beschriebenen versorgungsinhaltlichen Schwerpunkte der Transformationsstrategie „Virtuelles Team für die Therapiesteuerung“ bilden den konzeptionellen Rahmen für eine moderne, integrierte und digital gestützte Versorgungslogik. Sie zeigen auf, wie sich die Versorgung chronisch erkrankter bzw. multimorbider Patientinnen und Patienten durch strukturierte Prozesse, abgestimmte Rollen und gemeinsame technische Grundlagen systematisch verbessern lässt.

Kapitel 3 überführt diese inhaltlichen Grundlagen nun in die Ebene der operativen Umsetzung. Es beschreibt, wie die Prinzipien der Therapiesteuerung, Kommunikation, Koordination, Kontinuität und Prävention durch digitale und organisatorische Module konkretisiert werden. Damit wird sichtbar, wie aus der strategischen Fallgruppenlogik eine funktionale Systemarchitektur entsteht, die eine sektorenübergreifende Zusammenarbeit technisch unterstützt und die Patient Journey digital abbildet.

Im Zentrum steht die Frage, wie die Versorgung entlang typischer Behandlungsphasen und Patientengruppen technisch unterstützt und organisatorisch vernetzt werden kann. Die in Kapitel 3 dargestellten **Transformationsmodule (M-Module)** dienen dabei als methodische Bausteine, um die zuvor beschriebenen Versorgungsideen mess-, steuer- und skalierbar zu machen.

So entsteht aus der inhaltlichen Konzeption ein konkretes digitales Ökosystem der Therapiesteuerung, das die Grundlage für die technische  und ökonomische Implementierung bildet, wie in Kapitel 4 bzw. 5 dargelegt.

## 3.1 Wertschöpfung entlang der Prozesse aus Patientenperspektive

Der methodische und konzeptionelle Ansatz des LeiG-Projektes setzt die Gesundheitsregion als Konsortium dort in die Gestaltungshoheit, wo derzeit Wertschöpfung und Leistungsfähigkeit strukturell verloren gehen (Verantwortungsvakuum). Diese Potenziale zur Verbesserung von Transaktionen und Prozessen in Qualität und Effizienz wurden im Sprint I (Potenzialanalyse) systematisch erhoben. Entlang typischer Patientenreisen (Patient Journeys) in der Pflege, bei chronischen Erkrankungen und bei der Prävention wurden wiederkehrende Probleme identifiziert, in einer übergreifenden Journey gebündelt und als logisch abgrenzbare Module formuliert – zehn entlang des Versorgungspfads, fünf mit infrastrukturellem Fokus. Die methodische Herleitung und detaillierte Beschreibung der **M-Module** ist im Sprint I – Potenzialanalyse (Teil C1 der Transformationsstudie) – dargestellt und bildet die Grundlage für die nachfolgende kontextspezifische Ausgestaltung im Rahmen der Therapiesteuerung. Diese Module zeigen, wo Koordination, Steuerung und digitale Integration fehlen – sowohl organisatorisch als auch technologisch. Über 50 technische Potenziale für die Gestaltung der regionalen IT-Systemlandschaft wurden diesen Modulen zugeordnet und definieren den Optionsraum für die Region. Durch gezielte

Abbildung 8: **Übersicht prozessbezogener Module**

Quelle: _fbeta GmbH

digitale Ergänzungen (Expertensysteme) oder systemübergreifende Intermediärstrukturen (Plattformen) können Fragmentierung abgebaut, Versorgungskontinuität gefördert und sektorenübergreifende Leistungsfähigkeit gesteigert werden.

Diese Module verstehen sich als abgrenzbarer, in sich homogener Transformationsbedarf innerhalb des regionalen Ökosystems. Sie gelten grundsätzlich gleichermaßen für die Versorgung Pflegebedürftiger wie auch für Patienten mit chronischen Erkrankungen. Dennoch zeigen sich vor dem Hintergrund des regionalen Settings und der abgrenzbaren Fallgruppen Unterschiede in Gewichtung und Ausgestaltung der Module. Daher stellen sie belastbare Potenziale dar (Sprint I) und markieren den Ausgangspunkt für die tiefergehende, kontextspezifische Konzeption (Sprint II).

Bevor die konkreten Maßnahmen der Therapiesteuerung entwickelt werden, erfolgt eine vertiefte Betrachtung der Wertschöpfung entlang der therapeutischen Kernprozesse. Diese Analyse bildet die konzeptionelle Brücke zwischen den im Sprint I (Potenzialanalyse) identifizierten Potenzialen und der anschließenden systemischen Umsetzung.

Die Betrachtung der Wertschöpfungsketten macht sichtbar, an welchen Stellen entlang des Versorgungspfades Mehrwert entsteht, für Patientinnen und Patienten, Behandlerinnen und Behandler sowie das Versorgungssystem insgesamt. Sie ermöglicht es, die in den Modulen beschriebenen Funktionsdefizite in eine Prozesslogik zu überführen und die Effekte digitaler Interventionen gezielt zu verorten.

Auf dieser Grundlage kann die Therapiesteuerung nicht nur technologisch, sondern auch organisatorisch so ausgerichtet werden, dass sie sektorenübergreifend wirkt und eine durchgängige Behandlungs- und Betreuungskontinuität sicherstellt.

### Phasen der Patientenreisen quergedacht. Module für Versorgungskontinuität und Infrastruktur im Gleichklang

Strukturell lassen sich die 15 M-Module[1] wie folgt differenzieren: Zehn Module fokussieren auf typische Phasen in der Versorgung von Pflegebedürftigen und Patienten mit chronischen Erkrankungen. Sie schlagen intersektorale Lösungen vor, die relevante Übergänge oder teamorientierte Versorgungsmodelle adressieren und somit als transaktions- und prozessorientierte Brücken zwischen Mensch und Technik fungieren. Die übrigen fünf widmen sich dem Aufbau vorrangig technischer Infrastrukturen unabhängig von bestimmten Versorgungsphasen. Sie motivieren insbesondere die Entwicklung generischer, flexibel einsetzbarer Expertensysteme sowie zentraler IT-Basisinfrastrukturen. Damit ergänzen sie die phasenbezogenen Module durch technische Querschnittslösungen als strategisches Fundament.

Die hier dargestellten pfadbezogenen Module sowie die Querschnittsmodule wurden auf Basis der im Methodenteil (siehe unter Abschnitt 1.2.1.4) beschriebenen Systematik (Versorgungs-, Organisations-, Technik- und Kontraktmodule) entwickelt, sind jedoch spezifisch für die Transformationsstrategie „Virtuelles Team für die Therapiesteuerung“ ausgestaltet. Sie übertragen das modulare Transformationsprinzip auf die koordinierte, digital gestützte Steuerung von Therapien chronisch erkrankter Menschen und adressieren die besonderen Anforderungen an interprofessionelle Zusammenarbeit, Informationsintegration und Kontinuität der Versorgung.

[1] Inhaltliche Details zu diesen Modulen sind dem Ergebnisdokument „Potenzialanalyse“ (Teil C1 der Transformationsstudie) zu entnehmen.

Tabelle 2: **Prozessorientierte Potenziale als mögliche Module für die regionale Transformation**

| ID | Modulname | Intersektorale Wertschöpfung | Akteure |
|---|---|---|---|
| *Pfadbezogene Module* | | | |
| M-1 | Früherkennung und Vorsorge | Frühes Eingreifen reduziert spätere, teure Akut- und Langzeitbehandlungen. | Betroffene, HA/FA, Pflege, Apotheken, Heil- und Hilfsmittel, Krankenkassen |
| M-2 | Assessment, Fallklärung, Erstdiagnose und Erstveranlassung | Schnelle Bedarfsermittlung verhindert Versorgungsbrüche. | HA/FA, Kliniken, Pflege, Heil- und Hilfsmittel, Pflegeberatung |
| M-3 | Finanzierungsnavigation bevorstehender Leistungen | Reduktion von Fehlnutzung oder Unterversorgung. | Betroffene, Krankenkassen, Pflegeberatung, alle LE |
| M-4 | Weiterführende Diagnostik und Interventionsplanung | Vermeidung von Therapiefehlern durch bessere Koordination. | HA/FA, Kliniken, Pflege, Heil- und Hilfsmittel |
| M-5 | Sicherheit und Notfälle | Senkung von Notfallaufenthalten durch frühe Risikoerkennung. | Pflege, Notfall- und Rettungsdienste, Betroffene |
| M-6 | Integrierte Gesundheitskompetenz, Lebensstiländerung, Selbsthilfe und Qualitätszirkel | Senkung krankheitsbedingter Kosten durch Empowerment. | Betroffene, HA/FA, Krankenkassen, Heil- und Hilfsmittel |
| M-7 | Kontinuierliches Monitoring und Interventionsanpassungen | Geringere Belastung durch Hospitalisierung, individualisierte Versorgung. | HA/FA, Heil- und Hilfsmittel, Pflege |
| M-8 | Telemedizin in der kontinuierlichen Therapie und Betreuung | Flexibilisierung der Versorgung bei gleichbleibender Qualität. | HA/FA, Kliniken, Pflege, Heil- und Hilfsmittel, Krankenkassen |
| M-12 | Gesundheitssteuerung – aktive prozessuale Vernetzung | Ressourcenoptimierung durch klare Prozesssteuerung. | HA/FA (Steuerung), Pflege, Heil- und Hilfsmittel, Gesundheitsförderung |
| M-14 | Dispatching akuter Versorgungsanlässe | Vermeidung unnötiger Notfallinanspruchnahme. | HA/FA, Pflege, mobile Dienste, Notfalldienste |
| *Querschnittsmodule* | | | |
| M-9 | Passive Vernetzung wesentlicher LE | Verringerung von Informationsverlust und Fehlversorgung. | HA/FA, Kliniken, Apotheken, Pflege |
| M-10 | Passive Vernetzung besonderer LE | Einbindung nichtärztlicher Träger in den Datenfluss. | Heil- und Hilfsmittel, Gesundheitsförderungseinrichtungen, soziale Träger |
| M-11 | Asynchrone Fallkommunikation | Effizienzsteigerung bei Abstimmung und Fallbearbeitung. | HA/FA, Kliniken, Pflege, Heil- und Hilfsmittel, Apotheken |
| M-13 | Versorgungsmanagement | Dynamische Steuerung der Versorgung über verschiedene Vertragspartner. | HA/FA, Krankenkassen |
| M-15 | KI-unterstützte Fall- und Pflegedokumentation | Mehr Zeit für Behandlung und Pflege statt Dokumentationsaufwand. | HA/FA, Pflege, Heil- und Hilfsmittel |

Quelle: _fbeta GmbH

Tabelle 3: **Priorisierte pfadbezogene Module und Querschnittsmodule für das Umsetzungskonzept**

| Nr. | Modulname | Priorität |
|---|---|---|
| *Pfadbezogene Module* | | |
| **M-1** | **Früherkennung und Vorsorge** | **x** |
| **M-2** | **Assessment, Fallklärung, Erstdiagnose und Erstveranlassung** | **x** |
| M-3 | Finanzierungsnavigation bevorstehender Leistungen | |
| **M-4** | **Weiterführende Diagnostik und Interventionsplanung** | **x** |
| **M-5** | **Sicherheit und Notfälle** | **x** |
| **M-6** | **Integrierte Gesundheitskompetenz, Lebensstiländerung, Selbsthilfe und Qualitätszirkel** | **x** |
| **M-7** | **Kontinuierliches Monitoring und Interventionsanpassungen** | **x** |
| **M-8** | **Telemedizin in der Therapie und Betreuung** | **x** |
| **M-12** | **Gesundheitssteuerung – aktive prozessuale Vernetzung von allen Beteiligten** | **x** |
| **M-14** | **Dispatching akuter Versorgungsanlässe** | **x** |
| *Querschnittsmodule* | | |
| M-9 | Passive Vernetzung (Akte) von wesentlichen Leistungserbringern mit Patienten | |
| M-10 | Passive Vernetzung (Akte) von besonderen Leistungserbringern mit Patienten | |
| **M-11** | **Asynchrone Fallkommunikation** | **x** |
| M-13 | Versorgungsmanagement | |
| M-15 | KI-unterstützte Fall- und Pflegedokumentation | |

Quelle: _fbeta GmbH

### 3.1.1 Drei fallgruppengerechte Zuschnitte der prozessualen und technischen Unterstützungspotenziale

Aus dem breiten Optionsraum technischer Potenziale zu den M-Modulen gilt es, für das Versorgungsszenario „Chronische Erkrankungen“ einen gezielten und tragfähigen konzeptionellen Zuschnitt zu entwickeln. Die zentrale Frage lautet dabei, welche der M-Module und der mit ihnen verbundenen technischen Potenziale in welcher **Kombination** den größten Mehrwert **für die priorisierten Fallgruppen**[2] bieten – im Einklang mit der im Projekt definierten Transformationsstrategie. Ferner sollte dieser Zuschnitt jenes Zuständigkeitsvakuum adressieren, das weder durch die etablierten, gesetzlich definierten Verantwortlichkeiten der Einzelakteure noch durch einen freien Wettbewerb abgedeckt ist. Dieser Zuschnitt muss nicht nur den übergeordneten Maßnahmen der Transformationsstrategie einer Gesundheitsregion Rechnung tragen, sondern auch mit den akteursseitigen, organisatorischen und vertraglichen Lösungsvorschlägen harmonieren.

Für die Versorgung von Chronikern empfiehlt das Projekt „Leistungsstarke Gesundheitsregionen“ drei aufeinander aufbauende Zuschnitte der M-Module, die zugleich drei aufeinander aufbauende

[2] Zur Abgrenzung der Fallgruppen und den Bezügen zur Transformationsstrategie siehe Kapitel 2.

Entwicklungsstufen einer plattformbasierten IT-Systemlandschaft für das regionale Ökosystem anstoßen.

Der **erste Zuschnitt** richtet sich vorrangig an Menschen mit Risikofaktoren sowie an Chroniker in der Erstdiagnose oder mit niedrigem Schweregrad (Fallgruppe 0 und I). Die Umsetzung erfolgt durch den Aufbau einer plattformbasierten IT-Systemlandschaft, die Früherkennung, Assessment und Gesundheitsförderung eng miteinander verknüpft. Schwerpunkte liegen in der Verzahnung von Prävention und hausärztlicher Versorgung, der Integration digitaler Leistungen zur Wissensvermittlung und der Unterstützung bei der Umsetzung von Therapieplänen. Prozessual und technisch stehen die M-Module M-1, M-2, M-4 und M-6 im Fokus.

Mit diesem Zuschnitt werden konkrete technische Potenziale adressiert – etwa digitale Früherkennungs- und Screeningtools, eLearning- und eCoaching-Plattformen – zur Unterstützung eines gesundheitsfördernden Lebensstils, Feedbacksysteme zu Präventionsmaßnahmen, digitale Programme für Selbsthilfegruppen sowie Workflow-Unterstützungssysteme für den Übergang in interprofessionelle Diagnostikepisoden. Diese Services sind Teil einer Therapiesteuerungsplattform, die das technische Fundament für die nachfolgenden Zuschnitte darstellt.

Der **zweite Zuschnitt** adressiert schwer chronisch kranke Menschen – oft mit Multimorbidität – sowie an Chroniker mit regelhaftem Bedarf an fachärztlicher Versorgung (Fallgruppe II). Ein zentraler Baustein ist dabei das kontinuierliche Monitoring, das es ermöglicht, Krankheitsverläufe eng zu begleiten, Risiken frühzeitig zu erkennen und Behandlungsmaßnahmen zeitnah anzupassen. Ergänzend werden Sicherheitsmechanismen und telemedizinische Anbindungen geschaffen, um insbesondere in kritischen Phasen eine schnelle und abgestimmte Reaktion aller beteiligten Akteure zu ermöglichen. Prozessual und technisch liegt der Schwerpunkt auf den M-Modulen M-5, M-7, M-11, M-12 und M-14n.

Mit diesem Zuschnitt werden insbesondere digitale Architekturen für multimodale Monitoringlösungen verlangt, die sich mit Fallmanagement- und Fallkommunikationsservices der Therapiesteuerungssteuerungsplattform technisch verzahnen. Workflowsysteme koordinieren den schnellen, strukturierten Austausch zwischen Haus- und Fachärzten sowie ambulanten Pflegediensten. Telemedizinische Services (Videosprechstunden, Telekonsile) ermöglichen schnelle, ortsentkoppelte Hilfe und werden über eine Versorgungszugangsplattform vermittelt.

Der **dritte Zuschnitt** konzentriert sich auf die Integration stationärer Versorgungsepisoden in die kontinuierliche Betreuung von schwerwiegend chronisch kranken und multimorbiden Patientinnen und Patienten. Ziel ist es, stationäre Behandlungsphasen nicht als isolierte Ereignisse, sondern als integralen Bestandteil einer durchgängigen, plattformgestützten Versorgungskette zu gestalten. Dabei ist die horizontale Erweiterung von Fall- und Workflowmanagement um die klinischen Akteure (inkl. telekooperative Strukturen) entscheidend. Prozessual und technisch liegt der Schwerpunkt auf den M-Modulen M-11, M-12, M-7, M-14 und M-8.

Mit diesem Zuschnitt werden telemedizinische Kooperationssysteme gefordert, die eine lückenlose Fallkommunikation zwischen stationärer und ambulanter Versorgung sichern. Workflowsysteme koordinieren komplexe Falllagen durch ggf. mehrere Sektorenübergänge. Gekoppelte Expertensysteme zur Ressourcensteuerung ermöglichen eine schnelle Reaktion auf akute Anlässe. Der funktionale und technische Umfang der Plattformen Therapiesteuerung und Versorgungszugang müssen für diesen Zuschnitt am weitesten ausgebaut sein.

## 3.2 Wertschöpfung der wesentlichen Prozesse zwischen Akteuren im Ökosystem

Das modulare Maßnahmen- und Strukturkonzept der Therapiesteuerung, das im Rahmen der konzeptionellen Weiterentwicklung der sektorenübergreifenden Versorgung chronisch Erkrankter entwickelt wurde, ist in Abbildung 9 dargestellt. Sie veranschaulicht die Verknüpfung von fallgruppenspezifischen Versorgungsszenarien mit funktionalen und organisatorischen Querschnittselementen, die das Gesamtgerüst einer modernen, digital gestützten Versorgungsarchitektur bilden.

Im Zentrum steht die hausärztlich koordinierte Versorgung, die als kontinuierlicher Ankerpunkt für Patientinnen und Patienten fungiert. Der digitale Therapieplan ist hier das zentrale Steuerungsinstrument: Er bündelt medizinische Informationen (Anamnese, Befunde, Medikation), definiert Behandlungsziele und dokumentiert präventive sowie therapeutische Maßnahmen. Über die zentrale Therapiesteuerungsplattform wird der Therapieplan zwischen allen beteiligten Akteuren geteilt und fortgeschrieben. Das führt zu einer Verbesserung der Koordination, und Vermeidung von Doppelstrukturen werden. Patienten ermöglicht es eine nachvollziehbare Orientierung über ihren gesamten Behandlungspfad hinweg.

Um dieses Kernsystem herum gruppieren sich die **Fallgruppen 0 bis III** (siehe auch Tabelle 4), die verschiedene Versorgungssituationen chronisch erkrankter Menschen abbilden:

- **Fallgruppe 0** richtet den Fokus auf Risikopersonen und Patienten in frühen Krankheitsstadien. Ziel ist es, Prävention, Eigenverantwortung und Gesundheitskompetenz frühzeitig zu stärken, um Krankheitsprogression zu vermeiden.
- **Fallgruppe I** umfasst Patienten mit gelegentlichem fachärztlichem Unterstützungsbedarf, bei denen gezielte digitale Kooperationsstrukturen zwischen Haus- und Fachärzten im Vordergrund stehen.
- **Fallgruppe II** adressiert komplex chronisch Erkrankte mit hohem Steuerungsbedarf. Hier werden sektorenübergreifende Abstimmungsmechanismen, Telekonsile und digitale Monitoringprozesse besonders relevant.
- **Fallgruppe III** bezieht Patientinnen und Patienten ein, die regelmäßig oder dauerhaft auf stationäre Leistungen angewiesen sind. In diesem Bereich liegt der Fokus auf der Integration ambulanter Expertise in den stationären Prozess sowie auf der Sicherstellung von Behandlungskontinuität über Entlass- und Übergangssituationen hinweg.

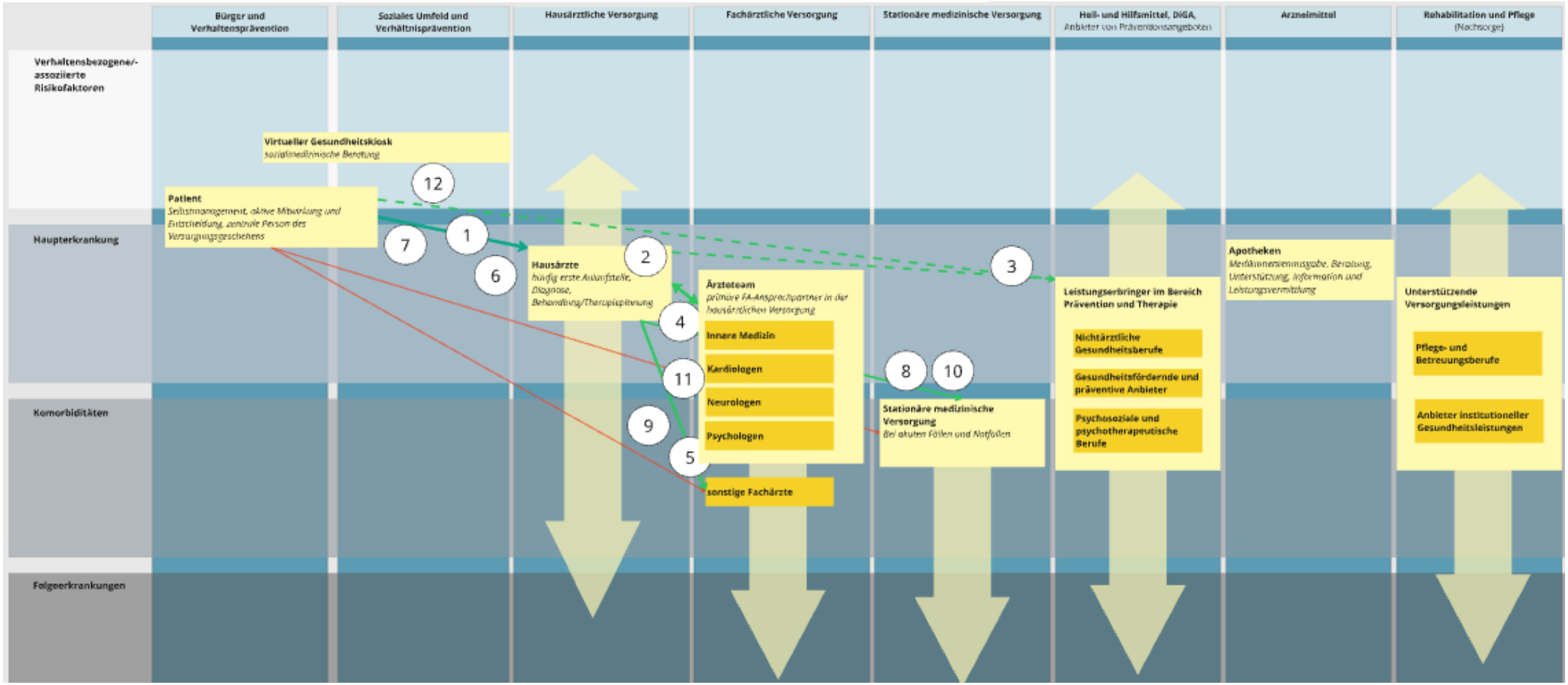
Das Ökosystem macht deutlich, dass die Fallgruppen nicht isoliert nebeneinanderstehen, sondern nach Schweregrad aufeinander aufbauen, von Fallgruppe 0 bis Fallgruppe III. Die Therapiesteuerung ist so ausgelegt, dass Patienten bei Änderungen in Krankheitsverläufen flexibel zwischen den Gruppen überführt werden können, ohne dass die Versorgungskoordination abreißt.

Außer den fallgruppenspezifischen Modulen zeigt Abbildung 9 auch bereichsübergreifende Elemente, die für alle Versorgungssituationen von Bedeutung sind. Dazu zählen insbesondere die funktionalen Module 9 und 10, die keine Maßnahmen im engeren Sinne darstellen; sie sind über alle Fallgruppen wirksam und bilden das organisatorische und technische Rückgrat des digitalen Therapiesteuerung. Sie sichern Prozessintegration, Dateninfrastruktur und Systemkoordination. Hinzu kommt die Maßnahme 12, die übergreifende Steuerungsbedarfe im Versorgungssystem adressiert und damit die Gesamtarchitektur stabilisiert.

Eine besondere Stellung nimmt die Maßnahme 11 („Telekonsile in der ambulanten, hausärztlich koordinierten Versorgung“) ein. Ihre ursprünglich nachgeordnete Position im Maßnahmenraster wurde im Zuge eines Technik-Workshops im Rahmen des LeiG-Projekts neu bewertet und im Konzept priorisiert.

Telekonsile ermöglichen eine schnelle, strukturierte und digital abgesicherte Einbindung fachärztlicher Expertise in die hausärztliche Versorgung. Sie sind damit als Schlüsselmechanismus, um eine sektorenübergreifende Zusammenarbeit im Alltag tatsächlich wirksam zu machen.

Abbildung 9: **Ökosystem: Leistungsstärke auf Ebene der Organisation und Technologie**




Quelle: _fbeta GmbH

Tabelle 4: **Modulare Struktur der Maßnahmen in der Strategie Therapiesteuerung**

| Fallgruppe | Potenzial | Maßnahme |
|---|---|---|
| | **Grundlagen für die Therapiesteuerung** | |
| Fallgruppe 0 – Personen mit Risikofaktoren und Chroniker bei Erstdiagnose und/oder mit niedrigem Schweregrad | Integration der Betroffenen in den Therapieplan, Orientierung über den Behandlungspfad | 1. Digitaler Therapieplan |
| | Unterstützung von Adhärenz, Organisation | 2. Therapie-Coach |
| | Verzahnung von Prävention und Behandlung | 3. Präventive Angebote |
| | **Kooperation und telemedizinische Anbindung** | |
| Fallgruppe I und II –Patienten mit gelegentlichem oder häufigem Bedarf an fachärztlicher Versorgung | Zusammenarbeit bei Interventionsplanung | 4. Abstimmung Haus-/Fachärzte |
| | Interdisziplinäre, teamgestützte Versorgung | 5. Versorgung komplexer Patienten |
| | Schnelle Einbindung von Fachärzten | 11. Telekonsile (ambulant) |
| | Frühzeitige Reaktion, Vermeidung von Eskalationen | 6. Monitoring |
| | Versorgung im häuslichen Umfeld | 7. Tele-Hausbesuche |
| | **Organisation von schweren Fällen** | |
| Fallgruppe III –Patienten mit regelmäßigem oder häufigem Bedarf an stationärer Versorgung | Dispatching, Vermeidung von Eskalationen | 8. Lenkung akuter Versorgung |
| | Primärversorgung, multiprofessionelle Teams | 9. Regionale Versorgungseinheiten |

| | | |
|---|---|---|
| | Kontinuität stationäre/ambulante Versorgung | 10. Einbindung ambulant tätiger Ärzte in den stationären Prozess |
| **Zugang und Navigation in die Versorgung** | | |
| Ohne Fallgruppenbezug | Lotsenfunktion, niedrigschwelliger Zugang | 12. Virtueller Gesundheitskiosk |

Quelle: _fbeta GmbH

Zur konzeptionellen Weiterentwicklung der sektorenübergreifenden Versorgung chronisch erkrankter Menschen wurde im Themenfeld „Therapiesteuerung“ ein modular aufgebautes Maßnahmen- und Strukturkonzept erarbeitet. Grundlage bildeten umfangreiche Analysen regionaler Versorgungsdaten sowie die Ergebnisse aus fachlich begleiteten Workshops und Expertensitzungen. Dabei wurden die Versorgungssituationen entlang definierter Fallgruppen strukturiert, Bedarfe identifiziert und darauf aufbauend konkrete Maßnahmen sowie technische und organisatorische Module entwickelt.

**Thematische Blöcke der Therapiesteuerung**

Analog zur Struktur im Bereich Pflege basiert auch die Ausgestaltung der Therapiesteuerung auf thematischen **Versorgungsblöcken**, die jeweils einer spezifischen **Fallgruppe** zugeordnet sind. Diese Fallgruppen bilden typische Versorgungssituationen chronisch kranker Menschen ab – von leichten Verlaufsformen mit Präventionsbedarf bis hin zu Patienten mit regelmäßigem oder häufigem stationären Versorgungsbedarf. Jeder Block umfasst dabei gezielte Maßnahmen, die entlang der Versorgungspfade wirken und durch geeignete digitale Werkzeuge sowie vertragliche und organisatorische Rahmenbedingungen flankiert werden.

Zentrales Ziel der Konzeption ist es, durch gezielte digitale, organisatorische und präventive Interventionen eine kontinuierliche, abgestimmte und wirksame Versorgung über alle Sektoren hinweg zu gewährleisten. Die verschiedenen Maßnahmenblöcke und funktionalen Module bilden gemeinsam das Rückgrat einer modernen Therapiesteuerung, die sowohl die individuellen Patientenbedarfe als auch die Systemeffizienz in den Blick nimmt.

Die in diesem Kapitel dargestellten Inhalte basieren auf der strukturierten Auswertung der Workshops und Expertengespräche im Rahmen der Konzeptionsphase Sprint II

sowie auf einer tiefgehenden Analyse aktueller Versorgungsdefizite. Sie zeigen, in welchen Aspekten die bestehenden Versorgungspfade erweitert, verbessert oder neu strukturiert werden müssen, und bilden die Grundlage für die weitere Ausgestaltung der Transformationsstrategie im Bereich der Therapiesteuerung.

## 3.3 Fallgruppe 0 – Menschen mit Risikofaktoren und Chroniker bei Erstdiagnose und/oder mit niedrigem Schweregrad

Die Fallgruppe 0 adressiert Personen mit erhöhtem Gesundheitsrisiko oder einer beginnenden chronischen Erkrankung im frühen Stadium. Es handelt sich überwiegend um Patientinnen und Patienten mit ersten Auffälligkeiten oder Risikofaktoren – etwa Bluthochdruck, erhöhter Blutzuckerspiegel, Übergewicht oder Bewegungsmangel –, die aber bislang weitgehend selbstständig leben und keine komplexen Versorgungsstrukturen benötigen. Auch Patienten mit einer frischen Erstdiagnose und stabiler Ausgangslage fallen in diese Kategorie.

Kennzeichnend ist, dass die Erkrankung oder Risikolage grundsätzlich gut beeinflussbar ist – vorausgesetzt, es gelingt, die Betroffenen frühzeitig, gezielt und strukturiert in den Versorgungsprozess einzubinden. In dieser Phase kann die Grundlage für eine stabile Krankheitsverarbeitung, eine gesunde Lebensführung und die Vermeidung von Krankheitsverschärfungen gelegt werden. Die Patienten sind oftmals in der Lage, eigenverantwortlich zu handeln, benötigen dafür aber geeignete Informationen, kontinuierliche Begleitung und klare Strukturen.

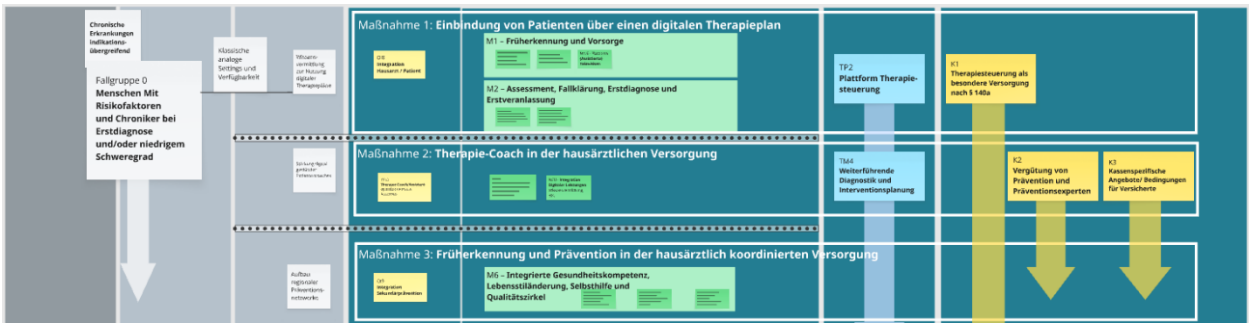
Im Zentrum der Versorgung steht die Hausarztpraxis als primärer Ansprechpartner, mit der ein regelmäßiger, strukturierter Austausch erfolgt. Gleichzeitig geht es darum, die Eigenverantwortung der Patienten zu stärken und Prävention als festen Bestandteil der Behandlung wirksam zu machen.

Die drei in dieser Fallgruppe verorteten Maßnahmen verfolgen deshalb ein abgestimmtes Zielsystem:

- **Maßnahme 1** schafft mit einem digitalen, interdisziplinär abgestimmten Therapieplan eine gemeinsame Grundlage für die Behandlung und Förderung der Gesundheitskompetenz.
- **Maßnahme 2** unterstützt durch den Einsatz von Therapie-Coaches die nachhaltige Umsetzung von Therapie- und Präventionszielen im Alltag.
- **Maßnahme 3** bindet strukturierte Präventionsangebote systematisch in die hausärztlich koordinierte Versorgung ein – von der Früherkennung bis zur zielgerichteten Intervention.

Dadurch entsteht ein Versorgungskonzept, das Früherkennung, Eigenverantwortung, Adhärenz und präventive Steuerung miteinander verbindet. Es wirkt sowohl individuell stabilisierend als auch systemisch entlastend, indem es spätere Komplikationen und aufwendige Behandlungen vermeidet.

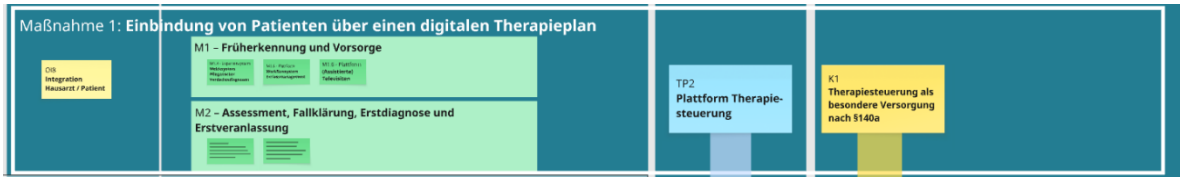
Abbildung 10: **Maßnahmen 1 – 3 im Ökosystem**




Quelle: _fbeta GmbH

### 3.3.1 Einbindung von Patienten über einen digitalen Therapieplan

Abbildung 11: **Maßnahme 1**




Quelle: _fbeta GmbH

#### 3.3.1.1 Herleitung auf Basis von Defiziten und Potenzialen

Ein zentrales strukturelles Defizit in der aktuellen Versorgung chronisch Erkrankter ist die mangelnde Koordination zwischen verschiedenen medizinischen und therapeutischen Fachrichtungen. Die Behandlung erfolgt häufig fragmentiert, sektoral getrennt und indikationsspezifisch, wodurch Risiken wie Polypharmazie, doppelte Diagnostik, fehlende Prävention und ineffiziente Abläufe entstehen.

Vor allem im Bereich der Sekundär- und Tertiärprävention fehlt eine verbindliche Integration der Patienten in bestehende Versorgungspfade. Die therapeutischen Maßnahmen – insbesondere nicht-medikamentöse Interventionen wie Bewegungs- und Ernährungstherapien oder psychosoziale Unterstützung – werden selten zusammengeführt und aufeinander abgestimmt. Damit fehlt es an einem gemeinsamen Steuerungsinstrument, das Patienten und Behandler entlang klarer Ziele begleitet.

Gleichzeitig zeigen Studien, dass ein gemeinsamer, transparenter Therapieplan, der in den Alltag der Patienten eingebettet wird, erheblich zur Verbesserung der Behandlungsqualität, Eigenverantwortung und Zielerreichung beitragen kann.

#### 3.3.1.2 Maßnahmenbeschreibung

Ziel dieser Maßnahme ist die **Einführung eines digital gestützten Therapieplans**, der von Hausarzt/primärbehandelnder Arzt und Patient gemeinsam geführt und kontinuierlich angepasst wird. Der Plan dokumentiert nicht nur medizinische Befunde und Verordnungen, sondern auch präventive Maßnahmen, individuelle Gesundheitsziele und relevante organisatorische Abläufe.

Die Hausarztpraxis übernimmt die medizinische Steuerung des Plans, unterstützt durch medizinisches Fachpersonal. Über die **digitale Therapiesteuerungsplattform** wird der Plan technisch umgesetzt und mit bestehenden Systemen wie der elektronischen Patientenakte (ePA) und Praxisverwaltungssystemen (PVS) verknüpft.

Die organisatorische und technische Umsetzung des Plans erfordert entsprechende Schulungen der Beteiligten sowie eine erweiterte Vergütungsstruktur, z. B. über Ziffernregelungen.

#### 3.3.1.3 Zusätzlicher (Versorgungs-)Nutzen

Die Maßnahme schafft einen Paradigmenwechsel in der Versorgung chronisch kranker Patientinnen und Patienten, indem sie den Fokus von der reinen Krankheitsbehandlung hin zu einem systematischen Gesundheitsmanagement verschiebt. Durch die konsequente Nutzung des digitalen Therapieplans wird die Transparenz über Behandlungsziele, Verantwortlichkeiten und den individuellen Versorgungsstand deutlich erhöht. Patienten erhalten so einen nachvollziehbaren Fahrplan für ihre Behandlung und werden aktiv in Entscheidungsprozesse eingebunden. Dies stärkt die Gesundheitskompetenz und Eigenverantwortung, verbessert die Adhärenz und ermöglicht eine koordinierte Umsetzung präventiver und therapeutischer Maßnahmen im Alltag. In Summe führt die Maßnahme zu einem neuen Rollenmodell zwischen Patienten und Arzt.

Gleichzeitig profitieren auch Leistungserbringer: Der gemeinsame Therapieplan schafft eine verbindliche Struktur, in der Informationen effizient weitergegeben und Entscheidungen auf einer einheitlichen Datengrundlage getroffen werden können. Die Vermeidung redundanter Maßnahmen, die frühzeitige Reaktion auf Abweichungen im Krankheitsverlauf sowie der strukturierte Austausch zwischen Ärzten, Patienten und weiteren Akteuren führen zu einem nachhaltig verbesserten Versorgungskonzept. Der digitale Therapieplan wird damit zu einem zentralen Werkzeug der Therapiesteuerung, das über alle Versorgungsstufen hinweg wirkt.

#### 3.3.1.4 Akteure

**Patient (und ggf. Angehörige oder Betreuer)**

**Status quo (Handlungsfelder/Strukturen)**

- Bisher überwiegend passive Empfänger von mündlichen Hinweisen zu Krankheitsverhalten, Medikamentenverordnungen und weiteren veranlassten Leistungen
- Unsystematische Rückmeldungen, meist nur bei akuten Problemen oder Kontrollterminen
- Häufig fehlende Transparenz über Therapieziele und Behandlungsschritte

**Zukünftig**

- Direkter Zugang zum digitalen Therapieplan  zum Einsehen von Informationen, zur Nachverfolgung von Behandlungsschritten und Dokumentation eigener Beobachtungen
- Aktive und strukturierte Einbindung in die Therapieplanung durch das **Organisationsmodul OI8 „Integration Hausarzt/Patient“**
- Stärkung der Eigenverantwortung, Gesundheitskompetenz und Therapietreue

**Hausarzt/primärbehandelnder Arzt**

**Status quo (Handlungsfelder/Strukturen)**

- Koordination der Behandlung meist über papierbasierte Pläne oder nicht interoperable Systeme
- Fragmentierte Abstimmung mit Fachärzten und Patienten
- Häufung von Doppeluntersuchungen und Informationsverlusten

**Zukünftig**

- Übernahme der medizinischen Gesamtsteuerung des digitalen Therapieplans
- Erstellung, Aktualisierung und Teilen des digitalen Therapieplans mit allen Beteiligten
- Zeitnahe Anpassung von Therapieentscheidungen über strukturierte Rückmeldungen
- Stärkung der Rolle als zentraler Koordinator über das **Organisationsmodul OI8 „Integration Hausarzt/Patient**“, das eine sektorenübergreifende Abstimmung ermöglicht

**Medizinisches Fachpersonal/Versorgungsassistenzen**

**Status quo (Handlungsfelder/Strukturen)**

- Bisher nur punktuelle Unterstützung der Patienten, z. B. bei Organisation oder Dokumentation
- Kaum Verknüpfung von Schulungs- und Beratungsaufgaben mit der Therapieplanung

**Zukünftig**

- Unterstützung der Patienten bei der Dokumentation und Fortschreibung des Therapieplans
- Durchführung von Schulungen und Informationsangeboten für Patienten
- Engere Begleitung der Patienten im Alltag und Schnittstellenfunktion zwischen Arzt und Patient
- Professionalisierung und Stärkung nicht-ärztlicher Fachkräfte (Therapie-Coaches) in der Primärversorgung über das **Organisationsmodul OI8 „Integration Hausarzt/Patient“**

**Plattformanbieter**

**Status quo (Handlungsfelder/Strukturen)**

- Fragmentierte IT-Systeme, die nicht sektorenübergreifend nutzbar sind
- Parallellaufen unterschiedlicher Patientenakten und mehrerer IT-Systeme in Arztpraxen

**Zukünftig**

- Betrieb einer integrierten Therapiesteuerungsplattform
- Zusammenführung von Patientendaten, Arztbefunden und Dokumentationen
- Sicherstellung von Schnittstellen, Datenschutz und Benutzerfreundlichkeit
- Schaffung der technischen Grundlage für die direkte Zusammenarbeit zwischen Arzt und Patient im Rahmen des **Organisationsmoduls OI8 „Integration Hausarzt/Patient“**

**Weiterbildung/Schulungen für Hausärzte und medizinisches Fachpersonal**

**Status quo (Handlungsfelder/Strukturen)**

- Unregelmäßig Schulungen zu digitalen Anwendungen
- Oft Beschränkung der Inhalte auf einzelne Softwarelösungen
- Digitale Kompetenz ist heterogen ausgeprägt.

