HealthTransformationHub

IDEE UND KONZEPT

LeiG
Leistungsstarke Gesundheitsregionen

Versorgung integriert und digital gestalten



Version 0.9
November 2026

BSt Gesundheit | BertelsmannStiftung

Inhalt

Was LeiG ist – und wo es ansetzt ... **7**

1 Einleitung ... **8**

1.1 Hintergrund ... 9
1.2 Dokument ... 9
1.3 Kernaussagen ... 10

2 Ausgangslage ... **12**

2.1 Wachsender Versorgungsbedarf trifft auf knapper werdende Ressourcen ... 13
2.2 Fragmentierte Strukturen erschweren wirksame Versorgung ... 13
2.3 Digitalisierung des Gesundheitswesens greift bislang zu kurz ... 14
2.4 Koordination und regionale Planung werden zu zentralen Hebeln ... 15
2.5 Region Aachen eignet sich besonders als Reallabor ... 16
2.6 LeiG ermöglicht Umsetzung aktueller Reformbestrebungen vor Ort ... 17

3 Ziele und Ansatz ... **19**

3.1 LeiG zielt auf proaktives Versorgungsmanagement und echte Kooperation ... 20
3.2 Prioritäten liegen bei Versorgung chronisch Kranker und häuslicher Pflege ... 22
3.3 Ansatz ist ausgerichtet an konkreten Nutzen für die Zielgruppen ... 24

4 Umsetzungskonzept ... **26**

4.1 Überblick ... 27
4.2 Therapieplanung ... 29
4.2.1 Gezielte Planung ist Reaktion auf komplexe Versorgungssituation ... 30
4.2.2 Gemeinsame Anforderungen chronischer Erkrankungen bilden Ausgangspunkt ... 30
4.2.3 Therapieplan verbindet Ziele, Maßnahmen und Verantwortlichkeiten ... 32
4.2.4 Klare Rollen strukturieren Zusammenarbeit ... 37

4.2.5 Spezifische Verträge sollen gemeinsame Therapieplanung ermöglichen ... 39
4.2.6 Schrittweise Einführung soll Umsetzbarkeit und Nutzen zeigen ... 39

4.3 Pflege ... 41
4.3.1 Häusliche Pflege braucht verlässliche Unterstützung und Koordination ... 42
4.3.2 Digitale Lösungen sollen die Pflege stützen ... 42
4.3.3 Zwei Plattformen kombinieren Information und Koordination ... 44
4.3.4 Pflegeangebote sollen auf vorhandenen Strukturen und Kompetenzen aufbauen ... 44
4.3.5 Finanzierung soll medizinische und pflegerische Leistungen verbinden ... 46

4.4 Technik ... 48
4.4.1 Koordinierte Versorgung stellt spezifische Anforderungen an digitale Infrastruktur ... 49
4.4.2 Versorgungsplattform soll gemeinsame Arbeitsumgebung schaffen ... 49
4.4.3 Gemeinsame Datenbasis soll verschiedene Anwendungen verbinden ... 51
4.4.4 Prozessmanagement soll Planung in verlässliche Abläufe übersetzen ... 52
4.4.5 Kommunikation setzt unmittelbar am Versorgungsfall an ... 52
4.4.6 Proaktives Versorgungsmanagement braucht mehr als Status quo bei TI und ePA ... 53
4.4.7 Plattform kann schrittweise entstehen ... 55
4.4.8 Regionale Organisation soll Beschaffung und Umsetzung verantworten ... 58

4.5 Governance ... 60
4.5.1 Geteilte Verantwortung braucht verbindliche Absprachen ... 61
4.5.2 Zusammenarbeit soll auf zwei Vertragsebenen geregelt werden ... 62
4.5.3 Gremien und Verantwortlichkeiten werden gemeinsam vereinbart ... 63

5 Perspektive: regionale Planung ... 66

5.1 Versorgungsplanung erweitert Blick vom Einzelfall auf Population ... 67
5.2 Daten schaffen gemeinsame Sicht auf Versorgung ... 67
5.3 Regionales Dashboard soll Informationen für Planung bündeln ... 68
5.4 Gemeinsame Auswertung soll zu konkreten Veränderungen führen ... 69
5.5 Durch systematische Analyse kann Planung sektorenübergreifend erfolgen ... 69
5.6 Reallabor zeigt Möglichkeiten und Grenzen regionaler Planung ... 70

6 Strategische Roadmap ... 73

6.1 Entwicklungsplan sieht von jetzt an vier Phasen vor ... 74
6.2 Anbahnung schafft Grundlage für gemeinsame Umsetzungsentscheidung ... 74
6.3 Vorbereitung macht Versorger und Infrastruktur startbereit ... 75
6.4 Einführung verbindet Versorgung im Alltag mit Skalierung ... 75
6.5 Dauerhafter Betrieb sichert Versorgung und ermöglicht Transfer ... 76

7 Betrieb und Finanzierung ... 77

7.1 Bessere Versorgung braucht Investitionen und verlässliche Finanzierung ... 78
7.2 Wirtschaftlichkeitsrechnung verbindet Kosten und Versorgungswirkungen ... 79
7.3 Skalierung soll Wirkung verbreitern und Kosten je Versorgungsfall senken ... 81
7.4 Modellannahmen müssen im Versorgungsalltag überprüft werden ... 82
7.5 Finanzierung muss unterschiedliche Kosten und Nutzen zusammenführen ... 83
7.6 Eigenmittel und Förderung sollen den Aufbau ermöglichen ... 83
7.7 Versorgungsverträge sollen gemeinsame Leistungen verlässlich vergüten ... 84
7.8 Gemeinsame Infrastruktur braucht Logik für Beschaffung und Finanzierung ... 84
7.9 Finanzierung und Betriebsorganisation wachsen mit Umsetzung ... 85

8 Ausblick ... 89

9 Anhang ... 92

9.1 Wissenschaftlicher Beirat ... 93
9.2 Glossar ... 93
9.3 Literatur ... 97
9.4 Versionen ... 98

Abbildungen

Abbildung 1: Region Aachen als Reallabor für die Umsetzung von LeiG ... 16
Abbildung 2: Wirkungsmodell LeiG ... 23
Abbildung 3: Umsetzungskonzept im Überblick ... 27
Abbildung 4: Versorgung anhand eines Therapieplans – vereinfachte Darstellung ... 31
Abbildung 5: Mögliche Struktur eines Therapieplans ... 32
Abbildung 6: LeiG-Versorgungsplattform als kollaboratives Versorgungsmanagement-System ... 50
Abbildung 7: Versorgungsplan nach FHIR (Thun und Heitmann 2026 nach xShare-Projekt-Papier) ... 51
Abbildung 8: Szenario: Von Primärsystemen zur regionalen digitalen Prozesssteuerung ... 57
Abbildung 9: Kooperationsgegenstände und angedachte Verträge in LeiG ... 61
Abbildung 10: Versorgungsplanung als zweiter Zweck der LeiG-Versorgungsplattform ... 67
Abbildung 11: Strategische Roadmap für die Entwicklung und Umsetzung von LeiG ... 74
Abbildung 12: Wirkungskette der Wirtschaftlichkeitslogik in LeiG ... 80
Abbildung 13: Möglicher kollektiver Beschaffungs- und Finanzierungsprozess ... 85

Tabellen

Tabelle 1: Status quo im deutschen Gesundheitswesen und Ambition von LeiG in verschiedenen Bereichen ... 21
Tabelle 2: Zielgruppen und angestrebte Nutzen durch LeiG ... 25
Tabelle 3: Schritte der Therapieplanung, Inhalte des Plans und Aufgaben ... 33
Tabelle 4: Kosten- und Wirkungsannahmen Modellrechnung _fbeta ... 80
Tabelle 5: Finanzierung, Vergütung und Organisation in den Phasen der Umsetzung (gemäß Ursprungskonzept) ... 86

Was LeiG ist – und wo es ansetzt

Überlastete Ärztinnen und Ärzte mit wenig Zeit für das Wesentliche in der Medizin. Verunsicherte Patientinnen und Patienten, die sich im Irrgarten des Gesundheitswesens nicht zurechtfinden und zu oft zu lange auf Termine warten müssen. Pflegebedürftige und pflegende Angehörige, denen es an passender Unterstützung fehlt. Ineffizienzen im System, die das Geld knapper werden und die Versichertenbeiträge steigen lassen. Das Gesundheitswesen in Deutschland funktioniert für die Menschen derzeit nicht so, wie es sollte.

Ein zentraler Grund: Zu oft arbeiten Fachkräfte unabgestimmt aneinander vorbei. Es gibt zu wenig Möglichkeiten für Austausch, zu wenig übergreifende Koordination und Steuerung. Zu häufig erhalten Betroffene nicht die Versorgung, die sie benötigen.

Das muss sich ändern. Und hier setzt das Konzept für „Leistungsstarke Gesundheitsregionen“ an. LeiG hat den Anspruch, die Gesundheitsversorgung in Deutschland neu auszurichten – mit einem regionalen Ansatz, der den Versorgungsprozess systematisch um Patienten und Pflegebedürftige herum organisiert.

Herzstück ist eine digitale Versorgungsplattform, die Fachkräfte über Berufsgruppen und Einrichtungen hinweg miteinander verbindet. Einfach verständliche Therapie- und Pflegepläne legen Behandlungsziele fest, weisen den Beteiligten klare Aufgaben zu, koordinieren die Verläufe und ermöglichen eine schnelle Reaktion bei Veränderungen.

Für alle Beteiligten soll klarer werden, was als Nächstes zu tun ist und wer welche Verantwortung trägt. Patientinnen und Patienten erhalten die für sie passende Versorgung verlässlicher und gezielter. Unnötige Arztkontakte, Doppeluntersuchungen und vermeidbare Wartezeiten werden reduziert.

Das Ziel: Die Behandlung wird nicht nur schneller und besser, sondern auch effizienter. Patientinnen und Patienten und ihre Angehörigen fühlen sich deutlich besser betreut und sicherer im Umgang mit ihrer Erkrankung. Fachkräfte in Medizin und Pflege werden von Bürokratie entlastet und gewinnen an Zeit.

Digitalisierung soll so zum Treiber einer modernen Gesundheitsversorgung werden – einer Versorgung, die in anderen Ländern Europas bereits Realität ist. Die bisherigen individuellen Praxisverwaltungssysteme reichen dafür nicht aus. Die Telematikinfrastruktur mit der elektronischen Patientenakte ist dafür als Basis notwendig, aber auch mittelfristig nicht hinreichend.

LeiG bietet die Möglichkeit, zentrale gesundheitspolitische Reformvorhaben in einer Region unter realen Bedingungen umzusetzen und zu erproben: die Stärkung des Primärversorgungssystems, eine bessere Patienten- und Versorgungssteuerung, mehr Zusammenarbeit zwischen den Gesundheitsberufen, eine stärkere Datennutzung und Interoperabilität, Prävention, die Stabilisierung der häuslichen Pflege und die Entlastung von Fachkräften.

Perspektivisch denkt das Konzept die Gesundheitsversorgung dabei auch über den einzelnen Fall hinaus. Künftig könnten aggregierte und anonymisierte Daten aus der Versorgungsplattform zeigen, wo in einer Region Bedarfe wachsen, wo Kapazitäten fehlen und wie die Region darauf reagieren kann. Damit könnte erstmals eine Basis für eine regionale und sektorübergreifende Strukturplanung entstehen.

Erstes Reallabor für LeiG soll die innovationsstarke Region Aachen sein. Hier soll das Konzept in der Versorgungspraxis eingeführt werden – mit dem Ziel, erfolgreiche Ansätze dauerhaft zu verankern und schrittweise auf ganz Deutschland zu übertragen.