**Zukünftig**

- Einführung strukturierter, kontinuierlicher Weiterbildungsprogramme
- Vermittlung von Technik, organisatorischen Abläufen und Vergütungslogik
- Einbeziehung von Lebensstilfaktoren zur ganzheitlichen Patientenversorgung
- Gezielte Stärkung digitaler Kompetenzen im Umgang mit dem Therapieplan über das **Organisationsmodul OI8 „Integration Hausarzt/Patient“**

**Anbieter von Präventionsleistungen (z. B. Physiotherapeuten, Ernährungsberaterinnen, Psychologen, Gesundheitscoaches)**

**Status quo (Handlungsfelder/Strukturen)**

- Erbringen von Präventionsleistungen meist separat und ohne strukturelle Anbindung an den ärztlichen Behandlungsprozess
- Häufiges Fehlen oder nur punktuelle Übermittlung von Informationen zu Therapieplänen, Behandlungszielen oder medizinischen Befunden
- Überwiegend informelle Kommunikation, ohne digitale Schnittstellen, mit Hausärzten und Patienten
- Doppelstrukturen, unkoordinierte Maßnahmen und eine begrenzte Wirksamkeit präventiver Interventionen

**Zukünftig**

- Einbindung der Anbieter von Präventionsleistungen in den gemeinsamen Therapieplan über die digitale Therapiesteuerungsplattform
- Zugang zu relevanten Informationen (z. B. Gesundheitsziele, ärztliche Vorgaben, Verlaufsergebnisse) und Dokumentation eigener Maßnahmen über die Plattform
- Abgestimmte Umsetzung nicht-medikamentöser Interventionen wie Bewegungs- und Ernährungstherapien, Stressmanagement oder psychosoziale Unterstützung der Patienten
- Aktive Unterstützung des Therapieverlaufs über strukturierte Rückmeldungen an Arzt und Patient
- Förderung einer ganzheitlichen, sektorenübergreifenden Betreuung der Patienten und Erhöhung der Wirksamkeit präventiver Maßnahmen im Alltag über das **Organisationsmodul OI8 „Integration Hausarzt/Patient“** als verbindliche Schnittstelle zwischen ärztlicher Versorgung und präventiven Angeboten

### 3.3.2 Therapie-Coach in der hausärztlichen Versorgung

Abbildung 12: **Maßnahme 2**

Quelle: _fbeta GmbH

#### 3.3.2.1 Herleitung auf Basis von Defiziten und Potenzialen

Ein zentrales Hindernis für den langfristigen Behandlungserfolg chronisch kranker Patientinnen und Patienten ist die unzureichende Adhärenz. Sowohl bei medikamentösen Therapien als auch bei verhaltensorientierten Interventionen, wie Bewegungs- und Ernährungstherapien oder Stressreduktion, ist die Umsetzung im Alltag vielfach lückenhaft oder bricht nach kurzer Zeit ab. Die Ursachen sind komplex: Patienten unterschätzen häufig ihre Selbstwirksamkeit, erwarten primär passive Heilverfahren und fühlen sich mit der Integration ärztlicher Empfehlungen in ihren Alltag überfordert. Auch Polymedikation erhöht das Risiko für Therapieabbrüche, Nebenwirkungen und mangelnde Zielerreichung.

Ein weiterer Engpass besteht in der Kommunikation: Patienten erhalten oft widersprüchliche oder für sie unzureichend verständliche Informationen – insbesondere bei Übergängen zwischen Sektoren oder Leistungserbringern. Die Vermittlung von krankheitsspezifischem Wissen erfolgt nicht kontinuierlich, sondern punktuell. Gleichzeitig fehlt im hausärztlichen Setting häufig die Zeit für ausführliche Begleitung, Nachfragen oder Motivation. Dies führt dazu, dass zentrale präventive und therapeutische Potenziale nicht ausgeschöpft werden – mit negativen Folgen für die individuelle Prognose und die Systemstabilität.

Diese strukturelle Lücke eröffnet ein hohes Potenzial für nicht-ärztliche Fachkräfte, die definierte Aufgaben im Patientenprozess übernehmen und gezielt zur Verbesserung von Adhärenz, Gesundheitskompetenz und Versorgungsstabilität beitragen können.

#### 3.3.2.2 Maßnahmenbeschreibung

Mit dieser Maßnahme wird die **Rolle eines Therapie-Coaches in der hausärztlichen Versorgung etabliert**. Dabei handelt es sich um eine nicht-ärztliche Fachkraft, die auf Basis einer erweiterten Qualifikation spezifische Aufgaben in der Betreuung chronisch kranker Patienten übernimmt. Der Therapie-Coach ist zentrale Ansprechperson für organisatorische, alltagsbezogene und edukative Anliegen. Die medizinische Verantwortung verbleibt vollständig beim Hausarzt – alle Aufgaben des Coaches sind delegierbar und klar abgegrenzt.

Der Einsatz des Therapie-Coaches wird durch standardisierte Rollenkonzepte, technische Unterstützung (z. B. digitale Therapieplattform) und gezielte Qualifizierungsmaßnahmen begleitet. Die Maßnahme ist eng mit dem digitalen Therapieplan (Maßnahme 1) verzahnt, den der Coach bei Bedarf mit vorbereitet und aktualisiert.

#### 3.3.2.3 Zusätzlicher (Versorgungs-)Nutzen

Die Maßnahme schafft durch die systematische Einbindung qualifizierter Versorgungsassistenzen eine erhebliche Erweiterung der Versorgungskapazitäten im hausärztlichen Bereich. Wiederkehrende,

beratungsintensive oder organisatorische Aufgaben können an den Therapie-Coach delegiert werden, ohne dass die Behandlungsqualität oder Entscheidungsverantwortung beeinträchtigt wird. Dies entlastet Hausärzte und stärkt zugleich die Kontinuität der Patientenbetreuung.

Für Patientinnen und Patienten entsteht ein verlässlicher Kontaktpunkt, der auch außerhalb von Praxiszeiten erreichbar ist. Diese kontinuierliche Begleitung erleichtert die Umsetzung präventiver und therapeutischer Empfehlungen im Alltag – insbesondere für Patienten mit komplexem Versorgungsbedarf. Der Coach trägt zur Stabilisierung der Versorgung, zur Verbesserung der Adhärenz und zur frühzeitigen Identifikation von Versorgungsproblemen bei.

Darüber hinaus fördert die Maßnahme die Professionalisierung nicht-ärztlicher Rollen in der Primärversorgung. Durch klare Aufgabenprofile, gezielte Weiterbildung und digitale Werkzeuge können Therapie-Coaches eigenständig relevante Aufgaben übernehmen und so die Effizienz der Gesamtversorgung steigern.

Schließlich entsteht über regionale Qualitätszirkel und Weiterbildungsformate ein gemeinsames Lernsystem, in dem Praxen voneinander profitieren, erfolgreiche Strategien weitergeben und die Versorgungsqualität kontinuierlich verbessern können.

#### 3.3.2.4 Akteure

**Hausärztinnen und Hausärzte**

**Status quo (Handlungsfelder/Strukturen)**

- Medizinische Gesamtverantwortung für Diagnostik, Therapieplanung und Steuerung des Behandlungsprozesses
- Arzt-Patienten-Gespräche, auch zu organisatorischen und edukativen Fragen, oft unter starkem Zeitdruck

**Zukünftig**

- Delegation definierter Aufgaben an den Therapie-Coach durch Integration des **Organisationsmoduls OI10 „Therapie-Coach“**, insbesondere im Bereich Organisation, Patientenbegleitung Integration präventiver und therapeutischer Maßnahmen in den Alltag
- Nutzung strukturierter Rückmeldungen des Therapie-Coachs zur gezielteren Steuerung von Therapieplänen und Behandlungspfaden
- Entlastung durch die Aufgabendelegation und dadurch Gewinnung von mehr Zeitressourcen für komplexe medizinische Entscheidungen und Kriseninterventionen

**Therapie-Coach/Praxisassistenz**

**Status quo (Handlungsfelder/Strukturen)**

- Übernahme vor allem unterstützender Tätigkeiten (z. B. Dokumentation, Organisation, Terminmanagement)
- Begrenzung von Patientenkontakten in der Regel auf administrative Belange oder technische Hilfen

**Zukünftig**

- Neue Rolle durch Integration des **Organisationsmoduls OI10 „Therapie-Coach“**
- Übernahme strukturierter Gespräche mit Patienten zur Therapiebegleitung, Adhärenz und Belastungssituation
- Vorbereitung von Arztterminen durch Sammeln relevanter Informationen
- Koordination einzelner Behandlungselemente (z. B. Facharzttermine, Präventionsangebote, Hilfsmittel)
- Dokumentation von Interventionen und Rückmeldung an den Hausarzt bzw. die behandelnden Ärztinnen und Ärzte bei auffälligen Entwicklungen
- Unterstützung der Patienten im Umgang mit digitalen Anwendungen (z. B. Therapieplattform)

**Patientinnen und Patienten**

**Status quo (Handlungsfelder/Strukturen)**

- Wahrnehmung ärztlicher Behandlungstermine
- Erhalten Informationen und Empfehlungen oft nur in punktueller Form, mit begrenzter Unterstützung bei der Umsetzung im Alltag
- Geben meist unstrukturierte und unregelmäßige Rückmeldungen zur eigenen Belastungssituation oder Schwierigkeiten

**Zukünftig**

- Kontinuierliche Begleitung und Unterstützung durch einen Therapie-Coach
- Geben strukturierte Rückmeldungen zum Verlauf und zur Umsetzung der Therapie im Alltag
- Erhalten gezielte Motivation und Hilfestellungen zur Stärkung von Adhärenz und Selbstwirksamkeit
- Profitieren von einer klaren Ansprechperson neben dem Hausarzt/behandelnden Arzt

**Weiterbildungsanbieter und regionale Netzwerke**

**Status quo (Handlungsfelder/Strukturen)**

- Bieten punktuelle Fortbildungen für ärztliches und nicht-ärztliches Personal an
- Erfahrungsaustausch zwischen hausärztlichen, fachärztlichen und weiteren an der Versorgung beteiligten Praxen erfolgt in unregelmäßigen, meist informellen Formaten.

**Zukünftig**

- Entwicklung gezielter Weiterbildungs-/Schulungsangebote für Therapie-Coaches, insbesondere in Kommunikation, Lebensstilberatung und digitaler Dokumentation
- Aufbau regionaler Qualitätszirkel zum Erfahrungsaustausch und zur Weiterentwicklung der Coaching-Rolle
- Systematische Unterstützung der Praxen bei der Implementierung neuer Aufgabenprofile.

### 3.3.3 Früherkennung und Prävention in der hausärztlich koordinierten Versorgung

Abbildung 13: **Maßnahme 3**

Quelle: _fbeta GmbH

#### 3.3.3.1 Herleitung auf Basis von Defiziten und Potenzialen

Trotz eindeutiger Leitlinienempfehlungen und wissenschaftlicher Evidenz zur Wirksamkeit präventiver Maßnahmen sind deren Verfügbarkeit und systematische Einbindung in die hausärztlich koordinierte Versorgung bislang nur unzureichend. Während Heil-, Hilfs- und Arzneimittel strukturell fest in die Versorgungsprozesse integriert sind, existieren für die Bereiche Sekundär- und Tertiärprävention kaum verbindliche Strukturen, Verantwortlichkeiten oder Anreizsysteme.

Gerade bei chronisch Erkrankten oder Risikopatienten ist Prävention jedoch ein zentraler Hebel zur Vermeidung von Krankheitsprogression, Folgeschäden oder stationären Aufenthalten. In der Praxis bleiben Präventionsangebote jedoch häufig ungenutzt oder wirken nicht nachhaltig, weil sie organisatorisch vom medizinischen Versorgungspfad abgekoppelt sind. Es fehlen eine gezielte Zuweisung, abgestimmte Inhalte sowie die Rückkopplung der Ergebnisse an den behandelnden Arzt.

Diese Lücke stellt nicht nur ein Risiko für die individuelle Versorgung dar, sondern auch eine verpasste Chance zur Entlastung des Gesundheitssystems. Gleichzeitig eröffnet sie das Potenzial für ein strukturiertes, regional gesteuertes Netzwerk an qualitätsgesicherten Präventionsleistungen, das medizinisch eingebettet, digital gestützt und koordiniert über eine Therapieplattform funktioniert.

#### 3.3.3.2 Maßnahmenbeschreibung

Ziel dieser Maßnahme ist die systematische und strukturierte Einbindung qualitätsgesicherter sekundärpräventiver Angebote in die hausärztlich koordinierte Versorgung. Dafür werden drei zentrale Elemente verknüpft: die **datenbasierte Identifikation von Risikofällen**, **standardisierte Gesundheitschecks** und die **digitale Steuerung durch eine Therapieplattform**.

Die Identifikation erfolgt auf der Grundlage von Routinedaten der Krankenkassen, Auswertungen aus Arztpraxen oder betriebsärztlichen Untersuchungen. Dabei kommen definierte Risikoprofile, Verlaufsmuster, Grenzwertanalysen oder – perspektivisch – prädiktive Modelle zum Einsatz. Nach Erkennung geeigneter Patienten erfolgen strukturierte Assessments in verschiedenen Varianten, z. B. als Selbstcheck per App, Kurz-Check-up in der Praxis oder vertiefender Gesundheitscheck mit Verlaufskontrolle.

Der Gesundheitscheck bildet die Grundlage für einen individualisierten Interventionsplan mit Schwerpunkt auf Lebensstilmaßnahmen (z. B. Bewegung, Ernährung, Stressbewältigung). Diese können durch Präventionsanbieter, Coaches oder digitale Angebote umgesetzt werden – mit begleitender Rückmeldung an die behandelnde Praxis.

Die Prozesskoordination erfolgt über eine digitale Plattform, in der alle relevanten Schritte – von der Identifikation über den Check-up bis zur Durchführung und Evaluation – standardisiert und nachvollziehbar dokumentiert sind. So entsteht ein geschlossenes Versorgungssystem mit klarem Informationsfluss, Verbindlichkeit und Qualitätssicherung.

#### 3.3.3.3 Zusätzlicher (Versorgungs-)Nutzen

Die Maßnahme verbessert die Verfügbarkeit und Wirksamkeit von Präventionsangeboten wesentlich, indem sie strukturelle und organisatorische Lücken schließt. Durch ein zentrales Verzeichnis qualitätsgesicherter Anbieter entsteht ein transparenter Zugang zu passgenauen Leistungen, die indikationsspezifisch und regional aussteuerbar sind. Das erhöht die Nutzungsrate, verbessert die Planbarkeit, insbesondere bei Gruppenangeboten, und stärkt die Integration in bestehende Versorgungsstrukturen.

Ein weiterer zentraler Nutzen liegt in der Rückkopplung: Präventionsanbieter erhalten Einblick in relevante medizinische Informationen und Behandlungsziele. Umgekehrt können sie ihre Beobachtungen und Ergebnisse dokumentieren und an die Hausarzt- bzw. behandelnde Praxis zurückspielen. So wird aus der präventiven Maßnahme ein integraler Bestandteil des Gesamttherapieplans – mit unmittelbarer Reaktionsfähigkeit bei unerwünschten Entwicklungen wie ebenso bei Behandlungserfolgen.

In der Summe trägt die Maßnahme zur Vermeidung akuter Ereignisse, zur Stabilisierung der ambulanten Versorgung und zur langfristigen Verbesserung individueller Krankheitsverläufe bei. Sie verankert Prävention als strukturelles Element ärztlicher Versorgung und hebt sie aus ihrer bisherigen Nebenrolle in ein zentrales Versorgungsmodul.

#### 3.3.3.4 Akteure

**Hausärztinnen und Hausärzte sowie Praxis-Team (inkl. Therapie-Coach, falls eingebunden)**

**Status quo (Handlungsfelder/Strukturen)**

- Identifikation von Risikofällen
- Durchführung von Kurz-Check-ups und speziellen Vorsorgeuntersuchungen
- Organisation von Folgeterminen

**Zukünftig**

- Veranlassung weiterer Leistungen und Einbindung geeigneter Präventionsmaßnahmen in den individuellen Therapieplan
- Maßnahmen zur Stärkung der Gesundheitskompetenz der Patienten
- Bewertung des Behandlungserfolgs und Anpassung der weiteren therapeutischen Schritte
- Koordination mit externen Präventionsanbietern über die Plattform
- Neue Aufgabenfelder durch das **Organisationsmodul OI9 „Integration Sekundärprävention“**, das die systematische Nutzung von Präventions- und Check-up-Daten ermöglicht

**Betriebsärztinnen und Betriebsärzte**

**Status quo (Handlungsfelder/Strukturen)**

- Identifikation von Risikofällen, insbesondere im Rahmen von Arbeitsunfähigkeitsfällen

**Zukünftig**

- Durchführung von Kurz-Check-ups und speziellen Vorsorgeuntersuchungen
- Einbindung geeigneter Präventionsmaßnahmen in individuelle Therapiepläne
- Rückmeldung des Behandlungserfolgs an Hausärzte und Plattform
- Gezieltere Einleitung von präventiven Maßnahmen mittels einer strukturierten Schnittstelle zur hausärztlichen Versorgung durch das **Organisationsmodul OI9 „Integration Sekundärprävention“**

**Krankenkassen**

**Status quo (Handlungsfelder/Strukturen)**

- Durchführung von Kampagnen zur Teilnahme an Vorsorgeuntersuchungen
- Kommunikation von Gesundheitsinformationen über Geschäftsstellen oder Beratungsangebote

**Zukünftig**

- Datengestützte Identifikation von Risikofällen und gezielte Steuerung in Präventionsprogramme
- Weiterleitung relevanter Informationen an Hausärzte und Plattformanbieter
- Coaching und Begleitung einfacher Fälle (z. B. durch Kurse, digitale Präventionsprogramme)

**Patientinnen und Patienten**

**Status quo (Handlungsfelder/Strukturen)**

- Teilnahme an Vorsorgeuntersuchungen
- Eigenständiger Aufbau von Gesundheitskompetenz
- Umsetzung präventiver Maßnahmen im Alltag

**Zukünftig**

- Aktive Teilnahme an Check-ups und empfohlenen Präventionsmaßnahmen
- Strukturierte Rückmeldung an Hausärzte sowie an weitere beteiligte Behandler und Plattform über Fortschritte, Belastungen und Motivation
- Frühzeitige Identifizierung und zielgerichtete Einbindung in Präventionspfade durch das **Organisationsmodul OI9 „Integration Sekundärprävention“**

**Präventionsanbieter/Fachkräfte für Gesundheitsförderung**

**Status quo (Handlungsfelder/Strukturen)**

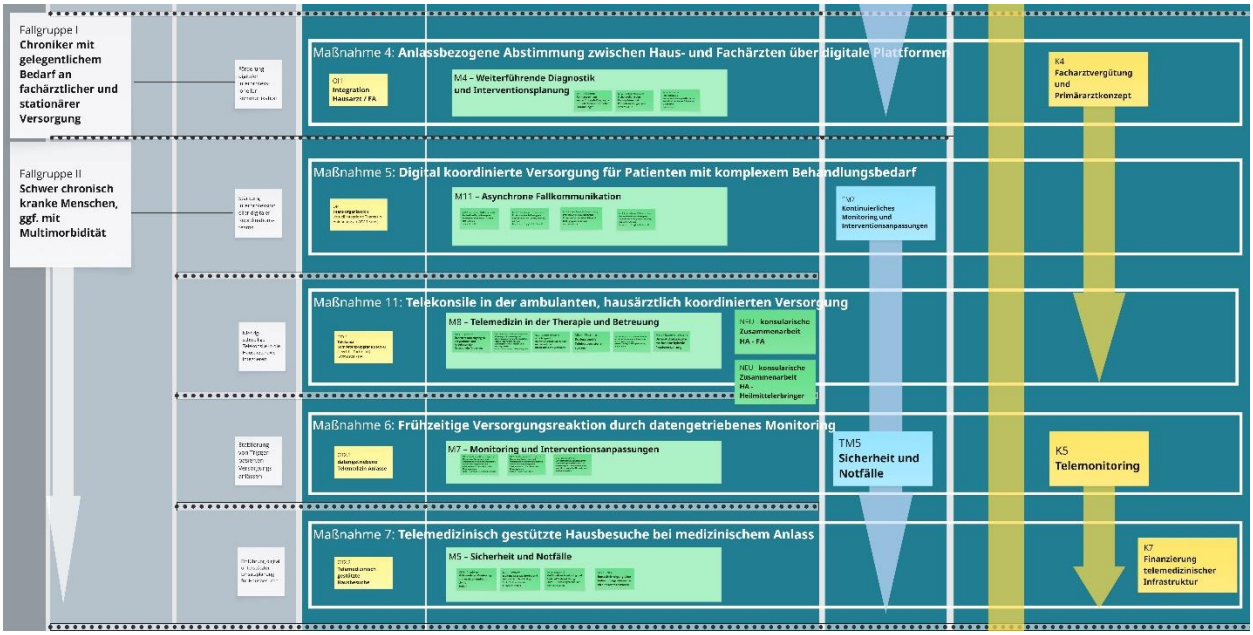
- Durchführung von Präventionsmaßnahmen in Einzel- oder Gruppensettings gemäß Vorgaben der Kostenträger
- Dokumentation von Teilnahme und Maßnahmenverläufen

**Zukünftig**

- Nutzung der Therapiesteuerungsplattform zur Sichtbarmachung und Vernetzung von Präventionsangeboten
- Rückmeldung an Hausärzte sowie an weitere beteiligte Behandler und Plattform über durchgeführte Maßnahmen und erzielte Ergebnisse
- Unterstützung der Anbindung der Präventionsangebote an den hausärztlich koordinierten Versorgungspfad durch das **Organisationsmodul OI9 „Integration Sekundärprävention“**

## 3.4 Fallgruppen I und II – Menschen mit gelegentlichem oder häufigem Bedarf an fachärztlicher Unterstützung

Abbildung 14: **Maßnahmen 4 – 7 und 11 im Ökosystem**




Quelle: _fbeta GmbH

Die Maßnahmen 4 – 7 und 11[3] adressieren Patientengruppen mit fortgeschrittenem oder komplexerem Versorgungsbedarf. Sie umfassen sowohl Menschen mit gelegentlichem fachärztlichem Unterstützungsbedarf (Fallgruppe I) als auch schwer chronisch bzw. multimorbid Erkrankte mit hohem Steuerungsbedarf oder hohem Risiko für Versorgungslücken (Fallgruppe II).

**Funktional** rückt in diesen Fallgruppen die koordinierte Interaktion zwischen Patient, Hausarzt und Facharzt in den Vordergrund. Die Versorgungsprozesse erfordern eine verlässliche Abstimmung, präzise Informationsweitergabe und klare Verantwortlichkeiten über Sektorengrenzen hinweg. Dabei spielen digitale Plattformen und Kommunikationsmittel eine zentrale Rolle zur Unterstützung einer kontinuierlichen und abgestimmten Versorgung.

**Inhaltlich** stehen die medizinische Steuerung komplexer Krankheitsverläufe, die gezielte Integration fachärztlicher Expertise, das frühzeitige Reagieren auf Risiken sowie die Vermeidung stationärer Behandlungen im Fokus. Alle diese Maßnahmen zielen darauf ab, bestehende Versorgungsbrüche zu vermeiden, unnötige Doppelstrukturen abzubauen und die therapeutische Wirksamkeit zu verbessern.

Die Maßnahmen adressieren damit zentrale Herausforderungen einer koordinationsintensiven Versorgung:

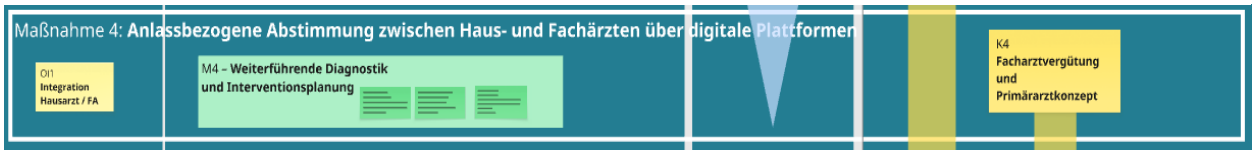
- **Maßnahme 4 –** Anlassbezogene Abstimmung zwischen Haus- und Fachärzten über digitale Plattformen

[3] Zur besonderen Stellung der Maßnahme 11 „Telekonsile in der ambulanten, hausärztlich koordinierten Versorgung“ siehe die Ausführungen in Kapitel 3.2.

- **Maßnahme 5 –** Digital koordinierte Versorgung für Patienten mit komplexem Behandlungsbedarf
- **Maßnahme 6 –** Frühzeitige Versorgungsreaktion durch datengestütztes Monitoring
- **Maßnahme 7 –** Telemedizinisch gestützte Hausbesuche bei medizinischem Anlass
- **Maßnahme 11 –** Telekonsile in der ambulanten, hausärztlich koordinierten Versorgung

### 3.4.1 Anlassbezogene Abstimmung zwischen Haus- und Fachärzten über digitale Plattformen

Abbildung 15: **Maßnahme 4**




Quelle: _fbeta GmbH

#### 3.4.1.1 Herleitung auf Basis von Defiziten und Potenzialen

Die Verfügbarkeit von Facharztterminen stellt eine zunehmende Herausforderung im ambulanten Versorgungssystem dar. Ein wesentlicher Grund dafür sind unnötige oder redundante Facharztkontakte, etwa durch Doppeluntersuchungen oder direkte Selbstvorstellung der Patientinnen und Patienten – häufig ohne gezielte medizinische Fragestellung. Die Folge ist eine Überlastung der Facharztpraxen, ein erschwerter Zugang für dringliche Fälle und eine teils ineffiziente Nutzung vorhandener Ressourcen. Plattformen zur Terminvergabe – insbesondere privatwirtschaftlich organisierte – verschärfen diese Entwicklung, indem sie eine Priorisierung bestimmter Patientengruppen erlauben (z. B. Selbstzahler oder Privatversicherte).

Gleichzeitig zeigt die Praxis, dass funktionierende Kooperationen zwischen Haus- und Fachärzten bereits existieren: Fachärzte, die von Patienten ohne Überweisung aufgesucht werden, verweisen diese regelmäßig zurück an deren Hausärzte. Diese informellen Strukturen benötigen jedoch eine formale, strukturierte Unterstützung, um flächendeckend wirksam zu sein.

Ein zentraler Lösungsansatz liegt in der **Stärkung der hausärztlichen Koordination** durch eine standardisierte, digital unterstützte Zuweisung an Fachärzte – mit klarem Untersuchungsauftrag, gemeinsamer Informationsbasis und effizienter Rückmeldung. Ein solches System kann die Terminverfügbarkeit verbessern, medizinische Qualität erhöhen und die Koordination der Versorgung gezielt optimieren.

#### 3.4.1.2 Maßnahmenbeschreibung

Diese Maßnahme zielt auf die **strukturierte, digital unterstützte Zusammenarbeit zwischen haus- und fachärztlicher Versorgung** – ohne Aufbau virtueller Behandlungsteams, sondern **durch gezielte anlassbezogene Abstimmungen** bei konkretem Bedarf.

Im Zentrum steht die gemeinsame Nutzung einer **digitalen Therapieplattform**, die einen standardisierten Zugriff auf patientenbezogene Informationen erlaubt. Dort werden Anamnesen, Befunde, Therapieziele und Verlaufsdaten dokumentiert, geteilt und kontinuierlich aktualisiert. Die Plattform ersetzt, die bisher fragmentierte, oft papierbasierte Kommunikation und wird zur neuen Form des „Arztbriefes“ – digital, strukturiert, nachvollziehbar.

Ergänzend kommen weitere technische Werkzeuge zum Einsatz:

- **Therapieplattform** mit strukturiertem Fallraum und Zugriff für Haus- und Fachärzte
- **Triagierungstool** zur Einschätzung der Dringlichkeit und Priorisierung fachärztlicher Zuweisungen

- **Terminservicestelle** mit der Möglichkeit zur bevorzugten Terminvergabe bei hausärztlicher Überweisung
- **Asynchrone Kommunikation** über gesicherte Kanäle (z. B. KIM/TIM)
- **Telekonsile** als ergänzende Option für Einzelfälle

Organisatorisch verbleibt die Versorgungsverantwortung beim Hausarzt, während der Facharzt spezialisierte diagnostische und therapeutische Leistungen erbringt. Die Kommunikation erfolgt strukturiert, dokumentiert und standardisiert – abgestimmt auf den konkreten Fall. Die bisher oft ungerichtete Informationsweitergabe wird durch verbindliche Abläufe ersetzt. Die Maßnahme ist als strukturierte Ergänzung zur bestehenden Versorgungspraxis konzipiert.

#### 3.4.1.3 Zusätzlicher (Versorgungs-)Nutzen

Die Maßnahme leistet einen zentralen Beitrag zur **Effizienzsteigerung und Qualitätssicherung in der ambulanten Versorgung**. Durch die Nutzung einer digitalen Fallakte entfällt die telefonische Abstimmung im Praxisalltag, da relevante Informationen zeitunabhängig bereitgestellt und bearbeitet werden können. Das entlastet sowohl Haus- als auch Fachärzte organisatorisch und reduziert Kommunikationsverluste.

Die konsistente Informationslage erhöht gleichzeitig die **therapeutische Qualität**: Doppeluntersuchungen/-dokumentationen werden vermieden, Behandlungsentscheidungen können besser aufeinander abgestimmt werden, und Rückmeldungen fließen direkt in den hausärztlichen Therapieplan ein. Patientinnen und Patienten profitieren von einem nachvollziehbaren und abgestimmten Behandlungsverlauf.

Darüber hinaus stärkt die Maßnahme die **Steuerungsfunktion der hausärztlichen Versorgung**: Patientenströme werden gezielter gelenkt, Facharzttermine bedarfsgerecht vergeben, der Einsatz fachärztlicher Ressourcen wird effizienter gestaltet – ohne Überbeanspruchung oder unnötige Kontakte. Damit trägt die Maßnahme auch zur besseren Versorgung komplexer Fälle bei.

#### 3.4.1.4 Akteure

**Hausärztinnen und Hausärzte (koordinierend, übergreifend verantwortlich)**

**Status quo (Handlungsfelder/Strukturen)**

- Gesamtverantwortung für Diagnose, Therapieplanung und Koordination
- Überweisungen mit knapper Fragestellung, fachärztliche Rückmeldungen oft verspätet/unvollständig
- Fehlen einer strukturierten digitalen Unterstützung der Abstimmung zwischen HA/FA

**Zukünftig**

- Nutzung strukturierter fachärztlicher Rückmeldungen über die Plattform für Steuerung und Verlaufskontrolle ( **Organisationsmodul OI11 „Integration Hausarzt/FA“**)
- Standardisierte, digitale Kommunikation (asynchron), weniger Aufwand für Telefonate/Kommunikation auf Papier
- Kontinuierliche Koordination des Behandlungsverlaufs auf Basis des gemeinsamen Fallraums

**Fachärztinnen und Fachärzte (zielgerichtete Mitbehandlung auf Anforderung)**

**Status quo (Handlungsfelder/Strukturen)**

- Spezialisierte Diagnostik/Therapie auf Überweisung durch den HA
- Rückmeldungen an HA unstrukturiert, häufig papierbasiert
- Terminvergabe primär nach Verfügbarkeit statt medizinischer Priorität

**Zukünftig**

- Berücksichtigung der im digitalen Therapieplan hinterlegten Informationen und hausärztlichen Fragestellung (**Organisationsmodul OI11 „Integration Hausarzt/FA“**)
- Standardisierte, digitale Rückmeldungen an HA im gemeinsamen Fallraum
- Terminvergabe orientiert an Dringlichkeit/Behandlungsbedarf; reduzierte Doppeluntersuchungen

### 3.4.2 Digital koordinierte Versorgung für Patienten mit komplexem Behandlungsbedarf

Abbildung 16: **Maßnahme 5**

Quelle: _fbeta GmbH

#### 3.4.2.1 Herleitung auf Basis von Defiziten und Potenzialen

Eine der größten Schwächen des Gesundheitssystems ist die fehlende, strukturierte Zusammenarbeit zwischen verschiedenen medizinischen Disziplinen – insbesondere bei komplexen, chronischen oder mehrfachen Erkrankungen. Die Trennung zwischen ambulanter, stationärer und rehabilitativer Versorgung führt zu Bruchstellen, an denen wichtige Informationen verloren gehen. Besonders bei multimorbiden Patientinnen und Patienten fehlt häufig ein übergreifender Therapieplan, der Behandlungsziele, Verantwortlichkeiten und den zeitlichen Ablauf der Behandlung klar definiert.

Elektronische Patientenakten existieren, werden jedoch nicht konsequent genutzt, sind oft unvollständig und bieten keine Plattform für eine aktive fallbezogene Zusammenarbeit. Arztbriefe erreichen beteiligte Leistungserbringer häufig zu spät, sind unstrukturiert oder lassen wichtige Informationen aus. Die fehlende Standardisierung von Kommunikations- und Dokumentationsprozessen erschwert eine koordinierte kontinuierliche Versorgung. Dadurch wird wertvolle Zeit verschenkt, fachliche Expertise kommt zu spät zum Einsatz, und Patienten erleben die Versorgung als unverbunden und fragmentiert.

#### 3.4.2.2 Maßnahmenbeschreibung

Diese Maßnahme schafft die **strukturelle Grundlage für die fallbezogene Zusammenarbeit von Hausärzten, Fachärzten, Therapeuten und weiteren Leistungserbringern bei Patienten mit komplexem Versorgungsbedarf**. Ziel ist eine koordinierte, patientenzentrierte Versorgung – digital gestützt, sektorenübergreifend und ohne regionale Einschränkungen. Die Organisation orientiert sich am Prinzip der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung (ASV), übernimmt jedoch nicht deren formale Struktur.

Im Zentrum steht ein gemeinsam genutzter, digital gepflegter Therapieplan, der allen Beteiligten zur Verfügung steht und die Grundlage für eine abgestimmte Versorgung bildet. Die Zusammenarbeit erfolgt über eine gesicherte Plattform, die strukturierte Kommunikation, Dokumentation und fallbezogenen Austausch ermöglicht – sowohl synchron über virtuelle Fallkonferenzen als auch asynchron im Rahmen definierter Kommunikationsprozesse.

Eine zentrale Rolle übernimmt der Therapie-Coach. Dieser koordiniert einzelne Behandlungselemente (z. B. Facharzttermine), begleitet den Patienten im Versorgungsprozess und stellt die Verbindung zwischen den Behandlern sicher. Die medizinische Verantwortung verbleibt bei den jeweiligen Fachleuten. Klare Rollen, nachvollziehbare Zuständigkeiten und standardisierte Abläufe sorgen dafür, dass jeder Beteiligte seine Expertise gezielt einbringen kann.

#### 3.4.2.3 Zusätzlicher (Versorgungs-)Nutzen

Die Maßnahme ermöglicht die frühzeitige und flexible Bildung interdisziplinärer Behandlungsteams, wobei fachärztliche Expertise bedarfsgerecht und fallbezogen eingebunden wird – ganz ohne formale Barrieren. So wird eine koordinierte, indikationsspezifische Behandlung frühzeitig möglich, was bessere Voraussetzungen für positive Krankheitsverläufe bei komplexen Erkrankungen schafft. Zudem führt die Einführung einer zentralen digitalen Fallakte zu einer deutlichen Entbürokratisierung und Effizienzsteigerung: Die strukturierte Dokumentation sowie asynchrone Kommunikationsmöglichkeiten erleichtern den Austausch der Beteiligten und reduzieren Doppeldokumentationen, Medienbrüche und zeitintensive Abstimmungen. Darüber hinaus sorgt die verbindliche Zusammenarbeit über Sektoren- und Praxisgrenzen hinweg für ein belastbares, digital gestütztes Teamgefüge, das kontinuierlich und koordiniert arbeiten kann – unabhängig vom Ort oder der Einrichtung der beteiligten Leistungserbringer.

#### 3.4.2.4 Akteure

**Hausärztinnen und Hausärzte (Praxis) (häufig koordinierend)**

**Status quo (Handlungsfelder/Strukturen):**

- Übernahme der hausärztlichen Versorgung und kontinuierlichen Fallbegleitung
- Einbindung fachärztlicher Expertise bei Bedarf, ggf. auch über Telekonsile
- Dokumentation und Umsetzung von Therapieentscheidungen im Praxissystem

**Zukünftig**

- Beteiligung an virtuellen Fallbesprechungen und interdisziplinären Abstimmungen
- Nutzung gemeinsamer digitaler Plattformen zur Koordination komplexer Verläufe
- Unterstützung durch das **Organisationsmodul OI4 „Team-Organisation virtuell integrierte Teams“** (in Anlehnung an ASV-Teams)

**Fachärztinnen und Fachärzte (Praxis) (mitbehandelnd)**

**Status quo (Handlungsfelder/Strukturen)**

- Fachspezifische Diagnostik und Therapie gemäß Indikationsstellung
- Kontinuierlicher Informationsaustausch mit der hausärztlichen Praxis bei komplexen Verläufen

**Zukünftig**

- Strukturierte Rückmeldung in digitalen Fallkonferenzen über die Plattform
- Einbindung in die Team-Organisation über das **Organisationsmodul OI4 „Team-Organisation virtuell integrierte Teams“**
- Dokumentation relevanter Befunde und Therapieschritte im gemeinsamen Therapieplan

**Therapeuten und sonstige Leistungserbringer (spezialisierte ambulante Versorger oder weitere an der Behandlung beteiligte Fachdisziplinen)**

**Status quo (Handlungsfelder/Strukturen)**

- Zuarbeit der eigenen veranlassten Leistungen
- Sichtbarmachung im Therapieplan
- Fallweise asynchrone mit den an der Behandlung beteiligten Ärztinnen und Ärzten sowie weiteren Leistungserbringern

**Zukünftig**

- Stärkere Integration in interdisziplinäre Abstimmungen über die Plattform
- Einheitliche Dokumentationsstandards zur Vermeidung von Informationsverlusten
- Beteiligung an der Team-Organisation über das **Organisationsmodul OI4 „Team-Organisation virtuell integrierte Teams“**

**Patientenbezogene Festlegung der Rolle „Koordinierender Arzt“**

**Status quo (Handlungsfelder/Strukturen)**

- Fehlen einer systematischen Festlegung einer koordinierenden Instanz
- Steuerung erfolgt meist durch Haus- oder Facharzt, abhängig vom jeweiligen Krankheitsbild

**Zukünftig**

- Klare Zuweisung der Rolle „Koordinierender Arzt“ (Haus- oder Facharzt, je nach Fallkonstellation)
- Übernahme der Koordination von Therapieplanung, Terminlogistik und Leistungssteuerung
- Verantwortung für die Pflege der digitalen Fallakte und Abstimmung mit allen Beteiligten
- Verankerung der Rolle über **das Organisationsmodul OI4 „Team-Organisation virtuell integrierte Teams“**

**Patientenbezogene Festlegung der Rolle „Therapie-Coach“**

**Status quo (Handlungsfelder/Strukturen)**

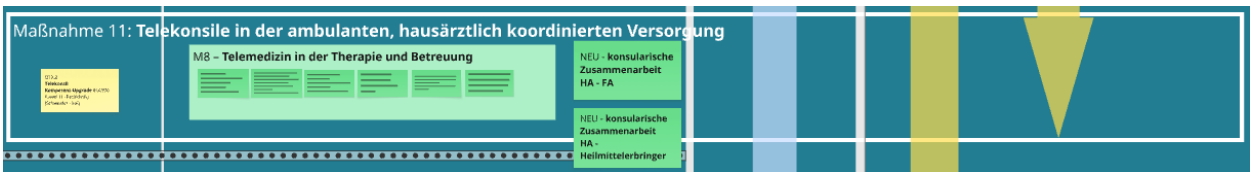
- Fehlen einer verbindlichen Rolle für die patientennahe, kontinuierliche Begleitung und Steuerung im Alltag

**Zukünftig**

- Einführung der Rolle „Therapie-Coach“ für die kontinuierliche Begleitung der Patienten
- Verantwortung für die Pflege der digitalen Fallakte und Kommunikation mit allen Beteiligten
- Integration über das **Organisationsmodul OI4 „Team-Organisation virtuell integrierte Teams“**

### 3.4.3 Telekonsile in der ambulanten, hausärztlich koordinierten Versorgung

Abbildung 17: **Maßnahme 11**




Quelle: _fbeta GmbH

#### 3.4.3.1 Herleitung auf Basis von Defiziten und Potenzialen

In der ambulanten Versorgung fehlt es oft an schnellen, strukturierten Abstimmungswegen zwischen Haus- und Fachärzten. Bei komplexen Krankheitsbildern oder unklaren Befunden führt dies zu unnötig langen Überweisungs- und Wartezeiten, in denen der Gesundheitszustand der Patientinnen und Patienten stagnieren oder sich verschlechtern kann.

Fachärztliche Expertise wird bislang meist nur durch persönliche Vorstellung der Patienten oder schriftliche Arztbriefe eingebunden – Verfahren, die zeitaufwendig sind und selten zeitnah Ergebnisse liefern. Gerade in ländlichen oder strukturschwachen Regionen ist der Zugang zu bestimmten Fachrichtungen eingeschränkt, sodass Patienten weite Wege und lange Wartezeiten in Kauf nehmen müssen. Gleichzeitig fehlen klare Rahmenbedingungen und standardisierte Abläufe für digitale Konsile, was zu Unsicherheiten in der Anwendung führt. Ohne verbindliche Strukturen und eine sichere digitale Kommunikationsplattform bleibt das Potenzial telemedizinischer Rücksprache weitgehend ungenutzt.

#### 3.4.3.2 Maßnahmenbeschreibung

Die Maßnahme verfolgt das Ziel, **Telekonsile zwischen Haus- und Fachärzten als festen Bestandteil der ambulanten Versorgung zu etablieren**. Durch die digitale Einbindung fachärztlicher Expertise sollen Überweisungswege verkürzt, Wartezeiten reduziert und die Versorgungsqualität verbessert werden.

Zur Sicherstellung der Praxistauglichkeit werden regionale Standards definiert und verbindliche Regelungen zur Durchführung der Telekonsile vereinbart. Damit werden bestehende Unsicherheiten beseitigt und fehlende Abstimmungsstrukturen systematisch geschlossen.

Die Umsetzung erfolgt im Rahmen der Vorgaben der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) und wird regional durch ambulant tätige Ärztinnen und Ärzte konkret ausgestaltet. Repräsentativ beteiligte Praxen legen gemeinsam fest:

- fachliche Indikationen für Konsile,
- organisatorische Abläufe,
- technische Standards,
- verantwortliche konsilgebende Stellen.

Die Einbindung einer zentralen Therapiesteuerungsplattform gewährleistet eine einheitliche Dokumentation und Kommunikation. So können relevante Informationen effizient geteilt, Therapieentscheidungen fundiert getroffen und unnötige Überweisungen oder Einweisungen vermieden werden.

#### 3.4.3.3 Zusätzlicher (Versorgungs-)Nutzen

Die Einführung von Telekonsilen verbessert die ambulante Versorgung spürbar und nachhaltig. Durch die digitale Rücksprache mit Fachärztinnen und Fachärzten erhalten Hausärzte schnell und strukturiert fachliche Einschätzungen. Dies ist besonders wertvoll bei komplexen oder instabilen Krankheitsverläufen, bei denen eine zeitnahe fachärztliche Rückmeldung entscheidend sein kann.

Gleichzeitig werden Facharztkapazitäten gezielt entlastet. Viele medizinische Fragestellungen lassen sich im hausärztlichen Setting klären, wodurch unnötige Überweisungen vermieden und der organisatorische Aufwand für Patientinnen und Patienten reduziert wird. Die Behandlungsqualität profitiert von der engen, dokumentierten Zusammenarbeit: Hausärzte bleiben die koordinierende Instanz, während fachärztliche Empfehlungen strukturiert in die Therapieplanung einfließen. So entsteht ein transparenter und durchgängiger Versorgungsprozess, bei dem die Verantwortung klar zugeordnet ist.