1 Einleitung

1.1 Hintergrund

Das Konzept für LeiG wurde in einer einjährigen Planungsphase im Jahr 2025 in der Region Aachen in Nordrhein-Westfalen entwickelt. Die initiale Konzeptentwicklung erfolgte in 30 regionalen Workshops mit über 100 Teilnehmenden aus Haus- und Fachärzteschaft, Kranken- und Pflegekassen, Kliniken, Pflegeanbietern und kommunalen Akteuren. Das Konzept wurde vertieft in vier Workshops mit nationalen Fachleuten.

Zu den LeiG-Partnern in der Region zählen bisher die StädteRegion Aachen, der Region Aachen Zweckverband, die AOK Rheinland/Hamburg, die BARMER, die DAK-Gesundheit sowie die IKK classic. Mit weiteren potenziellen Partnern werden aktuell Gespräche geführt.

Der „Health Transformation Hub“ fungiert in dem Vorhaben als Brückenbauer. Er verbindet regionale Akteure, Versorgungspraxis und gesundheitspolitischen Diskurs. Zudem bringt er konzeptionelle Grundlagen und Netzwerke ein, unterstützt die Anbahnung der Zusammenarbeit und begleitet die strategische Weiterentwicklung.

Methodendienstleister für die Durchführung von Workshops in der Region sowie die Ausarbeitung des Konzepts war die _fbeta GmbH aus Berlin.

Begleitet wird das Vorhaben von einem wissenschaftlichen Beirat (siehe Anhang).

1.2 Dokument

Das vorliegende Dokument erläutert die Idee und das Konzept für LeiG im Sinne einer Zusammenfassung des bisherigen Entwicklungsstands. Es richtet sich an Partner und potenzielle Partner sowie an alle Interessierten aus Versorgungspraxis, Politik, Selbstverwaltung und Wissenschaft.

Der Text soll ein vertieftes Verständnis für das Vorhaben schaffen und als fachliche Basis für die Ausarbeitung von Detailkonzepten dienen.

Das Dokument wird in Versionen veröffentlicht und mit Erkenntnisfortschritt angepasst. Grundlage für mögliche Anpassungen sind Gespräche mit Partnern und Fachleuten, Workshops oder neue Empirie etwa durch Gutachten oder Studien.

Der Health Transformation Hub lädt aktiv zu Rückmeldungen zum Dokument ein. Wir freuen uns über Feedback und Fragen zum aktuellen Stand, um Idee und Konzept für LeiG gezielt weiterentwickeln zu können.

1.3 Kernaussagen

Krisenhafte Situation im System macht eine neue Organisation der Versorgung notwendig

→ *Kapitel 2: Ausgangslage*

Die Situation im Gesundheitswesen ist krisenhaft: Der Versorgungsbedarf wächst, während Fachkräfte und Finanzmittel knapper werden. Zugleich erschweren fragmentierte Strukturen und unzureichend verbundene digitale Systeme eine kontinuierliche Versorgung – mit Über-, Unter- und Fehlversorgung als Folgen. LeiG setzt deshalb bei der Koordination des gesamten Versorgungsverlaufs und einer gemeinsamen regionalen Planung an. Die Region Aachen bietet als Reallabor die Möglichkeit, diesen Ansatz zu erproben und zentrale gesundheitspolitische Reformbestrebungen in der Versorgungspraxis miteinander zu verbinden.

LeiG zielt auf proaktives Versorgungsmanagement und echte Kooperation – mithilfe der LeiG-Versorgungsplattform

→ *Kapitel 3: Ziele und Ansatz*

LeiG soll die Gesundheitsversorgung neu ausrichten: Versorgung soll vorausschauend organisiert, von multiprofessionellen Teams gemeinsam gestaltet und am Bedarf der Menschen ausgerichtet werden. Kerninnovation ist die LeiG-Versorgungsplattform für individuelles Versorgungsmanagement und regionale Versorgungsplanung. Priorität haben zunächst die Primärversorgung chronisch kranker Menschen und die Sicherstellung der häuslichen Pflege. Entscheidend ist der konkrete Nutzen für die Beteiligten: verlässlichere Versorgung, weniger administrativer Aufwand und ein gezielterer Einsatz knapper Ressourcen.

Versorgung, Technik und gemeinsame Verantwortung müssen zusammenwirken

→ *Kapitel 4: Umsetzungskonzept*

Das Umsetzungskonzept verbindet die Handlungsfelder „Primärversorgung chronisch Kranker“ und „häusliche Pflege“ mit einer gemeinsamen digitalen Infrastruktur und verbindlichen Regeln für die Zusammenarbeit:

- Individuelle digitale Therapiepläne sollen Ziele, Maßnahmen und Verantwortlichkeiten nachvollziehbar machen und die kontinuierliche Begleitung chronisch kranker Menschen unterstützen.
- Informelle und professionelle Pflege, medizinische Versorgung sowie regionale Versorgungsangebote sollen gezielt miteinander verbunden werden, damit Pflegebedürftige möglichst lange und gut versorgt zu Hause leben können.
- Die LeiG-Versorgungsplattform soll dafür eine gemeinsame Arbeitsumgebung schaffen, in der die Beteiligten Versorgung planen, koordinieren und nachverfolgen können.
- Regionale Verantwortungsgemeinschaften aus Leistungserbringern, Kranken- und Pflegekassen sowie Kommunen sollen die organisatorischen und vertraglichen Voraussetzungen sichern.

Aus Versorgungsdaten soll regionale Handlungsfähigkeit entstehen

→ *Kapitel 5: Perspektive: regionale Planung*

LeiG soll perspektivisch dazu beitragen, die notwendigen Versorgungsstrukturen in einer Region zu planen. Anonymisierte Auswertungen von einzelnen Versorgungsprozessen und aggregierte Kennzahlen sollen sichtbar machen, welche Bedarfe in einer Region entstehen, welche Kapazitäten verfügbar sind und wo Handlungsbedarf besteht. Daraus soll ein kontinuierlicher Planungs- und Lernkreislauf entstehen: Ein regionales Planungsgremium bewertet Entwicklungen, vereinbart Maßnahmen und überprüft deren Wirkung. Das Reallabor soll zeigen, wie weit diese gemeinsame Planung unter bestehenden Bedingungen trägt und welche zusätzlichen Befugnisse oder Ressourcen erforderlich sind.

LeiG soll im Versorgungsalltag wachsen und dauerhaft verankert werden

→ *Kapitel 6: Strategische Roadmap*

Die strategische Roadmap verbindet Anbahnung, Vorbereitung, Einführung und Betrieb zu einem schrittweisen Entwicklungsprozess von 2026 bis 2029. Für Januar 2028 ist der Einstieg in die tatsächliche Versorgung vorgesehen; eine fortlaufende Evaluation soll die Weiterentwicklung von Abläufen und digitalen Funktionen unterstützen. Die Ausweitung soll sich am Versorgungsbedarf, den praktischen Erfahrungen, dem erkennbaren Nutzen und den verfügbaren Kapazitäten orientieren. Ab 2029 sollen ein dauerhaft abgesicherter Betrieb und der systematische Transfer auf weitere Regionen ermöglicht werden.

Bessere Versorgung braucht Investitionen und dauerhaft tragfähige Finanzierung

→ *Kapitel 7: Betrieb und Finanzierung*

Die wirtschaftliche Logik von LeiG setzt bei besserer Koordination, Prävention und einem gezielteren Ressourceneinsatz an. Daraus sollen Qualitäts- und Kapazitätsgewinne sowie langfristig wirtschaftliche Vorteile entstehen. Eigen- und Fördermittel sollen den Aufbau ermöglichen, während Versorgungsleistungen und gemeinsame Infrastruktur schrittweise in verlässliche Finanzierungsmodelle überführt werden. Entscheidend ist, dass auch Koordination, Betrieb und Weiterentwicklung der LeiG-Versorgungsplattform dauerhaft getragen werden – einschließlich der Aufgaben, bei denen Kosten und Nutzen bei unterschiedlichen Beteiligten entstehen.

Das Reallabor soll den Weg in eine veränderte Regelversorgung öffnen

→ *Kapitel 8: Ausblick*

LeiG ist auf die dauerhafte Verankerung erfolgreicher Versorgungsansätze und ihre Übertragung auf weitere Regionen ausgerichtet. Dafür braucht es einen Rahmen, in dem Leistungserbringer, Kranken- und Pflegekassen sowie Kommunen neue Formen der Versorgung und Vergütung gemeinsam erproben und verstetigen können – perspektivisch als Teil der Regelversorgung. Die Erfahrungen aus Aachen sollen zeigen, welche Voraussetzungen dafür geschaffen werden müssen. Weitere Partner und Regionen sind eingeladen, diese Entwicklung mitzugestalten; perspektivisch soll auch der stationäre Sektor einbezogen werden.

2 Ausgangslage

→ Der Bedarf an Gesundheitsversorgung wächst, während Fachkräfte und Finanzmittel knapper werden. Die vorhandenen Ressourcen müssen künftig gezielter eingesetzt und Leistungen besser aufeinander abgestimmt werden.

→ Ein zentrales Problem liegt in der Fragmentierung der Versorgung. Digitale Systeme unterstützen einzelne Aufgaben, ermöglichen aber bislang kaum eine systematische Koordination des Versorgungsverlaufs.

→ LeiG verbindet individuelles Versorgungsmanagement mit regionaler Planung. Die Region Aachen eignet sich besonders, diesen Ansatz in einem Reallabor zu erproben. In dem Reallabor sollen verschiedene große gesundheitspolitische Reformbestrebungen sinnvoll und konsequent miteinander verbunden werden.

2.1 Wachsender Versorgungsbedarf trifft auf knapper werdende Ressourcen

Das Gesundheitswesen in Deutschland steht vor erheblichen strukturellen und demografischen Herausforderungen – die Situation ist krisenhaft. Die Bevölkerung wird immer älter, chronische Erkrankungen und Multimorbidität nehmen zu. Es wächst die Zahl der Menschen, die über längere Zeit medizinische Versorgung und Pflege benötigen. Die Ausgaben der Kranken- und Pflegeversicherung steigen kontinuierlich.

Zugleich scheiden viele Beschäftigte in den kommenden Jahren aus dem Erwerbsleben aus. Das schwächt die Finanzierungsbasis der Sozialversicherungen und verschärft den Mangel an Fachkräften im Gesundheitswesen. *Besonders in der hausärztlichen Versorgung und in der Pflege sind die Engpässe bereits heute spürbar.*

Laut einer repräsentativen Befragung der Bertelsmann Stiftung und der Universität Marburg (infas 2025) plant ein Viertel der Hausärztinnen und Hausärzte, innerhalb der nächsten fünf Jahre ihre hausärztliche Tätigkeit zu beenden. Viele derjenigen, die weiterarbeiten wollen, möchten ihre Arbeitszeit reduzieren. Auch in der Pflege fehlen Fachkräfte. Mehr Personal auszubilden und zusätzliche Kapazitäten zu schaffen, bleibt notwendig. Dies wird aber allein nicht ausreichen, um den steigenden Bedarf zu decken.

Hinzu kommt: Gerade chronische Erkrankungen erfordern häufig eine kontinuierliche Versorgung über viele Jahre und die Zusammenarbeit mehrerer Fachrichtungen und Berufsgruppen. In einer älter werdenden Gesellschaft mit zunehmender Multimorbidität steigt dieser Koordinationsbedarf weiter.