Besonders in strukturschwachen oder ländlichen Regionen trägt das Modell zur Sicherung der Versorgung bei. Der ortsunabhängige Zugang zu fachärztlicher Expertise schließt bestehende Versorgungslücken und reduziert die Notwendigkeit von Patiententransporten. Insgesamt stärkt die Maßnahme die Effizienz, Qualität und Erreichbarkeit der ambulanten Versorgung – und schafft damit einen echten Mehrwert für alle Beteiligten.

#### 3.4.3.4 Akteure

**Konsilanfragende, insbesondere Hausärztinnen und Hausärzte**

**Status quo (Handlungsfelder/Strukturen)**

- Häufig unstrukturierte Konsilanfragen; fehlende Templates/Standards
- Rückmeldungen von Fachärzten variieren in Form und Qualität
- Dokumentation im digitalen Fallraum nicht durchgängig

**Zukünftig**

- Strukturierte Konsilanfragen mit klarer Fragestellung und klinischem Kontext
- Kontinuierliche Dokumentation im digitalen Fallraum (**OT3.2 „Telekonsil Kompetenz-Upgrade (HA/FA)“**)
- Nutzung synchroner/asynchroner Kanäle gemäß regionalen Standards; Nachverfolgung der fachärztlichen Empfehlungen im Therapieplan (**OT3.2 „Telekonsil Kompetenz-Upgrade (HA/FA)“**)
- Priorisierung und erneute Konsile bei Verlaufsänderungen

**Konsilgebende, insbesondere Fachärztinnen und Fachärzte (ambulant; perspektivisch stationär)**

**Status quo (Handlungsfelder/Strukturen)**

- Oft verspätete/unstrukturierte Rückmeldungen; Terminabhängigkeit
- Uneinheitliche Dokumentation und Verantwortlichkeiten

**Zukünftig**

- Standardisierte, nachvollziehbare Rückmeldungen mit konkreten Handlungsempfehlungen und Verantwortlichkeiten; Übergabe im digitalen Fallraum (**OT3.2 „Telekonsil Kompetenz-Upgrade (HA/FA)“**)
- Gezielte, zeitlich begrenzte Mitbehandlung bei Bedarf; klare Rücküberweisung an die Hausarztpraxis
- Verbindliche Fristsetzungen für Rückmeldungen gemäß regionalem Standard

**Technikanbieter/Plattformdienste**

**Status quo (Handlungsfelder/Strukturen)**

- Heterogene Lösungen; Schnittstellenprobleme zu PVS/KIS/ePA
- Unklare Rollen-/Rechtemodelle

**Zukünftig**

- Interoperable Konsil-Funktion mit KIM/TIM-Integration, Rechtemanagement und Audit-Trail
- Sichere Verfügbarkeit/Support; reibungslose Einbindung in Praxis- und Kliniksysteme

**Weiterbildung/Schulung**

**Status quo (Handlungsfelder/Strukturen)**

- Uneinheitliche Qualifizierung zu Telekonsil-Prozessen, Technik und Vergütung

**Zukünftig**

- Systematische Fortbildungen zu fachlichen, organisatorischen und technischen Aspekten, Umsetzung regionaler Standards und Qualitätssicherung

### 3.4.4 Frühzeitige Versorgungsreaktion durch datengetriebenes Monitoring

Abbildung 18: **Maßnahme 6**

Quelle: _fbeta GmbH

#### 3.4.4.1 Herleitung auf Basis von Defiziten und Potenzialen

In der aktuellen Regelversorgung werden kritische Veränderungen im Gesundheitszustand häufig erst im Rahmen von regulären Arztkontakten erkannt – oft zu spät, um eine Verschlechterung wirksam zu verhindern. Die Versorgung bleibt dadurch überwiegend reaktiv statt proaktiv.

Zwar stehen technische Lösungen wie Telemonitoring oder digitale Symptomabfragen zur Verfügung, doch diese sind in der Breite weder in den Praxisalltag integriert noch mit klaren Prozessen hinterlegt. Hausärztinnen und Hausärzte erhalten oft nur sporadische, unsystematische Informationen zu relevanten Vitalparametern oder Beschwerden. Die sektorale Trennung und die fehlende Echtzeiteinbindung von Daten führen dazu, dass Auffälligkeiten zwischen den Terminen unbemerkt bleiben.

Ein kontinuierliches, datengestütztes Monitoring kann hier Versorgungslücken schließen – vorausgesetzt, es gibt standardisierte Prozesse, definierte Reaktionspflichten und eine sichere, zentrale Plattform zur Datenübermittlung und -auswertung.

#### 3.4.4.2 Maßnahmenbeschreibung

Diese Maßnahme beschreibt einen **strukturierten Versorgungsansatz zur kontinuierlichen, bedarfsorientierten Patientensteuerung**. Im Gegensatz zur quartalsbasierten Regelversorgung setzt sie auf eine dynamische Betreuung mithilfe digitaler Technologien wie Telemonitoring, digitale Symptomabfragen und asynchrone Kommunikation (z. B. über KIM oder TIM). Ziel ist es, kritische Veränderungen im Gesundheitszustand frühzeitig zu erkennen und gezielt darauf zu reagieren.

Grundlage für die Umsetzung ist die ärztliche Verordnung des Telemonitorings sowie die Anbindung der Patientinnen und Patienten an eine digitale Plattform, die eine kontinuierliche Dateneinsicht ermöglicht. Darauf aufbauend lassen sich drei Szenarien unterscheiden:

- **Szenario 1**: Die eingehenden Gesundheitsdaten werden im Rahmen regulärer Arztkontakte strukturiert gesichtet und in die Behandlung integriert.
- **Szenario 2**: Die Daten werden in regelmäßigen Abständen (z. B. monatlich oder quartalsweise) überprüft, um anlassbezogen über einen Versorgungskontakt zu entscheiden.
- **Szenario 3**: Die Daten werden fortlaufend überwacht, wobei bei kritischen Veränderungen eine Reaktionspflicht besteht – vergleichbar mit etablierten Telemonitoring-Modellen, etwa bei Herzinsuffizienz.

Die Maßnahme schafft die Voraussetzungen für eine proaktive, datengestützte Versorgung, die nicht nur die Behandlungsqualität verbessert, sondern auch die Effizienz im Versorgungsprozess steigert.

#### 3.4.4.3 Zusätzlicher (Versorgungs-)Nutzen

Die Maßnahme ermöglicht eine deutlich präzisere und individuellere Versorgung durch die kontinuierliche Nutzung patientenbezogener Gesundheitsdaten. Im Szenario 1 profitieren Hausärztinnen und Hausärzte sowie medizinisches Fachpersonal von einer datengestützten Verlaufskontrolle, die ein objektives Bild des Gesundheitszustands liefert. Auf dieser Basis können Therapien kurzfristig und gezielt angepasst werden – dynamisch, individuell und orientiert am tatsächlichen Krankheitsverlauf.

Im Szenario 2 wird die Versorgung anlassbezogen gesteuert. Die strukturierte Auswertung der Monitoringdaten erlaubt es, medizinisch relevante Kontakte gezielt zu initiieren. besuche ohne konkreten Anlass entfallen, wodurch sowohl zeitliche Ressourcen in den Praxen als auch die Belastung für Patientinnen und Patienten reduziert werden.

Das Szenario 3 bietet einen zusätzlichen Sicherheitsgewinn: Kritische Veränderungen im Gesundheitszustand werden frühzeitig erkannt. . Dies ermöglicht ein präventives Eingreifen, senkt das Risiko von Eskalationen und vermeidet potenzielle Krankenhauseinweisungen. Der sogenannte „Entgleisungsalarm“ fungiert dabei als digitales Sicherheitsnetz und stärkt die Versorgungssicherheit insbesondere bei vulnerablen Patientengruppen.

#### 3.4.4.4 Akteure

**Szenario 0 – Initialphase: Geräteausgabe und Einweisung**

**Hausärztinnen und Hausärzte/MFA**

**Status quo (Handlungsfelder/Strukturen)**

- Unsystematische Indikationsstellung für Monitoringgeräte
- Einweisung der Patienten zum Gerätehandling erfolgt oft unvollständig oder uneinheitlich

**Zukünftig**

- Indikationsstellung und gezielte Ausgabe von Monitoringgeräten (**OT2.1 „Datengetriebene Telemedizin-Anlässe“**)
- Durchführung strukturierter technischer und inhaltlicher Einweisungen der Patienten
- Festlegung klarer Reaktionslogiken für Patienten im Falle von Alarmen

**Technikanbieter/Plattformdienste**

**Status quo (Handlungsfelder/Strukturen)**

- Nicht standardisierte Installation und Integration
- Uneinheitliche Supportprozesse

**Zukünftig**

- Installation, Funktionsprüfung und laufender Support (**OT2.1 „Datengetriebene Telemedizin-Anlässe“**)
- Sicherstellung von Datenschutz und -integrität sowie Schnittstellenkompatibilität

**Patientinnen und Patienten**

**Status quo (Handlungsfelder/Strukturen):**

- Lernen den Umgang mit Geräten unregelmäßig, häufig ohne klare Anleitung

**Zukünftig**

- Erhalten systematische Einweisung und üben den Umgang mit Geräten (**OT2.1 „Datengetriebene Telemedizin-Anlässe“**)
- Verstehen Messplan und Reaktionswege bei Auffälligkeiten

### Szenario 1 – Datencheck bei Arztterminen

**Hausärztinnen und Hausärzte/MFA**

**Status quo (Handlungsfelder/Strukturen):**

- Berücksichtigung von Monitoringdaten nur bei akuten Beschwerden oder auf Nachfrage

**Zukünftig:**

- Systematische Nutzung von Monitoringdaten bei regulären Arzt-Patienten-Kontakten zur Einschätzung des Gesundheitszustands (**OT2.1 „Datengetriebene Telemedizin-Anlässe“**)

**Patientinnen und Patienten**

**Status quo (Handlungsfelder/Strukturen)**

- Bringen Daten teilweise selbstständig mit, keine strukturierte Einbindung

**Zukünftig**

- Erfassen regelmäßig Werte und stellen diese über die Plattform zur Verfügung

### Szenario 2 – Anlassbezogene Rückmeldung nach Datensichtung

**Hausärztinnen und Hausärzte/MFA**

**Status quo (Handlungsfelder/Strukturen)**

- Reaktion auf Auffälligkeiten oft verspätet und unsystematisch

**Zukünftig**

- Regelmäßig Analyse eingehender Daten (**OT2.1 „Datengetriebene Telemedizin-Anlässe“**)
- Vereinbaren Termine oder leiten Interventionen ein bei Auftreten von Auffälligkeiten auftreten

**Versorgungsassistenzen (z. B. VERAH, NäPa)**

**Status quo (Handlungsfelder/Strukturen)**

- Kaum Einbindung in die Bearbeitung von Monitoringdaten

**Zukünftig**

- Übernehmen strukturierte Vorprüfung von Alarmen (**OT2.1 „Datengetriebene Telemedizin-Anlässe“**)
- Dokumentieren Auffälligkeiten und kommunizieren mit Patienten bei nicht-akuten Problemen

**Patientinnen und Patienten**

**Status quo (Handlungsfelder/Strukturen)**

- Unsicherheit bei Auffälligkeiten, keine klaren Kommunikationswege

**Zukünftig**

- Strukturierte Rückmeldungen zu Beschwerden und Nutzung der Plattform als festen Kommunikationskanal

### Szenario 3 – Kontinuierliches Monitoring durch Telemonitoringzentrum (TMZ)

**Telemonitoringzentrum (TMZ)**

**Status quo (Handlungsfelder/Strukturen)**

- Nur bei einzelnen Indikationen etabliert, uneinheitliche Prozesse

**Zukünftig**

- Kontinuierliche Sichtung eingehender Gesundheitsdaten (**OT2.1 „Datenge Telemedizin-Anlässe“**)
- Ärztliche Bewertung und strukturierte Rückmeldung an Hausarztpraxis
- Einleitung nächster Schritte bei Auffälligkeiten gemäß Eskalationsplan

**Hausärztinnen und Hausärzte**

**Status quo (Handlungsfelder/Strukturen)**

- Alarmmeldungen erreichen die HA-Praxis verzögert oder unsystematisch

**Zukünftig**

- Übernahme der zentralen Steuerung und Anpassung der Therapie bei Alarmmeldungen
- Integration von Monitoringdaten in digitale Therapiepläne und Fallakten

**Technikanbieter/Plattformdienste**

**Status quo (Handlungsfelder/Strukturen)**

- Fehlende Standards, unklare Zuständigkeiten

**Zukünftig**

- Gewährleisten Datenschutz und -integrität sowie Verfügbarkeit der Systeme (**OT2.1 „Datengetriebene Telemedizin-Anlässe“**)

**Patientinnen und Patienten**

**Status quo (Handlungsfelder/Strukturen)**

- Unregelmäßige Erfassung von Daten, oft ohne klare Anleitung
- Unklarheit über Reaktionswege bei Auffälligkeiten

**Zukünftig**

- Kontinuierliche Erfassung eigener Gesundheitsdaten (Vitalparameter etc.) (**OT2.1 „Datengetriebene Telemedizin-Anlässe“**)
- Nutzung von Erinnerungsfunktionen und zeitnahe Rückmeldung zu Beschwerden an den behandelnden Arzt

### 3.4.5 Telemedizinisch gestützte Hausbesuche bei medizinischem Anlass

Abbildung 19: **Maßnahme 7**

Quelle: _fbeta GmbH

#### 3.4.5.1 Herleitung auf Basis von Defiziten und Potenzialen

Hausbesuche sind ein wichtiges Instrument der wohnortnahen, (haus-)ärztlichen Versorgung, Niedergelassene Ärztinnen und Ärzte stoßen jedoch zunehmend an Kapazitäts- und Zeitgrenzen. Besonders in ländlichen Regionen oder bei hohem Patientenaufkommen führt dies dazu, dass Besuche verschoben werden müssen oder nicht zeitnah stattfinden können.

Gleichzeitig gibt es viele Situationen, in denen eine ärztliche Einschätzung erforderlich ist, ohne dass zwingend ein Hausbesuch notwendig wäre. Dennoch werden sie häufig durchgeführt, weil strukturierte Delegations- und Telemedizinkonzepte fehlen.

Technische Möglichkeiten wie Videosprechstunden oder telemedizinisch unterstützte Einsätze von medizinischem Fachpersonal sind vorhanden, werden jedoch selten systematisch in eine abgestufte Versorgungslogik integriert. Ohne klare Eskalationsstufen, definierte Rollen und eine sichere technische Ausstattung bleibt das Potenzial für eine effizientere und schnellere Versorgung im häuslichen Umfeld ungenutzt.

#### 3.4.5.2 Maßnahmenbeschreibung

Die Maßnahme beschreibt ein gestuftes Versorgungsmodell für Situationen, in denen Patientinnen und Patienten nicht in der Lage sind, eine Arztpraxis aufzusuchen (z. B. bei Bettlägerigkeit), aber eine medizinische Einschätzung oder Versorgung benötigen. Ziel ist es, **durch abgestufte Interventionsformen eine bedarfsgerechte, ressourcenschonende und qualitativ hochwertige Versorgung sicherzustellen – unter Einbindung telemedizinischer Komponenten**.

Je nach Praxisstruktur und individueller Patientensituation stehen fünf Eskalationsstufen zur Verfügung, die einer abgestuften Prüf- und Entscheidungssystematik folgen:

1. **Digitale Abklärung per Videosprechstunde**, ggf. im Beisein einer informellen Pflegeperson oder Pflegefachkraft.
2. **Delegierter Hausbesuch durch medizinisches Fachpersonal** (z. B. VERAH/NäPA) mit telemedizinischer Ausstattung wie einem Telemedizin-Rucksack.
3. **Delegierter Hausbesuch ohne technische Ausstattung**, durchgeführt durch medizinisches Fachpersonal der Praxis.
4. **Klassischer ärztlicher Hausbesuch**, bei dem die Ärztin oder der Arzt persönlich vor Ort ist.
5. **Notfallversorgung durch Rettungsdienst oder Notarzt**, sofern eine akute medizinische Gefährdung vorliegt.

Die Maßnahme ermöglicht eine flexible und situationsgerechte Versorgung, die sowohl die Selbstständigkeit der Arztpraxen stärkt als auch die Versorgungssicherheit für Patientinnen und Patienten erhöht. Durch den gezielten Einsatz telemedizinischer Instrumente können unnötige Hausbesuche vermieden, Ressourcen effizient eingesetzt und die ärztliche Präsenz auf medizinisch notwendige Fälle fokussiert werden.

#### 3.4.5.3 Zusätzlicher (Versorgungs-)Nutzen

Das gestufte Modell telemedizinisch gestützter Hausbesuche verbessert die Versorgungssicherheit im häuslichen Umfeld – insbesondere für Patientinnen und Patienten mit eingeschränkter Mobilität, deren medizinische Betreuung zuverlässig ermöglicht wird, ohne dass ein Praxisbesuch erforderlich ist.

Durch den gezielten Einsatz von qualifiziertem medizinischem Fachpersonal mit Zusatzqualifikationen (z. B. VERAH/NäPA) in Kombination mit telemedizinischer Ausstattung lassen sich ärztliche Ressourcen effizienter nutzen. Routineeinsätze können delegiert werden, wodurch sich die Effizienz in der Praxis erhöht und die ärztliche Versorgung auf komplexe Fälle konzentriert bleibt.

Die abgestufte Struktur der Maßnahme trägt dazu bei, unnötige Rettungsdiensteinsätze zu vermeiden – ein entscheidender Vorteil in ländlichen oder unterversorgten Regionen mit begrenzten Notfallkapazitäten. Gleichzeitig fördert das Modell die interprofessionelle Zusammenarbeit: Die strukturierte Einbindung von VERAHs und NäPAs sowie die klare Rollenverteilung schaffen ein koordiniertes Versorgungssystem, das Kontinuität und Qualität nachhaltig stärkt.

#### 3.4.5.4 Akteure

**Hausärztinnen und Hausärzte / Hausarztpraxis (koordiniert und delegiert)**

**Status quo (Handlungsfelder/Strukturen)**

- Hausbesuche überwiegend persönlich, telefonische Rücksprachen ad hoc
- Begrenzte Kapazitäten, keine standardisierte telemedizinische Zuschaltung
- Dokumentation getrennt von der fallbezogenen Zusammenarbeit

**Zukünftig**

- Digitale Erstabklärung per Videosprechstunde; strukturierte Triage und Dokumentation (**OI7.2 „Telemedizinisch gestützte Hausbesuche“**)
- Koordination und Zuschaltung der VERAH/NäPa beim Hausbesuch, inkl. Telemedizin-Support – **OI7.2 „Telemedizinisch gestützte Hausbesuche“**
- Delegation geeigneter Tätigkeiten (z. B. Messung von Vitalwerten, Symptomabfrage), ärztliche Entscheidungen aus der Praxis
- Einheitliche Dokumentation im Therapieplan und klare Eskalationswege

**Medizinisches Fachpersonal für Hausbesuche (VERAH/NäPa)**

**Status quo (Handlungsfelder/Strukturen)**

- Aufsuchende Einsätze ohne verlässliche telemedizinische Anbindung

- Uneinheitliche Aufgabenprofile und Rückmeldewege
- Begrenzt strukturierte Dokumentation

**Zukünftig**

- Strukturierte Hausbesuche auf ärztliche Veranlassung mit Telemedizinkit (Video, Datenübermittlung) (**OI7.2 „Telemedizinisch gestützte Hausbesuche“**)
- Durchführung einfacher diagnostischer/unterstützender Maßnahmen nach Anordnung (z. B. Vitalwerte, Medikationsanleitung)
- Laufende Rückmeldung an Praxis; Eskalation bei Abweichungen; standardisierte Protokolle

**Patientinnen und Patienten (chronische Erkrankungen, eingeschränkte Mobilität)**

**Status quo (Handlungsfelder/Strukturen)**

- Erschwerter Praxiszugang; Wartezeiten auf ärztliche Hausbesuche
- Unklare Kontaktwege bei Verschlechterungen

**Zukünftig**

- Teilnahme an Videosprechstunden; wohnortnahe Versorgung durch VERAH/NäPa mit ärztlicher Zuschaltung (**OI7.2 „Telemedizinisch gestützte Hausbesuche“**)
- Mitwirkung an Maßnahmen im häuslichen Umfeld; klare Hinweise zu Eskalationswegen

**Plattformdienste/Technikanbieter**

**Status quo (Handlungsfelder/Strukturen)**

- Heterogene Geräte, fehlende Standardisierung und Integration

**Zukünftig**

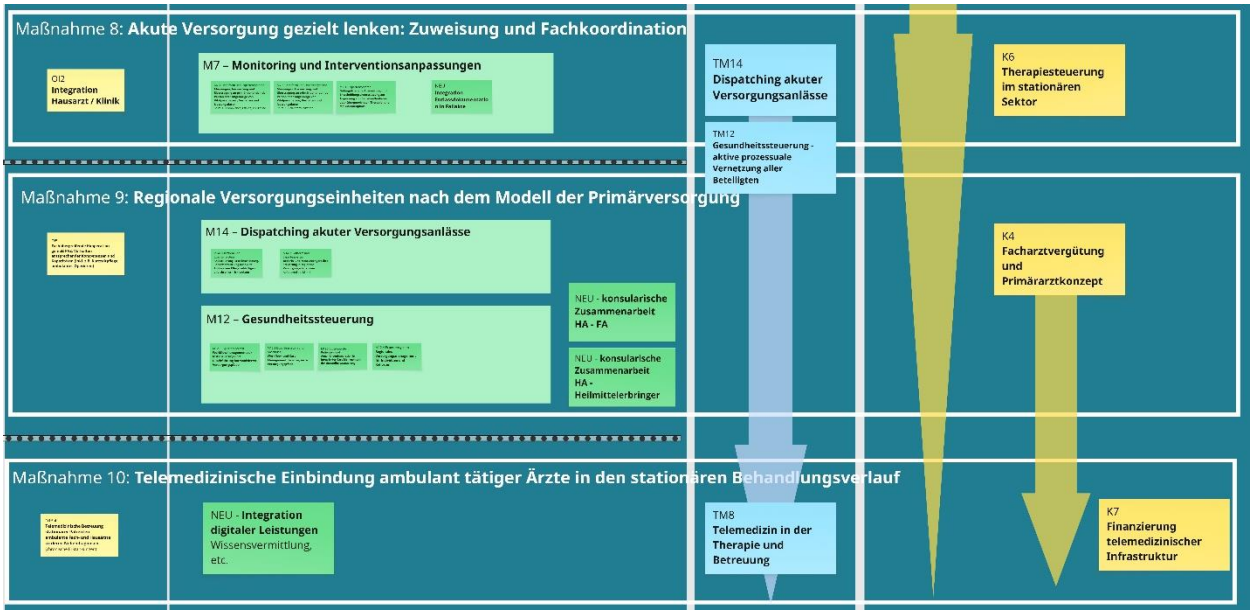
- Bereitstellung, Betrieb und Support von Telemedizinkits, inkl. sichere Datenübertragung (**OI7.2 „Telemedizinisch gestützte Hausbesuche“**)
- Integration in die Therapiesteuerungsplattform; Sicherstellung der Verfügbarkeit, von Datenschutz und Service

## 3.5 Fallgruppe III – Menschen mit regemäßigem oder häufigem Bedarf an stationärer Versorgung

Fallgruppe III umfasst chronisch erkrankte Patientinnen und Patienten, die regelmäßig auf fachärztliche Versorgung sowie auf stationäre Leistungen angewiesen sind. Diese Patientengruppe ist durch komplexe, oft langandauernde Behandlungsverläufe gekennzeichnet, die eine sektorenübergreifende medizinische Betreuung notwendig machen. Funktional steht die kontinuierliche und strukturierte Interaktion zwischen Patienten, Hausarzt und stationären Leistungserbringern im Vordergrund. Inhaltlich geht es vorrangig um die gezielte Steuerung der Versorgung, die Sicherstellung der Behandlungskontinuität sowie um die Erleichterung der Übergänge zwischen ambulanter und stationärer Versorgung.

Ziel ist es, Versorgungsprozesse so zu gestalten, dass unnötige Wiederaufnahmen vermieden, Informationsverluste verhindert und Therapieentscheidungen durchgängig nachvollziehbar getroffen werden können. Die Maßnahmen 8 – 10 beschreiben hierfür zentrale Hebel und Strukturen.

Abbildung 20: **Maßnahmen 8 – 10 im Ökosystem**




Quelle: _fbeta GmbH

**Maßnahme 8** betrifft die Lenkung akuter Versorgungssituationen. Durch Monitoring und laufende Interventionsanpassungen wird ermöglicht, medizinische Eskalationen frühzeitig zu identifizieren und gezielt zu steuern. Entscheidungsunterstützende digitale Systeme sowie die koordinierte Zusammenarbeit zwischen Haus- und Fachärzten tragen dazu bei, die Versorgung am tatsächlichen Bedarf auszurichten und Über- oder Fehlversorgungen zu vermeiden.

**Maßnahme 9** stärkt die regionale Versorgung durch den Aufbau integrierter Versorgungseinheiten nach dem Modell der Primärversorgung. Diese übernehmen u. a. das Dispatching akuter Versorgungslagen sowie die Steuerung der langfristigen gesundheitlichen Entwicklung chronisch Erkrankter. Ergänzt wird das Modell durch neue Kooperationsformen: die konsiliarische Zusammenarbeit zwischen Haus- und

Fachärzten sowie die sektorenübergreifende Einbindung weiterer Gesundheitsberufe. So entsteht ein multiprofessionelles, koordinierendes Versorgungssystem auf regionaler Ebene.

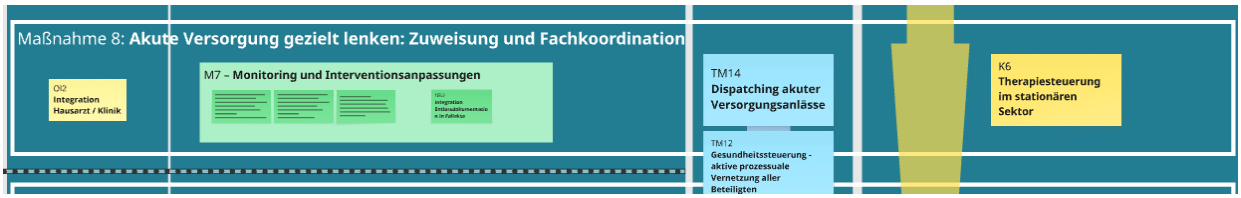
**Maßnahme 10** stellt die telemedizinische Einbindung ambulant tätiger Ärztinnen und Ärzte in stationäre Behandlungsverläufe sicher. Ziel ist es, vorhandenes Wissen und bestehende Versorgungskontinuitäten auch während eines stationären Aufenthalts der Patienten aufrechtzuerhalten. Die Integration digitaler Leistungen, fachlicher Expertise und therapeutischer Begleitung trägt dazu bei, Behandlungsbrüche zu vermeiden und die Übergänge zwischen ambulantem und stationärem Sektor wirksam zu gestalten.

Flankiert werden diese drei Maßnahmen durch strukturelle Systemelemente wie die sektorenübergreifende Therapiesteuerung im stationären Bereich, ein angepasstes Facharzt- und Primärarztvergütungssystem sowie die Finanzierung einer tragfähigen telemedizinischen Infrastruktur. Unterstützende Funktionen wie digitales Dispatching und koordinierte Versorgungsplanung stärken die operative Umsetzbarkeit der Maßnahmen zusätzlich.

Insgesamt leisten die Maßnahmen für Fallgruppe III einen zentralen Beitrag zur sektorenübergreifenden Versorgung chronisch Erkrankter mit hohem Steuerungsbedarf. Sie ermöglichen eine präzise, koordinierte und digital unterstützte Betreuung, die die Versorgungssicherheit erhöht, die Behandlungskontinuität fördert und die Effektivität der therapeutischen Maßnahmen insgesamt verbessert.

### 3.5.1 Akute Versorgung gezielt lenken: Zuweisung und Fachkoordination

Abbildung 21: **Maßnahme 8**




Quelle: _fbeta GmbH

#### 3.5.1.1 Herleitung auf Basis von Defiziten und Potenzialen

Die Behandlung chronischer Erkrankungen erfordert eine laufende Beobachtung des Krankheitsverlaufs sowie eine flexible Anpassung therapeutischer Maßnahmen. Im stationären Setting geschieht dies jedoch häufig ohne systematische Rückkopplung mit der ambulanten Versorgung – obwohl dort wesentliche Informationen über den bisherigen Verlauf, über bewährte Therapien sowie psychosoziale Rahmenbedingungen vorliegen.

Insbesondere bei stationären Aufenthalten werden medizinische Entscheidungen oft losgelöst vom bestehenden Behandlungsplan getroffen. Das birgt die Gefahr von Therapieabbrüchen, Doppeluntersuchungen und Informationsverlusten – insbesondere bei ungeplanten Klinikaufnahmen. Gleichzeitig fehlt es bisher an verbindlichen technischen und organisatorischen Strukturen, um relevante Informationen aus der ambulanten Versorgung sicher und standardisiert in die stationäre Behandlung zu integrieren.

Die frühzeitige Einbindung ambulanter Behandlerinnen und Behandler – sowohl bei geplanten als auch bei ungeplanten stationären Aufnahmen – bietet die Möglichkeit, klinische Entscheidungen stärker am Langzeitverlauf auszurichten. Ziel ist eine kontinuierliche, sektorenübergreifende Therapiesteuerung, bei der Monitoringdaten, Verlaufseinschätzungen und Rückmeldungen systematisch einfließen. Digitale Schnittstellen, abgestimmte Dokumentationsprozesse und gemeinsame Bewertungskriterien bilden dafür die notwendige Grundlage.

#### 3.5.1.2 Maßnahmenbeschreibung

Die Maßnahme beschreibt ein **strukturiertes Verfahren zur digital unterstützten Übergabe medizinischer Verantwortung zwischen ambulanter und stationärer Versorgung** – sowohl bei der Aufnahme in eine Klinik als auch beim Übergang zurück in die hausärztlich koordinierte Nachsorge. Ziel ist es, Versorgungslücken zu vermeiden, Wiederaufnahmen zu reduzieren und eine nahtlose Anschlussbehandlung sicherzustellen.

Im Zentrum steht der Moment der Krankenhausentlassung – ein kritischer Punkt mit hoher Relevanz für die Behandlungsqualität. Informationsverluste, Medikationsfehler oder unklare Therapieanpassungen können hier gravierende Folgen haben. Auch während des stationären Aufenthalts ist die Weiterführung bestehender Therapien – insbesondere bei Nebendiagnosen – ein zentraler Aspekt der Versorgungskontinuität (siehe auch unter 3.5.3).

Die Maßnahme stellt sicher, dass alle relevanten patientenbezogenen Informationen – Diagnosen, Medikation, Kontrolluntersuchungen oder Therapieanpassungen – vollständig und standardisiert

übermittelt werden. Bei einer geplanten stationären Aufnahme können Informationen über ambulante ärztliche Behandlungen frühzeitig bereitgestellt werden. Bei akutstationären Aufnahmen stehen in der digitalen Fallakte hinterlegte Daten zur Verfügung.

Die technische Umsetzung erfolgt über eine sektorenübergreifende Therapiesteuerungsplattform mit standardisierter Fallakte, auf die sowohl Hausärztinnen und Hausärzte als auch Krankenhausärztinnen und -ärzte zugreifen können. Die Plattform wird zur zentralen Schnittstelle für Informationsaustausch, Behandlungsplanung und Nachsorge.

#### 3.5.1.3 Zusätzlicher (Versorgungs-)Nutzen

Die Maßnahme leistet einen zentralen Beitrag zur Verbesserung der medizinischen Entscheidungsqualität, zur Sicherstellung der Behandlungskontinuität und zur strukturierten Rückkopplung zwischen stationärer und ambulanter Versorgung. Bereits bei der stationären Aufnahme – auch bei Akutfällen – ermöglicht der digitale Zugriff auf die strukturierte Fallakte eine fundierte Einschätzung der Patientensituation. Klinikärztinnen und -ärzte erhalten damit frühzeitig Zugang zu relevanten Vorinformationen wie bestehender Medikation, dokumentierten Vorerkrankungen oder bereits eingeleiteten Therapien. Dies erhöht die Sicherheit klinischer Entscheidungen und schafft die Grundlage für eine gezielte, patientengerechte Versorgung.

Darüber hinaus wird die stationäre Behandlung besser auf den bestehenden hausärztlich koordinierten Therapieplan abgestimmt. Die Kenntnis über Langzeitziele und bisherige Verläufe der Behandlung erleichtert es den Klinikteams, bestehende Therapien fortzuführen oder gezielt anzupassen. anstatt medizinische Maßnahmen isoliert neu zu planen. Dies verbessert die Passgenauigkeit der Versorgung und verhindert Brüche im Behandlungsverlauf.

Nach der Entlassung der Patientinnen und Patienten profitieren die sie weiterbehandelnden Hausärztinnen und Hausärzte von einer verlässlichen, strukturierten Rückmeldung. Die klinischen Informationen werden über die digitale Plattform direkt in den Therapieplan zurückgespielt, sodass eine lückenlose ambulante Weiterbehandlung unmittelbar im Anschluss an den stationären Aufenthalt erfolgen kann. Dadurch wird nicht nur der Aufwand für telefonische oder schriftliche Rückfragen reduziert – auch das Risiko von Informationsverlusten oder verzögerten Anschlussmaßnahmen wird erheblich verringert.

#### 3.5.1.4 Akteure

**Hausärztinnen und Hausärzte**

**Status quo (Handlungsfelder/Strukturen)**

- Nachsorge nach Klinikaufenthalten, häufig telefonische/papierbasierte Abstimmung
- Verspäteter oder unvollständiger Erhalt von Entlassinformationen der Kliniken
- Doppeluntersuchungen und Medienbrüche durch fehlende strukturierte Übergaben

**Zukünftig**

- Digitale Vorabübermittlung relevanter Informationen an Kliniken (Medikation, Diagnosen, Allergien, Betreuungspersonen) über die Plattform Therapiesteuerung (**OI2 „Integration Hausarzt/Klinik“**)

- Frühzeitige Abstimmung über Anschlussmaßnahmen (Reha, Hilfsmittel, ambulante Termine) mittels standardisierter Prozesse (**OI2 „Integration Hausarzt/Klinik“**)
- Nutzung strukturierter Entlassinformationen zur unmittelbaren Weiterbehandlung; definierte Kontakt- und Eskalationswege
- Lückenlose Dokumentation im digitalen Therapieplan; Reduktion von Doppeluntersuchungen

**Kliniken (stationär, ggf. ambulante Strukturen)**

**Status quo (Handlungsfelder/Strukturen)**

- Entlassbriefe oft verspätet/unvollständig; Nebenbefunde/Medikation nicht konsistent
- Stationäre Aufnahmen in Akutfällen ohne ambulante Vorinformationen
- Uneinheitliche, nicht standardisierte Kommunikation mit ambulanten Praxen

**Zukünftig**

- Abruf und Nutzung ambulanter Vorinformationen bereits bei Aufnahme über die digitale Fallakte; Fortführung/gezielte Anpassung bestehender Therapien (**OI2 „Integration Hausarzt/Klinik“**)
- Standardisierte digitale Entlassinformationen in Echtzeit an Hausärzte (inkl. Medikationsplan, Kontrolltermine, Verantwortlichkeiten) (**OI2 „Integration Hausarzt/Klinik“**)
- Frühzeitige Abstimmung zur Anschlussversorgung (Reha, Hilfsmittel, Pflege) über die Plattform
- Verbindliche Rückmeldungen in den digitalen Therapieplan

**Patientinnen und Patienten**

**Status quo (Handlungsfelder/Strukturen)**

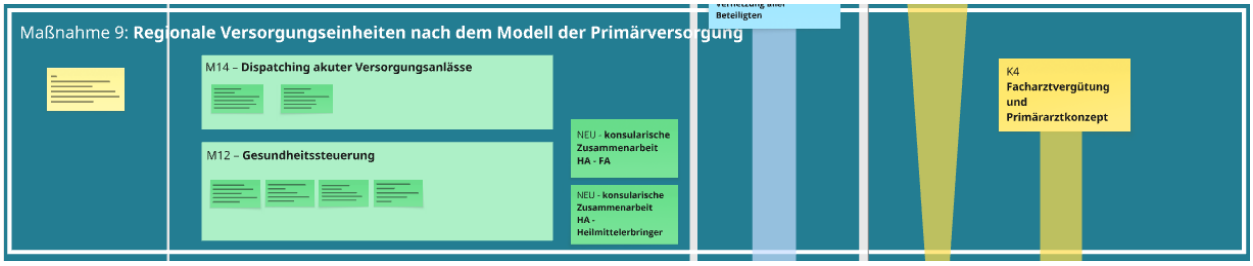
- Geringe Transparenz über Informationsflüsse; wiederholte Anamnesen
- Unsicherheiten bei Nachsorge und Zuständigkeiten

**Zukünftig**

- Einwilligung in die Weitergabe aller personenbezogenen Informationen über digitale Kanäle
- Verbesserung der Versorgung durch Transparenz über Schritte der Nachsorge und eine lückenlose ambulante Weiterbehandlung
- Strukturierte Informationen zu Terminen, Verantwortlichkeiten und Eskalationswegen; Reduzierung von Doppelwegen

### 3.5.2 Regionale Versorgungseinheiten nach dem Modell der Primärversorgung

Abbildung 22: **Maßnahme 9**




Quelle: _fbeta GmbH

#### 3.5.2.1 Herleitung auf Basis von Defiziten und Potenzialen

Die Versorgung chronischer Erkrankungen leidet in vielen Regionen nicht primär an fehlenden medizinischen Leitlinien oder spezialisierten Angeboten, sondern an mangelnder Verzahnung, begrenzter Zugänglichkeit und unzureichender Anpassungsfähigkeit an komplexe Lebens- und Krankheitssituationen. Die Analyse versorgungsübergreifender Defizite zeigt, dass insbesondere Patientinnen und Patienten mit chronischen oder psychischen Erkrankungen häufig von Versorgungsengpässen betroffen sind, lange Wartezeiten in Kauf nehmen müssen oder ihnen der Zugang zu niedrigschwelligen Angeboten fehlt.

Ein zentrales Problem liegt im ungleichen Zugang zur Versorgung. Während die medizinische Grundversorgung in vielen Bereichen weitgehend gewährleistet ist, bestehen bei psychischen Erkrankungen – insbesondere bei Depressionen – weiterhin strukturelle Versorgungslücken. Auch die Notfallversorgung wird häufig in Anspruch genommen, weil ambulante Alternativen fehlen oder nicht ausreichend bekannt sind. Es mangelt an regional integrierten Strukturen, die unterschiedliche Angebote bündeln und koordiniert zur Verfügung stellen.

#### 3.5.2.2 Maßnahmenbeschreibung

Die Maßnahme beschreibt den **Aufbau regionaler, multiprofessioneller Versorgungseinheiten nach dem Modell der Primärversorgung**. Ziel ist es, durch feste, institutionell verankerte Strukturen eine koordinierte, kontinuierliche und patientenzentrierte Versorgung, insbesondere für chronisch oder mehrfach belastete Patientinnen und Patienten, sicherzustellen. Anders als bei fallbezogenen virtuellen Teams liegt der Fokus auf dauerhaften Kooperationen zwischen verschiedenen Berufsgruppen innerhalb eines strukturierten Versorgungskontexts.

Im Zentrum steht die hausärztliche Ebene, ergänzt durch Fachärztinnen und Fachärzte sowie qualifiziertes Gesundheits- und Pflegepersonal. Die Versorgungseinheit wird unterstützt durch Versorgungsassistenzen, Case Manager oder Gesundheitslotsen, die die Patienten durch den gesamten Behandlungsprozess begleiten, Informationen bündeln und Sektorenübergänge koordinieren. Die Steuerung erfolgt über eine gemeinsame digitale Infrastruktur, die eine standardisierte Fallführung, Terminorganisation und Kommunikation zwischen allen Beteiligten ermöglicht.

Darüber hinaus hält die Versorgungseinheit selbst bestimmte Leistungen vor, wie beispielsweise Kurzzeitpflege, ambulante Operationen oder dringliche Sprechstunden. Weitere Akteure – etwa Pflegeeinrichtungen, der ärztliche Bereitschaftsdienst oder auch Notaufnahmen – können über digitale

Schnittstellen eingebunden werden. So entsteht ein regional abgestimmtes, interprofessionelles Versorgungssystem, das sektorenübergreifend arbeitet und Versorgungslücken gezielt schließt.

#### 3.5.2.3 Zusätzlicher (Versorgungs-)Nutzen

Die Maßnahme trägt wesentlich zur Verbesserung der Versorgungsqualität bei. Durch die enge, digital unterstützte Zusammenarbeit von Haus- und Fachärzten mit weiteren Akteuren in der Gesundheitsversorgung können medizinische und nichtärztliche Kompetenzen innerhalb einer Versorgungseinheit gebündelt werden. Patientinnen und Patienten profitieren von einer ganzheitlichen Betreuung, bei der Informationen kontinuierlich verfügbar sind und Behandlungspfade effizient gesteuert werden können.

Die Nutzung medizinischer Informationen über eine gemeinsame digitale Infrastruktur reduziert unnötige Überweisungen und Doppelstrukturen und sorgt für eine ressourcen- sowie patientenschonende Versorgung. Gleichzeitig sichert die telemedizinische Einbindung von Fachärzten – insbesondere in ländlichen Räumen – den gleichwertigen Zugang zu spezialisierter Expertise, ohne zusätzliche Wege oder lange Wartezeiten.

#### 3.5.2.4 Akteure

**Hausärzte und Fachärzte (telemedizinisch eingebunden)**

**Status quo (Handlungsfelder/Strukturen)**

- Konsultationen und Rückmeldungen meist telefonisch oder per Arztbrief; interprofessionelle Abstimmung ad hoc und intransparent
- Verbleib von Informationen im jeweiligen Praxissystem; Fehlen einer standardisierten digitalen Übergabe an weitere Beteiligte
- Uneinheitliche Nutzung von Telemedizin; nicht festgelegte Abläufe, Rollen und Dokumentation

**Zukünftig**

- Durchführung telemedizinischer Konsultationen synchron oder asynchron (per Video, Telefon, Chat) zur Diagnostik, Verlaufskontrolle und Therapieanpassung
- Dokumentation und Übertragung der relevanten Informationen in das Praxisverwaltungssystem (PVS) oder die gemeinsame digitale Infrastruktur (**OI5 „Fachübergreifende Kooperation gemäß PVZ“**)
- Interprofessionelle Abstimmung bei Bedarf (z. B. mit Pflege, Case Management) entlang klarer Verantwortlichkeiten und Prozesse
- Nutzung telemedizinischer Sprechstunden bei akuten oder chronischen Situationen; sichtbarer Eintrag im digitalen Therapieplan

**Medizinisches Fachpersonal/Praxisassistenz**

**Status quo (Handlungsfelder/Strukturen)**

- Punktuelle Terminorganisation und Vorbereitung der Konsultationen; Fehlen einer verlässlichen Regelung zur technischen Unterstützung der Patienten
- Selten strukturierte Erfassung von Vorabinformationen oder Rückmeldung an das Ärzteteam

**Zukünftig**

- Verbindliches Termin-, Kommunikations- und Technikmanagement für telemedizinische Konsultationen
- Begleitung der Patientenvorbereitung z. B. Gerätecheck, Vorabfragebögen, digitale Einwilligungen (**OI5 „Fachübergreifende Kooperation gemäß PVZ“**)
- Strukturierte Erfassung und Weitergabe von Vorabinformationen sowie Rückmeldungen an das Ärzteteam über die Plattform oder PVS

**Patientinnen und Patienten**

**Status quo (Handlungsfelder/Strukturen)**

- Unregelmäßige Nutzung telemedizinischer Angebote; häufig informelle Rückmeldungen zu Symptomen und Befunden
- Uneinheitliche digitale Kanäle, unklare Anforderungen an Stabilität und Nutzbarkeit

**Zukünftig**

- Aktive Nutzung telemedizinischer Angebote zur Klärung gesundheitlicher Anliegen, insbesondere bei chronischen oder akuten Symptomen (**OI5 „Fachübergreifende Kooperation gemäß PVZ**)**“**
- Übermittlung von Vitaldaten, Befunden und Beschwerden über sichere, strukturierte digitale Kanäle gemäß vereinbarten Qualitätskriterien

**Pflegerisches Fachpersonal (Einrichtungen oder ambulant)**

**Status quo (Handlungsfelder/Strukturen)**

- Häufig telefonische und unstrukturierte Übermittlung medizinischer Rückmeldungen aus dem Pflegekontext; nur teilweise Einfließen von Beobachtungen in die Therapie

**Zukünftig**

- Mitwirkung an telemedizinisch unterstützter Versorgung (z. B. Kurzzeitpflege, geriatrische Versorgung)
- Unterstützung bei Anamnese, Datenerfassung und Messung von Vitalwerten im Rahmen digitaler Sprechstunden
- Einbringen von Anforderungen und Informationen aus dem Pflegekontext (z. B. Rückmeldungen zu Veränderungen) in die medizinische Versorgung (**OI5 „Fachübergreifende Kooperation gemäß PVZ“**)

**Plattformdienste/Technikanbieter**

**Status quo (Handlungsfelder/Strukturen)**

- Fehlen einer einheitlichen, sektorenübergreifende digitalen Infrastruktur; begrenzte Interoperabilität zu PVS/KIS

**Zukünftig**

- Betrieb und Weiterentwicklung der gemeinsamen, interoperablen Plattform (Schnittstellen zu PVS/KIS, sichere Kommunikation, Datenschutz)
- Technischer Support für Praxen, Einrichtungen und Patienten
- Monitoring der Verfügbarkeit und Qualität der Dienste

### 3.5.3 Telemedizinische Einbindung ambulant tätiger Ärzte in den stationären Behandlungsverlauf

Abbildung 23: **Maßnahme 10**

Quelle: _fbeta GmbH

#### 3.5.3.1 Herleitung auf Basis von Defiziten und Potenzialen

Digitale Lösungen gewinnen zunehmend an Bedeutung für eine moderne, sektorenübergreifende Gesundheitsversorgung. In der Gesundheitsregion wird Telemedizin gezielt eingesetzt, um die Versorgung chronisch kranker, pflegebedürftiger oder mobilitätseingeschränkter Menschen zu verbessern. Telemedizinische Anwendungen ermöglichen eine kontinuierliche ärztliche Betreuung und therapeutische Begleitung – unabhängig von Ort und Zeit. Sie tragen dazu bei, Hausbesuche zu ergänzen, Facharztkonsile zu erleichtern und mobile Einsatzteams effizient zu unterstützen.

Dabei steht nicht allein die Technik im Vordergrund, sondern deren sinnvolle Einbettung in bestehende Versorgungsprozesse. Gerade im stationären Kontext sind digitale Rückkopplungen bislang kaum in die Routine integriert. Die elektronische Patientenakte (ePA) bietet grundsätzlich das Potenzial, Informationen sektorenübergreifend verfügbar zu machen, wird in der Praxis jedoch nur punktuell genutzt. Gleiches gilt für die sichere digitale Kommunikation über KIM und TIM.

Besonders problematisch wirkt sich dies auf vulnerable Gruppen aus: Menschen mit chronischen Erkrankungen, begrenzter Mobilität oder sozialer Benachteiligung haben häufig erschwerten Zugang zu kontinuierlicher medizinischer Begleitung. Dabei ist gerade bei chronischen Erkrankungen wie Diabetes oder Herzinsuffizienz die durchgängige Betreuung entscheidend für den Behandlungserfolg. Die Digitalisierung bietet hier große Chancen – vorausgesetzt, ihre Potenziale werden strukturiert und systematisch in die stationäre Versorgung integriert.

#### 3.5.3.2 Maßnahmenbeschreibung

Die Maßnahme beschreibt die **strukturierte telemedizinische Einbindung ambulant tätiger Haus- oder Fachärztinnen und -ärzte während eines stationären Aufenthalts von Patienten** – mit dem Ziel, eine arbeitsteilige, sektorenübergreifende Behandlung chronischer Nebendiagnosen sicherzustellen. Anders als bei klassischen, innerklinischen Konsilen oder rein beratenden Telekonsilen geht es hier um die aktive Fortführung ambulanter Therapien im Rahmen einer digitalen, intersektoralen Zusammenarbeit.

Während das Krankenhauspersonal die akute Hauptdiagnose behandelt, bleiben die ambulant betreuten chronischen Erkrankungen – wie z. B. Diabetes, COPD oder Herzinsuffizienz – unter der Verantwortung der primär behandelnden niedergelassenen Ärztin oder des Arztes. Im Bedarfsfall werden diese über eine digitale Therapiesteuerungsplattform telemedizinisch einbezogen – entweder synchron (z. B. per Video, Telefon) oder asynchron (z. B. strukturierter Fallbericht). Die ambulanten Behandlerinnen und Behandler bringen dabei ihr Wissen über Krankheitsverlauf, Medikationshistorie und individuelle Therapieziele ein und unterstützen die Entscheidungen im stationären Behandlungsverlauf.

Diese Form der Zusammenarbeit ermöglicht es, medizinische Kontinuität zwischen ambulanter und stationärer Versorgung sicherzustellen. Die Verantwortung wird dabei klar arbeitsteilig organisiert: Die Klinik verantwortet die Behandlung der Hauptdiagnose, während die Versorgung der chronischen Nebendiagnosen – in Rücksprache mit dem stationären Team – bei den ambulanten primär behandelnden Ärztinnen und Ärzten verbleibt.

#### 3.5.3.3 Zusätzlicher (Versorgungs-)Nutzen

Die Maßnahme schafft einen deutlichen Mehrwert für alle Beteiligten und adressiert ein bislang ungelöstes Problem in der stationären Behandlung von Patienten: den systematischen Einbezug ambulanter Expertise während eines Klinikaufenthalts.

Durch die oben beschriebene arbeitsteilige Kooperation von ambulanten Behandlern und stationärem Team wird einerseits das Krankenhauspersonal entlastet.

Zum anderen bleibt die therapeutische Kontinuität erhalten: Bestehende Behandlungsstrategien – etwa zur Diabeteseinstellung oder bei kardiologischen Vorerkrankungen eines Patienten – können auch im stationären Setting konsistent fortgeführt werden. Das erhöht nicht nur die medizinische Qualität, sondern auch die Sicherheit für Patientinnen und Patienten.

Nicht zuletzt verbessert die Maßnahme die Entlassplanung. Da die ambulanten Behandler bereits während des Aufenthalts eingebunden sind, kann die Weiterbehandlung frühzeitig abgestimmt werden. Brüche im Übergang von der stationären in die ambulante Versorgung werden dadurch gezielt vermieden.

#### 3.5.3.4 Akteure

**Krankenhausärztinnen und -ärzte (stationär behandelnd)**

**Status quo (Handlungsfelder/Strukturen)**

- Fokussierung auf die akute Hauptdiagnose; uneinheitliche Berücksichtigung von Nebendiagnosen
- Verspätete oder informelle Rückkopplung mit ambulanten Behandlerinnen und Behandlern
- Häufig nicht strukturierte Verfügbarkeit relevanter Informationen zur Vorgeschichte/Medikation von Patienten

**Zukünftig**

- Organisation und Durchführung telemedizinischer Rücksprache mit ambulanten Behandlerinnen und Behandlern bei relevanten Nebendiagnosen(**OI10 „Telemedizinische Einbindung ambulanter Ärzte im stationären Verlauf“)**
- Integration von Empfehlungen aus dem Konsil in die stationäre Behandlungsplanung, z. B. Medikation, Diabetes-/Herzinsuffizienz-Management (**OI10 „Telemedizinische Einbindung ambulanter Ärzte im stationären Verlauf“)**
- Strukturierte Dokumentation interdisziplinärer Einschätzungen im klinischen Verlauf

**Hausärzte/Fachärzte (ambulant tätig)**

**Status quo (Handlungsfelder/Strukturen)**

- Erhalt von Informationen zum stationären Behandlungsverlauf erst nach Entlassung der Patienten; Koordination der Nachsorge mit Medienbrüchen
- Keine verlässliche Möglichkeit fachlichen Eingreifens während des stationären Aufenthalts eines Patienten

**Zukünftig**

- Telemedizinische Einschätzungen während des stationären Aufenthalts zu chronischen Nebendiagnosen eines Patienten (z. B. COPD, Herzinsuffizienz) (OT3.4 Telemedizinische Betreuung stationärer Patienten
- Aktive Rückkopplung von Therapieplan, Medikationshistorie und Verlaufswissen in die stationäre Behandlung (OT3.4 Telemedizinische Betreuung stationärer Patienten
- Vorbereitung ambulanter Nachsorge auf Basis der abgestimmten Entlassunterlagen

**Patientinnen und Patienten**

**Status quo (Handlungsfelder/Strukturen)**

- Passive Rolle während des stationären Aufenthalts; Brüche im Informationsfluss bei der Entlassung

**Zukünftig**

- Einwilligung zur telemedizinischen Einbindung der/des ambulanten Behandlerin/Behandlers (Datenschutz, Einverständnis)
- Wahrnehmung der Anschlussbehandlung gemäß gemeinsam abgestimmtem Versorgungsplan

**Pflegendes Fachpersonal (Klinik)**

**Status quo (Handlungsfelder/Strukturen)**

- Nur teilweise und unstrukturierte Einbindung von Pflegebeobachtungen in ärztliche Entscheidungen

**Zukünftig**

- Vorbereitung und Begleitung der telemedizinischen Fallbesprechungen, z. B. Vitalwerte der Patienten, Behandlungsverlauf, Technikbereitstellung(OT3.4 Telemedizinische Betreuung stationärer Patienten
- Strukturiertes Einbringen relevanter Pflegebeobachtungen in die interdisziplinäre Abstimmung
- Unterstützung der Patienten bei Einwilligung und praktischer Durchführung

**Plattformdienste/Technikanbieter**

**Status quo (Handlungsfelder/Strukturen)**

- Fehlen einer durchgängigen, interoperablen Lösung für den sektorenübergreifenden Echtzeit-Austausch

**Zukünftig**

- Betrieb einer datenschutzkonformen, an PVS/KIS angebundenen Kommunikations- und Dokumentationsplattform für Konsile (OT3.4 Telemedizinische Betreuung stationärer Patienten)
- Sicherstellung von Verfügbarkeit, Support und Rechte-/Rollenkonzepten

### 3.5.4 Virtueller Gesundheitskiosk – digitale Lotsenfunktion im Versorgungssystem (ohne Fallgruppenbezug)

Abbildung 24: **Maßnahme 12**

Quelle: _fbeta GmbH

#### 3.5.4.1 Etablierung einer digitalen Lotsenfunktion

Die Einrichtung digitaler Gesundheitskioske zur Unterstützung chronisch kranker Patienten stellt eine übergeordnete flankierende Maßnahme in der Transformationsstrategie dar zur Verbesserung von Versorgungsgerechtigkeit, Orientierung und Gesundheitskompetenz,, unabhängig von den oben beschriebenen Fallgruppen und Funktionszusammenhängen .

#### 3.5.4.2 Herleitung auf Basis von Defiziten und Potenzialen

Digitale Lösungen bieten erhebliche Chancen für eine moderne, sektorenübergreifende Gesundheitsversorgung. In der Gesundheitsregion werden Telemedizin und digitale Kommunikationsmittel gezielt eingesetzt, um die Betreuung chronisch kranker, pflegebedürftiger oder mobilitätseingeschränkter Menschen zu verbessern. Dennoch bleibt der Zugang zur Versorgung für viele Menschen erschwert – insbesondere für sozial benachteiligte oder vulnerable Gruppen. Sprachliche, kulturelle, finanzielle oder bildungsbezogene Barrieren führen dazu, dass Erkrankungen später erkannt und weniger effektiv behandelt werden und häufiger schwere Verläufe zeigen.

Gleichzeitig werden zentrale Potenziale der Digitalisierung bisher nur punktuell genutzt. Viele digitale Anwendungen – etwa die elektronische Patientenakte (ePA), Telemonitoring, KIM/TIM oder digitale Gesundheitsanwendungen (DiGA) – sind in der Versorgungspraxis noch nicht etabliert oder zeigen eine geringe Nutzungsintensität. Insbesondere im Bereich der gesundheitlichen Orientierung und Navigation durch das komplexe Versorgungssystem fehlt es an niedrigschwelligen, patientennahen und strukturierten Unterstützungsangeboten.

Vor diesem Hintergrund entsteht mit dem virtuellen Gesundheitskiosk ein neues Instrument, das die digitalen Möglichkeiten gezielt mit dem Bedarf an individueller, sozialmedizinischer Unterstützung verbindet – ohne selbst als medizinische Behandlungsinstanz zu agieren.

#### 3.5.4.3 Maßnahmenbeschreibung

Die Maßnahme ist als **digitales Unterstützungsinstrument** konzipiert **zur Verbreitung patientenorientierter und sozialmedizinischer Beratung**. Ziel ist es, insbesondere chronisch erkrankten, präventionsbedürftigen oder sozial belasteten Menschen einen strukturierten Zugang zu verständlichen Gesundheitsinformationen, digitalen Beratungsangeboten und passenden Versorgungsstrukturen zu

ermöglichen. Dabei ist der Gesundheitskiosk keine medizinische Behandlungsstelle, sondern fungiert als digitaler Lotse im Versorgungssystem.

Über eine zentrale, datenschutzkonforme Plattform erhalten Patientinnen und Patienten Orientierung bei der Navigation durch komplexe Versorgungsstrukturen. Der Kiosk bietet strukturierte, barrierearme und mehrsprachige Informationen zu regionalen Angeboten, Ansprechpartnern, Selbsthilfeorganisationen und sozialrechtlichen Unterstützungsleistungen. Die Plattform ist jederzeit verfügbar und darauf ausgelegt, auch Menschen mit geringer Gesundheitskompetenz oder eingeschränkter Mobilität zu erreichen.

Neben der Informationsbereitstellung ermöglicht der digitale Kiosk auch eine Beratung zu nicht-medizinischen Fragestellungen – etwa zur Einordnung gesundheitlicher Risiken, zur Nutzung empfohlener Leistungen oder zur Vorbereitung auf Behandlungsschritte. Diese Beratung erfolgt über sichere Text- oder Videoformate. Je nach Bedarf können Nutzerinnen und Nutzer an qualifizierte medizinische oder soziale Stellen weiterverwiesen werden.

Als digitale Ergänzung zu bereits bestehenden analogen Gesundheitskiosken bietet die Maßnahme eine flächendeckende, skalierbare Lösung zur Unterstützung vulnerabler Gruppen. Sie ermöglicht die Nutzung regional erprobter Konzepte bei gleichzeitiger Entlastung lokaler Teams, deren Expertise digital abrufbar gemacht wird.

#### 3.5.4.4 Zusätzlicher (Versorgungs-)Nutzen

Der virtuelle Gesundheitskiosk trägt in mehrfacher Hinsicht zur Effizienz, Gerechtigkeit und Nutzerorientierung im Versorgungssystem bei. Durch die digitale Bereitstellung bewährter Informations- und Beratungsstrukturen kann das Konzept regional skaliert und ortsunabhängig verfügbar gemacht werden – auch außerhalb der Einzugsgebiete physischer Gesundheitskioske. Das verbessert die Versorgung insbesondere in ländlichen oder strukturschwachen Regionen.

Darüber hinaus ermöglicht der digitale Kiosk einen niedrigschwelligen Zugang zu gesundheitsbezogener Orientierung. Mehrsprachige, zielgruppengerechte Inhalte sowie eine einfache Navigation fördern die Gesundheitskompetenz – auch bei Menschen mit geringer Systemkenntnis oder technischer Affinität. Der Kiosk kann so eine erste Hürde im Versorgungssystem abbauen und dabei helfen, Versorgungslücken zu schließen.

Nicht zuletzt entlastet der virtuelle Gesundheitskiosk medizinische Einrichtungen durch Vorabklärung und Lotsenfunktion. Wiederkehrende, nicht-medizinische Beratungsanliegen von Nutzerinnen und Nutzern werden frühzeitig aufgefangen, Patienten gezielt an die passenden Anlaufstellen weitergeleitet. Dies trägt zu einer besseren Steuerung der Inanspruchnahme ambulanter Versorgungsstrukturen bei.

#### 3.5.4.5 Akteure

**Patientinnen und Patienten bzw. Nutzerinnen und Nutzer des digitalen Kiosks**

**Status quo (Handlungsfelder/Strukturen)**

- Niedrigschwelliger Zugang u. a. zu gesundheitsrelevanten Inhalten, Beratung, Orientierung und Navigation im Gesundheitssystem durch bereits bestehende analoge Gesundheitskioske
- Entscheidung über die Annahme von Empfehlungen (z. B. Vermittlung von medizinischen Leistungen, Wahrnehmung von Präventionsangeboten)

**Zukünftig**

- Ortsunabhängige Nutzung des digitalen Angebots zur Information, Navigation und Beratung (**Modul OM2.1 „Virtueller Gesundheitskiosk“**)

**Mitarbeitende (virtueller Gesundheitskiosk)**

**Status quo (Handlungsfelder/Strukturen)**

- Einschätzung der Dringlichkeit und Einordnung der Anfragen in den passenden Versorgungspfad

**Zukünftig**

- Befüllung und Redaktion der Inhalte des virtuellen Gesundheitskiosks (**Modul OM2.1 „Virtueller Gesundheitskiosk“**)
- Ersteinschätzung auf Grundlage standardisierter Eingaben oder strukturierter Chatverläufe

**Plattformdienste/Technikanbieter**

**Status quo (Handlungsfelder/Strukturen)**

- Technische Entwicklung, Betrieb und laufende Betreuung des virtuellen Gesundheitskiosks
- Sicherstellung von Datenschutz, Interoperabilität und Nutzerfreundlichkeit
- Integration zusätzlicher Funktionen z. B. digitale Terminvermittlung, strukturierte Risiko- und Symptomchecks, Navigation zu passenden Versorgungsangeboten sowie einfache telemedizinische Beratungsangebote
- Unterstützung der beteiligten Akteure durch Support, Schulungen und Systempflege

**Zukünftig**

- Weiterentwicklung und Optimierung des Systems zur kontinuierlichen Verbesserung der Lotsenfunktion im Versorgungssystem (**Modul OM2.1** „**Virtueller Gesundheitskiosk“**)

# 4 Technologie und Architektur

**Gesamtansatz.** Plattformbasierte Versorgungsarchitektur für chronisch Erkrankte und ihre regionalen Versorgungsteams

Die oben beschriebene versorgungsinhaltliche und organisatorische Transformation des Ökosystems geht einher mit dem Ausbau einer leistungsfähigen, regionalen digitalen Infrastruktur. Zentrales Element ist die Entwicklung und Etablierung zweier digitaler Plattformen.

Die **Plattform Therapiesteuerung** ermöglicht die personalisierte und kontinuierlich angepasste Steuerung von Versorgungsprozessen bei chronisch oder mehrfach erkrankten Personen. Sie erfasst Gesundheits- und Therapiedaten, dokumentiert Ziele sowie Maßnahmen und fördert die aktive Einbindung der Betroffenen. Mithilfe digitaler Workflows unterstützt sie die interprofessionelle Koordination und ermöglicht eine ressourcenorientierte und salutogenetische Versorgung.

Die **Plattform Versorgungszugang** dient der bedarfs- und ressourcengerechten Navigation zu präventiven, medizinischen, pflegerischen und therapeutischen Angeboten in der Region sowie zu virtuellen oder telemedizinischen Angeboten. Sie stellt strukturierte Informationen über verfügbare Versorgungsangebote bereit, unterstützt die Bedarfsermittlung und ermöglicht eine gezielte Vermittlung.

> Die Entwicklung einer Plattform zum Versorgungszugang mit dem Fokus auf Gesundheitskompetenz, Gesundheitsförderung und Angebotsvermittlung sollte kein regionaler Alleingang sein. Eine zentrale Initiative durch das Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit (BIÖG, ehemals BZgA) wäre sinnvoll, um Struktur und Sichtbarkeit bundesweit zu sichern. Die konkrete Ausgestaltung könnte auf Landes- oder Regionalebene erfolgen. So lassen sich regionalspezifische Informationen und Angebote flexibel integrieren.

Beide Plattformen bilden das technologische Rückgrat für eine hybride, integrierte Versorgung chronisch Erkrankter in der Region. Die Plattformen greifen funktional ineinander, basieren auf einer gemeinsamen strukturierten technischen Architektur und sind in **drei aufeinander aufbauenden Entwicklungsstufen** angelegt :

- Stufe 1. **Zwei Plattformen für digitale Teilhabe, Aktivierung und Gesundheitsförderung einrichten – Therapiesteuerung und Versorgungszugang (Fallgruppen 0 und I)**

  Risikofaktoren dämpfen, chronische Erkrankungen frühzeitig erkennen, digital unterstützen, Beziehung Patient/Hausarzt stärken – durch digitale Therapiepläne, niedrigschwelligen Zugang zu hybriden Präventionsangeboten und leitlinienbasierte Tools (Screening bis erweiterte Diagnostik)

- Stufe 2. **Ausbau der Plattformen – Integration ambulanter Versorgung: Monitoring, Telekooperation und ambulante Patientenpfade (Fallgruppe II)**

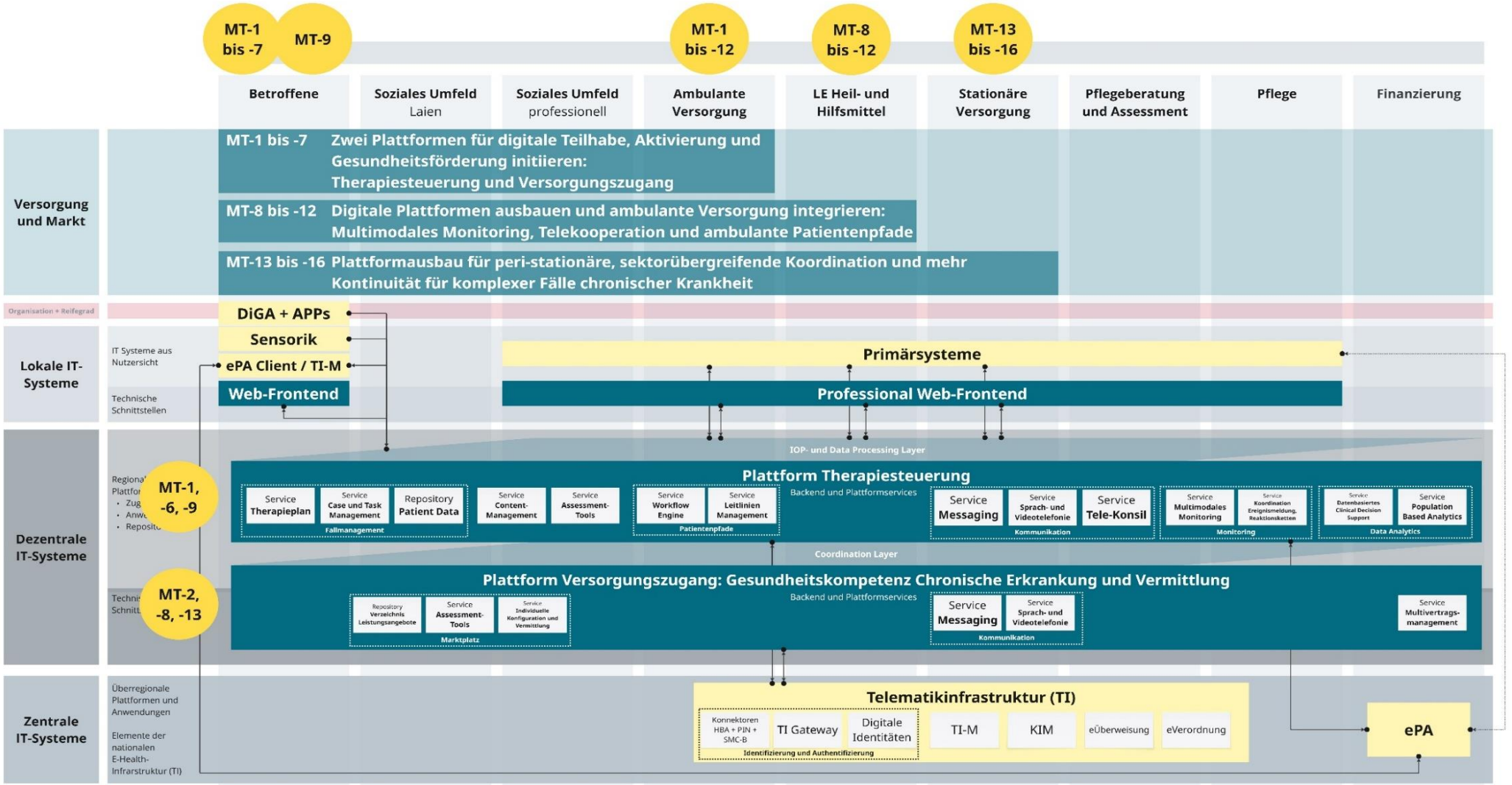
  Technische Weiterentwicklung beider Plattformen zur Unterstützung koordinierter, datengestützter Versorgung komplexer Fälle

- Stufe 3. **Ausbau der Plattformen für peristationäre, sektorenübergreifende Koordination zur Sicherstellung der Kontinuität in der Versorgung chronisch Erkrankter mit regelmäßigem oder häufigem stationärem Bedarf (Fallgruppe III)**

Erweiterung beider Plattformen um stationäre Leistungen, standardisierte Übergangsprozesse, Telekooperation und datengetriebene Steuerung

**Hinweis:** Die in diesem Abschnitt beschriebenen technischen Maßnahmen werden derzeit noch unter der bisherigen Bezeichnung **„MT-Module“** geführt. Die Umstellung auf die neue Nomenklatur der technischen Module (T-Module) befindet sich in Umsetzung und wird in den folgenden Projektständen berücksichtigt. Jede Entwicklungsstufe ist mit **technischen Maßnahmen (MT)** verknüpft. Diese umfassen entweder die Entwicklung neuer digitaler Services zur funktionalen Erweiterung der jeweiligen Plattform oder die Anbindung weiterer Akteursgruppen an die bestehende digitale Infrastruktur. So wird die Plattform schrittweise sowohl in der Tiefe als auch in der Breite ausgebaut.

Abbildung 25: **Zielarchitektur für das Versorgungsszenario „Chronische Erkrankungen“**



## 4.1 Technische Maßnahmen und Komponenten

### 4.1.1 Stufe 1. Zwei Plattformen für digitale Teilhabe, Aktivierung und Gesundheitsförderung einrichten – Therapiesteuerung und Versorgungszugang (Fallgruppen 0 und I)

In der ersten Entwicklungsstufe (MT-1 – MT-7) werden die beiden Plattformen mit ihren Basisfunktionalitäten eingeführt und mit Mehrwertdiensten für die Fallgruppe 0 und I ausgestattet. Im Folgenden werden die Maßnahmen und Komponenten beschrieben, die aus technischer Sicht dazu notwendig sind.

**Hinweis zur Nomenklatur:** Die mit einem Stern (*) gekennzeichneten Maßnahmen (z. B. MT-1*, MT-1**) stellen Erweiterungen bereits bestehender Module dar. Sie bauen auf den in Stufe 1 entwickelten Basismaßnahmen auf und erweitern diese technisch oder inhaltlich, ohne eine vollständig neue Systemkomponente zu bilden.

#### MT-1. Entwicklung und Implementierung der Plattform Therapiesteuerung mit der Basisfunktionalität „Digitaler Therapieplan“

Technische Komponenten[4]:

- **Therapieplan Service:** Template Repository, Konfigurationsservice, Versionierungsservice
- **Case und Task Management:** Case Record Service, Classification Service (Fall- und Aufgabenstatus), Template Repository, Konfigurationsservice, Notification Services
- **Patient Data Repository:** standardisiertes Datenmodell, Daten Repository, Daten-/Meta-Datenmanagement Service
- **Content Management-Modul:** Repository und Management Service
- **Rollen- und Rechteverwaltung:** Repository und Management Service
- **Web-Frontend**: User Interface für Patienten und Versorger

#### MT-2. Entwicklung und Implementierung der Plattform Versorgungszugang – Umfang 1: Angebote zur Gesundheitsförderung und Prävention

Technische Komponenten:

- **Verzeichnis Leistungsangebote:** Repository und Management Service, (standardisiertes) Datenmodell, Validierungsservice, Migrationsinterfaces (Synchronisierung mit externen Datenbanken)
- **Content Management-Modul:** Repository und Management Service
- **Filter- und Suchservices**
- **Kommunikationsservices:** Messaging Service, Sprach- und Videotelefonie
- **Mitteilungsservice:** Inserieren von Angeboten, API für automatisierte Anbieterintegration, Qualitäts- und Freigabe-Workflow
- **Vermittlungsservice:** Verlinkungsmechanismen (z. B. Homepages, Terminbuchung, Registrierung); Überleitungsdienst zu digitalen Services Dritter
- **Web-Frontend**: User Interface für Patienten und Leistungsanbieter

[4] Aspekte der Interoperabilität, Schnittstellengestaltung und Systemintegration werden in einem separaten Unterkapitel besprochen.

- **Coordination Layer:** Middleware zur Orchestrierung zwischen den Plattformen Therapiesteuerung und Versorgungszugang; Service Bus (Funktionalitätsverknüpfung)

### MT-3. Tele-Support – Integration in die Plattform Therapiesteuerung

Integration eines Kommunikationsdienstes in die Plattform Therapiesteuerung. Austausch zwischen Betroffenen und Fachpersonal, Begleitung der Maßnahmen des Therapieplans, etwa durch Therapie-Coaches oder Praxispersonal (z. B. MFA).

Mögliche technische Komponenten:

- **Vermittlungsservice:** Anfragemanagement, Notification Management
- **Kommunikationsservice:** Messaging Service, Sprach- und Videotelefonie
- **Dokumentationsservice:** Dokumentation therapiebezogener Rückfragen

### MT-4. Assessment-Tools zur Früherkennung chronischer Erkrankungen – Integration in die Plattform Therapiesteuerung

Technische Komponenten:

- **Content Management-Modul:** Verwaltung digitaler Fragebögen, Editorservice Fragebögen
- **Execution und Scoring Engine:** Anwendung digitaler Fragebögen, inhaltliche Auswertung
- **Interface Patient Record:** Persistierung und Übergabe der Ergebnisse an digitale Fallakte

### MT-5. Feedback Präventionsmaßnahmen – Integration in die Plattform Therapiesteuerung

Rückmeldung zu Präventionsmaßnahmen durch Betroffene und Anbieter.

Technische Komponenten:

- **Content Management-Modul:** Verwaltung und Editierung digitaler Feedbackformulare
- **Execution Engine:** Anwendung digitaler Fragebögen
- **Mapping Service:** Zuordnung zu konkreten Maßnahmen im Therapieplan
- **Interface Patient Record:** Persistierung und Übergabe der Ergebnisse an digitale Fallakte

### MT-6. Entwicklung und Implementierung der Zusatzfunktionalität „Workflow Management“ in die Plattform Therapiesteuerung –

Entwicklung und Integration eines Workflow-Management-Systems (WMS), um standardisierte Versorgungspfade als Vorlagen abzubilden, fallbezogen zu instanziieren und mit dem bestehenden Case- und Task-Management zu verzahnen, z. B. Workflow zur erweiterten Diagnostik bei Verdacht auf eine chronische Erkrankung, inkl. Koordination aller erforderlichen Schritte im Versorgungsteam.

Technische Komponenten:

- **Pathway Template Repository, Template Management:** Verwaltung der Pfadvorlagen
- **Pathway Builder:** Editor zur Konfiguration von Pfadvorlagen
- **Versionierungs- und Validierungsservice:** für Pfadvorlagen und -instanzen

- **Workflow-Engine, Pathway Instances Repository:** Ausführung des Pfades für den Einzelfall
- **Konfigurationsservice:** individuelle Anpassung der Pfadinstanz
- **Mapping Service**: Verknüpfung mit Case- und Task-Management und ggf. Leitlinien-Service

#### MT-7. Leitlinien-Management – Entwicklung und Integration in die Plattform Therapiesteuerung

Technische Komponenten – Integration in bestehende Services:

- **Content Management:** transparente Darstellung von Soll-Pfaden für Versorgende
- **Workflow-Management:** inhaltliche Integration in die Gestaltung von Pfadvorlagen und als Informationspunkt innerhalb des Case Managements (leitliniengerechte Prozesssteuerung)

### 4.1.2 Stufe 2. Ausbau der Plattformen – Integration ambulanter Versorgung: Monitoring, Telekooperation und ambulante Patientenpfade (Fallgruppe II)

In der zweiten Entwicklungsstufe werden die Plattformen Versorgungszugang und Therapiesteuerung ausgebaut, um die koordinierte, datengestützter Versorgung komplexer Fälle zwischen mehreren ambulanten Leistungserbringenden zu unterstützen (Fallgruppe II). Folgende Maßnahmen (MT-8 – MT-12) und technischen Komponenten sind dazu notwendig.

#### MT-8. Erweiterung der Plattform Versorgungszugang – Umfang 2: Leistungen der ambulanten Versorgung

Ausbau der Plattform um ein Verzeichnis ambulanter Versorgungsangebote inkl. regionaler Fachärztinnen und Fachärzte, Heil- und Hilfsmittelerbringender, telemedizinischer Angebote und ambulanter Leistungen regionaler Kliniken. Einbezug aufsuchender Leistungen und Offenheit für neue Versorgungsmodelle (Hausbesuche durch qualifiziertes Personal und telemedizinische Interaktion mit HA/FA).

Zusätzliche technische Komponenten:

- **Erweiterung Datenbankstruktur im Verzeichnis Leistungsangebote:** Fachrichtung, Leistungstyp, Leistungsdetails, Verfügbarkeit (z. B. freie Termine, Erreichbarkeit)
- **Integration TSS-API**: REST-API zur Synchronisierung der Terminvermittlung
- Optional: **Synchronisierungsmechanismen mit Terminmanagement der PVS**

#### MT-9. Erweiterung der Plattform Therapiesteuerung mit der Zusatzfunktionalität „Multimodales Monitoring“

Entwicklung und Integration technischer Plattformkomponenten für multimodales Monitoring zur verbesserten Versorgung chronisch Erkrankter. Über Sensorik und Smart Devices werden Vitalparameter, Nutzungs- und Verhaltensdaten sowie therapiebezogene Informationen erfasst, ausgewertet und über die Plattform verfügbar gemacht.

Technische Komponenten:

- **IOP- und Data-Processing Layers**: u. a. Adapter, Konnektoren, Mechanismen der semantischen Harmonisierung, Validierungsservice, Annotationservice, Selection und Aggregation Service
- **Multimodales Monitoring:** Tracking Service (Vitalparameter, Gesundheitsstatus, Verhaltens- und Nutzungsdaten), Zeitreihendatenbank, Rules und Execution Engine zur Ereignisdetektion
- **Datenvisualisierung**: UI-Komponentenbibliothek, Dashboard-Framework mit Personalisierung, rollenbasierte Darstellung

### MT-10. Assessment-Tools zur Bedarfsermittlung und Leistungsvermittlung – Entwicklung und Integration in die Plattform Versorgungszugang

Integration eines Services zur Bedarfsermittlung und Steuerung auf Basis standardisierter Assessments (z. B. SMeD). Erfordert „Coordination Layer“ zur Brückenbildung zwischen beiden Plattformen zur synchronisierten Fallsteuerung und Angebotsvermittlung.

Technische Komponenten:

- **Content Management-Modul:** Verwaltung und Editierung digitaler Assessments
- **Assessment Execution Engine:** Ausführung digitaler Assessments
- **Rules Management und Execution Engine:** Abbildung regional konsentierter Steuerungslogiken

### MT-11. Multivertragsmanagement – Entwicklung und Integration in die Plattform Versorgungszugang

Services zur multivertragsfähigen Vermittlung von Versorgungsleistungen inkl. Unterstützung bei Einschreibung, Dokumentation und Abrechnung.

Technische Komponenten:

- **Content Management-Modul:** Vertragsinformation, Einschreibeformulare, Dokumentationsvorlagen
- **Mapping Service:** Verknüpfung von Verträgen mit Versorgungsfällen auf der Plattform
- **KKIS-API:** Schnittstellen zu Krankenkasseninformationssystemen

### MT-12. Fallkommunikation – Integration in die Plattform Versorgungssteuerung

Integration von Kommunikationsdiensten zur fallbezogenen Abstimmung zwischen Patienten und hausärztlicher Versorgung sowie zur professionellen Telekooperation zwischen Haus- und Fachärzten.

Technische Komponenten:

- **Messaging Service:** Integration eines TI-Messengers
- **Sprach- und Videotelefonie:** Integration eines zertifizierten Dienstes oder Überleitungsservices in externe Videosprechstunden-Dienste (Patient2Arzt)
- 
- **Telekonsil-Service:** Engines und Repositorys für Konsil-Anfragen und Beantwortungen, Mapping Services zu Fallinformationen, Mapping zu Messaging-Service und Videotelefoniediensten
- Optional: **Mailing Service:** Integration KIM-Nachrichtendienst

**MT-6*. Plattform Therapiesteuerung – Erweiterung der Zusatzfunktionalität „Workflow-Management“**

Weiterentwicklung des bestehenden Workflow-Managements (MT-6) zur Abbildung komplexer, (semi-)formaler Versorgungspfade im ambulanten Setting. Die technischen Komponenten sind grundsätzlich identisch. Die zugrundeliegenden Prozessmodelle sind jedoch komplexer (mehr aktive beteiligte Akteure, stärkere Verzweigungen und Fallunterscheidungen). Entsprechend umfangreicher prägen sich die funktionalen Anforderungen an die in MT-6 genannten technischen Komponenten aus, etwa:

- **Pathway Modelling Notation:** Modellierung der Pfadmodelle auf Basis (semi-)formaler Notationen (BPMN, DMN, CMN)
- **Integration und Mapping Service:** Pfadmodelle und Pfadinstanzen mit Kopplung an Rollen-Rechte-Management, User Management, Task Management und Notification Service

### 4.1.3 Stufe 3. Ausbau der Plattformen zur peristationären, sektorenübergreifenden Koordination Sicherstellung der Versorgungskontinuität bei komplexen Fällen chronischer Erkrankung

In der dritten Entwicklungsstufe werden die beiden Plattformen weiter ausgebaut, um stationäre Leistungen zu integrieren. Somit können sektorenübergreifende Pfade von chronisch Erkrankten mit erhöhtem stationären Versorgungsbedarf in Diagnostik und Therapie abgebildet und besser koordiniert werden (Fallgruppe III). Folgende Maßnahmen (MT-13 – MT-16) und technischen Komponenten sind dazu notwendig:

**MT-13. Erweiterung der Plattform Versorgungszugang – Umfang 3: Leistungen der stationären Versorgung**

Ausbau der Plattform um ein Verzeichnis stationärer Versorgungsangebote.

Zusätzliche technische Komponenten:

- **Erweiterung Datenbankstruktur im Verzeichnis Leistungsangebote:** Fachrichtung, Leistungstyp, Leistungsdetails, Verfügbarkeit (z. B. freie Termine, freie Betten, Erreichbarkeit)
- **KIS-Interface Termin-API**: API (WEB > REST > FHIR) zur Synchronisierung der Terminvermittlung

**MT-6**. Plattform Therapiesteuerung – Erweiterung der Zusatzfunktionalität „Workflow-Management“**

Weiterentwicklung des bestehenden Workflow-Managements (MT-6) zur Abbildung von standardisierten Versorgungspfaden in Übergängen zwischen ambulanter und stationärer Versorgung (peristationär). Es sollen Workflows sowohl für geplante (z. B. Entlassmanagement) als auch für ungeplante stationäre Behandlungsepisoden (z. B. spontane Einweisung) abgebildet werden können. Die technischen Komponenten sind grundsätzlich identisch. Die zugrundeliegenden Prozessmodelle sind jedoch komplexer (mehr aktive beteiligte Akteure, stärkere Verzweigungen und Fallunterscheidungen). Entsprechend umfangreicher prägen sich funktionale Anforderungen an die in MT-6 genannten technischen Komponenten aus, so etwa:

- **Pathway Modelling Notation:** Modellierung der Pfadmodelle auf Basis (semi-)formaler Notationen (BPMN, DMN, CMN)
- **Integration und Mapping Service:** Pfadmodelle und Pfadinstanzen mit Kopplung an Rollen-Rechte-Management, User Management, Task Managements und Notification Service
- **Notification Service:** Klinik und Primärversorgende mit Zugang zu Fallinformationen in der Plattform Therapiesteuerung

#### MT-14. Telekonsile im hausärztlichen Setting – Integration in die Plattform Therapiesteuerung

Integration eines Telekonsil-Services in das hausärztliche Umfeld zur fallbezogenen Einbindung klinischer Fachexpertise bei komplexen Fragestellungen.

- **Telekonsil-Service:** Engines und Repositories für Konsil-Anfragen und Beantwortungen, Mapping Services zu Fallinformationen, Mapping zu Messaging-Service (TIM), Mailing-Service (KIM) und Videotelefoniediensten
- **Bereitstellung einer Falleinsicht** entweder durch Plattformzugriff oder im Report-Format

#### MT-15. Telekooperation ambulant tätiger Ärztinnen und Ärzte im stationären Setting – Integration in die Plattform Therapiesteuerung

Integration eines Telekooperations-Services zur Einbindung der ambulanten, primärärztlichen Versorgung in klinische Behandlungsprozesse (Versorgungskontinuität chronischer Erkrankungen).

- **Notification Services:** Rules und Execution Engines; Versand z. B. über KIM oder TIM**;** Triggern von An- und Rückfragen über TIM und KIM oder webbasierte Video-/Sprachtelefonie zur direkten Abstimmung im Behandlungsverlauf

#### MT-16. Data Analytics – Entwicklung und Integration in die Plattform Therapiesteuerung

Entwicklung eines Data Analytics Services zur Unterstützung individueller Therapieentscheidungen (Clinical Decision Support) und populationsbezogener Auswertungen, etwa für das regionale Versorgungsmanagement.