Deshalb muss Versorgung künftig anders organisiert werden. Fachkräfte müssen gezielter eingesetzt, Aufgaben sinnvoll verteilt und Versorgungsprozesse besser aufeinander abgestimmt werden. Der Druck wächst, vorhandene Finanzmittel wirksamer zu verwenden.

2.2 Fragmentierte Strukturen erschweren wirksame Versorgung

Die Schwierigkeiten entstehen jedoch nicht allein durch fehlende Ressourcen. Zwar verfügt Deutschland über hohe medizinische Kompetenz, leistungsfähige Einrichtungen und für viele Erkrankungen über klare fachliche Leitlinien. Trotzdem erleben Patientinnen und Patienten Versorgung häufig nicht als zusammenhängenden Prozess.

Ein wesentlicher Grund dafür ist die Fragmentierung des Systems. *Ambulante und stationäre Medizin, Pflege, Rehabilitation, Krankenkassen, Kommunen und soziale Dienste arbeiten in unterschiedlichen Strukturen und mit jeweils spezifischen Logiken.* Zuständigkeiten, Finanzierung und Planung sind getrennt organisiert. Was aus Sicht der einzelnen Institution nachvollziehbar ist, führt aus Perspektive der Patientinnen und Patienten häufig zu Brüchen.

Besonders deutlich werden diese Brüche bei chronisch und mehrfach erkrankten Menschen. An ihrer Versorgung wirken Haus- und Fachärztpraxen genauso mit wie therapeutische Berufe, Pflegekräfte und Kliniken. Jedoch gibt es zumeist keine gezielte Koordination und keine

gemeinsame Steuerung des Behandlungsverlaufs. Verantwortlichkeiten sind nicht durchgehend geklärt, Informationen werden nicht immer rechtzeitig weitergegeben – einzelne Behandlungsschritte greifen nicht ausreichend ineinander. Die Folgen: Doppeluntersuchungen, widersprüchliche Empfehlungen, vermeidbare Verzögerungen und Versorgungslücken – sowie verunsicherte Patientinnen und Patienten, die nicht wissen, wie sie weiter behandelt werden und was sie dazu beitragen können.

Ähnliche Schnittstellenprobleme zeigen sich in der Pflege. Pflegebedürftige Menschen und ihre Angehörigen müssen unterschiedliche professionelle, informelle und kommunale Angebote miteinander verbinden. Gerade in belastenden Situationen fehlt es häufig an einer verlässlichen Koordination. Zugleich übernehmen ambulante Dienste und Angehörige Aufgaben, für die die heutigen Prozesse und Schnittstellen nur begrenzt ausgelegt sind.

2.3 Digitalisierung des Gesundheitswesens greift bislang zu kurz

Obwohl sie ein wesentlicher Faktor sein kann, hat auch die Digitalisierung des Gesundheitswesens das Grundproblem der Fragmentierung bislang nicht gelöst. Elektronische Patientenakte (ePA), E-Rezept, Kommunikationsdienste und weitere Anwendungen der Telematikinfrastruktur (TI) sind wichtige Basistechnologien für eine abgestimmtere Versorgung. Jedoch sind sie allein nicht geeignet, den Anspruch an ein proaktives Versorgungsmanagement zu erfüllen.

Etwa die ePA wird bislang überwiegend vergangenheitsbezogen und dokumentenbasiert genutzt. Sie liefert mit wenigen Ausnahmen aktuell nicht die strukturierten Daten, die für echte Prozesssteuerung nötig wären.

Auch die Primärsysteme in Praxen und Kliniken sind im Kern für die Verwaltung der Organisationen konzipiert. Im Vordergrund stehen vergangenheitsorientierte Dokumentation und Abrechnung. Daten oder Dokumente werden punktuell ausgetauscht – oftmals über Nachrichten, Portale oder Schnittstellen, die für einzelne Anwendungsfälle geschaffen wurden.

Was bislang weitgehend fehlt, sind digitale Arbeitsumgebungen für kollaboratives Arbeiten und eine proaktive Prozessplanung.

Mit dem Gesetz für Daten und digitale Innovation im Gesundheitswesen (GeDIG) soll nun zwar eine bessere Patientensteuerung unterstützt werden (Bundesregierung 2026a): Vorgesehen sind eine digitale Einschätzung zum Versorgungsbedarf, eine elektronische Terminvermittlung sowie die sogenannte E-Überweisung. Jedoch greifen auch diese Maßnahmen zu kurz, um eine lückenlose Versorgung zu gewährleisten.

Im Fokus des Gesetzes steht in diesem Kontext der Zugang zur Versorgung, nicht die Koordination der Behandlung. Die E-Überweisung etwa überführt lediglich einen analogen Prozessschritt in ein digitales Format und beschleunigt den Prozess. Offen bleibt aber: Wer steuert einen Patientenfall? Wie wird Verantwortung übergeben? Wie stimmen sich die beteiligten Berufsgruppen untereinander ab?

2.4 Koordination und regionale Planung werden zu zentralen Hebeln

Konstatiert werden kann: Es reicht künftig nicht mehr aus, einzelne Versorgungslücken mit zusätzlichen Angeboten zu schließen. Es braucht Strukturen, die vorhandene Leistungen systematisch miteinander verbinden.

Für die Versorgung von Patientinnen und Patienten bedeutet das: Die beteiligten Fachkräfte müssen wissen, welches gemeinsame Versorgungsziel verfolgt wird, wer welche Aufgabe übernimmt und wann eine Reaktion erforderlich ist. Relevante Informationen müssen am Ort der Entscheidung verfügbar sein. Prävention, Behandlung und Pflege müssen zusammengedacht werden. Zentral ist, dass digitale Instrumente helfen, Aufgaben zu koordinieren, Behandlungsverläufe zu begleiten und Veränderungen frühzeitig sichtbar zu machen.