- **Data-Processing-Engines und/oder BI-Tools**
- **Datenhaltungsmechanismen** für strukturiertes Datenhandling und Analyse
- **Dynamische Auswertungstools** (Dashboards)
- **Exportservice** (Daten und Reportsysteme)

### 4.2 Identitätsmanagement, Authentisierung und Zugriff

Das **Identitätsmanagement** der Plattformen basiert auf einem föderierten Ansatz, da unterschiedliche Identitätsquellen gebündelt werden müssen. Innerhalb der Telematikinfrastruktur (TI) stehen digitale Identitäten wie eHBA und SMC-B für Fachpersonal sowie ePA-Login oder eID für Versicherte bereit; perspektivisch übernimmt das TI-Gateway hier eine Schlüsselrolle. Daneben existieren weitere Identitätsräume, etwa Praxisverwaltungssysteme (PVS), TIM-ID oder KV-Portale. Ein **föderierter Identity Provider** (IdP) dient als zentrale Vertrauens- und Vermittlungsschicht zwischen diesen Quellen. Er

akzeptiert Anmeldungen aus den verschiedenen „quellhoheitlichen“ IdPs, führt Attribute zusammen und normalisiert sie in einem einheitlichen Schema.

Die **Authentisierung** erfolgt je nach Akteursgruppe mit unterschiedlichen Verfahren und Sicherheitsniveaus. Fachpersonal authentisiert sich über TI-Komponenten (eHBA, SMC-B), mittelfristig über das TI-Gateway. Versicherte nutzen eID oder ePA-Login. Für nicht-verkammerte Gesundheitsberufe (z. B. Hilfsmittel-Leistungserbringende) fehlen bislang organisatorische Strukturen zur Vergabe digitaler Identitäten – hier sind regionale Übergangslösungen zu etablieren, bis ein digitales Gesundheitsberuferegister Abhilfe schafft. Ergänzend sind für nicht-TI-gebundene Akteure (Angebote außerhalb des SGB V und des SGB XI, z. B. aus der Community oder haushaltsnahe Unterstützung) alternative Registrierungs- und Anmeldedienste vorzusehen.

Die eigentliche **Zugriffsgestaltung** erfolgt plattformspezifisch über ein fein granulares Rollen- und Rechtekonzept (RBAC/ABAC). Autorisierungsschritte können dabei durch zusätzliche Sicherheitsanforderungen ergänzt werden (z. B. Step-Up-Authentisierung mit eHBA-Signatur bei sensiblen Aktionen). Plattformübergreifend ist eine Harmonisierung erforderlich, damit Rollen und Berechtigungen konsistent angewendet werden – unabhängig davon, über welchen IdP oder welches System sich ein Nutzer anmeldet. Die zentrale Sitzungssteuerung im Coordination Layer stellt sicher, dass bei einem Wechsel zwischen Plattformkomponenten (z. B. Versorgungszugang ↔ Therapiesteuerung) keine Medien- oder Workflowbrüche entstehen.

Die Umsetzung von Single Sign-On (SSO) Use Cases bleibt im deutschen Gesundheitswesen durch restriktive BSI-Vorgaben (u. a. TR-03107, C5) eine besondere Herausforderung: Sessions dürfen nicht einfach durchgereicht werden, jeder Authentisierungsvorgang muss revisionssicher nachvollziehbar sein. Das macht SSO-Szenarien technisch und organisatorisch aufwendig, erfordert aber pragmatische Lösungen, um Sicherheit und Usability in Einklang zu bringen

## 4.3 Zentrale Kommunikationsdienste – Integration TIM und KIM

Für die Plattformen ist die vorrangige Integration der beiden zentralen Kommunikationsdienste der Telematikinfrastruktur – TI-Messenger (TIM) und Kommunikation im Medizinwesen (KIM) – vorgesehen. Diese gewährleisten einen sicheren und interoperablen Nachrichtenaustausch zwischen Leistungserbringenden im Gesundheitswesen. Damit wird grundsätzlich auf bestehende TI-Kommunikationsmittel gesetzt.

Allerdings sind TIM und KIM derzeit – auch mittelfristig – auf bestimmte Akteursgruppen beschränkt. Viele weitere Beteiligte im Versorgungs- und Unterstützungsumfeld (z. B. Präventionsangebote aus der Community, freie Träger, Coaches oder sonstige nicht an die TI angebundene Akteure) verfügen über keine digitale Identität in der TI und können diese Dienste daher nicht nutzen. Um auch diese Gruppen in die Versorgungskommunikation miteinzubeziehen, stellen die Plattformen ergänzende Messaging- bzw. Mailingdienste bereit.

Die Kommunikation soll kontextbezogen erfolgen: Nutzerinnen und Nutzer können direkt aus der Fallansicht oder einem Arbeitsschritt heraus in die passende Kommunikation geführt werden – optional unterstützt durch Textbausteine für Standardprozesse wie Rückfragen, Terminanfragen oder Dokumentanforderungen.

TIM sollte für Nutzende einen nahtlosen, dienstunabhängigen Zugriff auf ihre Kommunikation ermöglichen. Durch die Kopplung an die jeweilige TIM-ID kann eine Synchronität hergestellt werden, sodass es für Anwenderinnen und Anwender keinen Unterschied macht, ob Nachrichten innerhalb der

Plattform oder beispielsweise in einem ins Primärsystem integrierten TIM-Client erstellt oder beantwortet werden. Entscheidend ist, dass die Usability im Vordergrund steht.

## 4.4 Web-Frontend und Systemintegration

Die Systemintegration der Plattformen ist sowohl aus Sicht der Patientinnen und Patienten als auch der Leistungserbringenden ein zentraler Bestandteil des technischen Gesamtkonzepts. Für die Patienten stehen ein webbasiertes Frontend bzw. eine Web-App zur Verfügung, welche den Zugriff auf die Services beider Plattformen – Versorgungszugang und Therapiesteuerung – in einer konsolidierten Nutzeroberfläche ermöglicht. Im Kontext des multimodalen Monitorings sieht die Therapiesteuerungsplattform zudem spezialisierte Adapter und Konnektoren im IOP- und Data Processing Layer vor, um granulare Daten aus Vitalparameter-Sensorik, von Smart Devices oder Assisted-Ambient-Living-Technologien sicher zu erfassen und weiterzuverarbeiten.

Während Patientinnen und Patienten über ein webbasiertes Frontend bzw. eine Web-App auf die Services der Plattformen zugreifen, stellt sich für professionell Nutzende die Frage nach der Integration in ihre Primärsysteme (z. B. Praxisverwaltungs-e oder Pflegedokumentationssysteme).

Im Kern geht es um die Abwägung zwischen zwei Strategien:

- Pragmatische **Web-Frontend-basierte** Nutzung, die sofortige Verfügbarkeit bietet, aber zunächst nur eingeschränkte Datenrückflüsse erlaubt.
- **Tiefenintegration** in Primärsysteme, die Doppeldokumentationen vermeidet und Echtzeitsynchronisation ermöglicht, jedoch erheblichen organisatorischen und finanziellen Aufwand verursacht.

Eine durchgängige Tiefenintegration ist aktuell weder flächendeckend verfügbar noch wirtschaftlich. Der **pragmatischste Ansatz liegt daher in einer Web-Frontend-basierten Nutzung**, die schrittweise (möglichst standardisierte) Schnittstellen zu Primärsystemen integriert. Damit lässt sich ein funktionaler Rückfluss relevanter Daten – insbesondere Dokumentationsergebnisse – sicherstellen, ohne riskante und langwierige Integrationsprojekte einzugehen.

Um dem langfristigen Zielbild einer Tiefenintegration in Primärsysteme entgegenzugehen, hält die Plattform **fünf Integrationsstufen** vor:

- Integrationsstufe 0. **Keine Systemintegration**
  Der Zugang erfolgt ausschließlich über das Web-Frontend der Plattform. Die Nutzung ist sofort möglich, ohne Abhängigkeiten zu PVS-Herstellern oder zusätzlichen Integrationsaufwand. Allerdings entstehen dadurch keine Datenrückflüsse in die Primärsysteme, sodass Doppeldokumentationen erforderlich bleiben.
- Integrationsstufe 1. **GDT-Schnittstelle**
  Die technische Anbindung erfolgt über den verbreiteten Standard GDT (Gerätedatenträger). Damit können einzelne Datenpakete ausgetauscht werden, der Funktionsumfang ist jedoch stark eingeschränkt. Aus heutiger Sicht ist diese Lösung wenig attraktiv, da sie die Dokumentationsprobleme der Leistungserbringenden kaum adressiert und nur einen sehr begrenzten Mehrwert bietet.
- Integrationsstufe 2. **Proprietäre Web-/REST-Schnittstellen**

Die Plattform nutzt die proprietären Web- oder REST-APIs einzelner PVS-Hersteller. Technisch ist dies machbar, indem ein Konnektor mit individuellem Mapping als externer Service zwischengeschaltet wird. Damit können zumindest Teile der Dokumentation unidirektional zurück in das PVS oder in die ePA fließen. Die große Heterogenität der Schnittstellen bedeutet jedoch einen hohen Anpassungsaufwand je Hersteller. Diese Stufe ist eine pragmatische Zwischenlösung, die in Kombination mit dem Web-Frontend praktikabel erscheint.

- Integrationsstufe 3. **Archivierungs- und Wechselschnittstelle (Mehrwertschnittstelle)**
  Die AWSt-Schnittstelle könnte mittelfristig zum Standard für den Datenaustausch zwischen Plattformen und Primärsystemen werden. Sie verspricht insbesondere eine Reduzierung der Doppeldokumentationen und einen geregelten Rückfluss von Daten in die PVS. Allerdings ist derzeit weder spezifiziert noch absehbar, wann diese Schnittstelle in der Praxis nutzbar sein wird.
- Integrationsstufe 4. **Tiefenintegration via FHIR-Schnittstelle**
  Die höchste Ausbaustufe und langfristiges Gestaltungsziel ist eine standardisierte FHIR-API, die eine kontinuierliche Synchronisation zwischen Plattform und Primärsystemen ermöglicht. Dies erlaubt eine nahezu vollständige Automatisierung der Dokumentations- und Kommunikationsprozesse. Derzeit lassen sich jedoch weder PVS-Hersteller noch die Rahmenbedingungen eine flächendeckende Umsetzung in absehbarer Zeit erwarten. Der Aufwand stünde aktuell in keinem Verhältnis zum Nutzen.

Unabhängig von der gewählten Integrationsstufe sind **TI-Komponenten** wie KIM, TIM oder die ePA als ergänzende Kommunikations- und Datenkanäle vorgesehen. So lassen sich Informationen aus der Plattform in die Primärsysteme zurückführen. Hierfür benötigt die Plattform eigene Zugangsberechtigungen zur Telematikinfrastruktur (TI). Während im Minimalfall strukturierte Reports in die ePA exportiert werden, ist perspektivisch eine bidirektionale FHIR-API für den granularen, echtzeitbasierten Austausch von strukturierten gesundheitsbezogenen Informationen (z. B. Befunde, Verlaufsdaten und Therapieplandaten) konzipiert. Strategisch erscheint es sinnvoll, die ePA nicht als permanente Referenzebene, sondern für definierte Übergaben (z. B. bei Sektorenwechseln) zu nutzen. So bleibt die Plattform mit ihrem eigenen Clinical Data Repository unabhängig und flexibel, während zugleich die Anschlussfähigkeit an die TI gesichert wird.

## 4.5 Stufenweise Etablierung von Interoperabilität

Die digitale Gesamtarchitektur setzt konsequent auf **offene Standards** für eine **interoperable Systemlandschaft**. Die Anforderungen an Schnittstellen und Interoperabilität steigen mit jeder Ausbaustufe des Plattformkonzepts und sind eng mit den beschriebenen technischen Maßnahmen verknüpft.

### 4.5.1 Stufe 1. ePA-Konnektivität und FHIR-Ressource CarePlan

In der **ersten Stufe** liegt der Fokus auf der technischen Anbindung von Akteuren im Bereich Gesundheitsförderung und Prävention. Da in diesem Bereich kaum spezialisierte Primärsysteme existieren, stehen auch keine etablierten, standardisierten Schnittstellen zur Verfügung. Dies eröffnet zugleich die Chance, dass die Plattformservices selbst als primäre digitale Werkzeuge für diese Akteure dienen können.

Für die Interaktion zwischen Patienten und Hausarztpraxen ist in dieser Stufe eine Integration der PVS grundsätzlich sinnvoll, aber zunächst nur in einer begrenzten technischen Tiefe vorgesehen. Die ePA kann als zentrale Datendrehscheibe fungieren, etwa für das Zurverfügungstellen des Therapieplans oder von Feedbackberichten einzelner Präventionsmaßnahmen. Zur direkten Kommunikation zwischen Patienten

und Hausarztpraxen ist der TI-Messenger (TIM) vorgesehen, der perspektivisch auch über den ePA-Client für die Versicherten zugänglich ist.

Als **zentrales IOP-Artefakt über alle Entwicklungsstufen** hinweg dient der **Therapieplan**, der auf Basis der FHIR-Ressource **CarePlan** modelliert werden soll. Für die Abbildung und den Austausch von Stammdaten der Patientinnen und Patienten kommen die FHIR-Basisprofile zum Einsatz, die eine semantisch saubere Integration über SNOMED CT und LOINC ermöglichen.

Vorgesehene Feedbacksysteme zu Präventionsmaßnahmen sind ebenfalls mit strukturierter Datenverarbeitung zu untersetzen. Diese Rückmeldungen sollten mindestens ein einheitliches, maschinenlesbares Metadaten-Set (z. B. Zeitraum, Patient, Maßnahme, Anbieter) bereitstellen, um eine weiterführende Auswertung und Einordnung zu ermöglichen. Im Idealfall erfolgt die Umsetzung vollständig maschinenlesbar, etwa durch die Nutzung der FHIR-Ressourcen **Questionnaire** und **QuestionnaireResponse**, wodurch eine nahtlose Integration in übergreifende Datenflüsse und Analyseprozesse möglich wird.

### 4.5.2 Stufe 2. Semantische Standards für das Monitoring und Workflows

In der zweiten Stufe, die wesentlich durch das multimodale Monitoring und integriertes Case Management über die Plattform Therapiesteuerung geprägt ist, rücken die Anforderungen an semantische Konsistenz und Datenvalidierung deutlich in den Vordergrund. Die Plattform muss in der Lage sein, Gesundheits- und Verhaltensdaten aus häuslicher Medizintechnik, AAL-Technologien und Smart Devices strukturiert aufzunehmen und interoperabel weiterzuverarbeiten. **Adapter und Konnektoren** zu Ökosystemen wie Apple Health, Android Health Connect sowie zu Herstellern wie Garmin oder Withings sind dabei zentrale technologische Komponenten. Sofern die Daten aus diesen Quellen nicht bereits in standardisierter Form vorliegen, ist eine Überführung in interoperable Datenstandards erforderlich – insbesondere unter Nutzung von SNOMED CT, LOINC und der FHIR-Basisprofile.

Zentral ist der Umgang mit **multiplen Datenquellen aus Medizinprodukten (MP) und Nicht-MP-Daten** wie Smartwatches oder Lifestyle-Apps. Während MP-Daten klinisch validiert sind, haben Nicht-MP-Daten lediglich indikativ-unterstützenden Charakter. Für die Plattform bedeutet dies eine klare Trennung im Verarbeitungspfad: Jede Messung wird bereits bei der Aufnahme annotiert (Quelle, Hersteller, Zeitstempel, Regime MP/Nicht-MP), sodass eine lückenlose Provenance-Chain entsteht. In der Plattform können beide Datenwelten harmonisiert, zeitlich abgestimmt und visualisiert werden – die Herkunft bleibt jedoch jederzeit nachvollziehbar.

Ergänzend kommt **Service-Oriented Device Connectivity** (SDC) ins Spiel. Auf Basis der Normenfamilie ISO/IEEE 11073 ermöglicht SDC eine standardisierte, sichere Kommunikation zwischen Medizinprodukten unterschiedlicher Hersteller. So können Vitalparameter ohne proprietäre Schnittstellen direkt in die Plattform eingebunden werden.

Auch das Falldatenmanagement der Plattform basiert auf semantischen Standards. Als zentrales IOP-Artefakt dient der o.g. Therapieplan. Zudem werden die FHIR-Ressourcen **CareGoal, CareTeam** und **Workflow on FHIR** für eine teamorientierte Versorgung angewendet. Letztere rekurriert auf die formale Modellierung, Steuerung und Interpretation von Versorgungsprozessen unter Rückgriff auf etablierte Notationen (BPMN, CMMN oder DMN).

Auch das Fall- und Versorgungsdatenmanagement der Plattform muss auf diesen semantischen Standards basieren. Neben der genannten Ressource CarePlan und den FHIR-Basisprofilen sind insbesondere die

FHIR-Ressourcen[5] **CareGoal, CareTeam und Workflow on FHIR** relevant. Letztere rekurriert auf die formale Modellierung, Steuerung und Interpretation von Versorgungsprozessen unter Rückgriff auf etablierte Notationen (BPMN, CMMN oder DMN).

Für die Steuerung von Terminen und fallbezogenen Übergaben wird zudem die **TSS-API** (116117-API) genutzt oder weiterentwickelt werden, um auch komplexere Terminlogiken wie Rückfallregelungen oder priorisierte Vermittlungen zu unterstützen. Zudem rückt die Abbildung von Versorgungsverträgen stärker in den Fokus. Dafür sind geeignete Schnittstellen zur Verwaltung von Einschreibungen, Dokumentation und Abrechnung erforderlich. Da in der GKV-Landschaft bislang kein einheitlicher technischer Standard dazu existiert, sind entweder begrenzte Automatisierungsgrade in Kauf zu nehmen oder **neue, kassenübergreifende Schnittstellenspezifikationen** zu entwickeln. Der internationale Standard FHIR bietet hierfür grundsätzlich passende Ressourcen, diese müssten für das deutsche Gesundheitssystem angepasst und konkretisiert werden.

### 4.5.3 Stufe 3. Synergieeffekte dank IOP-Standards

In der dritten Entwicklungsstufe steht die horizontale Integration stationärer Leistungserbringender – insbesondere Kliniken – im Fokus. Dies erfordert die Anbindung klinischer Primärsysteme (KIS), wie im ambulanten Bereich ein politisch sensibles Thema. Strategisch wird auch hier eine Tiefenintegration über FHIR-APIs angestrebt; wo dies nicht möglich ist, bieten Web-Frontends eine pragmatische Alternative. Insbesondere bei Maximalversorgern und Universitätskliniken entstehen derzeit Interoperabilitätsplattformen, die die KIS-Anbindung technisch erleichtern.

Technisch können viele Schnittstellen und Standards aus der zweiten Stufe übernommen werden, da diese auch im Übergang zwischen ambulanter und stationärer Versorgung wirksam sind. Für sektorenübergreifende Workflows ist sicherzustellen, dass die Modellierungssprachen und technischen Umsetzungen kompatibel bleiben – insbesondere im Hinblick auf die Ressource **Workflow on FHIR**. So kann eine prozessuale Kontinuität über Systemgrenzen hinweg gewährleistet werden.

### 4.5.4 Anbindung an den Terminologieserver des BfArM und das Fachportal bzw. Git-Repository der gematik

Für den interoperablen und TI-konformen Betrieb der Therapiesteuerungsplattform ist die enge Anbindung an zwei zentrale IOP-Quellen erforderlich: den Terminologieserver des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) und das Fachportal bzw. Git-Repository der gematik. Beide Komponenten erfüllen unterschiedliche, sich ergänzende Aufgaben und sind gemeinsam entscheidend für die technische Integrität und Zukunftsfähigkeit der Plattform.

Der Terminologieserver des BfArM stellt die Grundlage für die Nutzung von standardisierten Terminologien dar. Er liefert zentrale Codesysteme, Value Sets und Mappings – unter anderem ICD-10-GM, OPS, SNOMED-CT-Subsets und LOINC – und ermöglicht die Validierung dieser Codes. Das Fachportal bzw. Git-Repository der gematik liefert hingegen die strukturellen Vorgaben in Form von FHIR-Profilen, Implementation Guides und Capability Statements, die definieren, wie die Daten in der Plattform aufgebaut und ausgetauscht werden müssen. Der Terminologieserver liefert das Vokabular –

[5] FHIR stellt ein flexibles und standardisiertes Datenmodell für Gesundheitsinformationen bereit. Damit diese Ressourcen in konkreten Anwendungsszenarien interoperabel und eindeutig interpretierbar sind, müssen sie – sofern noch nicht erfolgt - durch Profile spezifiziert werden. Profile definieren die zulässige Struktur, verpflichtende Felder und semantische Codierungen und stellen die konsistente Datenverarbeitung zwischen Systemen sicher. https://build.fhir.org/resourcelist.html

also die inhaltlich richtigen Begriffe und Codes –, während das Fachportal bzw. Git-Repository die Grammatik vorgibt – die verbindliche Struktur dieser Inhalte.

Die technische Integration ist so konzipiert, dass beide Quellen kontinuierlich gepflegt und aktualisiert werden können, ohne die Plattform in ihrer Verfügbarkeit zu beeinträchtigen. Dabei wird der Terminologieserver über einen automatisierten FHIR-API-Zugriff angebunden, um eine stets aktuelle und valide Terminologienutzung zu ermöglichen. Zur Reduzierung von Latenzzeiten und zur Sicherstellung der Verfügbarkeit bei Netzstörungen wird zusätzlich ein lokaler Terminologie-Cache eingesetzt, der in festgelegten Intervallen synchronisiert wird. Die FHIR-Profile aus dem Fachportal werden über die Build- und Deployment-Prozesse integriert, sodass strukturelle Änderungen zeitnah erkannt und kontrolliert in die Plattform übernommen werden können. Relevante Implementation Guides – insbesondere die IOP-Profile sowie TI-Grundprofile – werden regelmäßig aus den offiziellen Repositories abgerufen und in die Validierungsschicht der Plattform eingebunden. Dort wird jede eingehende oder neu erstellte FHIR-Ressource automatisch gegen die entsprechenden Profile geprüft. Neue Profilversionen werden zunächst in einer kontrollierten Testumgebung validiert, bevor sie in den Produktivbetrieb übernommen werden, um Kompatibilitäts- und Anpassungsaufwände gezielt zu steuern.

# 5 Verträge, Leistungsarten und Vergütung

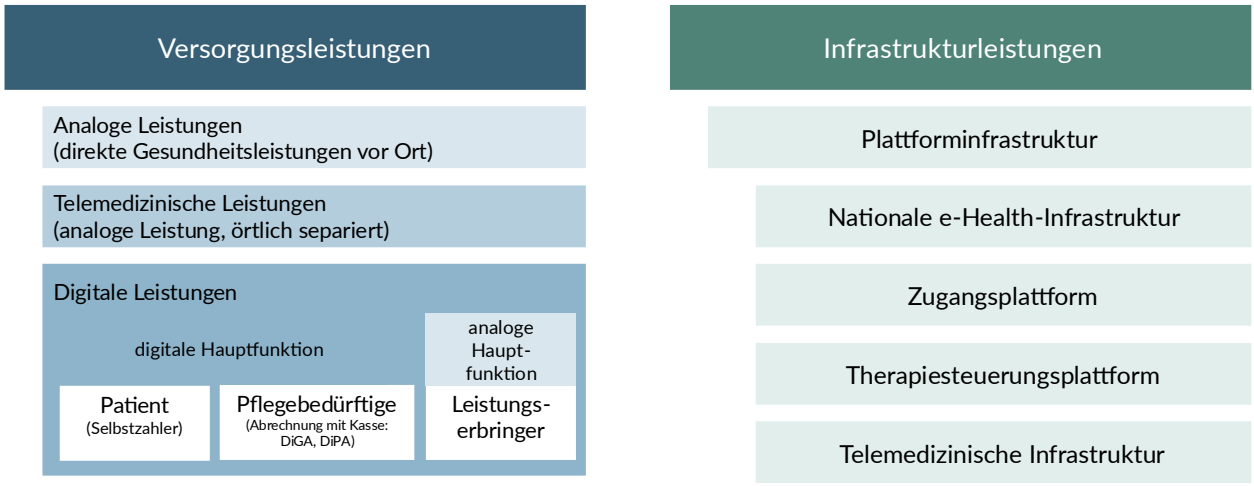
Dieses Kapitel beschreibt die vertraglichen und vergütungsbezogenen Voraussetzungen für die Umsetzung der organisatorischen und technischen Maßnahmen der Transformationsstrategie Therapiesteuerung, die in den Kapiteln 3 und 4 dargestellt sind. Es überführt die konzeptionellen und technologischen Bausteine in die Ebene der rechtlichen und finanziellen Abbildung. Dabei wird aufgezeigt, wie Leistungsarten, Vertrags- und Vergütungsmodule sowie die einzelnen **K-Module** (Kontraktmodule) zusammenhängen. Die Leistungsarten definieren den fachlichen Gegenstand der Versorgung, die Vertrags- und Vergütungsmodule beschreiben die zugrunde liegenden Finanzierungs- und Rechtsrahmen, und die K-Module konkretisieren diese Zusammenhänge anhand spezifischer vertraglicher Umsetzungsoptionen. Jedes K-Modul steht somit für eine vertragliche Ausgestaltung („Kontrakt“) eines oder mehrerer organisatorischer und technischer Maßnahmen und zeigt, auf welcher gesetzlichen Grundlage (insbesondere nach SGB V und SGB XI) eine Integration in die Regelversorgung erfolgen kann.

## 5.1 Leistungsarten

Im Kontext der Maßnahmen sind sowohl Versorgungs- als auch Infrastrukturleistungen zu unterscheiden. Die Versorgung erfolgt hybrid und setzt sich aus analogen, digitalen und telemedizinischen Leistungen zusammen. Bereits hier wird Neuland betreten, z. B. bei der Integration von Telemonitoring, das aktuell bei chronischer Herzinsuffizienz, aber nicht darüber hinaus vergütet wird. Zudem werden digitale Leistungen mit digitaler Hauptfunktion im Rahmen der DiGA vergütet, jedoch nicht digitale Leistungen, die eine analoge, ärztliche Hauptfunktion unterstützen. Dies kann z. B. die Nutzung einer Plattformsein, in der die Therapieplanung KI-basiert erstellt wird, die Verantwortung und Haftung aber beim behandelnden Arzt liegt.

Infrastrukturleistungen sind z. B. die technischen Dienste, die gemeinsam in der Region vorgehalten werden sollen. Diese umfassen Services wie eine Therapiesteuerungsplattform, eine Zugangs- und Informationsplattform oder den Aufbau von Primärversorgungsstrukturen, die im Rahmen der Transformationsstrategien des LeiG-Projekts vorgesehen sind. Sie stellen keine klassischen Versorgungsleistungen dar im Sinne des SGB V bzw. SGB XI . Diese Aspekte und Rechtsgrundlagen müssen in die vertragliche Regelung einbezogen werden.

Abbildung 26: **Herleitung nicht abgebildeter Leistungsbereiche**

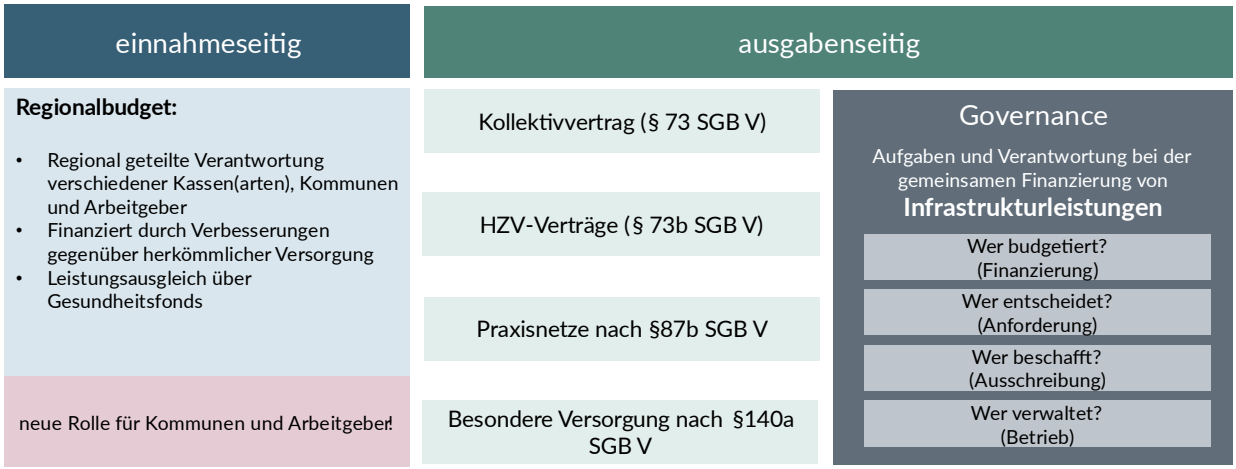



Quelle: _fbeta GmbH

Der Gesetzgeber hat Möglichkeiten vorgesehen, solche Versorgungs- und Infrastrukturleistungen durch die gesetzlichen Krankenkassen zu finanzieren, so etwa mit § 68a SGB V (Förderung der Entwicklung digitaler Innovationen durch Krankenkassen), § 68b SGB V (Förderung von Versorgungsinnovationen).§ 291a SGB V (Elektronische Gesundheitskarte als Versicherungsnachweis und Mittel zur Abrechnung) regelt die Investitionsaufgaben im Rahmen der digitalen Gesundheitsakte, diese Regelung korrespondiert mit dem Anspruch auf digitale Gesundheitsanwendungen (DIGA) gemäß § 33a SGB V.

Für eine gesamthafte vertragliche Umsetzung kommt jedoch im Wesentlichen §140 SGB V zur (Besondere Versorgung) infrage. Hierüber können sowohl Versorgungs- als auch Infrastrukturleistungen flexibel kombiniert werden. Zudem kann auch ein gesamthaftes Vorgehen in Kombination mit der Pflegeversicherung realisiert werden, da ein korrespondierender Paragraf SGB XI § 92b zur Integrierten Versorgung in der Pflege besteht. In dem Kontext bestehen zudem regulatorische Vorschläge aus dem AOK-System für die zusätzliche Schaffung von Regionalbudgets.

Abbildung 27: **Herleitung möglicher Vertragsarten**



Quelle: _fbeta GmbH

Die **Entwicklung eines tragfähigen Vertragsmodells für die digitale Therapiesteuerung** erfordert die Verbindung bestehender Vergütungslogiken mit neuen Formen gemeinsamer Verantwortung. Die Herleitung (Abbildung 27) zeigt, dass sowohl einnahmeseitige als auch ausgabenseitige Ansätze relevant sind.

Ein Regionalbudget bildet dabei den Kern der einnahmeseitigen Logik: Es ermöglicht eine gemeinsame Finanzierungsverantwortung von Krankenkassen, Kommunen und Arbeitgebern, die ihre Mittel auf Basis gemessener Verbesserungen gegenüber der Regelversorgung bündeln. Dadurch entstehen Anreize, regionale Versorgungsqualität und Effizienz gemeinsam zu steigern.

Die Analyse der bestehenden Vertragsarten zeigt, dass unterschiedliche Modelle jeweils eigene Potenziale und Limitationen für die Umsetzung digital gestützter Therapiesteuerung aufweisen. Während klassische Kollektivverträge eine stabile rechtliche Grundlage und eine flächendeckende Absicherung gewährleisten, bieten sie nur begrenzten Raum für innovative, sektorenübergreifende Versorgungsformen. Selektivverträge und Verträge zur Hausarztzentrierten Versorgung (HZV-Verträge) ermöglichen dagegen eine gezieltere Steuerung chronisch erkrankter bzw. multimorbider Patienten, insbesondere durch digitale Koordination und strukturierte Nachsorge. Praxisnetze und kooperative Versorgungsstrukturen fördern interdisziplinäre Zusammenarbeit und Qualitätsentwicklung, stoßen jedoch an organisatorische und finanzielle Grenzen, wenn es um komplexe digitale Anwendungen oder sektorenübergreifende Integration geht.

Innovations- und Gestaltungsspielräume entstehen insbesondere dort, wo Vertragspartner eigenverantwortlich neue Formen der Zusammenarbeit, Datennutzung und Vergütung definieren können. Modelle, die auf Kooperation, Ergebnisqualität und digitale Unterstützung ausgerichtet sind, bieten die größten Chancen, um eine koordinierte, patientenzentrierte Versorgung nachhaltig zu etablieren. Entscheidend ist, dass die Vertragsart nicht nur eine rechtliche Basis bildet, sondern auch die notwendigen Steuerungs- und Anreizmechanismen berücksichtigt, um digitale Prozesse in die Regelversorgung zu überführen.

Abbildung 28: **Detailbetrachtung infrage kommender Vertragsarten**

| Kollektivvertrag (§ 73 SGB V) | HZV-Verträge (§ 73b SGB V) | Praxisnetze (§ 87b SGB V) | Besondere Versorgung (§ 140a SGB V) |
|---|---|---|---|
| **Vorteile:**<br>• Flächendeckende Grundversorgung mit gesetzlich garantierter freier Arztwahl<br>• Einheitliche Abrechnungssystematik über den EBM mit klaren Leistungsdefinitionen<br>• Rechtsverbindliche Rahmenbedingungen mit breiter Akzeptanz im Versorgungssystem<br><br>**Nachteile:**<br>• Kaum Spielraum für innovative Versorgungsformen<br>• Geringe Förderung koordinierter Versorgung<br>• Leistungsbezogene statt ergebnisorientierte Vergütung | **Vorteile:**<br>• Strukturierte Versorgung über den Hausarzt als zentralen Koordinator<br>• Pauschalvergütung ermöglicht kontinuierliche Betreuung chronisch Kranker<br>• Integration nichtärztlicher Gesundheitsberufe (z. B. VERAH, NäPA) möglich<br><br>**Nachteile:**<br>• Fachärztliche Versorgung ist nicht aktiv eingebunden<br>• Vertragliche Regelungen variieren stark zwischen Kassen und Regionen<br>• Unklare Perspektiven für Weiterentwicklung und Evaluation | **Vorteile:**<br>• Förderung kooperativer Versorgungsstrukturen innerhalb der ambulanten Versorgung<br>• Qualitätsförderung durch gemeinsame Fortbildungen, Leitlinienarbeit und Patientenpfade<br>• Strukturförderung durch die KV für Koordination und Netzmanagement<br><br>**Nachteile:**<br>• Keine eigenständige Vergütung, nur EBM-basierte Abrechnung<br>• Hoher Verwaltungsaufwand für Anerkennung, Fortbestand und Berichtspflichten<br>• Geringe Steuerungswirkung auf Versorgungsprozesse | **Vorteile:**<br>• Vertragsfreiheit erlaubt innovative, sektorenübergreifende Modelle<br>• Gemeinsame Behandlungspfade mit klarer Aufgabenverteilung<br>• Integration ärztlicher und nichtärztlicher Leistungserbringer möglich<br><br>**Nachteile:**<br>• Arztwahl für Versicherte kann eingeschränkt sein<br>• Hoher Abstimmungs- und Dokumentationsbedarf bei Kooperationsmodellen<br>• Umsetzung oft auf einzelne Regionen oder Kassen begrenzt |

Quelle: _fbeta GmbH

Die aktuelle Vergütungslandschaft im Gesundheitswesen ist überwiegend an Einzelleistungen orientiert und folgt einer Logik, die Menge statt Qualität honoriert. Diese Struktur führt zu sektoralen Bruchstellen, ineffizienten Behandlungsverläufen und einer geringen Ergebnisorientierung. Mit der zunehmenden Digitalisierung der Versorgung und der Einführung einer datengestützten Therapiesteuerung entsteht die Chance, Vergütungssysteme neu auszurichten – weg von der Einzelleistung hin zu einer qualitäts- und ergebnisorientierten Vergütung.

Mehrwert- und Pauschalmodelle stellen hierfür zentrale Ansätze dar. Sie ermöglichen, Behandlungsqualität, Therapieerfolge und Patientenergebnisse direkt in die Vergütungslogik einzubeziehen. Dabei kann z. B. die Kombination aus Pauschalen für Basisleistungen und Abrechnungsmodellen auf der Basis von Erfolgs- und Qualitätskriterien eine faire und zugleich steuerungswirksame Lösung bieten. Digitale Systeme liefern die notwendige Datengrundlage, um Qualität und Wirkung transparent zu messen und zu bewerten. Damit werden die Voraussetzungen geschaffen, Versorgungsverantwortung, Wirtschaftlichkeit und Patientennutzen stärker zu verzahnen und eine nachhaltige, am Patienten-Outcome orientierte Vergütung der Versorgungsleistungen zu etablieren.

Abbildung 29: **Herleitung möglicher Vergütungsmodelle**

Quelle: _fbeta GmbH

## 5.2 Vertrags- und Vergütungsmodule

Im Folgenden findet sich eine Übersicht der wesentlichen Vertrags- und Vergütungsmodule , die für die Umsetzung der Maßnahmen erforderlich sind. Diese Module werden im Folgenden Abschnitt nach Gegenstand, wesentlichen Ausgestaltungsmöglichkeiten sowie Limitationen beschrieben. Abbildung 30 bildet die zwölf Maßnahmen der Transformationsstrategie „Virtuelles Team für die Therapiesteuerung“ ab. Bei jeder Maßnahme sind die Zellen rot markiert, für deren Umsetzung bzw. (Re-)Finanzierung das entsprechende Vertrags- und Vergütungsmodul (hier K1 – K8) grundsätzlich geeignet ist.

Abbildung 30: **Zuordnung der zwölf Maßnahmen der Strategie „Virtuelles Team für die Therapiesteuerung“ zu den relevanten Vertrags- und Vergütungsmodulen (K1 – K8)**

| Maßnahmen Therapiesteuerung | K1 bes. Versorgung nach § 140a | K2 Prävention & Präventions-experten | K3 kassen-spezifische Angebote | K4 Facharzt-vergütung | K5 Telemonitoring | K6 stationärer Sektor | K7 telemedizinische Infrastruktur | K8 regionale Gesundheits-plattform |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 dig. Therapieplan | ■ | | | | | | | |
| 2 Therapie-Coach | ■ | ■ | ■ | | | | | |
| 3 Prävention in der HA-Versorgung | ■ | ■ | ■ | | | | | |
| 4 digitale HA/FA-Abstimmung | ■ | | | ■ | | | | |
| 5 dig. koordinierte Versorgung | ■ | | | ■ | | | | |
| 11 Telekonsile | ■ | | | ■ | | | ■ | |
| 6 datengetriebenes Monitoring | ■ | | | | ■ | | | |
| 7 telemedizinische Hausbesuche | ■ | | | | ■ | | | |
| 8 Koordination Akutversorgung | ■ | | | | | ■ | | |
| 9 virtuelle Primärversorgung | ■ | | | ■ | | | | |
| 10 telemed. HA-Versorgung im KH | ■ | | | | | ■ | ■ | |
| 12 virtueller Gesundheitskiosk | | | | | | | | ■ |

Quelle: _fbeta GmbH

### 5.2.1 K1 – Therapiesteuerung als besondere Versorgung nach § 140a SGB V

Für die Umsetzung der Transformationsstrategie Therapiesteuerung bildet § 140a SGB V (Besondere Versorgung) eine sinnvolle und sichere Basis.

Er bietet eine hohe Flexibilität für die Umsetzung der Maßnahmen innerhalb der Strategie und erlaubt die Entwicklung integrierter, sektorenübergreifender Versorgungsmodelle im Rahmen besonderer Versorgungsverträge, die geeignet sind, attraktive Vergütungsvereinbarungen für alle beteiligten Akteure abzubilden. Weitere Vorteile, die dafürsprechen, diesen Paragrafen als rechtliche Grundlage für die Umsetzung der Therapiesteuerung und der dafür erforderlichen Plattform zu nutzen, sind:

- Die Finanzierung von Infrastrukturleistungen (z. B. Telemedizintechnik oder Plattformdienste) ist nicht ausgeschlossen.
- Die besondere Versorgung kann regional beschränkt vereinbart und leicht skaliert werden.
- Die besondere Versorgung nach § 140a SGB V erlaubt die Abbildung von Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitszielen, deren Nachverfolgung über entsprechende Cockpit-Funktionen sowie perspektivisch eine an diesen Zielen ausgerichtete erfolgsbasierte Vergütung.

Ziel ist es, eine Art „kollektiven Selektivvertrag“ aufzusetzen – unter Beteiligung möglichst vieler Krankenkassen. Dieser sollte eine Beitrittsfunktion beinhalten, die es Kassen erlaubt, sich dem Vertrag anzuschließen, auch wenn sie nicht zum Kreis der ursprünglichen Projektträger gehört haben sollten.

Es ist zu prüfen, inwieweit es Versicherten nicht teilnehmender Kassen ermöglicht werden kann oder soll, die Therapiesteuerungsplattform (z. B. als Selbstzahler) zu nutzen und wie die Abrechnung dieser Leistungen für die Leistungserbringer unkompliziert erfolgen kann.

In einer Weiterentwicklung des etablierten Vertrags zur besonderen Versorgung (Selektivvertrag) wird angestrebt, Qualitäts-, Wirksamkeits- und Wirtschaftlichkeitsziele vertraglich festzuschreiben und die Vergütung der Leistungserbringer an die Erreichung der vereinbarten Ziele zu binden.

In einer finalen Ausbaustufe sollte das Ziel sein, eine erfolgreiche Therapiesteuerungs-Plattform im Kollektivvertrag abzubilden.

Das Modul K1 betrifft alle Maßnahmen, bei denen der Therapieplan auf der Therapiesteuerungsplattform eingesetzt wird, also die Maßnahmen 1 (Einbindung von Patienten über den digitalen Therapieplan) bis 11 (Telekonsile in der ambulanten, hausärztlich koordinierten Versorgung).

### 5.2.2 K2 – Vergütung von Prävention und Präventionsexperten

Dieses Modul stellt eine Erweiterung zum Basis-Vertrag nach Modul K1 dar und soll ebenso über § 140a SGB V (Besondere Versorgung) abgebildet werden.

Zusätzliche, nicht-medizinische Praxis- und/oder Präventionsleistungen werden durch neu zu definierende Fachpersonen (in diesem Dokument als „Therapie-Coaches“ bezeichnet) im Rahmen der Gesundheitsvorsorge, des Aufbaus von Gesundheitskompetenz und der Aktivierung der Selbstverantwortung chronisch Erkrankter im Rahmen der besonderen Versorgung abgebildet.

Implikationen
Die Frage der Definition von Berufsbezeichnungen, Aufgaben, Kompetenzen und Verantwortungen sowie der Organisation der entsprechenden Ausbildungswege ist von den zuständigen Stellen (Gesetzgeber, Ärzte- und/oder Pflegekammern, Berufsverbände, Kassenärztliche Vereinigungen) zu vereinbaren und umzusetzen.

Dieses Modul betrifft die Maßnahmen 2 (Therapie-Coach in der hausärztlichen Versorgung) und 3 (Früherkennung und Prävention in der hausärztlich koordinierten Versorgung).

### 5.2.3 K3 – Kassenspezifische Angebote/Bedingungen für Versicherte

Die Vereinbarung spezifischer zusätzlicher Leistungen und Bedingungen zwischen gesetzlichen Krankenkassen und Versicherten im Rahmen der Therapiesteuerung steht den Kassen frei und lässt sich innerhalb der Tarifstruktur der teilnehmenden Kassen abbilden.

Die Frage, ob und welche Vorteile (Boni) Patienten erhalten sollen, die sich aktiv und erfolgreich an der eigenen Therapie beteiligen und effiziente Lebensstiländerungen umsetzen, sollte nicht kassenübergreifend geregelt sein, solange diese nicht ärztliche Leistungen oder deren Vergütung betrifft. Diese Einschränkung ist notwendig, um die Abrechnungs- und Behandlungsprozesse in den Arztpraxen einheitlich und damit effizient gestalten zu können. Über derartige Angebote wird eine wettbewerbliche Komponente integriert.

Teilnehmende gesetzliche Krankenkassen sind angehalten, darüber nachzudenken, wie mit Patienten verfahren werden soll, die nicht bereit sind, an der Verbesserung ihres Gesundheitszustandes mitzuwirken. Eine Einschränkung von Zusatzleistungen oder Boni wäre hier denkbar, ein Ausschluss aus der besonderen Versorgung allerdings im Sinne der Gesundheitsförderung kontraproduktiv.

Dieses Modul betrifft die Maßnahmen 2 (Therapie-Coach in der hausärztlichen Versorgung) und 3 (Früherkennung und Prävention in der hausärztlich koordinierten Versorgung).

### 5.2.4 K4 – Facharztvergütung und Primärarztkonzept

Dieses Modul stellt eine Erweiterung zum Basis-Vertrag nach Modul K1 dar und soll ebenso über § 140a SGB V (Besondere Versorgung) abgebildet werden.

Ökonomische Fehlanreize der Regelversorgung im Facharztbereich sollten im Vertrag zur besonderen Versorgung vermieden werden. Abzubilden sind Leistungsziffern oder Pauschalen, die eine qualitätsorientierte, wirkungsvolle und wirtschaftliche Facharztversorgung unterstützen. Die Regelungen in diesem Modul sind geeignet, Elemente eines Primärarztsystems umzusetzen, und können über eine angemessene Vergütung von digitalen Versorgungsformen wie Telekonsilen und weitere telemedizinische Angebote die fachärztliche Versorgung leichter zugänglich und effizienter gestalten.

Dieses Modul betrifft die Maßnahmen 4 (Anlassbezogene Abstimmung zwischen Haus- und Fachärzten über digitale Plattformen), 5 (Digital koordinierte Versorgung für Patienten mit komplexem Behandlungsbedarf), 9 (Regionale Versorgungseinheiten nach dem Modell der Primärversorgung) und 11 (Telekonsile in der ambulanten, hausärztlich koordinierten Versorgung).

### 5.2.5 K5 – Telemonitoring

Dieses Modul stellt eine Erweiterung zum Basis-Vertrag nach Modul K1 dar und soll ebenso über § 140a SGB V (Besondere Versorgung) abgebildet werden.

Die Vergütung von Leistungen zum Telemonitoring (egal, ob diese von Arztpraxen oder spezialisierten Telemedizin-Zentren erbracht werden) lassen sich im Rahmen des Vertrags zur besonderen Versorgung prinzipiell abdecken.

Offen bleiben die Fragen der Finanzierung der erforderlichen zusätzlichen Infrastruktur sowie die der Ausbildung von neuen Anwendern.

Dieses Modul betrifft die Maßnahmen 6 (Frühzeitige Versorgungsreaktion durch datengetriebenes Monitoring) und 7 (Telemedizinisch gestützte Hausbesuche bei medizinischem Anlass).

### 5.2.6 K6 – Therapiesteuerung im stationären Sektor

Dieses Modul stellt eine Erweiterung zum Basis-Vertrag nach Modul K1 dar und soll ebenso über § 140a SGB V (Besondere Versorgung) abgebildet werden.

Die stationäre Versorgung der Haupterkrankung ist nicht Gegenstand der besonderen Versorgung. Klinische Leistungserbringer sollen vielmehr einen Vergütungsanreiz dafür erhalten, eine kontinuierliche Weiterbehandlung der chronischen Erkrankung(en) über die Therapiesteuerungs-Plattform zu ermöglichen.

Dieses Modul betrifft die Maßnahmen 8 (Akute Versorgung gezielt lenken: Zuweisung und Fachkoordination) und 10 (Telemedizinische Einbindung ambulanter Ärzte in den stationären Behandlungsverlauf).

### 5.2.7 K7 – Finanzierung telemedizinischer Infrastruktur

Dieses Modul stellt eine Erweiterung zum Basis-Vertrag nach Modul K1 dar und soll ebenso über § 140a SGB V abgebildet werden.

Die Vergütung von Leistungen im Rahmen der Telemedizin lassen sich (ggf. auf Basis bestehender Telemedizin-Vereinbarungen) in einen Vertrag zur besonderen Versorgung integrieren.

Offen bleiben die Fragen der Finanzierung der erforderlichen zusätzlichen Infrastruktur, sowie die der Ausbildung von neuen Anwendern.

Dieses Modul betrifft die Maßnahmen 10 (Telemedizinische Einbindung ambulanter Ärzte in den stationären Behandlungsverlauf) und 11 (Telekonsile in der ambulanten, hausärztlich koordinierten Versorgung).

### 5.2.8 K8 – Regionale Gesundheitsplattform

Dieses Modul beschäftigt sich mit den Optionen zur Etablierung einer Zugangs- und Informationsplattform für die Transformationsstrategien Therapiesteuerung und Pflege.

Die Koordination und Ergänzung bestehender lokaler und regionaler Initiativen und Projekte ist für die pflegebezogenen Inhalte und Dienste (SGB XI) auf Basis von § 45c Abs. 9 SGB XI (Förderung regionaler/lokaler Netzwerke in der Pflege), § 8 Abs. 3 SGB XI (Förderung von Modellprojekten zur neuer Versorgungsformen in der Pflege) oder § 123 SGB XI (Modellvorhaben zur Stärkung unterstützender Versorgungsstrukturen) prinzipiell möglich. Allerdings ist den Fördersummen, der inhaltlichen Ausrichtung, den zu beteiligenden Projektpartnern sowie der Laufzeit entsprechender Initiativen in allen Regelungen ein enger Rahmen gesetzt, sodass eine umfassende und längerfristige Finanzierung der erforderlichen Plattform-Infrastruktur und deren Betrieb auf Basis der Regelungen des SGB XI schwer darstellbar erscheint.

Für die inhaltliche Ausgestaltung von Prävention und die gezielte Einsteuerung in angemessene Therapieformen bei chronisch erkrankten Personen bieten insbesondere § 20 SGB V (Primäre Prävention und Gesundheitsförderung) sowie § 137f SGB V (Strukturierte Behandlungsprogramme bei chronischen Krankheiten) geeignete rechtliche Grundlagen. Ergänzend können Modellvorhaben nach § 63 SGB V genutzt werden, um innovative und sektorenübergreifende Ansätze zu erproben, die über die klassische Versorgung hinausgehen. Es liegt im Ermessen der beteiligten Krankenkassen, in welchem Umfang sie im Rahmen solcher Projekte auch Leistungen aus angrenzenden Bereichen – etwa der Pflege – berücksichtigen oder Kooperationen eingehen. Darüber hinaus können spezifische Inhalte und Module der Plattform über die Präventionshaushalte der Krankenkassen finanziert werden, wodurch zusätzliche Spielräume für eine umfassende Umsetzung entstehen.

Es ist davon auszugehen, dass verschiedene Angebote und Strukturelemente der Gesundheitsplattform aus verschiedenen Mitteln finanziert werden müssen. Denkbar wäre auch eine Finanzierung der infrastrukturellen Basis der Plattform aus Mitteln der regionalen Strukturförderung.

Dieses Modul betrifft im Rahmen der Therapiesteuerung die Maßnahme 12 (Virtueller Gesundheitskiosk: digitale Lotsenfunktion im Versorgungssystem).

# 6 Geschäftsmodell und Implementierung

## Geschäftsmodell

Dieses Kapitel führt die in Kapitel 2 dargelegte versorgungsinhaltliche Logik als fachliches Fundament der Therapiesteuerung mit der in Kapitel 5 beschriebenen Vertrags- und Vergütungslogik sowie den in den Kapiteln 3 und 4 verdeutlichten technischen Implikationen zu einem belastbaren Business Case zusammen und beschreibt, wie die Plattform in der Praxis eingeführt, betrieben und verstetigt werden kann.

Die Therapiesteuerung wird als digitale Versorgungsplattform verstanden, nicht als lose Sammlung einzelner Programme. Ihr Zweck ist es, Behandlungsverläufe über Sektoren hinweg planbar zu machen, Verantwortlichkeiten eindeutig zuzuordnen und medizinische sowie organisatorische Arbeitsschritte so zu integrieren, dass Behandlungskontinuität, Ergebnisqualität und Wirtschaftlichkeit nachweislich steigen.

Die nachfolgende Modellrechnung dient der Abschätzung der Effekte pro Jahr im Routinebetrieb (Phase 3) und bildet somit den erwartbaren Zustand nach erfolgreicher Etablierung der Plattform ab. In den vorangehenden Phasen, Entwicklung und Pilotierung (Phase 1) sowie Rollout (Phase 2) werden zunächst Strukturen, Prozesse und Akteursnetzwerke aufgebaut. Die quantitativen Ergebnisse beziehen sich daher auf die Stufe der flächendeckenden Anwendung, in der etwa 30 Prozent der relevanten Versorgungseinrichtungen und Akteure aktiv beteiligt sind.

Methodisch werden **zwei Wirkungsebenen** unterschieden:

1. **Medizinischer Nutzen:** Die gesundheitsökonomischen Effekte durch verbesserte Versorgung und Prävention bei Patientinnen und Patienten (Primäreffekte).
2. **Struktur- und Verfahrenseffekte:** Effizienz-, Qualitäts- und Ressourcengewinne im Versorgungssystem (Sekundäreffekte).

Die Modellrechnung fokussiert die primären medizinischen Effekte, da diese quantitativ belastbar und indikationsspezifisch kalkulierbar sind. Sekundäre Effekte, wie verbesserte Organisation, Kapazitätsentlastung oder Ressourcenumlenkung, werden qualitativ berücksichtigt, aber nicht monetär bewertet.

Im Mittelpunkt steht damit der größte direkt messbare Hebel der digitalen Therapiesteuerung – die Vermeidung vermeidbarer Krankheitsfälle und die Reduktion kostenrelevanter Verschlechterungen bei chronischen Verläufen. Diese Effekte bilden die Grundlage der Berechnungen und verdeutlichen, in welchem Umfang eine konsequent digital koordinierte Versorgung zu messbaren Entlastungen des Gesundheitssystems beitragen kann.

## Zielbild: eine Plattform als Basis für eine sektorenübergreifende Versorgung

Ausgangspunkt ist die in Kapitel 2 beschriebene Versorgungsarchitektur: Fallgruppen entlang des Schweregrads, darauf bezogene Maßnahmenpakete und zwei funktionale Querschnittsmodule, die Prozessintegration, Systemkoordination und Dateninfrastruktur bereitstellen. Der individuelle digitale Therapieplan bildet den zentralen Ansatzpunkt. Er enthält Anamnese, Ziele, Verlaufsparameter, Befunde, Verordnungen und Eskalationsregeln, wird in der Regel vom Hausarzt verantwortet und von weiteren Leistungserbringern fallbezogen ergänzt.

Die Plattform stellt dafür die technische und organisatorische Koordinationsschicht: sichere Kommunikation, strukturierte Falldokumentation, Termin- und Aufgabensteuerung, Telekonsile, Telemonitoring, Navigations- und Präventionsangebote sowie standardisierte Auswertungen für Steuerung und Evaluation. Die im Rahmen der **Transformationsstrategie 2a – Virtuelles Team für die Therapiesteuerung** definierten Maßnahmen und funktionalen Module sind so konzipiert, dass sie sich wechselseitig ergänzen und in ihrem Zusammenspiel die volle Wirksamkeit entfalten.

Die Plattform Therapiesteuerung versteht sich nicht als rein technisches Produkt, sondern als integraler Bestandteil eines sektorenübergreifenden Versorgungskonzepts. Sie definiert Rollen, Verantwortlichkeiten und Datenflüsse, übersetzt diese in klare Arbeitsschritte und verknüpft sie mit verbindlichen Qualitäts- und Ergebniszielen. Für Patienten entsteht ein nachvollziehbarer Pfad mit festen Ansprechstellen, für Praxen, Kliniken und weitere Beteiligte ein verlässlicher Prozess mit minimaler Mehrdokumentation und messbarer Wirkung, für Kostenträger eine steuerbare Struktur, die auf Basis der Zielerreichung vergütet wird und sich modular ausbauen lässt.

### Modellrechnung zur wirtschaftlichen Wirkung der Therapiesteuerung

Die Modellrechnung dient dazu, den wirtschaftlichen Hebel der Therapiesteuerung nicht abstrakt, sondern quantitativ greifbar zu machen. Sie beantwortet die Frage, welches jährliche Entlastungsvolumen sich erzielen lässt, wenn definierte, evidenzbasierte Interventionen, wie z. B. Telemedizin, strukturierte Therapiebegleitung, digitale Steuerung und Frühintervention, systematisch eingesetzt werden. Methodisch wird zwischen zwei Ebenen unterschieden: einer bundesweiten Betrachtung, die das gesamtgesellschaftliche Potenzial zeigt, und einer regionalen Analyse für den Raum Aachen und die angrenzenden Kreise, die den konkreten Nutzen für eine Versorgungsregion ausweist. Grundlage sind öffentlich verfügbare Krankheitskosten-, Inzidenz- und Prävalenzdaten des Statistischen Bundesamts (Destatis) sowie regionale Prävalenzwerte aus dem Gesundheitsatlas Deutschland. Die Berechnung erfolgt indikationsspezifisch für die acht betrachteten chronischen Erkrankungen: Asthma bronchiale, COPD, Depression, chronische Kreuzschmerzen, Typ-2-Diabetes, Hypertonie, Koronare Herzkrankheit und Herzinsuffizienz.

### Bundesweite Modellrechnung: Ansatz, Annahmen, Ergebnisse

Die bundesweite Modellrechnung setzt an zwei Stellgrößen an, die durch die Therapiesteuerung adressiert werden: an der Inzidenz, also der Zahl der jährlichen Neuerkrankungen, und an prävalenzbedingten Verschlechterungen bei bereits Erkrankten. Für jede Indikation werden zunächst die maßgeblichen Basisparameter herangezogen: die Gesamtkosten der Indikation, die durchschnittlichen Kosten je Fall, die jährliche Inzidenz in absoluten Zahlen und die Gesamtprävalenz. Darauf aufbauend wird die vermeidbare Fallzahl modelliert. Bei der Inzidenz wird eine indikationsspezifische mittlere Reduktionsrate angesetzt, die sich aus Studien zur Wirksamkeit sekundärpräventiver, digital gestützter und organisatorischer Interventionen sowie aus Experteneinschätzungen ableitet (Dragioti et al., 2022, Zhu et al., 2024).

In den zugrunde gelegten Datensätzen liegen diese Werte — je nach Erkrankung — zwischen 10 und 40 Prozent; in der erläuternden Folienfassung werden sie konservativ als Bandbreite von 10 bis 30 Prozent beschrieben. Für die Prävalenz wird methodisch ein einheitlicher Ansatz gewählt: 10 Prozent der kostenrelevanten Verläufe bzw. Verschlechterungen gelten als vermeidbar, wenn strukturierte Therapieplanung, Monitoring, abgestimmte Zuweisung und qualitätsgesicherte Präventionspfade flächig

eingesetzt werden. Die vermiedenen Fälle werden mit den durchschnittlichen Kosten pro Fall bewertet; die Summe der inzidenz- und prävalenzbezogenen Effekte ergibt die jährliche Einsparung je Indikation.

Das Ergebnis dieser bundesweiten Modellierung ist eindeutig: Über alle acht Indikationen ergibt sich ein **jährliches Einsparpotenzial** von **rund 6,40 Milliarden Euro**. Davon entfallen **rund 1,22 Milliarden Euro** auf die Vermeidung von Neuerkrankungen und **rund 5,18 Milliarden Euro** auf die Vermeidung kostenrelevanter Verschlechterungen bei bestehenden Erkrankungen. Die größte absolute Entlastung wird bei **Depression** ausgewiesen (**rund 1,14 Milliarden Euro**), gefolgt von der **Koronaren Herzkrankheit** (**rund 1,02 Milliarden Euro**), **COPD** (**rund 967 Millionen Euro**) und **Typ-2-Diabetes** (**rund 932 Millionen Euro**). Diese Indikationen vereinen hohe Fallzahlen mit überdurchschnittlichen Pro-Kopf-Kosten, sodass selbst moderate Reduktionsraten zu erheblichen Entlastungen führen.

Wichtig ist die Einordnung der Annahmen: Sie sind bewusst konservativ formuliert und stützen sich auf publizierte Wirksamkeiten von Sekundärprävention, Telemonitoring, strukturierter Versorgung und digitaler Koordination. In der Praxis lässt sich die Wirkung zusätzlich durch konsequente Interoperabilität der Systeme, verbindliche Reaktionslogiken im Monitoring und klare Verantwortungszuordnung verstärken – allesamt Elemente, die im Rahmen der Therapiesteuerung konzeptionell vorgesehen sind.

Abbildung 31: **Modellrechnung Effekte auf Inzidenz/Prävalenz von acht chronischen Erkrankungen (Bundesebene)**

| Indikation | Krankheitskosten / Indikation | Krankheitskosten je Fall | Inzidenz | mittlere Reduktion (%) | mittlere Reduktion (N) | Reduktion Kosten | Prävalenz | mittlere Reduktion (%) | mittlere Reduktion (N) | Reduktion Kosten | Kostenreduktion bundesweit |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Asthma bronchiale | 2.017.000.000 | 252,13 € | 550.000 | 20% | 110.000 | 27.733.750 € | 8.000.000 | 10% | 800.000 | 201.700.000 € | 229.433.750 € |
| COPD | 7.198.000.000 | 2.249,38 € | 275.000 | 40% | 110.000 | 247.431.250 € | 3.200.000 | 10% | 320.000 | 719.800.000 € | 967.231.250 € |
| Depression | 9.453.000.000 | 1.783,58 € | 1.100.000 | 10% | 110.000 | 196.194.340 € | 5.300.000 | 10% | 530.000 | 945.300.000 € | 1.141.494.340 € |
| Kreuzschmerzen (chronisch) | 3.832.000.000 | 283,85 € | 2.400.000 | 20% | 480.000 | 136.248.889 € | 13.500.000 | 10% | 1.350.000 | 383.200.000 € | 519.448.889 € |
| Typ-2-Diabetes | 7.402.000.000 | 870,82 € | 550.000 | 40% | 220.000 | 191.581.176 € | 8.500.000 | 10% | 850.000 | 740.200.000 € | 931.781.176 € |
| Hypertonie | 6.566.000.000 | 291,82 € | 700.000 | 30% | 210.000 | 61.282.667 € | 22.500.000 | 10% | 2.250.000 | 656.600.000 € | 717.882.667 € |
| Koronare Herzkrankheit | 7.946.000.000 | 2.270,29 € | 325.000 | 30% | 97.500 | 221.352.857 € | 3.500.000 | 10% | 350.000 | 794.600.000 € | 1.015.952.857 € |
| Herzinsuffizienz | 7.427.000.000 | 2.970,80 € | 225.000 | 20% | 45.000 | 133.686.000 € | 2.500.000 | 10% | 250.000 | 742.700.000 € | 876.386.000 € |
| | | | | | 1.382.500 | 1.215.510.929 € | | | 6.700.000 | 5.184.100.000 € | **6.399.610.929 €** |

Quelle: _fbeta GmbH

## Regionale Modellrechnung: Prävalenzüberhang und finanzieller Effekt

Während die bundesweite Modellrechnung die makroökonomische Größenordnung sichtbar macht, beantwortet die regionale Analyse die Frage, wo die gewählte Versorgungsregion heute steht und welches konkrete Entlastungsvolumen bei Annäherung an Referenzniveaus erreichbar ist. Methodisch wird dazu die regionale Prävalenz je Indikation — als gewichteter Durchschnitt für die Stadt Aachen sowie die Kreise Düren, Euskirchen und Heinsberg — den Vergleichswerten auf Landes- und Bundesebene gegenübergestellt. Aus der prozentualen Abweichung werden die erwarteten Fallzahlen berechnet, die sich ergeben würden, wenn die Region lediglich die Prävalenz in NRW bzw. die Prävalenz bundesweit aufwiese. Die Differenz zwischen den tatsächlich berechneten Fällen und den erwarteten Fällen bildet den Prävalenzüberhang. Multipliziert mit den jährlichen Krankheitskosten je Fall ergibt sich die finanzielle Mehrbelastung, die aktuell aus der höheren Krankheitslast resultiert.

Die Rechnung zeigt eine klare Tendenz: Die Region weist in mehreren der acht betrachteten Indikationen eine signifikant höhere Prävalenz auf. In der Summe resultieren daraus jährliche Mehrausgaben von **rund 105 Millionen Euro** gegenüber dem NRW-Durchschnitt und **rund 195 Millionen Euro** gegenüber dem Bundesdurchschnitt. Bezogen auf den Versichertenanteil der AOK Rheinland/Hamburg in der Region, in der Modellrechnung mit 30 Prozent angesetzt, entspricht dies einem möglichen Entlastungsvolumen von **rund 31,4 Millionen Euro** bei Orientierung am NRW-Wert bzw. **rund 58,6 Millionen Euro** bei Orientierung am Bundeswert. Besonders ausgeprägt fällt der Prävalenzüberhang und damit das Einsparpotenzial bei erfolgreicher Steuerung in den Indikationen Depression, COPD und chronische Kreuzschmerzen aus. Diese Muster decken sich mit der Bundesperspektive, in der diese Indikationen ebenfalls die größten absoluten Einsparungen erwarten lassen. Die regionale Analyse bestätigt somit die strategische Schwerpunktsetzung für die Einführung der Therapiesteuerungsplattform.

Abbildung 32: **Modellrechnung Effekte auf Prävalenz von acht chronischen Erkrankungen (Region Aachen im Vergleich zur Landesebene)**

| Indikation | Daten der Gebietskörperschaften Aachen | Düren | Euskirchen | Heinsberg | Region gesamt | NRW | Bund | Abweichung (in%) zu NRW | Bund | errechnete Fälle Region gesamt | Krankheits-kosten pro Fall/Jahr | erwartete Fälle (NRW-Präv.) | Überhang | regionale Mehrausgaben | erwartete Fälle (Bund-Präv.) | Überhang | regionale Mehrausgaben |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Asthma bronchiale | 5,25% | 5,59% | 5,05% | 5,02% | 5,23% | 4,92% | 4,36% | 6,10% | 19,72% | 67.936 | 252,13 € | 63.940 | 3.996 | 1.007.555 € | 56.662 | 11.274 | 2.842.452 € |
| COPD | 9,51% | 8,69% | 8,28% | 9,02% | 8,88% | 8,51% | 7,00% | 1,80% | 23,76% | 115.339 | 2.249,38 € | 110.595 | 4.744 | 10.669.951 € | 90.972 | 24.367 | 54.811.392 € |
| Depression | 14,92% | 15,45% | 13,68% | 15,26% | 14,83% | 13,27% | 12,52% | 11,50% | 18,18% | 192.697 | 1.783,58 € | 172.456 | 20.241 | 36.101.857 € | 162.709 | 29.988 | 53.486.379 € |
| Kreuzschmerzen chronisch) | 36,84% | 37,71% | 34,30% | 37,36% | 36,55% | 34,63% | 32,63% | 5,27% | 11,73% | 475.034 | 283,85 € | 450.049 | 24.985 | 7.091.952 € | 424.058 | 50.977 | 14.469.795 € |
| Typ-2-Diabetes | 10,73% | 13,28% | 11,28% | 12,15% | 11,86% | 11,43% | 11,10% | 7,06% | 10,24% | 154.132 | 870,82 € | 148.544 | 5.588 | 4.866.383 € | 144.255 | 9.877 | 8.601.049 € |
| Hypertonie | 28,79% | 34,90% | 32,44% | 33,12% | 32,31% | 30,36% | 30,00% | 10,30% | 11,62% | 419.931 | 291,82 € | 394.557 | 25.375 | 7.404.864 € | 389.878 | 30.053 | 8.770.166 € |
| Koronare Herzkrankheit | 9,09% | 9,98% | 8,50% | 10,92% | 9,62% | 8,76% | 8,08% | 11,87% | 21,29% | 125.053 | 2.270,29 € | 113.844 | 11.209 | 25.447.629 € | 105.007 | 20.046 | 45.510.687 € |
| Herzinsuffizienz | 5,03% | 5,20% | 5,88% | 4,51% | 5,16% | 4,84% | 4,98% | 7,37% | 4,35% | 66.994 | 2.970,80 € | 62.900 | 4.094 | 12.161.627 € | 64.720 | 2.274 | 6.756.459 € |
| | | | | | | | | | | | | Summe | | 104.751.817 € | | | 195.248.379 € |
| | | | | | | | | | | | | Anteil AOK (30%) | | 31.425.545 € | | | 58.574.514 € |

Quelle: _fbeta GmbH

## Einordnung der Ergebnisse, Grenzen der Modellierung und Konsequenzen für die Umsetzung

Die Ergebnisse beider Modellrechnungen sind in mehrfacher Hinsicht bedeutsam. Sie zeigen erstens, dass die Therapiesteuerung weit mehr leistet als die bloße Bereitstellung einer digitalen Plattform. Sie greift an zwei zentralen Stellen in das Versorgungsgeschehen ein: Zum einen verringert sie die Zahl neuer Krankheitsfälle, indem Prävention systematisch in die Primärversorgung integriert wird. Zum anderen senkt sie die Folgekosten bestehender chronischer Erkrankungen, indem Therapieziele, Zuweisung, Reaktionslogik und Nachsorge verbindlich koordiniert werden.

Zweitens macht insbesondere die regionale Analyse deutlich, dass der Nutzen keineswegs theoretisch ist. Er zeigt sich in Form konkret vermeidbarer Mehrausgaben, die, je nach Vergleichsmaßstab, zwischen dem Landes- und Bundesdurchschnitt im zwei- bis dreistelligen Millionenbereich pro Jahr liegen. Diese Zahlen belegen, dass die angestrebten Verbesserungen nicht nur aus gesundheitspolitischer, sondern auch aus wirtschaftlicher Sicht von erheblicher Bedeutung sind.

Drittens verdeutlicht die Gegenüberstellung der Ergebnisse der Modellrechnungen auf Bundes- und Regionalebene, wo der größte Hebel liegt. Das Einsparpotenzial durch eine Reduktion der Prävalenz übersteigt jenes aus der Verringerung der Inzidenz deutlich. Gleichzeitig ist die Prävalenzsenkung strukturell anspruchsvoller, da sie auf eine langfristige Veränderung von Versorgungsabläufen und Patientenverhalten angewiesen ist. Kurzfristige Effekte entstehen dagegen dort, wo durch Telemonitoring, strukturierte Zuweisung, telemedizinische Konsile sowie klare Entlass- und

Nachsorgeregelungen akute Verschlechterungen, unnötige Doppeluntersuchungen und vermeidbare stationäre Wiederaufnahmen verhindert werden.

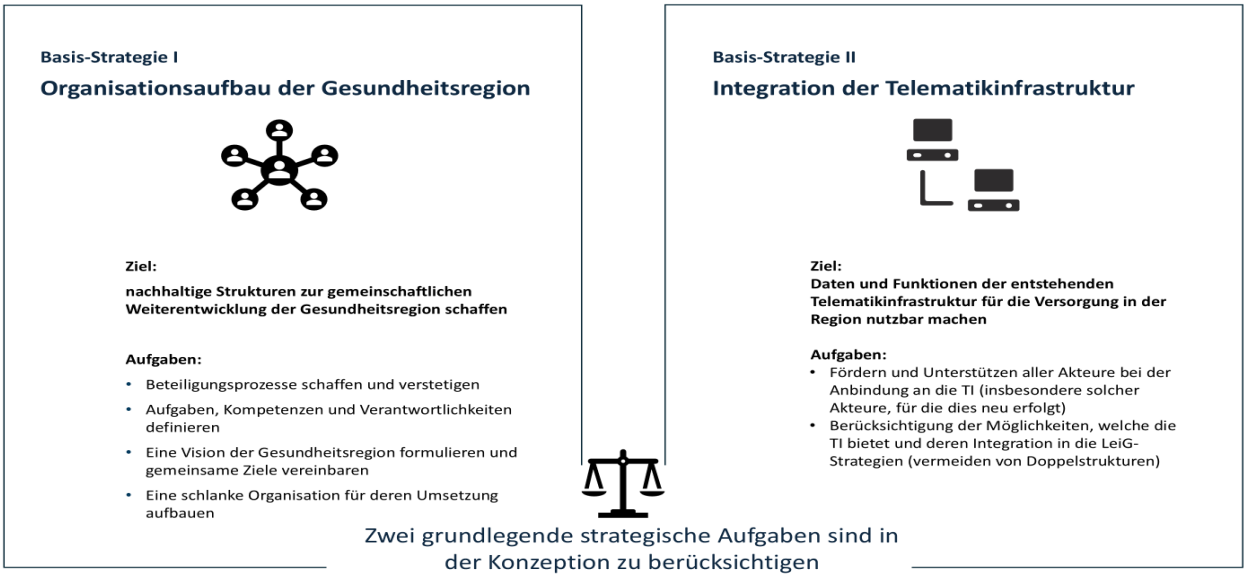
Wie bei jeder Modellierung gilt es, die methodischen Grenzen zu berücksichtigen. Die Reduktion bestehender Prävalenzen ist ein Prozess, der mehrere Jahre in Anspruch nimmt. Die hier gewählte Zielmarke von 10 Prozent bezieht sich ausschließlich auf die kostenrelevanten Verläufe und stellt daher eine konservative Annahme dar. Zudem bilden die acht betrachteten Indikationen einen großen, aber nicht den vollständigen Teil der chronischen Krankheitslast ab. Für weitere Erkrankungen ist ein Übertragungseffekt wahrscheinlich, wurde in den ausgewiesenen Summen jedoch nicht berücksichtigt.

Auch Investitions- und Betriebskosten für die Plattform und die begleitenden Versorgungsleistungen sind in den Berechnungen nicht enthalten und müssen in einer umfassenden Wirtschaftlichkeitsanalyse gegengerechnet werden. Angesichts eines jährlichen Entlastungspotenzials von rund 6,4 Milliarden Euro auf Bundesebene und bis zu rund 195 Millionen Euro in der Region bleibt jedoch selbst bei moderater Teilnahme- und Nutzungsquote ausreichend Spielraum, um die erforderliche Infrastruktur nachhaltig zu finanzieren. Dieser Spielraum vergrößert sich, wenn erfolgsorientierte Vergütungsmodelle mit den auf der Plattform erfassten Ergebnis- und Prozesskennzahlen verknüpft werden. Auf diese Weise lässt sich der ökonomische Nutzen unmittelbar mit messbaren Qualitäts- und Versorgungseffekten verbinden.

### Ausblick Implementierung der Therapiesteuerung: Basisstrategien zum Aufbau einer dauerhaften, übergreifenden Steuerungs- und Trägerstruktur

Die in der Modellrechnung dargestellten Potenziale verdeutlichen das mögliche Wirkungsspektrum einer plattformgestützten Therapiesteuerung. Damit diese Effekte langfristig realisiert werden können, bedarf es einer Organisationsstruktur, die den Transformationsprozess und die Plattform dauerhaft trägt, weiterentwickelt und stufenweise in die Regelversorgung integriert. Die Abbildung 33 beschreibt die Basisstrategien für den Aufbau einer übergreifenden Steuerungs- und Trägerstruktur, die die organisatorischen und technischen Voraussetzungen für eine nachhaltige Implementierung der Therapiesteuerung schaffen.

Abbildung 33: **Basisstrategien zur nachhaltigen Implementierung der Therapiesteuerung**




Quelle: _fbeta GmbH

Die beiden Basisstrategien bilden das Fundament für die nachfolgende **Organisationsentwicklung**. Sie sichern, dass sowohl die strukturellen Voraussetzungen (Organisation, Governance) als auch die technischen Grundlagen (Daten- und Systemintegration) für eine nachhaltige Implementierung der Therapiesteuerung gegeben sind.

Die Implementierung der Therapiesteuerung ist als langfristiger Transformationsprozess angelegt, nicht als einmaliges Projekt. Entscheidend für die praktische Umsetzung ist der Aufbau einer dauerhaften Organisation, die sektorenübergreifend arbeitet und die Plattform Schritt für Schritt in die Regelversorgung überführt. Im Mittelpunkt steht nicht die schnelle Einführung einzelner digitaler Anwendungen, sondern die Etablierung eines stabilen Rahmens, der verlässlich funktioniert, Verantwortlichkeiten klärt und die unterschiedlichen Akteure der Versorgung zusammenführt.

Das Vorgehen orientiert sich an den in der Konzeption definierten Prinzipien Modularität, Integration, Ergebnisorientierung und der konsequenten Verankerung von Sekundärprävention. Die Plattform soll so organisiert werden, dass Module, je nach Indikation und regionalem Bedarf, flexibel hinzugefügt oder angepasst werden können. Gleichzeitig muss sichergestellt sein, dass Prozesslogiken aufeinander abgestimmt sind, dass relevante Informationen zwischen den Beteiligten nahtlos fließen und dass die Qualität der Daten den Anforderungen einer evidenzbasierten Steuerung entspricht. Nur durch dieses integrative Zusammenspiel ist gewährleistet, dass die Plattform langfristig Wirkung entfaltet und die in der Modellrechnung beschriebenen Potenziale tatsächlich realisiert werden.

Ein Beispiel für die Umsetzung dieser Prinzipien ist das Projekt ALFie (Algorithmusgestützte Fallidentifikation und -steuerung). Es entwickelt Verfahren, um Patientinnen und Patienten mit komplexem oder erhöhtem Versorgungsbedarf frühzeitig zu erkennen und strukturiert in die Versorgung einzuschleusen. Damit wird eine Schnittstelle geschaffen zwischen Datenanalyse, Fallmanagement und sektorenübergreifender Versorgung. ALFie zeigt, wie digitale Steuerungslogiken auf der Basis von Routinedaten genutzt werden können, um Versorgungsprozesse zu priorisieren, individuelle Versorgungspfade zu gestalten und Ressourcen zielgerichtet einzusetzen. Als Pilotprojekt liefert ALFie wichtige Erkenntnisse für die Skalierung einer datengestützten Therapiesteuerung, die langfristig in die Regelversorgung überführt werden kann.

Für die praktische Umsetzung bedeutet dies, dass eine übergreifende Steuerungseinheit geschaffen werden muss, die fachliche, medizinische, pflegerische und therapeutische Expertise, organisatorische und technische Verantwortung bündelt. Diese Einheit bildet die Basis der Plattform, sorgt für einheitliche Standards, klare Rollen und Zuständigkeiten, stellt Verbindlichkeit her und gewährleistet eine kontinuierliche Weiterentwicklung der Plattform auf Grundlage der Praxiserfahrungen. Ergänzend braucht es Mechanismen der Qualitätssicherung, die medizinische, organisatorische und wirtschaftliche Effekte laufend messen und in die Steuerung zurückspiegeln. Damit wird ein Kreislauf geschaffen, in dem Erfahrungen aus der Praxis direkt in die Optimierung der Plattform einfließen.

Die Einführung erfolgt stufenweise. Zunächst werden einzelne Indikationen und Versorgungspfade adressiert, die als Lernräume dienen und erste Erfahrungen mit der praktischen Anwendung ermöglichen. Darauf aufbauend wird die Plattform sukzessive erweitert, regional verankert und schließlich in breiterem Maßstab skaliert. An die Stelle isolierter Pilotprojekte tritt somit ein kontinuierlicher Entwicklungsprozess, der auf Dauerhaftigkeit und Anschlussfähigkeit ausgelegt ist.

Die konkrete Ausgestaltung des Implementierungspfads – etwa zu Einschreibemodalitäten, technischen Mindeststandards, Anreizsystemen oder regionalen Steuerungsmechanismen – wird im Rahmen von Sprint III des LeiG-Projekts präzisiert. Für die Case Study steht im Vordergrund, das Prinzip einer dauerhaften, sektorenübergreifenden Organisationsstruktur herauszustellen, die den

Transformationsprozess trägt, kontinuierlich lernt und sicherstellt, dass die Therapiesteuerungsplattform nicht nur kurzfristige Effekte erzielt, sondern langfristig in die regionale Versorgungslandschaft integriert wird.

# 7 Gesundheitspolitische Implikationen

Die vorangegangenen Kapitel zeigen: Digitale Therapiesteuerung ist ein wirksamer Hebel, um Fragmentierung, Medienbrüche und verspätete Interventionen in der Versorgung chronisch bzw. multimorbid erkrankter Menschen zu überwinden. Damit die konzipierten Lösungen über Pilotprojekte hinaus systemisch wirken, braucht es einen kohärenten gesundheitspolitischen Rahmen, der Versorgungsorganisation, Technik und Finanzierung zusammenführt.

Im Fokus steht ein Primärversorgungssystem, das koordiniert, datenbasiert und präventionsorientiert arbeitet: Interdisziplinäre Teams arbeiten verlässlich zusammen, Therapiepläne werden digital geführt und sind interoperabel, telemedizinische Leistungen sind regelhaft eingebunden. Dazu sind klare Verantwortlichkeiten, verbindliche Standards und angemessene Vergütungsmechanismen erforderlich – abgestimmt zwischen regionaler Umsetzung und bundesweiter Regulierung.

Auf dieser Grundlage benennt dieses Kapitel neun Handlungsfelder, die die Skalierung und Verstetigung digital gestützter Therapiesteuerung ermöglichen: von virtuellen Teams und digitaler Therapieplanung über Telemedizin und Prävention bis zu technischen Plattformstandards, Zugangsstrukturen, regionalen Budgets und der institutionellen Verankerung im LeiG-Verfahren. Diese Agenda bildet den gesundheitspolitischen Ordnungsrahmen für eine integrierte, ergebnisorientierte Versorgung und wird in Form von neun Implikationsmodulen **(I-Modulen)** konkretisiert.

## 7.1 Primärversorgungssystem rund um virtuelle Teams

Die Einführung virtueller Teams stärkt die interdisziplinäre Koordination in der Primärversorgung und adressiert die Fragmentierung zwischen ärztlicher, pflegerischer und therapeutischer Versorgung. Dies ermöglicht eine kontinuierliche, digital gestützte Therapiesteuerung und hebt Prävention, Patientenbeteiligung und Verlaufskontrolle auf ein neues organisatorisches Niveau.

**Ebene:** Versorgung/Region

## 7.2 Therapieplanung und -steuerung technisch unterstützen, organisatorisch verankern und vergüten

Digitale Therapiepläne und Fallakten bilden das Rückgrat einer integrierten Versorgung, müssen aber verbindlich in die Versorgungsstrukturen eingebettet und angemessen vergütet werden. Nur wenn technische Interoperabilität, organisatorische Verankerung und eine angepasste Vergütungslogik zusammenkommen, kann eine nachhaltige Therapiesteuerung gelingen.

**Ebene:** Versorgung/Gesetzgeber

## 7.3 Telemedizin und Telemonitoring tiefer in der Regelversorgung verankern und vergüten, digitale Leistungen mit analoger Hauptfunktion etablieren und vergüten

Telemedizinische Leistungen wie Telekonsile, Telemonitoring und digitale Verlaufskontrolle sind zentrale Instrumente der Therapiesteuerung. Sie müssen dauerhaft in die Regelversorgung überführt, interoperabel mit medizinischen Systemen verbunden und gleichwertig zu analogen Leistungen vergütet werden, um eine sektorenübergreifende Versorgungskontinuität sicherzustellen.

**Ebene:** Versorgung/Gesetzgeber

## 7.4 Modifizierung der Angebotsformen von Sekundär- und Tertiärprävention in Richtung Lebensstilintervention und Coaching

Sekundärprävention darf nicht als punktuelles Zusatzangebot in Schulungsformaten verstanden werden, sondern muss integraler Bestandteil der Therapieplanung in der Regelversorgung werden. Die Umsetzung im Alltag sollte durch Coachings unterstützt werden. Dafür braucht es verbindliche Programme, digitale Begleitung und die angemessene Vergütung präventiver Maßnahmen auf allen Versorgungsebenen. Hierzu müssen u. a. die Zulassungskriterien für Präventionsanbieter und die Angebotsformen im *Leitfaden Prävention* der ZPP entsprechend erweitert sowie die Nutzung der Therapieplanungsplattform als Bindeglied zum ärztlichen Handeln gefördert werden.

**Ebene:** Versorgung/Gesetzgeber

## 7.5 Etablierung eines Standards für Therapieplattformen auf Basis regionaler Erprobung

Regionale Gesundheitsregionen können als Reallabore für die Erprobung digitaler Therapieplattformen und einer virtuellen Zusammenarbeit der Leistungserbringer dienen. Ein gemeinsamer Standard, der aus diesen Erprobungen hervorgeht, schafft Skalierbarkeit und Interoperabilität im nationalen Versorgungssystem. Hierüber können, wie auch in der nationalen E-Health-Infrastruktur üblich, ein nationaler Standard gesetzt und auf der Basis entsprechende IT-Anbieter für die Regionen empfohlen werden. Durch regionale Pilotierung können praktikable Standards entstehen, die dann schrittweise in einen auf Land oder Bund ausgerichteten Standard überführt werden können.

**Ebene:** Region/Gesetzgeber

## 7.6 Etablierung eines Standards für Zugangsplattformen auf Basis regionaler Erprobung

Zugangsplattformen bündeln regionale Versorgungsangebote und erleichtern Patienten den Weg zu Prävention, Therapie und Pflege. Damit sie wirksam sind, müssen die Plattformen interoperabel, rechtlich abgesichert und durch nationale Vorgaben harmonisiert werden. Durch regionale Pilotierung können praktikable Standards entstehen, die dann schrittweise in einen auf Land oder Bund ausgerichteten Standard überführt werden können.

**Ebene:** Region/Gesetzgeber

## 7.7 Integration des Öffentlichen Gesundheitsdienstes mit Settingmaßnahmen in das LeiG-Verfahren

Der Öffentliche Gesundheitsdienst (ÖGD), Gemeindeschwestern, kommunale Beratungsstellen, betriebliches Gesundheitsmanagement und ähnliche regionale Akteure sollten als aktive Partner in die digitale Therapiesteuerung eingebunden werden – insbesondere bei Prävention, Früherkennung und Coaching. Die Integration in regionale Plattformen stärkt die Schnittstelle zwischen Bevölkerungsgesundheit und individueller Versorgung. Zudem werden Settingmaßnahmen (Verhältnisprävention) mit individuellen Präventionsmaßnahmen (Verhaltensprävention) über den

digitalen Therapieplan verzahnt. Das Zusammenwirken der verschiedenen Akteure, der Verhältnis- und der Verhaltensprävention stärkt die Versorgungssteuerung im regionalen Kontext.