Damit rückt neben der Frage des Zugangs die Koordination von Versorgung stärker in den Mittelpunkt. *LeiG setzt genau da an: Für Menschen mit dauerhaftem Versorgungsbedarf soll die Koordination nicht mit einer Überweisung oder Terminvermittlung enden.* Sie soll den weiteren Behandlungs- und Pflegeverlauf umfassen und – im Sinne eines proaktiven Versorgungsmanagements – die beteiligten Berufsgruppen in einem gemeinsamen Prozess verbinden.

Um die entsprechende Koordination wirksam werden zu lassen, ist zudem eine vergleichbare Weiterentwicklung auf Ebene der Versorgungsplanung notwendig. Denn medizinische Versorgung, Pflege, kommunale Daseinsvorsorge und soziale Angebote werden heute nach unterschiedlichen Regeln und Zuständigkeiten geplant. Dadurch fehlt häufig eine gemeinsame Sicht darauf, welche Bedarfe in einem Versorgungsraum entstehen und welche Kapazitäten für Versorgung vorhanden sind. Auch absehbare Engpässe werden nicht rechtzeitig erkannt.

Hier wird die Region zum entscheidenden Handlungsraum. Dort werden Versorgungslücken konkret sichtbar. Zugleich treffen hier die Akteure aufeinander, die die Versorgung erbringen, finanzieren und mitgestalten. Werden Informationen aus der laufenden Versorgung in geeigneter Form zusammengeführt, können sie auch für eine bedarfsgerechtere Planung genutzt werden.

Mehr Steuerung und mehr Koordination: In diese Richtung gehen auch die politischen Bestrebungen zur Reform der Primärversorgung. Das Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales (MAGS) in Nordrhein-Westfalen hat den Ansatz mit 15 Eckpunkten konkretisiert. Vorgesehen sind unter anderem stärkere Primärversorgungspraxen, klarere Zuständigkeiten, strukturierte Versorgungspfade und mehr Zusammenarbeit im Praxisteam.

MAGS NRW (2026) Ambulante Versorgung zukunftsfest gestalten. Eckpunkte für das Gelingen eines Primärversorgungssystems.

PDF, 981 KB

Der Ansatz von LeiG verbindet deshalb zwei Ebenen: eine verbesserte Steuerung der Versorgung einzelner Menschen und eine gemeinsame Weiterentwicklung der regionalen Versorgungsstrukturen. Die digitale Infrastruktur soll beide Ebenen unterstützen.

2.5 Region Aachen eignet sich besonders als Reallabor

Umgesetzt werden soll der Ansatz von LeiG zunächst in der Region Aachen. Hier wurde das inhaltliche Konzept im Jahr 2025 ausgearbeitet – und hier sind die Voraussetzungen besonders geeignet für die Etablierung eines Reallabors.

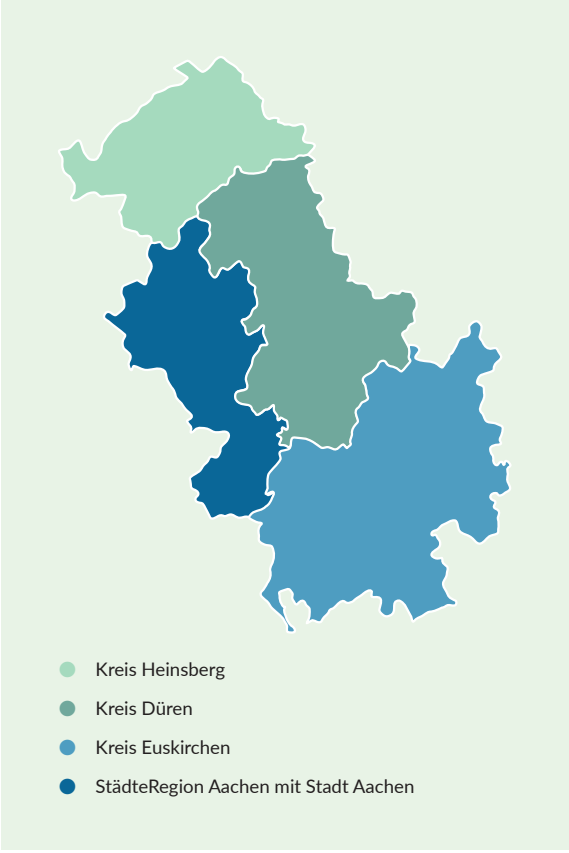


ABBILDUNG 1: Region Aachen als Reallabor für die Umsetzung von LeiG

Der Versorgungsraum umfasst die StädteRegion Aachen einschließlich der Stadt Aachen sowie die Kreise Düren, Euskirchen und Heinsberg. Rund 1,3 Millionen Menschen leben in diesem Gebiet. Die Region verbindet ein urbanes Zentrum mit suburbanen und ländlichen Räumen und bildet damit verschiedene Versorgungssituationen ab.

Folgende Voraussetzungen kennzeichnen die Region als Versorgungsraum besonders (_fbeta GmbH 2026, Teil C1):

- *Heterogene Versorgungsdichte:* Während die Stadt Aachen über eine hohe medizinische Versorgungsdichte verfügt, sind die Wege zur Versorgung in den ländlich geprägten Teilen der Region länger – wohnortnahe Versorgung ist hier teils schwieriger zu gewährleisten. So kommt etwa in der Stadt Aachen ein ambulant tätiger Facharzt auf 701 Einwohner, in den Kreisen Euskirchen, Heinsberg und Düren dagegen auf rund 1.500 bis 1.600 Einwohner.

- *Veränderungen in der Altersstruktur:* In der gesamten Region verändert sich die Altersstruktur. Der Anteil älterer Menschen wächst, während der Anteil der Bevölkerung im erwerbsfähigen Alter zurückgeht. In den ländlichen Teilräumen ist die Alterung besonders ausgeprägt.

- *Hohe Krankheitslast:* Der Morbiditätsindex liegt in der StädteRegion Aachen (ohne die Stadt Aachen) und den angrenzenden Kreisen zwischen 4 und 8 Prozent über dem für Nordrhein-Westfalen ausgewiesenen Referenzwert.

- *Hoher Anteil chronisch Kranker:* Bei mehreren chronischen Erkrankungen liegen die Prävalenzen über dem Bundesdurchschnitt.

COPD betrifft in der Region 8,63 Prozent der Bevölkerung gegenüber 6,73 Prozent im Bundesschnitt. Bei Depressionen sind es 14,49 gegenüber 12,12 Prozent, bei der Koronaren Herzkrankheit 9,74 gegenüber 7,99 Prozent.[1]

→ *Regionale Unterschiede beim Pflegebedarf:* Auch beim Pflegebedarf zeigen sich regionale Unterschiede. Die Zahl der reinen Pflegegeldempfänger je 100.000 Einwohner liegt in den Kreisen Düren, Euskirchen und Heinsberg sowie im Aachener Umland über dem NRW-Wert. Für die Stadt Aachen liegt sie darunter.

1 Angegeben ist jeweils die alters- und geschlechtsstandardisierte Prävalenz.

Die Region steht damit vor Herausforderungen, die sich in den kommenden Jahren auch in anderen Teilen Deutschlands verschärfen dürften. Zugleich verfügt sie über besonders gute strukturelle Voraussetzungen, um neue Versorgungsformen praktisch zu entwickeln und zu erproben. Dazu gehören das Universitätsklinikum Aachen, eine starke Hochschul- und Forschungslandschaft, Kompetenzen in Medizintechnik, Digitalisierung und Datenwissenschaft sowie zahlreiche regionale Netzwerke und Gesundheitsinitiativen.

Genau diese Verbindung macht die Region Aachen für LeiG interessant: Der Handlungsdruck ist hoch, gleichzeitig gilt die Region als besonders innovationsstark.

2.6 LeiG ermöglicht Umsetzung aktueller Reformbestrebungen vor Ort

LeiG entsteht in einer Phase, in der mehrere gesundheitspolitische Reformen in dieselbe Richtung weisen: Versorgung soll stärker gesteuert werden, Fachkräfte sollen besser zusammenarbeiten und digitale Möglichkeiten sollen systematischer für die Versorgung genutzt werden. Zugleich rücken Prävention, die Stabilisierung der häuslichen Pflege und der effiziente Einsatz knapper Ressourcen in den politischen Fokus.

Reform der Primärversorgung

Einen wichtigen Bezugspunkt für LeiG bildet dabei die Diskussion um eine Reform der Primärversorgung. Die politische Zielrichtung einer strukturierten Erst- und Bedarfseinschätzung, einer stärker koordinierenden Funktion der Primärversorgung und einer besseren Arbeitsteilung im Team entspricht wesentlichen Ausgangspunkten des Ansatzes.

Der Ansatz von LeiG setzt an dieser Entwicklung an, betrachtet sie aber aus der Perspektive des gesamten Versorgungsverlaufs. Ein chronisch kranker Mensch benötigt nicht nur einen gesteuerten Zugang zum nächsten Arzttermin. Er braucht einen nachvollziehbaren Therapieplan, klare Verantwortlichkeiten bei den Fachkräften, eine abgestimmte Zusammenarbeit verschiedener Berufsgruppen und eine kontinuierliche Reaktion auf Veränderungen. In LeiG soll eine digitale Versorgungsplattform etabliert werden, die die dafür notwendige Infrastruktur liefert.

Neuordnung der Pflege

Ein weiterer zentraler Bezugspunkt ist die Neuordnung der Pflege. Der Entwurf für das Pflegeneuordnungsgesetz (PNOG) setzt stärker auf Prävention und Rehabilitation und sieht eine kontinuierliche Pflegebegleitung für die häusliche Pflege vor. Digitale Informationen und Funktionen sollen in einem sogenannten Pflege-Cockpit gebündelt werden. Die Pflegebegleitung soll regional organisiert werden und Pflegebedürftige wie Angehörige dabei unterstützen, ein tragfähiges Versorgungsnetz aufzubauen (Bundesregierung 2026b).

Diese Zielstellung deckt sich mit dem Ansatz von LeiG. Bei LeiG jedoch geht diese in eine gemeinsame medizinisch-pflegerische Versorgungslogik über: Informell Pflegende, professionelle Pflege, hausärztliche Versorgung und weitere Unterstützungsangebote sollen nicht nebeneinander, sondern koordiniert zusammenarbeiten.

Etablierung von Reallaboren

Auch der Reallaboransatz selbst gewinnt an Bedeutung in der Gesundheitspolitik. Das GeDIG sieht erstmals Reallabore vor, in denen Krankenkassen neue Formen der Datennutzung zeitlich begrenzt erproben können.

Diese Ausrichtung ist für LeiG anschlussfähig, jedoch geht das Vorhaben noch einen Schritt weiter: LeiG braucht neben der Datennutzung auch Möglichkeiten, neue Formen der Zusammenarbeit, der digitalen Versorgungssteuerung und der regionalen Planungsverantwortung praktisch zu erproben.

Überdies muss für so gedachte Reallabore – in Aachen und in anderen Regionen – der Kreis der potenziellen Partner erweitert werden. Hierzu gehören neben Krankenkassen etwa auch Leistungserbringer und Kommunen.

Zusammenführung in LeiG

Das Reallabor in der Region Aachen soll so zweierlei leisten. Es soll zum einen konkrete Verbesserungen für die Versorgung vor Ort ermöglichen. Zum anderen soll unter realen Bedingungen sichtbar werden, wo die bestehenden Rahmenbedingungen verändert werden müssen, um ein integriertes Versorgungsmodell in der Praxis umzusetzen. Denn: Bislang bleibt bei aller Reformdynamik die Frage offen, wie die Elemente verschiedener Ansätze in einer Region zu einer durchgängigen Versorgungsarchitektur verbunden werden können.