**Ebene:** Region/Gesetzgeber

## 7.8 Etablierung von regionalen Budgets für das Management von Gesundheitsregionen

Regionale Budgets ermöglichen, Versorgungspfade flexibel zu steuern und Ressourcen indikationsübergreifend einzusetzen. Sie schaffen Handlungsspielräume für hybride, digital unterstützte Versorgungsmodelle und fördern die Eigenverantwortung regionaler Akteure. Sie adressieren bestehende Fragmentierung in regionalen Gesundheitsökosystemen und sind eine zentrale Voraussetzung zur Verbesserung der Leistungsfähigkeit der regionalen Gesundheitsversorgung. Insbesondere wird damit die regionale Umsetzungskompetenz für Versorgungsinnovationen, wie z. B. Innovationsfondsprojekte, auf eine Finanzierungsgrundlage für den Rollout gestellt.

**Ebene:** Region Gesetzgeber

## 7.9 Integration des LeiG-Verfahrens in Gesundheitsregionen und regulierende Organe auf Landes- und Bundesebene mit Betreiber- und Ergebnisverantwortung

Die politische und regulatorische Einbettung des LeiG-Verfahrens ist eine zentrale Voraussetzung für dessen Skalierung und nachhaltige Verankerung. Nur durch eine institutionalisierte, verbindliche Rückkopplung zwischen regionaler Umsetzungsebene in Gesundheitsregionen und den nationalen Steuerungsorganen auf Landes- und Bundesebene kann das LeiG-Verfahren nachhaltig wirken. In den Regionen ist hier eine Organisation mit Betreiber- und Ergebnisverantwortung sinnvoll, auch um Implementierungsstärke für Versorgungsinnovationen und einen Transfer u. a. aus der Förderphase des Innovationsfonds zu schaffen.

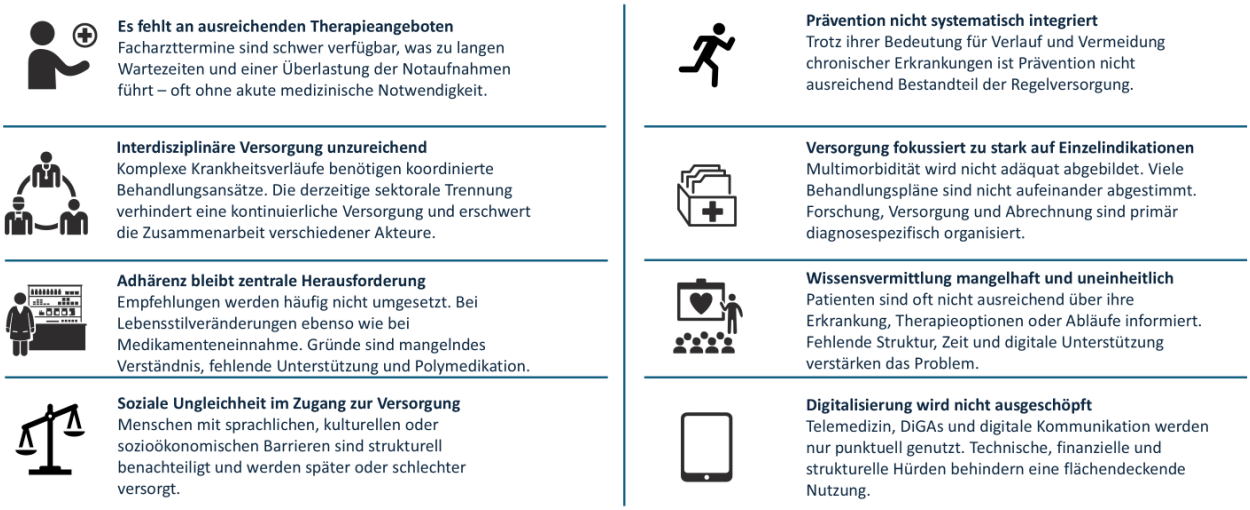
**Ebene:** Gesetzgeber/Bund-Land-Koordination

# 8 Anhang: Grafiken

## Abbildung 34: **Versorgungsgegenstand. Versorgungsinhaltliche Potenzialanalyse**

Quelle: _fbeta GmbH

## Abbildung 35: **Versorgungssituation (Defizite)**




Quelle: _fbeta GmbH

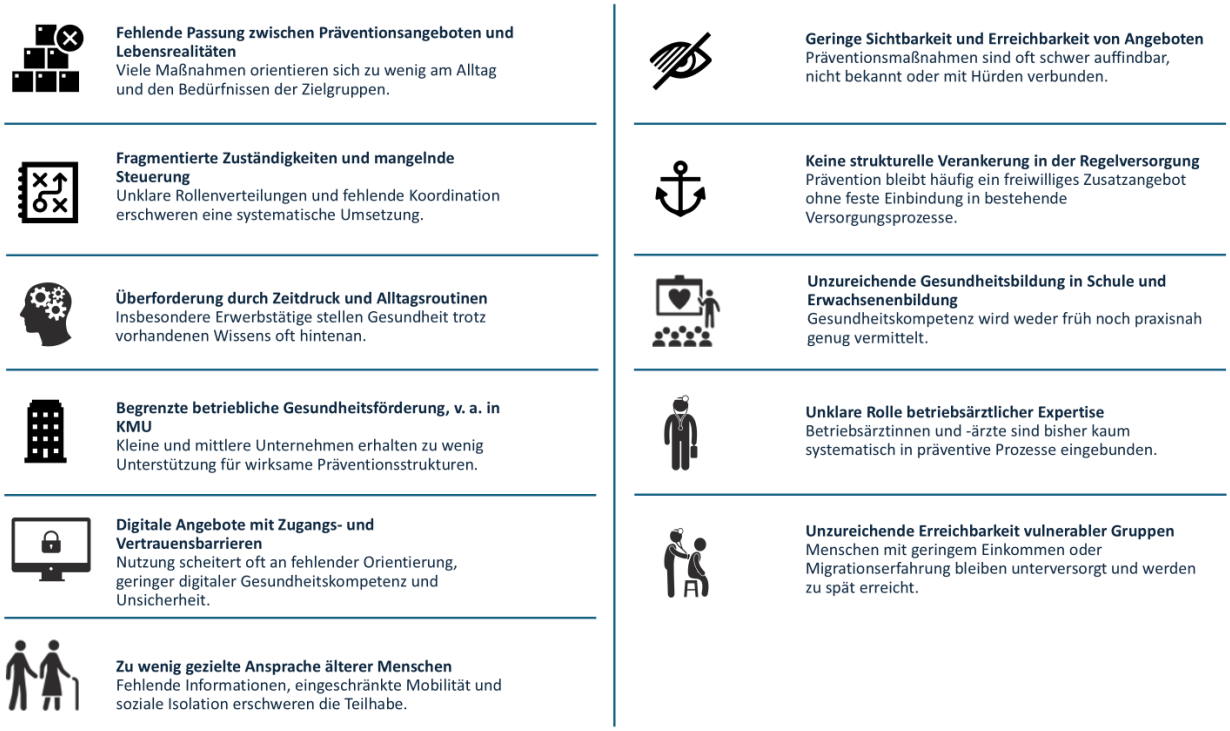
## Abbildung 36: **Zentrale Aussagen zu krankheitsspezifischen Defiziten**

Quelle: _fbeta GmbH

## Abbildung 37: **Bedarf- und Bedürfnisanalyse. Gesundheitsverhalten in Deutschland**

Quelle: _fbeta GmbH

Abbildung 38: **Versorgungssituation (Defizite)**




Quelle: _fbeta GmbH

Tabelle 5: **Prozessorientierte Module im Überblick**

| ID | Name | Versorgungspotenzial aus Sicht der Gesundheitsregion | Intersektoraler Wertschöpfungsfokus (Prozesspotenzial) |
|---|---|---|---|
| **M-1** | **Früherkennung und Vorsorge** | In unserer Gesundheitsregion setzen wir uns gemeinsam dafür ein, Strukturen und Prozesse zu schaffen, die die Früherkennung von chronischen Erkrankungen und Pflegebedürftigkeit nachhaltig verbessern. Durch die Förderung innovativer Tools und die harmonisierte Zusammenarbeit aller Akteure ermöglichen wir es, Betroffenen schneller Zugang zu passenden Interventionen zu bieten. Ein großer Stellenwert kommt dabei der Sekundär- und Tertiärprävention bereits im System eingeschlossener Patienten und Pflegebedürftigen zu. | ▪ Betroffene: Stärkung proaktives Gesundheitsverhalten; Schulungen<br>▪ Soziales Umfeld: frühzeitige Meldung von Auffälligkeiten; Schulungen<br>▪ HA/FA: frühzeitige Diagnostik und Interventionen; zügige Fallbegutachtung via Tele-Visite<br>▪ Klinik: verbessertes Entlassmanagement<br>▪ LE Heil- und Hilfsmittel: intensivere Einbindung, insb. Erfolgs- und Verlaufsfeedback<br>▪ sonstige LE Gesundheitsförderung: intensivere Einbindung, insb. Erfolgs- und Verlaufsfeedback<br>▪ Apotheken<br>▪ Professionelle Pflege: frühzeitiges Erkennen, Melden und Dokumentieren von wesentlichen Veränderungen der Pflegebedürftigkeit sowie unmittelbare Anpassung pflegerischer Maßnahmen<br>▪ Krankenkassen: datenbasierte, individuelle Vorsorgeangebote und Erinnerungen; Schulungs- und Informationskampagnen |
| **M-2** | **Assessment, Fallklärung, Erstdiagnose und Erstveranlassung** | Wir möchten eine umfassende, bürgerorientierte Struktur schaffen, die den individuellen Versorgungs- und Pflegebedarf effizient initial erfasst und schnelle Wege zu bedarfsgerechten Leistungen und Hilfsmitteln ermöglicht. Gemeinsam arbeiten wir daran, dass alle Pflegebedürftigen und Patienten zeitnah die passende Unterstützung erhalten und bürokratische Prozesse beschleunigt werden. Erstmaliges Auftreten und wesentliche Veränderungen von Pflegebedürftigkeit bzw. chronischer Krankheit stehen dabei gleichermaßen im Fokus. | ▪ Betroffene: schneller, unkomplizierter Zugang zur Versorgung; bedarfsgerechte Ersteinschätzung und Terminservice<br>▪ Alle regionalen LE (HA/FA, Klinik, Heil- und Hilfsmittel, Gesundheitsförderung, professionelle Pflege): gemeinsame Steuerlogik; Verzeichnisse und Transparenz über verfügbare Termine und Leistungen; Beschleunigung der administrativen Veranlassung<br>▪ Pflegeberatung und Assessment: Beschleunigung der Pflegebedürftigkeits- und Pflegegradermittlung |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **M-3** | **Finanzierungsnavigation bevorstehender Leistungen** | Wir schaffen eine transparente, leicht zugängliche Unterstützung für Pflegebedürftige/Patienten und ihre Angehörigen, die Finanzierung bevorstehender, bedarfsgerechter Leistungen besser zu organisieren. Mit einem sektorenübergreifenden Überblick über verfügbare Unterstützungsleistungen und Finanzierungsmöglichkeiten erleichtern wir es, informierte Entscheidungen zu treffen und die richtige Kombination aus Sach- und Geldleistungen zu wählen. Durch digitale und persönliche Unterstützung helfen wir, die passende Kombination zu identifizieren und notwendige Anträge zu stellen. | ▪ Betroffene und soziales Umfeld: schnelle und valide Auskunft über Finanzierung individuell konfigurierter Unterstützungsleistungen<br>▪ Alle regionalen LE (HA/FA, Klinik, Heil- und Hilfsmittel, Gesundheitsförderung, professionelle Pflege): Verzeichnisse und Transparenz über verfügbare Leistungen und Preise<br>▪ Pflegeberatung und Assessment, Kranken-/Pflegekassen: verbesserte Beratungsqualität und -effizienz bzgl. Konfiguration und Finanzierung fallbezogener Leistungen |
| **M-4** | **Weiterführende Diagnostik und Interventionsplanung** | Durch die Stärkung weiterführender, leitliniengerechter Diagnostik und eine integrierte Interventionsplanung tragen wir dazu bei, chronische Erkrankungen und Pflegebedürftigkeit frühzeitig zu erkennen und unmittelbar geeignete Maßnahmen zu organisieren. Wir möchten Diagnostik und Betreuung in der frühen Phase von chronischen Erkrankungen und Pflegebedürftigkeit verbessern, um die Lebensqualität der Betroffenen zu steigern und einer Verschlechterung entgegenzuwirken. Dabei setzen wir auf transparente Prozesse, Fallmanagement und ein hybrides Leistungsangebot, um die Qualität der Versorgung zu steigern und regionale Ressourcen effizient einzusetzen. | ▪ Betroffene: verbesserte Information und Koordination mehrteiliger Diagnostik und begleitender Therapiemaßnahmen<br>▪ HA/FA: Fallmanagement zur besseren Koordination leitliniengerechter Diagnostik und initialer Therapie; verbesserte Fallkommunikation; frühzeitige Integration von Vorsorgeleistungen<br>▪ Klinik: telemedizinische Konsile; bessere Koordination klinischer Untersuchungen in Gesamtablauf<br>▪ LE Heil- und Hilfsmittel und Gesundheitsförderung: frühzeitige Integration begleitender Maßnahmen<br>▪ Professionelle Pflege: Integration standardisierter Pflegediagnosen |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **M-5** | **Sicherheit und Notfälle** | Wir entwickeln smarte und vernetzte Sicherheits- und Notfalllösungen, die es ermöglichen, in kritischen Situationen schnell zu handeln – sowohl für Pflegebedürftige als auch für chronisch Erkrankte (Schübe, Dekompensation, weitere Risiken). Durch die Vernetzung modularer Systeme schaffen wir eine Umgebung, die Betroffenen, Angehörigen sowie Fachkräften Sicherheit gibt. Unser Ziel ist es, ein flexibles, integriertes und vorbeugendes Ökosystem aufzubauen, das schnell adäquate Maßnahmen in Krisensituationen einleitet. Gleichzeitig schaffen wir offene Strukturen, die die Implementierung und Weiterentwicklung neuer Lösungen erleichtern, sodass die Region kontinuierlich von technologischen Fortschritten profitiert. | ▪ Betroffene: verbesserte Ausstattung mit Sensorik zum Monitoring und zur Risikodetektion inkl. Ereignismeldung<br>▪ Professionelle Pflege: verbesserte Ausstattung mit Sensorik zum Monitoring und zur Risikodetektion inkl. Ereignismeldung; Kommunikation im Ereignisfall mit Pflegenotdiensten, Notfall- und Rettungsdiensten |
| **M-6** | **Integrierte Gesundheits-kompetenz, Lebensstiländerung, Selbsthilfe und Qualitätszirkel** | In unserer Gesundheitsregion schaffen wir ein vielfältiges und ganzheitliches Angebot zur nachhaltigen Stärkung der Gesundheitskompetenz der Bevölkerung – insbesondere von Pflegebedürftigen, chronisch Erkrankten und ihren Angehörigen. Durch die Verbindung persönlicher und analoger sowie digitaler Angebote fördern wir Lebensstiländerungen, stärken die Selbsthilfe und etablieren professionell begleitete Qualitätszirkel. Wir möchten eine breite Palette an Lern- und Unterstützungsangeboten bereitstellen, die Menschen motivieren, ihr Verhalten positiv zu verändern und Selbsthilfestrukturen zu nutzen. Gemeinsam schaffen wir ein gesundheitsförderndes Umfeld, das eng mit der professionellen medizinischen Versorgung und Pflege verzahnt ist. | ▪ Betroffene und soziales Umfeld: Nutzung vorhandener Lern-, Coaching- und Unterstützungsangebote<br>▪ HA/FA: fallbezogene Feedbackloops bzgl. Maßnahmen der Gesundheitsförderung und aktivierende Therapie<br>▪ LE Heil- und Hilfsmittel und sonstige LE Gesundheitsförderung: niedrigschwellige Feedbackschleifen mit primär behandelnder Ärzteschaft zur Adhärenz und Ergebnisqualität<br>▪ Krankenkassen: Informations- und Werbekampagnen; Strukturentwicklung zur Gesundheitsförderung im Quartier |
| **M-7** | **Kontinuierliches Monitoring und Interventions-anpassungen** | Wir streben an, eine führende Rolle in der Förderung, Integration und Nutzung von Anwendungen einzunehmen, die ein kontinuierliches Monitoring und dynamische Interventionsanpassungen für chronisch erkrankte Personen und Pflegebedürftige erlauben. Wir möchten integrationsfreudige Strukturen schaffen und die Entwicklung und Nutzung der Anwendungen fördern. | ▪ Betroffene: Nutzung von Sensorik und Trackingtools zur Erfassung von Vitalparametern, Gesundheitszuständen und Verhaltensmaßnahmen; kurzfristige Anpassungen von Therapiemaßnahmen und -plänen; Motivationssteigerung durch Gamification und Verlaufskontrolle<br>▪ Regionales Versorgungsteam aus HA/FA, LE Heil- und Hilfsmittel, professioneller Pflege: beschleunigte und individuelle Therapieanpassungen; gemeinschaftliche Fallkommunikation und teamorientierte Aufgabenteilung |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **M-8** | **Telemedizin in der kontinuierlichen Therapie und Betreuung** | Wir setzen auf den verstärkten Einsatz von Telemedizin, um die Therapie und Betreuung von chronisch Erkrankten und Pflegebedürftigen zu verbessern. Durch telemedizinische Elemente und flexible Versorgungsmodelle schaffen wir barrierearme Zugänge zur medizinischen Versorgung, aktivierenden Therapie, pflegerischen Betreuung und zum Lebensstilcoaching. Wir fördern die intersektorale, telekooperative Zusammenarbeit zwischen medizinischen, therapeutischen und nicht-ärztlichen Akteuren und nutzen synchrone und asynchrone Telemedizin, um individuelle Bedürfnisse abzudecken. | ▪ Betroffene: Nutzung telemedizinischer Versorgungsangebote (Monitoring, aktivierende Therapie, Gesundheitsförderung, Coaching)<br>▪ HA/FA: Tele-Visiten mit aufsuchender oder stationärer Pflege; indikationsspezifisches Telemonitoring; fallbezogene Telekooperation; unkomplizierte Einschreibung und telemedizinische Versorgungsprogramme; Neugestaltung eines hybriden Praxisalltags<br>▪ Klinik: bedarfsorientierte, telemedizinische Integration von Fachzentren über Videosprechstunden, Tele-Konsile, Tele-Boards und Messaging-Dienste<br>▪ LE Heil- und Hilfsmittel: Stärkung der Einbindung und Nutzung im Versorgungsprozess<br>▪ sonstige LE Gesundheitsförderung: Stärkung von Tele-Coachingangeboten<br>▪ Professionelle Pflege: Tele-Visiten und schnelle Rücksprache mit ärztlichen Versorgungsteams<br>▪ Krankenkassen: Erleichterung des Zugangs zu flexiblen Versorgungsprogrammen |
| **M-12** | **Gesundheitssteuerung – aktive prozessuale Vernetzung aller Beteiligten** | In unserer Gesundheitsregion schaffen wir eine aktive und integrierte Gesundheitsvernetzung, die ein umfassendes Fallmanagement von Pflegebedürftigen und chronisch Erkrankten über alle beteiligten Akteure hinweg etabliert. Unser Ziel ist es, eine regionale Kümmerer- und Steuerungsstruktur zu schaffen, die durch digitale Werkzeuge, klare Eskalationshierarchien und abgestimmte Interventionsoptionen unterstützt wird. Durch die digitale Prozesssteuerung und klare Versorgungspfade verbessern wir die Koordination der Gesundheitsförderung und Krankheitsversorgung. Bedarfsgerechtigkeit, regionale Verfügbarkeit und personalisierte Versorgung werden durch dieses Fallmanagement für eine regional bestmögliche Versorgungsqualität balanciert. Wir fördern den Einsatz moderner Interventionsoptionen und maßgeschneiderter Workflow-Systeme und setzen uns intensiv für die organisatorische Integration dieses Fallmanagements in der Gesundheitsregion ein. | ▪ HA/FA: primärärztlich verantwortetes Fallmanagement<br>▪ Alle regionalen professionellen LE: teamorientierte und arbeitsteilige Versorgung entlang individuell konfigurierter Versorgungspfade; fallbezogene Kommunikation und Dokumentation |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **M-14** | **Dispatching akuter Versorgungsanlässe** | Wir etablieren eine effiziente Steuerung akuter Anliegen chronisch Erkrankter und Pflegebedürftiger, die unabhängig von übergeordneten Fallmanagementstrukturen funktioniert. Mit organisatorischer Verzahnung, technischer Integration und fortschrittlichen Entscheidungsunterstützungs- und Navigationstools schaffen wir ein System, das akute Anliegen sicher einschätzt und die geeignete Versorgungsleistung zum Versorgungsbedarf leitet. Unser Ziel ist es, die Anlassklärung, Dispatching-Prozesse und die Koordinierung mobiler Einsatzteams so zu verbessern, dass die Zielgruppe in akuten Situationen einen guten Zugang zu kontextadäquaten (Patientenkonditionen, Lebensumstände etc.) Leistungen findet. Durch die Verzahnung regionaler Akutfall- und Notfallstrukturen schaffen wir eine effektive Infrastruktur. | ▪ Betroffene und soziales Umfeld: unterstütztes Self-Assessment<br>▪ Point-of-Care (. z. B. durch HA/FA, professionelle Pflege, Terminservicestellen, Leitstellen, ambulante Bereitschaftsdienste): Triage und Steuerung<br>▪ HA/FA: ggf. primärärztliche Beteiligung bei der Entscheidungsfindung zu Diagnostik, Therapie und weiterem Versorgungsbedarf<br>▪<br>▪ Einsatzteams: optimierte Routenplanung bei mobilen Einsätzen; telemedizinische Beurteilung |
| *Querschnittsmodule* | | | |
| **M-9** | **Passive Vernetzung (Akte) von wesentlichen LE mit Patienten** | In unserer Gesundheitsregion fördern wir die passive Vernetzung aller wesentlichen Akteure – Patienten, Haus- und Fachärzte, professionelle Pflege, Apotheken und Kliniken. Durch den Rollout und die nachhaltige Implementierung zentraler Bausteine der Telematikinfrastruktur (TI), insbesondere der „ePA für alle“, schaffen wir eine digitale Grundlage, die den Austausch relevanter Informationen erleichtert, Prozesse optimiert und die Qualität der Versorgung nachhaltig verbessert. Als Gesundheitsregion möchten wir Katalysator dieser zentral gesteuerten Transformation sein. Diese Infrastruktur erleichtert die routinemäßige und anlassbezogene Datennutzung. | ▪ HA/FA, Klinik, Apotheken, professionelle Pflege, teilweise LE Heilmittel: Einsicht und Bearbeitung der Patienten- und Fallinformation zur Verbesserung der Informationslage bei ärztlichen, pflegerischen oder therapeutischen Entscheidungen |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **M-10** | **Passive Vernetzung (Akte) von besonderen LE mit Patienten** | Die passive Vernetzung von Patienten mit wesentlichen Leistungserbringenden möchten wir um weitere, regional besonders wirksame Akteuren erweitern, die für eine ganzheitliche Gesundheitsversorgung unverzichtbar sind. Dieses Modul baut auf den Grundlagen der Telematikinfrastruktur (TI) auf und erweitert diese gezielt um Organisationen und Leistungserbringende, die in der aktuellen Roadmap der TI-Implementierung nicht priorisiert werden. Unser Ziel ist es, regionale Organisationen und besondere Leistungserbringende wie Sozialverbände, Selbsthilfegruppen, Heil- und Hilfsmittelerbringer, mobile Pflegedienste, spezialisierte Therapiezentren und weitere Akteure aktiv in die digitale Gesundheitsinfrastruktur einzubinden. | ▪ LE Heil- und Hilfsmittel, Gesundheitsförderung: Einsicht und Bearbeitung der Patienten- und Fallinformation zur Verbesserung der Informationslage bei ärztlichen, pflegerischen oder therapeutischen Entscheidungen |
| **M-11** | **Asynchrone Fall-kommunikation** | In unserer Gesundheitsregion wollen wir die asynchrone fallbezogene Kommunikation zwischen allen relevanten Akteuren fördern und etablieren. Durch den Einsatz moderner Kommunikationsdienste wie KIM und TIM sowie die Integration weiterer Organisationen schaffen wir eine harmonisierte und effiziente Kommunikationsstruktur. Diese soll die regionale Versorgung verbessern, die Akzeptanz neuer Dienste stärken und die Zusammenarbeit aller Beteiligten optimieren. Dadurch unterstützen wir die Koordination von Leistungen, fördern die Akzeptanz digitaler Dienste und ermöglichen eine ganzheitliche Versorgung auch über die Telematikinfrastruktur (TI) hinaus. | ▪ Betroffene plus regionales Versorgungsteam über alle LE: fallbezogenes Messaging und Mailing zur Verbesserung der Informationslage und Beschleunigung bei ärztlichen, pflegerischen oder therapeutischen Entscheidungen |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **M-13** | **Versorgungs-management** | Wir fördern ein integriertes Versorgungsmanagement, das durch eine Multivertragsfähigkeit eine nahtlose Zusammenarbeit zwischen verschiedenen Akteuren der Gesundheitsversorgung ermöglicht. Wir schaffen technische und organisatorische Strukturen, die ein umfassendes Portfolio von Versorgungsverträgen und innovativen Programmen verwalten und kombinieren können. So wird ein organisatorisches Fundament für eine flexible, skalierbare, integrierte Versorgung geschaffen. Zudem wollen wir die populationsbezogene Ergebnisorientierung stärker an Vergütungsoptionen binden. Unser Ziel ist es, ein aktives Management des Vertragsportfolios zu etablieren, das die Leistungserbringung und die Versicherungslandschaft effektiv miteinander verbindet – auch über verschiedene Versicherungsarten hinweg. | ▪ HA/FA: erleichterte Einschreibung, Dokumentation und Abrechnung von Versorgungsverträgen<br>▪ Krankenkassen: (technische) Standardisierung und Steigerung der Kompatibilität von Versorgungsverträgen zur Multivertragsfähigkeit |
| **M-15** | **KI-unterstützte Fall- und Pflegedokumentation** | Wir organisieren für die regionalen Akteure der Gesundheitsversorgung KI-gestützte Dokumentationshilfen, die den Leistungserbringenden und Versorgungsteams chronisch Erkrankter und Pflegebedürftiger flexibel zur Verfügung stehen sollen. Wir möchten Entlastung von unnötiger Dokumentation schaffen, sodass mehr Kapazitäten für die menschliche Interaktion entstehen. Unser Ziel ist eine Region, in der Dokumentationsaufgaben effizient, benutzerfreundlich und technisch nahtlos integriert erledigt werden – ohne zusätzlichen Organisationsaufwand für die Leistungserbringenden. Die Region übernimmt große Teile der Verantwortung für Beschaffung, Entwicklung, Betrieb und Pflege dieser KI-Unterstützung. Zudem unterstützt sie regionale Partner bei der Implementierung, um die Nutzung optional und bedarfsgerecht zu gestalten. | ▪ Regionales Versorgungsteam aus HA/FA, LE Heil- und Hilfsmittel und professionelle Pflege: Beschleunigung und Qualitätsverbesserung der Dokumentations- und Informationsaufgaben |

Quelle: _fbeta GmbH

## Literaturverzeichnis


[1] BUNDESMINISTERIUM FÜR BILDUNG UND FORSCHUNG. 2014. Wie krank sind wir wirklich? - Erstmals liegen verlässliche Daten zu Mehrfacherkrankungen im Alter vor. *Bundesministerium für Bildung und Forschung*, 02.2014.

[2] BUNDESZENTRALE FÜR POLITISCHE BILDUNG. 2022. *Gesundheitsausgaben* [Online]. Available: https://www.bpb.de/kurz-knapp/zahlen-und-fakten/soziale-situation-in-deutschland/61804/gesundheitsausgaben/ [Accessed 10.05.2024].

[3] DRAGIOTI, E., RADUA, J., SOLMI, M., ARANGO, C., OLIVER, D., CORTESE, S., JONES, P. B., IL SHIN, J., CORRELL, C. U. & FUSAR-POLI, P. 2022. Global population attributable fraction of potentially modifiable risk factors for mental disorders: a meta-umbrella systematic review. *Mol Psychiatry,* 27**,** 3510-3519.

[4] FERRER, R. & KLEIN, W. M. 2015. Risk perceptions and health behavior. *Curr Opin Psychol,* 5**,** 85-89.

[5] FERRER, R. A., KLEIN, W. M. P., AVISHAI, A., JONES, K., VILLEGAS, M. & SHEERAN, P. 2018. When does risk perception predict protection motivation for health threats? A person-by-situation analysis. *PLOS ONE,* 13.

[6] GESUNDHEITSWISSEN, S. 2022. Immer mehr Menschen mit chronischen Erkrankungen über Jahrzehnte beeinträchtigt Bedarf an verlässlichen Gesundheitsinformationen steigt. 09.02.2022.

[7] GEYER, S. & EBERHARD, S. 2022. Kompression und Expansion der Morbidität - Ein Vergleich von Kohorten gleichen Alters zu verschiedenen Zeitpunkten. *Dtsch Arztebl Intl,* 119**,** 810-5.

[8] GLOBAL BURDEN OF DISEASE COLLABORATIVE NETWORK 2024. Global Burden of Disease Study 2021. Seattle, USA.

[9] NATIONAL HEALTH SERVICE. 2025. *NHS Prevention Programme* [Online]. Available: https://www.england.nhs.uk/ourwork/prevention/ [Accessed 16.04.2025].

[10] RESNICOW, K., DIIORIO, C., SOET, J., BORRELLI, B., HECHT, J. & ERNST, D. 2002. Motivational Interviewing in Health Promotion: It Sounds Like Something Is Changing. *Health psychology : official journal of the Division of Health Psychology, American Psychological Association,* 21**,** 444-51.

[11] SCHÄFER, S. K., FRITZ, J., SOPP, M. R., KUNZLER, A. M., VON BOROS, L., TÜSCHER, O., GÖRITZ, A. S., LIEB, K. & MICHAEL, T. 2023. Interrelations of resilience factors and their incremental impact

for mental health: insights from network modeling using a prospective study across seven timepoints. *Translational Psychiatry,* 13**,** 328.

[12]SCHÄFER, S. K., SUPKE, M., KAUSMANN, C., SCHAUBRUCH, L. M., LIEB, K. & COHRDES, C. 2024. A systematic review of individual, social, and societal resilience factors in response to societal challenges and crises. *Communications Psychology,* 2**,** 92.

[13]STATISTISCHES BUNDESAMT. 2024. Gesundheitsausgaben im Jahr 2022 auf knapp 500 Milliarden Euro gestiegen. *Statistisches Bundesamt*.

[14]STIFTUNG GESUNDHEITSWISSEN 2022. Immer mehr Menschen mit chronischen Erkrankungen über Jahrzehnte beeinträchtigt – Bedarf an verlässlichen Gesundheitsinformationen steigt.Pressemitteilung, 09.02.2022. Available:https://www.stiftung-gesundheitswissen.de/sites/default/files/pdf/PM_Studie%20zu%20Menschen%20mit%20chronischen%20Erkrankung_GesundheitsorientierungInformationsverhalten.pdf [Accessed 10.05.2024].

[15]WANG, F. & WANG, J. D. 2021. Investing preventive care and economic development in ageing societies: empirical evidences from OECD countries. *Health Econ Rev,* 11**,** 18.

[16]ZHU, F., BOERSMA, E., TILLY, M., IKRAM, M. K., QI, H. & KAVOUSI, M. 2024. Trends in population attributable fraction of modifiable risk factors for cardiovascular diseases across three decades. *Eur J Prev Cardiol,* 31**,** 1724-1733.

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 Pflegender 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 Therapieversorgung 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**

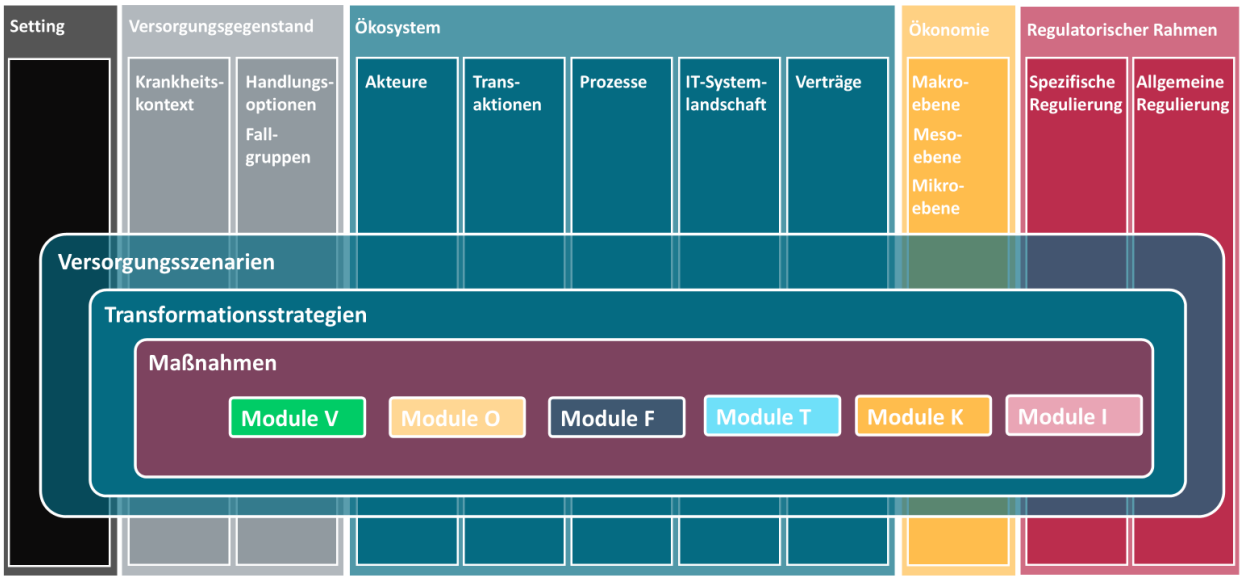
1. **Versorgungsszenarien** – indikationsübergreifende Segmente, die typische Versorgungslagen und Nutzungslogiken beschreiben.
2. **Transformationsstrategien** – übergeordnete Lösungsansätze, die aus den Szenarien abgeleitet werden und den strategischen Rahmen bilden.
3. **Maßnahmen** – konkrete operative 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 entlangder 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.

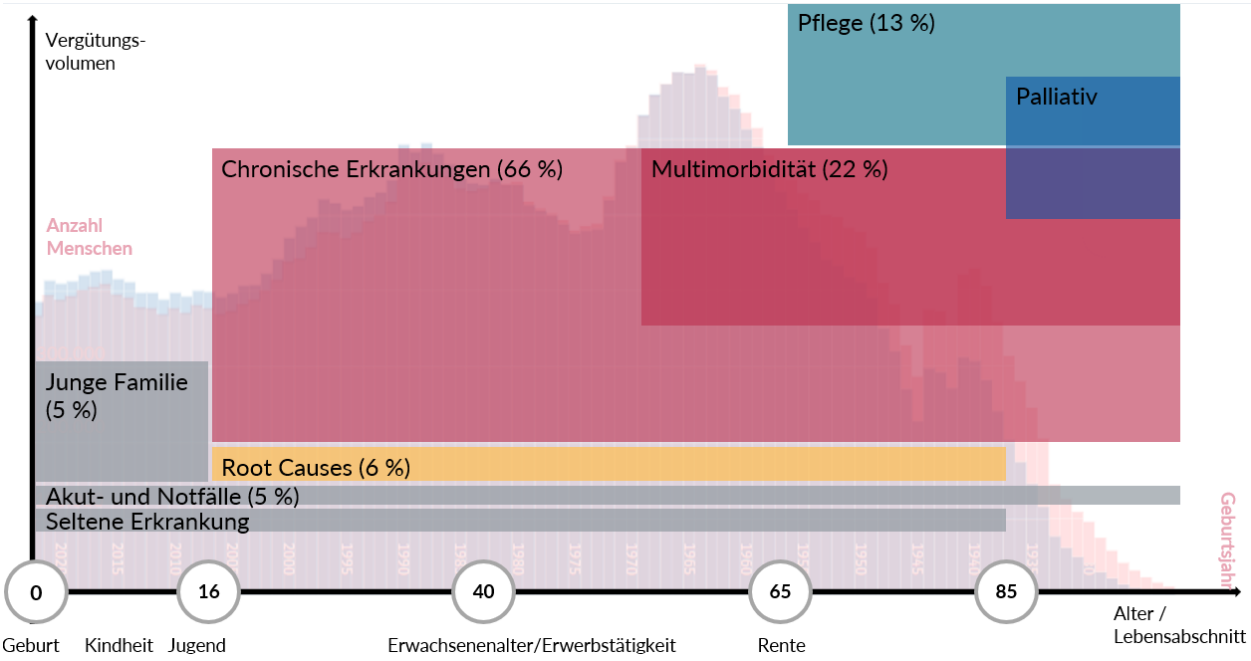
**Institutionelle Fragmentierung**

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 Versorgungsökosystem 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 Struktur**[1][2][3][4][5] | | | | | | |
| Fläche (km²) | 34,110 | 706,92 | 160,85 | 1.238,72 | 627,92 | 941,48 |
| Stadtgliederung | | 10 Gemeinden | 7 Stadtbezirke | 11 Gemeinden | 10 Gemeinden | 15 Gemeinden |
| **Stand 2022**[1][2][3][4][5][6] | | | | | | |
| **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./km² | 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 2030**[1][2][3][4][5][6] | | | | | | |
| 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 Versorgungstrukturen**

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<br>– Fehlende sektorenübergreifende Koordination und Informationswege<br>– Geringe Interdisziplinarität zwischen Haus- und Fachärzten, Pflege- und Therapieberufen<br>– Fehlende kontinuierliche Adhärenz- und Selbstmanagementunterstützung<br>– Verspätete Interventionen durch fehlendes Monitoring<br>– Kaum genutzte digitale Unterstützungsangebote |
| **Versorgungsinhaltliche Potenziale** |
| Die Potenzialanalyse identifiziert mehrere Hebel, die indikationsübergreifend wirken:<br>– **Frühe Prävention und Risikoerkennung** (v. a. Typ-2-Diabetes, Hypertonie, COPD, KHK)<br>– **Interdisziplinäre Teamstrukturen**, die medizinische, pflegerische und therapeutische Prozesse verbinden<br>– **Stärkung von Adhärenz und Selbstmanagement** durch Coaching und digitale Begleitung<br>– **Einbettung von Telemedizin und Monitoring** besonders bei Herzinsuffizienz, Hypertonie, Depressionen und Atemwegserkrankungen<br>– **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 %<br>(durch Rauchen verursachte Fälle) | (Lu et al., 2024) |
| Depressionen | ca. 22 %<br>(bei Erwachsenen) | (Schuch et al., 2018) |
| Kreuzschmerzen (chronisch) | ca. 39 % | (GBD 2021 Low Back Pain Collaborators, 2023) |
| Typ-2-Diabetes | ca. 90 %<br>(bei Frauen) | (Hu et al., 2001) |
| Hypertonie | ca. 40 – 80 %<br>(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<br>– Unzureichende Motivation und fehlende alltagsnahe Begleitung<br>– Geringe Integration in Lebenswelten wie Schule, Betrieb, Quartier<br>– Digitaler Präventionsmarkt ohne klare Qualitäts- und Evidenzstandards<br>– Geringe Nutzung digitaler Tools bei vulnerablen Gruppen<br>– Fehlende verbindliche Präventionsarchitektur auf regionaler Ebene<br>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.<br>– **Zugänge erleichtern**<br>Präventionsangebote dort verankern, wo Menschen sind (Apotheken, Supermärkte, Quartiere, Betriebe)<br>– **Motivation stärken**<br>Gamification, soziale Formate, Challenges, digitale Begleitung<br>– **Zielgruppenorientierung verbessern**<br>Formate für Berufstätige 35 – 65, ältere Menschen, vulnerable Zielgruppen<br>– **Lebenswelten einbeziehen**<br>Schule, Betrieb, Pflegeeinrichtungen, Vereine<br>– **Digitale Unterstützung ausbauen**<br>Benutzerfreundliche Apps, Wearables, hybride Programme<br>– **Gesundheitskompetenz stärken**<br>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 projektförmiger 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+)<br>– Mobilitätsaspekte stärker berücksichtigen (z. B. wohnortnahe Angebote, mobile Formate)<br>– Altersspezifische und krankheitsspezifische Präventionsangebote entwickeln<br>– Kultursensitive Angebote ausbauen, besonders für Menschen mit Migrationsgeschichte |
| 2. Niedrigschwelliger Zugang und Umsetzung | – Zentrale, alltagsnahe Zugangspunkte gestalten (z. B. Apotheken, Supermärkte, Quartierszentren)<br>– Alltagsnahe und leicht verständliche Aufklärung ermöglichen<br>– Prävention stärker in bestehende Versorgung integrieren („mitnehmen“ statt „einladen“)<br>– Digitale vs. Präsenzformate zielgruppenspezifisch gestalten und kombinieren |
| 3. Motivation und Teilnahme fördern | – Prävention spielerisch und erlebbar gestalten (Gamification, Challenges, Wettbewerbe)<br>– Motivation durch Anreize (Bonusprogramme, Belohnungssysteme) stärken<br>– Impulse zur Selbstmotivation und Begleitung durch externe Coaches fördern<br>– Präventionsangebote spaßorientiert und sozial eingebettet gestalten |
| 4. Setting-Integration und Lebenswelten | – Gruppenangebote ausbauen (soziale Einbettung, motivationale Wirkung, soziale Teilhabe)<br>– Bestehende Strukturen nutzen (Sportvereine, Nachbarschaften, Betriebe)<br>– Früher Einstieg und kontinuierliche Sensibilisierung über den Lebensverlauf<br>– Angebote direkt in Lebenswelten verankern (Arbeit, Schule, Pflege, Quartier) |
| 5. Gesundheitskompetenz und Bildung | – Gesundheitskompetenz systematisch verbessern (v. a. Ernährungskompetenz, Bewegung, Stressbewältigung)<br>– Gesundheitsbildung in Schulen verankern (früh, alltagsnah, fächerübergreifend)<br>– Verständliche, qualitätsgesicherte Gesundheitsinformationen bereitstellen |
| 6. Digitale Unterstützung und Motivation | – Digitale Präventionshilfen benutzerfreundlich, evidenzbasiert und datensicher gestalten<br>– Fitness-Apps, digitale Trainingspläne und hybride Formate als Brückentechnologien nutzen<br>– Digitale Gesundheitskompetenz gezielt fördern – besonders bei vulnerablen Zielgruppen<br>– Externe Unterstützung für digitale Motivation ermöglichen |
| 7. Betriebliche Gesundheitsförderung | – Unterstützung v. a. für kleine und mittlere Unternehmen beim Aufbau von BGM-Strukturen<br>– Betriebsärzte systematisch in präventive Prozesse einbinden<br>– Qualitätstransparenz für betriebliche Präventionsangebote herstellen |
| 8. Strukturelle und rechtliche Rahmenbedingungen | – Hürden zur Teilnahme an Präventionsangeboten reduzieren<br>– Gesundheitschecks und Screening-Angebote systematisch etablieren |

| | |
|---|---|
| | – Schulungen zu Lebensstiländerung in bestehenden Programmen (z. B. DMP) verbessern<br>– Adipositas-DMP konsequent weiterentwickeln und implementieren |
| 9. Vertrauen, Kontinuität und Nachhaltigkeit | – Stabile, vertrauensvolle Arzt-Patienten-Beziehungen als Basis für Prävention nutzen<br>– 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 Versorgungsökosystem. 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 Strukturverbesserung | | | |
| | | 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 Pflegender**
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).

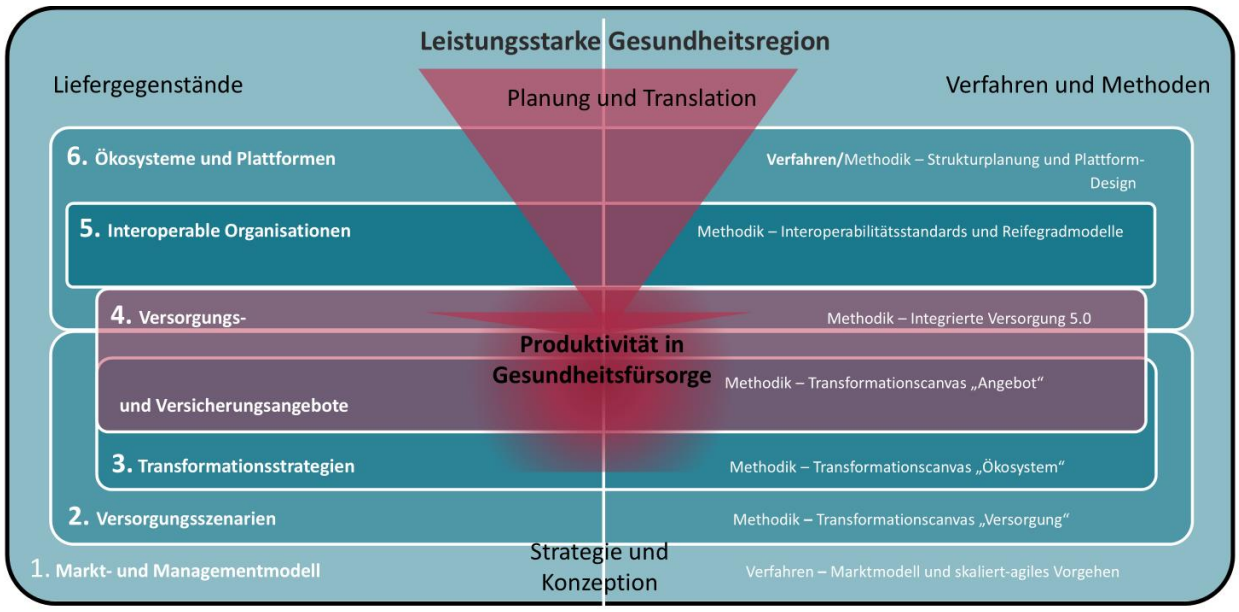
## 3.1 Definition und Grundlogik der Gesundheitsregion

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.

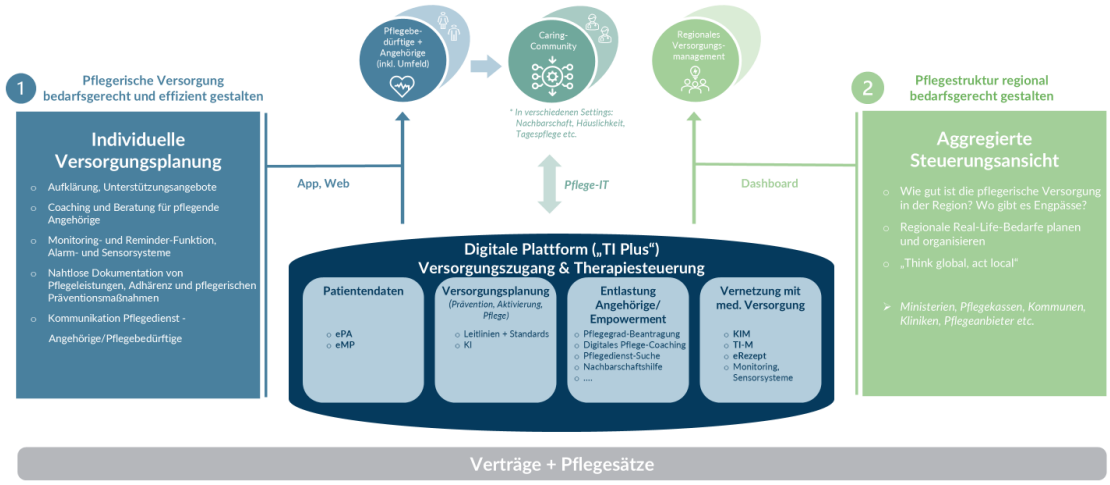
Drei strukturelle Faktoren prägen die Ausgangslage:

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 Pflegender – 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 Pflegender.

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.:

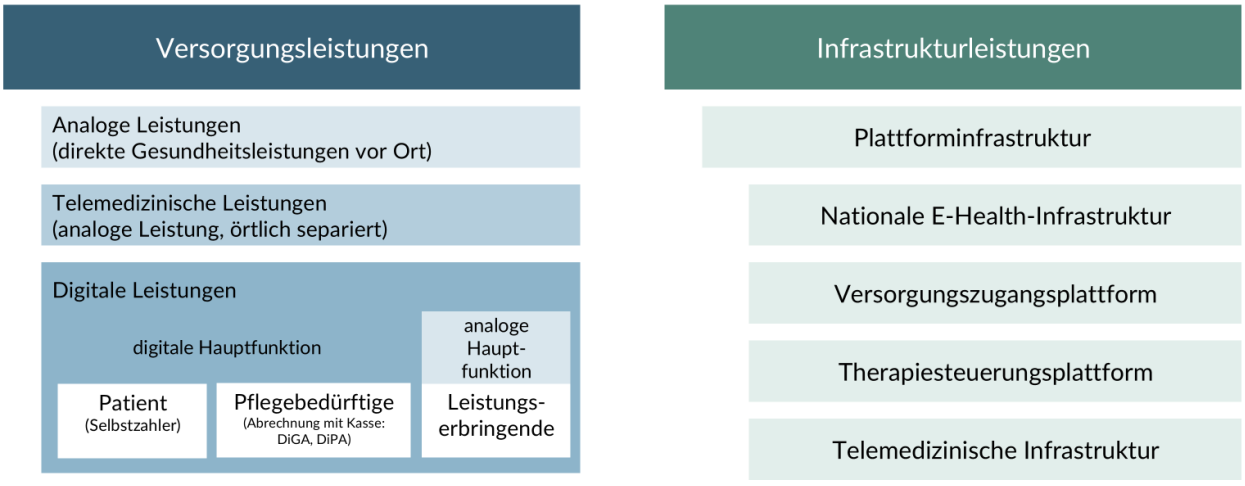
- Plattformen für Versorgungszugang und Therapiesteuerung,
- Alarm- und Sensorsysteme, Daten- und Kommunikationsschnittstellen,
- technischer Betrieb, Support und Qualifikationsstrukturen.

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.

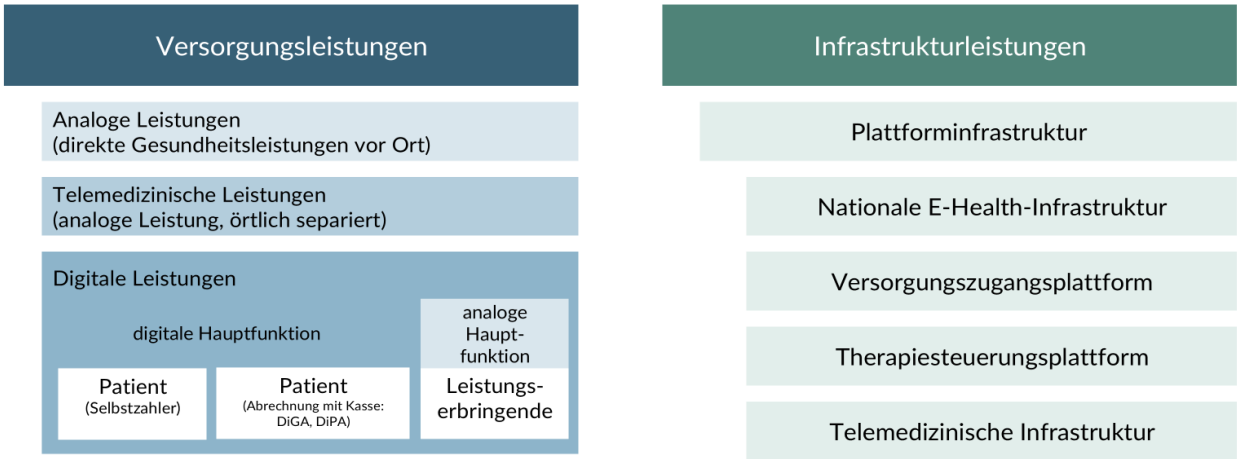
Diese gemeinsame Logik bildet das Fundament für integrierte Vertragsmodelle, modulare Vergütung und die Einbettung digitaler Elemente in bestehende Ordnungsrahmen. Die nachfolgenden Abbildungen fassen die relevanten Leistungsbereiche und Bausteine getrennt nach den beiden Strategiepfaden zusammen: Die 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**

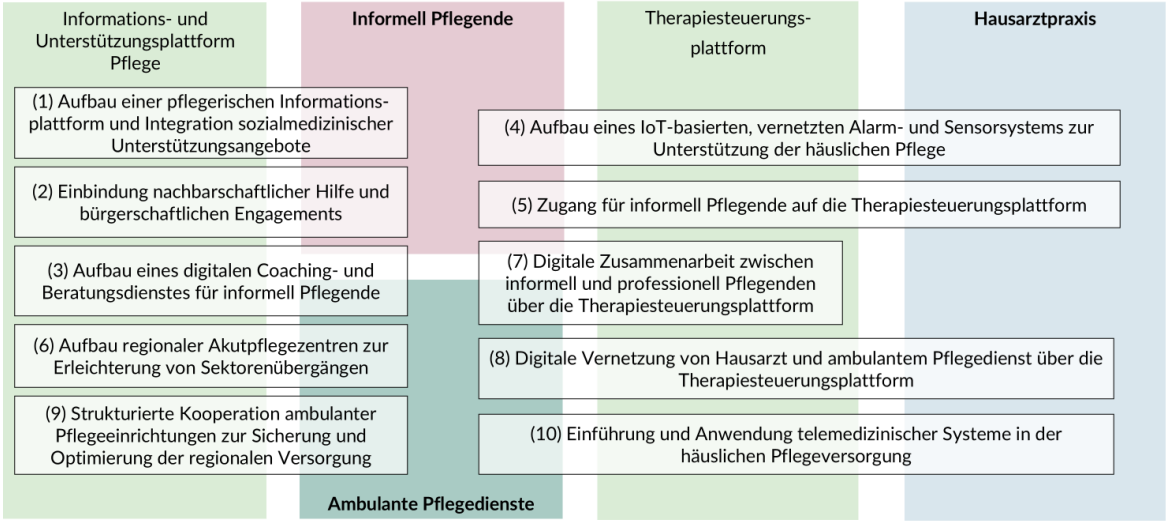



Quelle: _fbeta GmbH

## 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 Rechtekonzept, 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 Pflegende 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.

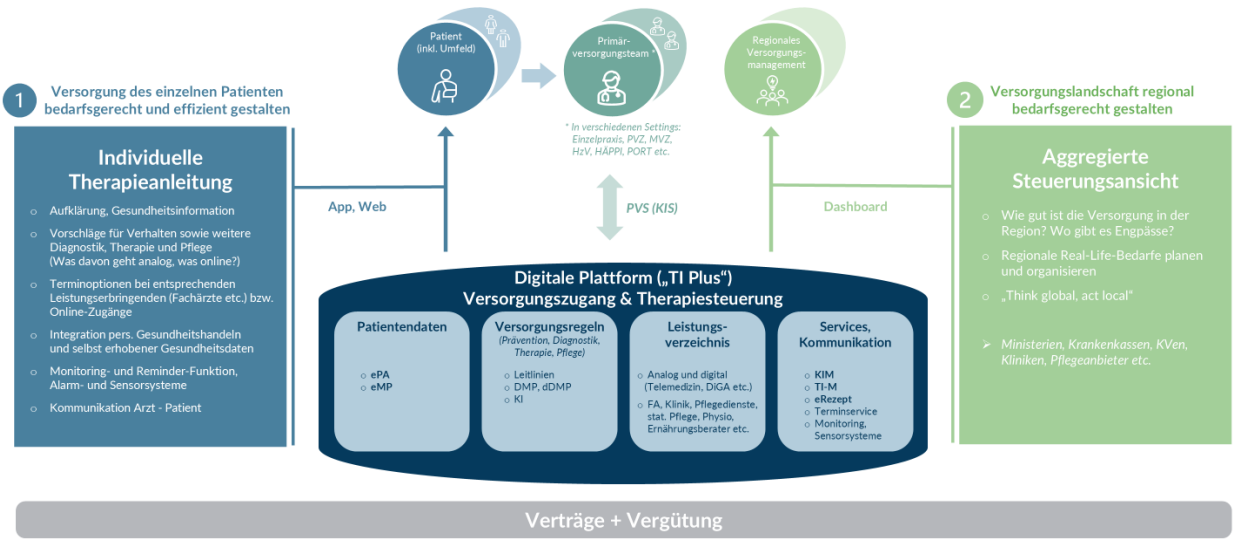
Die Versorgung chronischer und multimorbider Erkrankungen ist ein struktureller Schwerpunkt der regionalen Transformation. Die Analysen der Transformationsstudie (Teil C1) zeigen, dass der Versorgungsdruck in der Region Aachen besonders hoch ist: Überdurchschnittliche Prävalenzen, komplexe Verläufe und 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 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

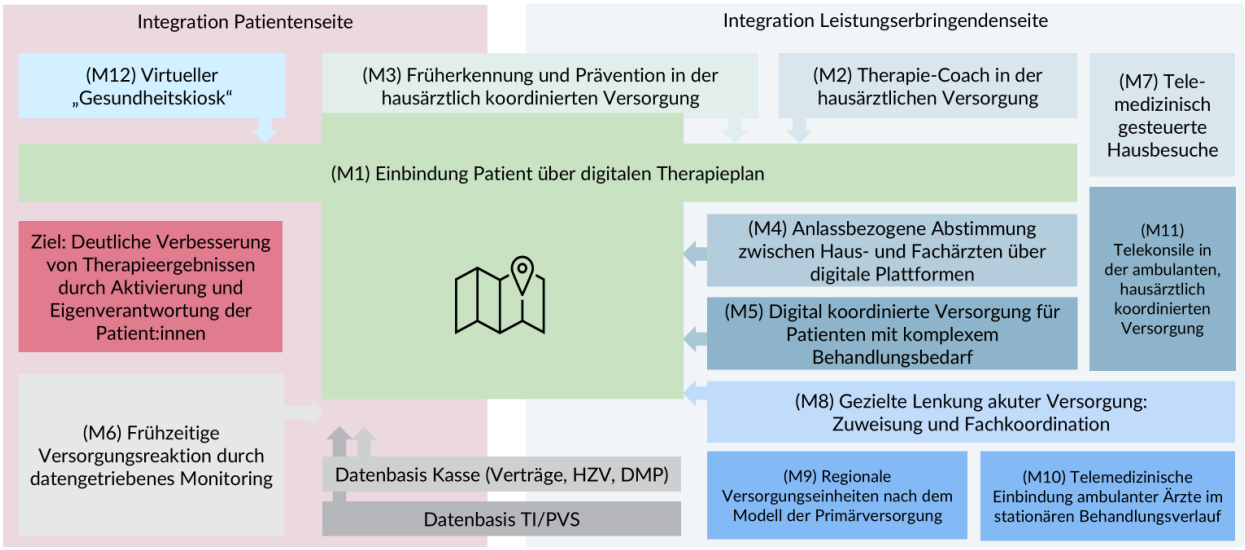
Diese Leistungen bilden das Rückgrat der digital gestützten Therapiesteuerung, sind aber im Regelsystem kaum refinanzierbar, sie umfassen:

- 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.

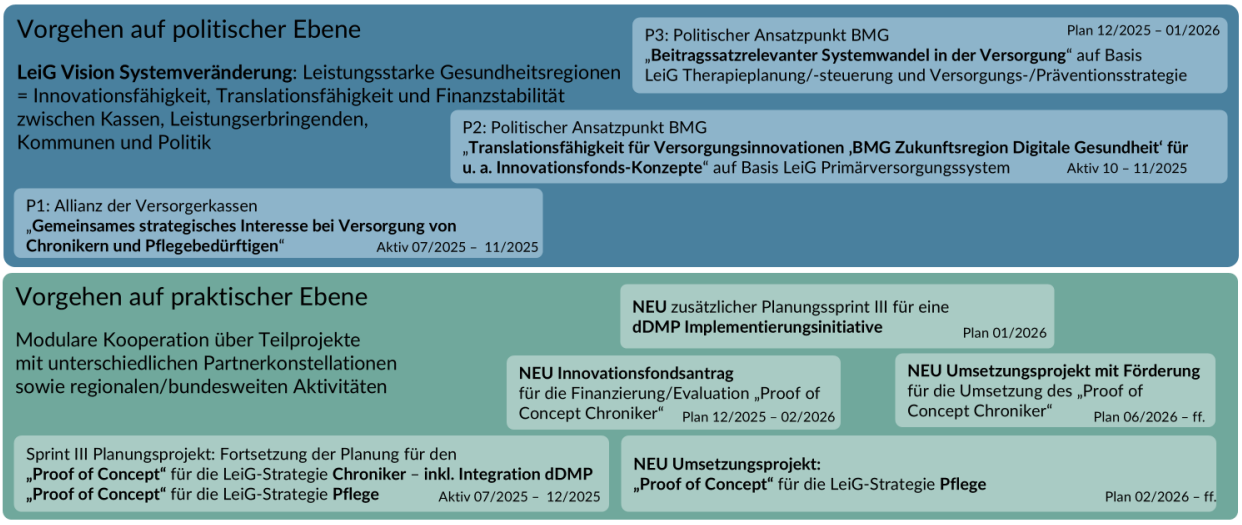
Auf Programmebene lassen sich fünf Phasen unterscheiden:

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.

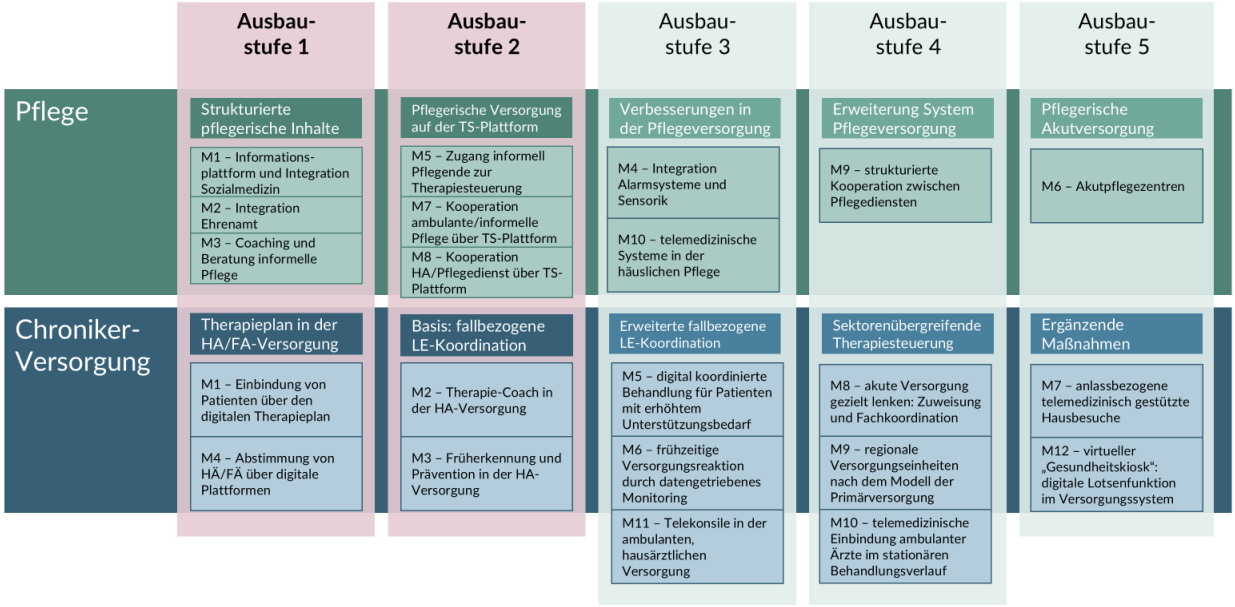
Abbildung 11: **Übergeordnete Vision zur Systemveränderung mit drei politischen und vier praktischen Schwerpunkten**




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 Maßnahmennummern (M1 – M12) referenzieren die Maßnahmenbeschreibungen in Kapitel 4.3 (Pflege) und Kapitel 5.3 (Chroniker-/Therapiesteuerung).

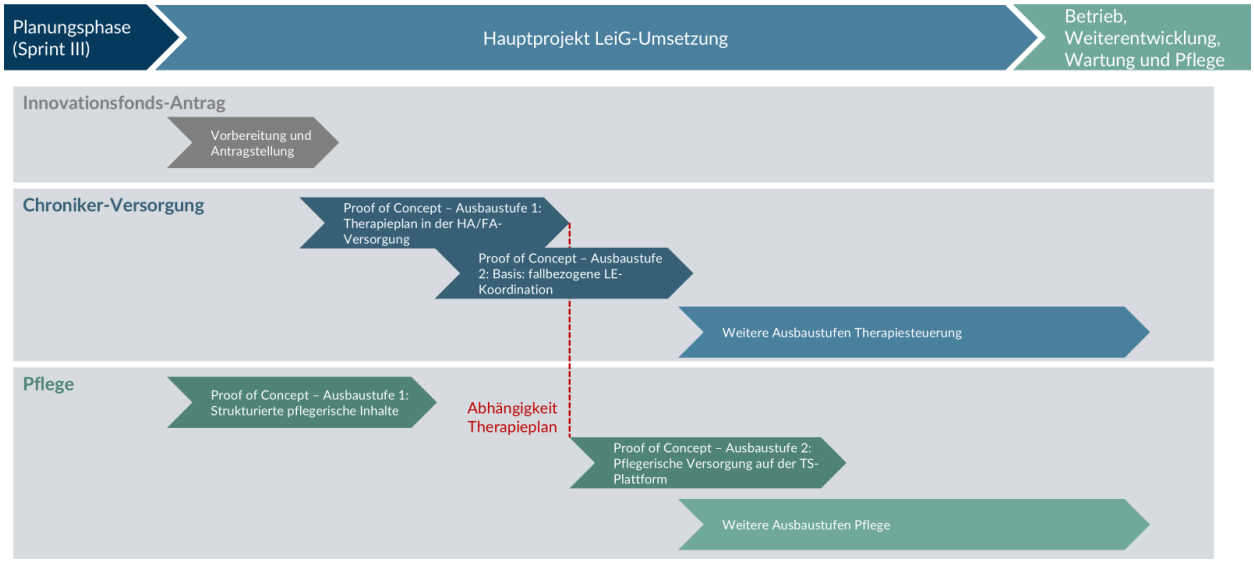
Abbildung 12: **Priorisierung der Ausbaustufen 1 und 2 für die Umsetzungsplanung**




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.

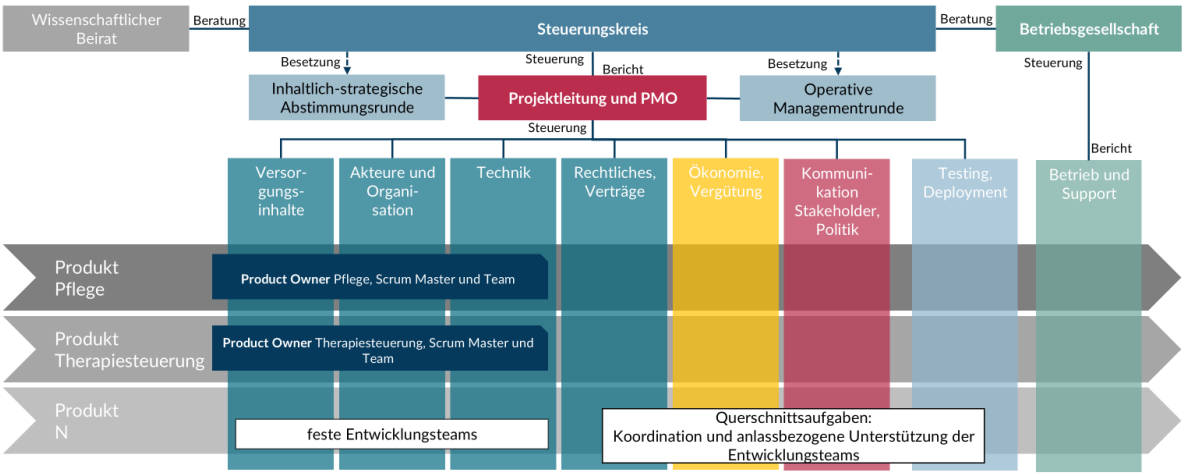
### Skaliert-agiles Projekt und Entwicklungsteams

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.

### Politische Begleitung und Stakeholder-Management

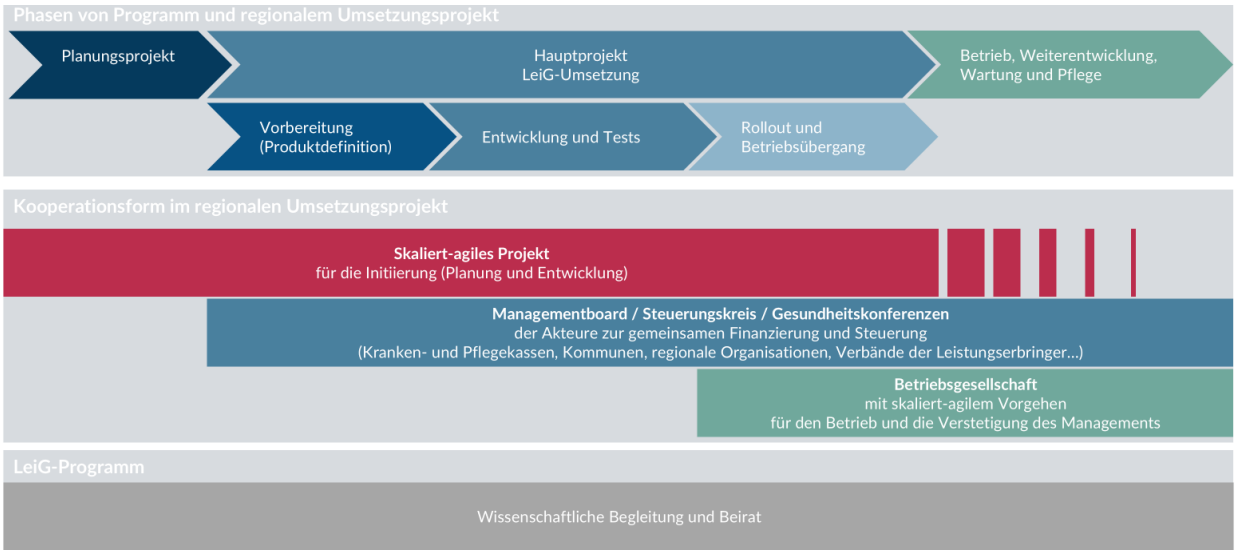
Begleitend zur fachlich-technischen Umsetzung werden politische und strategische Initiativen etabliert, um Sichtbarkeit, Akzeptanz und Anschlussfähigkeit sicherzustellen. Dazu gehören die abgestimmte Positionierung der beteiligten Kranken- und Pflegekassen, die Einbindung weiterer relevanter Akteursgruppen, 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

**2. Effizienz und smarter Ressourceneinsatz**
- Fokus auf Strukturreformen statt reiner Budgetausweitung
- Mehr ambulante Versorgung, weniger unnötige stationäre Leistungen
- Optimierung der Terminsteuerung und Versorgungswege

**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

**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 Entscheiderebene 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 Projektkenntnis), 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 Versorgungsstabilität, 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.

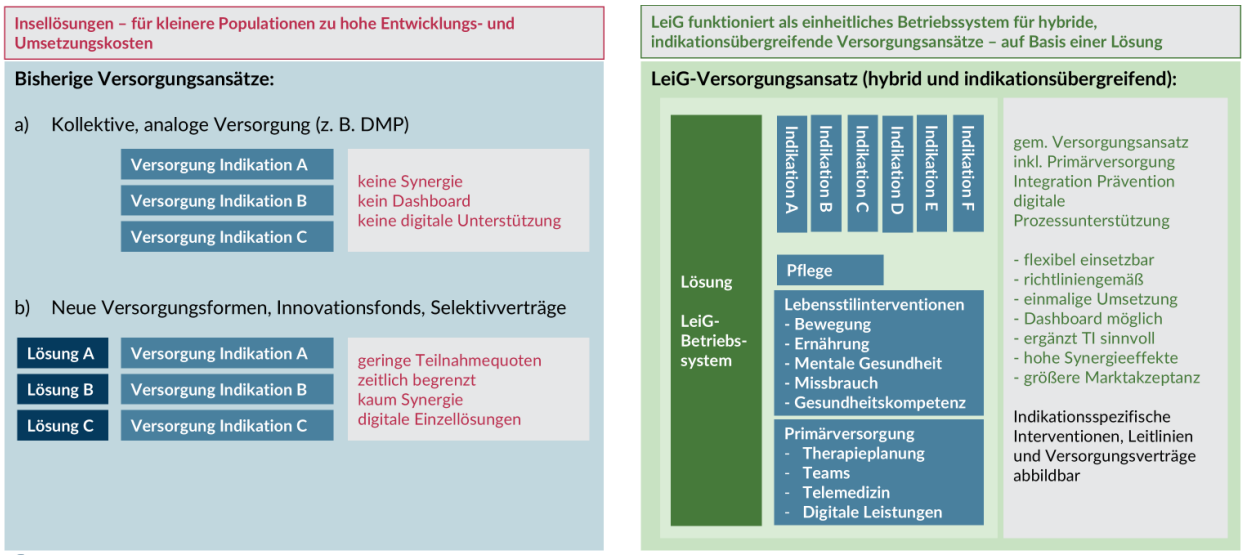
## 6.6 Technische Umsetzung und Systemarchitektur

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

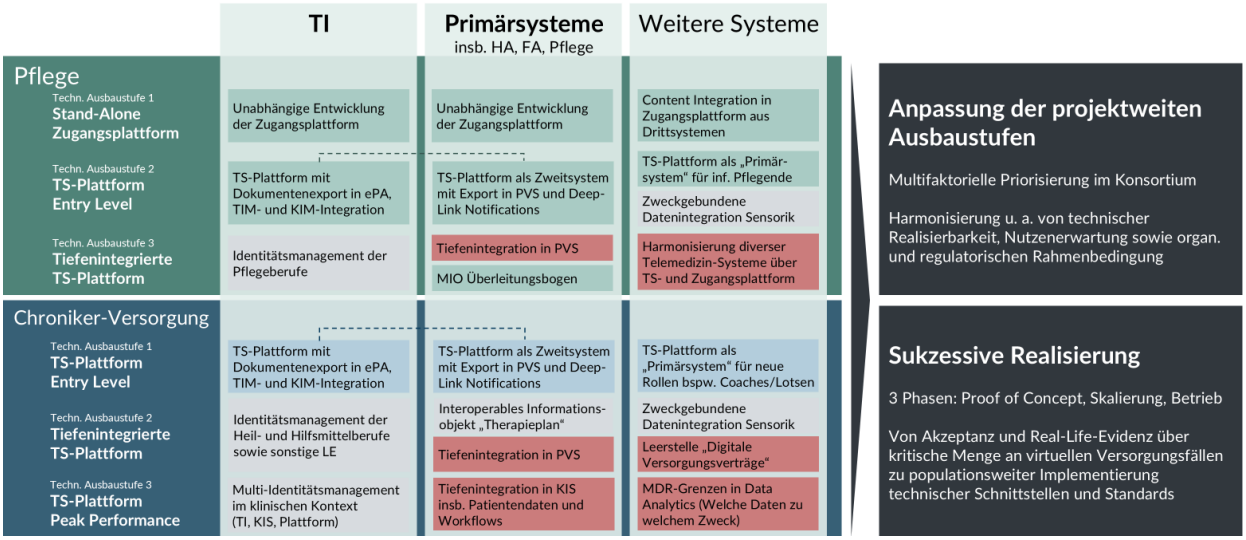
Um die bestehenden Lücken in den bisherigen Versorgungsansätzen zu schließen, verbindet das regionale Betriebssystem fünf zentrale Dimensionen:

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 Versorgungsökosystems 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 beitragssatzrelevanten 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.

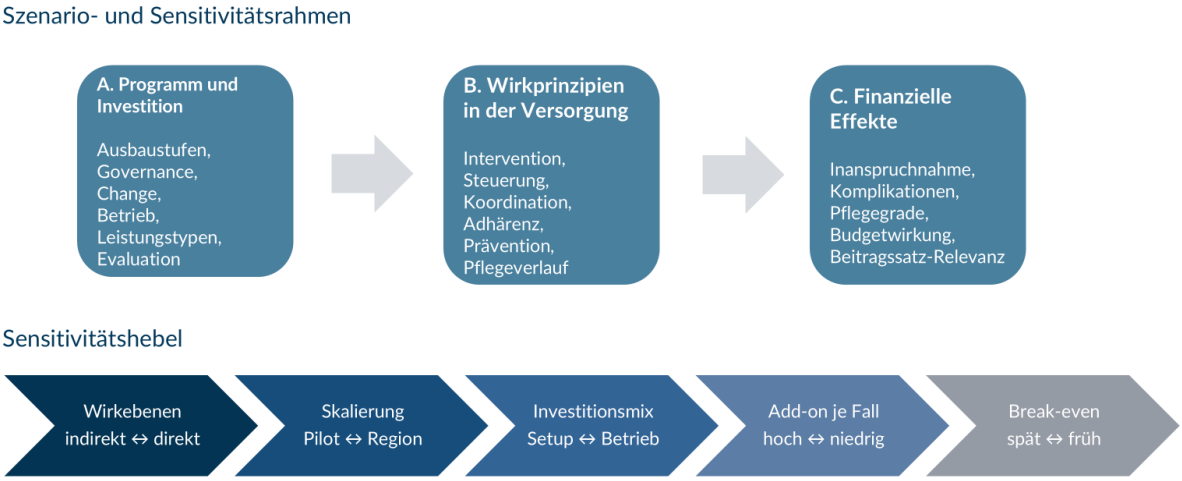
## 6.9 Konzeptioneller Rahmen der Wirtschaftlichkeitslogik

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**




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.

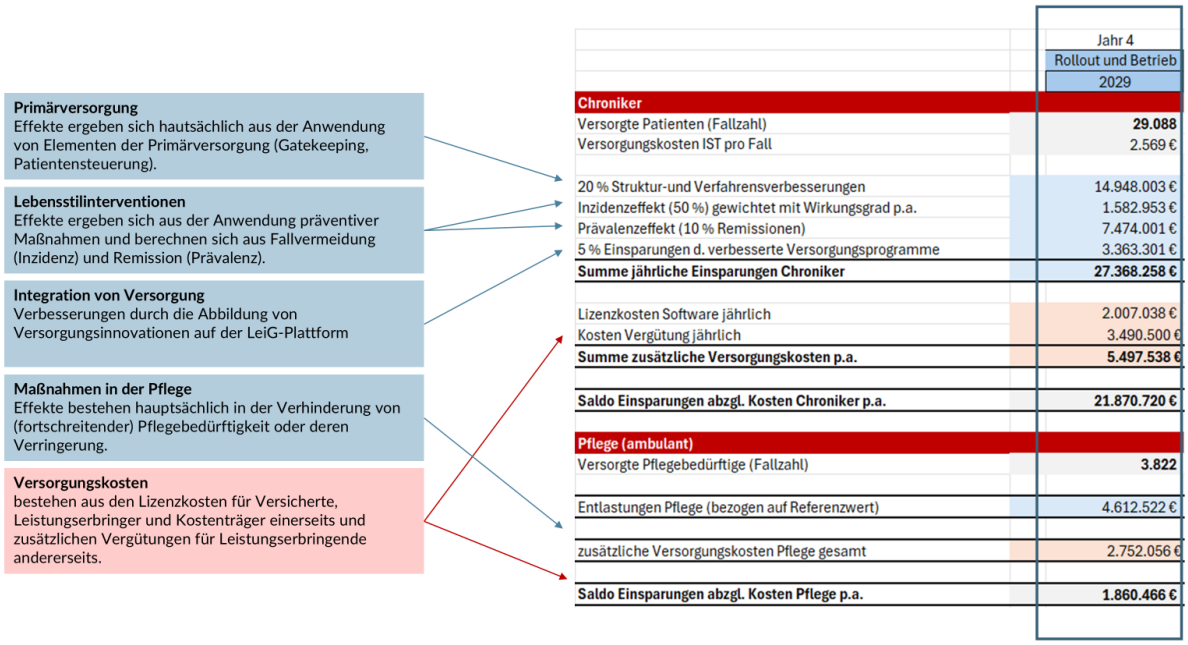
Diesen potenziellen Effekten werden die laufenden Programm- und Betriebskosten sowie die befristeten Projekt- und Aufbaukosten gegenübergestellt. Der daraus resultierende Saldo bildet den jährlichen Nettoeffekt, der über die Jahre kumuliert wird und die Grundlage für die Einordnung von Amortisation und 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<br>Rollout und Betrieb<br>2029 |
|---|---|
| **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

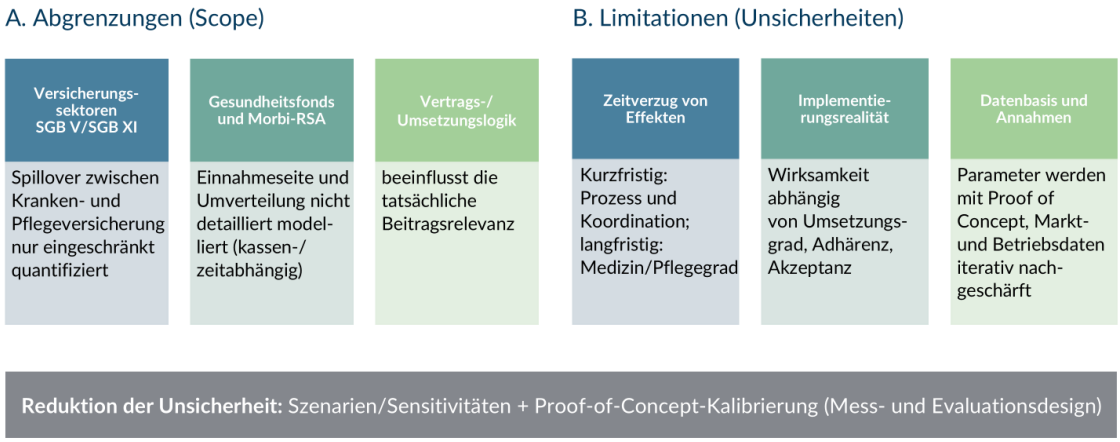
Die wirtschaftliche Betrachtung bildet Wirkzusammenhänge strukturiert ab, unterliegt jedoch bewussten Abgrenzungen, die bei der Interpretation der Ergebnisse zu berücksichtigen sind:

- **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 hautsächlich 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 VZÄ | 16 | 16 | 12 | 10 | 6 | 3 |
| Anteil (externe) Dienstleister | 30 % | 30 % | 20 % | 20 % | 20 % | 20 % |
| VZÄ 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 Pflegeteil 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 L 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.

Quelle: _fbeta GmbH

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 Versorgungsinanspruchnahme 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 Effektzuordnung 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.**<br>**Primärversorgungssystem rund um virtuelle Teams**<br>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.**<br>**Therapieplanung und -steuerung technisch unterstützen, organisatorisch verankern und vergüten**<br>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.**<br>**Telemedizin und Telemonitoring tiefer in Systemen verankern und vergüten, digitale Leistungen mit analoger Hauptfunktion etablieren und vergüten**<br>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.**<br>**Modifizierung der Angebotsformen von Sekundär- und Tertiärprävention in Richtung Lebensstilintervention und Coaching**<br>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.**<br>**Etablierung eines Standards für Therapieplattformen auf Basis regionaler Erprobung**<br>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.**<br>**Etablierung eines Standards für Zugangsplattformen auf Basis regionaler Erprobung**<br>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.**<br>**Integration des Öffentlichen Gesundheitsdienstes mit Settingmaßnahmen in das LeiG-Verfahren**<br>Ebene: Gesundheitsregion/Gesetzgeber | Regionale Akteure (z. B. ÖGD, Gemeindeschwestern, Ortvorsteher, 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.**<br>**Etablierung von regionalen Budgets für das Management von Gesundheitsregionen**<br>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 Versorgungsökosystemen schließen und insbesondere den Rollout von Versorgungsinnovationen (z. B. aus Innovationsfondsprojekten) aus einer regionalen Finanzierung heraus verstetigen. |
| **9.**<br>**Integration des LeiG-Verfahrens in Gesundheitsregionen und regulierenden Organen auf Landes- und Bundesebene mit Betreiber- und Ergebnisverantwortung**<br>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.**<br>**Primärversorgungssystem rund um virtuelle Teams**<br>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.**<br>**Pflegeplanung technisch unterstützen, organisatorisch verankern und vergüten**<br>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.**<br>**Telepflege und Monitoring als Regelleistung verankern**<br>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.**<br>**Pflegeprävention und Reaktivierung systematisch fördern**<br>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.**<br>**Aufbau einer regionalen Pflegeplattform und technischer Standards**<br>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.**<br>**Integration des Öffentlichen Gesundheitsdienstes und kommunaler Akteure**<br>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 Versorgungzugangsplattform) soll Synergien zwischen Verhältnis- und Verhaltensprävention schaffen und die Versorgungssteuerung im Sozialraum verbessern. |
| **7.**<br>**Regionale Finanzierung von Strukturmaßnahmen zur Steuerung und Innovation**<br>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.**<br>**Institutionalisierung des LeiG-Verfahrens für Pflege**<br>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., GWYTHER, 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] BARBARESKO, 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., YORGANCıOĞLU, 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. & KAVOUSI, M. 2024. Trends in population attributable fraction of modifiable risk factors for cardiovascular diseases across three decades. *Eur J Prev Cardiol,* 31**,** 1724-1733.