LeiG soll damit explizit *kein* zusätzliches Vorhaben neben den laufenden politischen Initiativen sein. Es geht explizit *nicht* darum, eine weitere Einzelanwendung oder einen isolierten Pfad zu erproben. Im Gegenteil: ***LeiG ist ein holistischer Versorgungsansatz mit der Ambition, die verschiedenen großen gesundheitspolitischen Reformbestrebungen in Deutschland sinnvoll und konsequent miteinander zu verbinden.***

3 Ziele und Ansatz

→ LeiG zielt auf eine Neuausrichtung der Gesundheitsversorgung: von reaktiver Verwaltung zu proaktivem Management und echter Kooperation. Kerninnovation ist die LeiG-Versorgungsplattform, die sowohl individuelles Versorgungsmanagement als auch datenbasierte regionale Versorgungsplanung ermöglichen soll.

→ Priorität haben zunächst die Versorgung chronisch Kranker und die Sicherstellung der häuslichen Pflege. Gezielte Zusammenarbeit in der Primärversorgung sowie eine Caring-Community aus informell Pflegenden und Fachkräften sollen eine kontinuierliche, abgestimmte Versorgung ermöglichen.

→ Die Umsetzung richtet sich am konkreten Nutzen für die Beteiligten aus: verlässlichere Versorgung, weniger administrativer Aufwand und ein gezielterer Einsatz von Ressourcen. Inwieweit diese Verbesserungen erreicht werden, soll im Reallabor schrittweise überprüft werden.

3.1 LeiG zielt auf proaktives Versorgungsmanagement und echte Kooperation

Wie zuvor beschrieben ist LeiG eine Reaktion auf zentrale Herausforderungen im deutschen Gesundheitswesen. Die Initiatoren möchten mit dem Vorhaben dazu beitragen, dass die Gesundheitsversorgung in Deutschland zukunftsfähig ist. Die innovationsstarke Region Aachen soll als Reallabor für politische Weichenstellungen im ganzen Land dienen.

Übergeordnetes Wirkungsziel von LeiG ist eine Neuausrichtung der Gesundheitsversorgung: weg von einer primär reaktiven Verwaltung einzelner Behandlungsanlässe hin zu einem proaktiven Versorgungsmanagement und einer echten Kooperation aller Beteiligten.

Die Versorgung soll populationsorientiert und sektorenübergreifend gesteuert und im einzelnen Behandlungsfall proaktiv organisiert werden. Fachkräfte sollen in multiprofessionellen Teams zusammenarbeiten.

Die Hauptintervention und Kerninnovation von LeiG ist die sogenannte LeiG-Versorgungsplattform.

Die Plattform soll sowohl ein individuelles Versorgungsmanagement als auch eine datenbasierte regionale Versorgungsplanung ermöglichen – und perspektivisch die technischen Systeme in der Versorgungspraxis ablösen, die bislang primär auf Verwaltung ausgerichtet sind.

LeiG soll – jenseits der heutigen Strukturen – in regionalen Verantwortungsgemeinschaften von Kommunen, Leistungserbringern und Kranken- und Pflegekassen getragen und organisiert werden. Dazu sollen Vertrags- und Vergütungskonstrukte überarbeitet und angepasst werden. Die Versorgung soll durch drei Grundsätze geprägt werden:

- → Patientenzentrierung,
- → Präventionsorientierung und
- → „Digital First“.

Tabelle 1 stellt – bewusst pointiert – den Status quo im deutschen Gesundheitswesen der Ambition gegenüber, die mit dem Ansatz von LeiG verbunden ist. Wie die Ambition im Detail ausgestaltet ist und wie sie jeweils konkret erreicht werden soll, wird in den nachfolgenden Kapiteln dargestellt.

TABELLE 1: Status quo im deutschen Gesundheitswesen und Ambition von LeiG in verschiedenen Bereichen

Bereich	Status quo	Ambition LeiG
Versorgungslogik	Überwiegend reaktive Versorgung; Orientierung am einzelnen Behandlungsanlass	Vorausschauende Steuerung; frühzeitiges Erkennen von Bedarfen; kontinuierliche Begleitung
Zusammenarbeit	Getrennte Berufsgruppen und Sektoren; punktuelle Kooperation	Multiprofessionelle Teams; verbindliche Zusammenarbeit und Koordination über Sektorengrenzen hinweg
Behandlungs- und Pflegeplanung	Getrennte Planungen; begrenzte Abstimmung	Gemeinsame Ziele und abgestimmte Maßnahmen für den gesamten Versorgungsverlauf
Verantwortung im Versorgungsverlauf	Verteilte Zuständigkeiten; unklare Übergaben; Koordinationslücken	Klare Aufgaben und Ansprechpersonen; verlässliche Übergaben; gemeinsame Verantwortung
Digitale Unterstützung	Institutionsbezogene Dokumentation; punktueller Datenaustausch	Gemeinsame Arbeitsumgebung; kollaborative Prozesssteuerung
Orientierung für Betroffene	Unübersichtliche Abläufe und wahrgenommene Brüche; hoher eigener Koordinationsaufwand	Nachvollziehbare Versorgungspläne; feste Ansprechpersonen; Entlastung im Alltag
Ressourceneinsatz	Doppelarbeit; vermeidbare Rückfragen und Leistungen; wenig abgestimmte Kapazitäten	Bedarfsgerechte Aufgabenverteilung; weniger Doppelarbeit; gezielter Einsatz von Fachkräften und Finanzmitteln
Regionale Planung	Getrennte Planungszuständigkeiten; begrenzte gemeinsame Sicht auf Bedarfe und Kapazitäten	Populationsorientierte Planung und Koordination; Nutzung von Informationen aus der Versorgung; frühzeitiges Erkennen von Engpässen
Regionale Verantwortung	Institutionell getrennte Entscheidungen und Interessen	Regionale Verantwortungsgemeinschaften; gemeinsame Weiterentwicklung von Versorgungsstrukturen

3.2 Prioritäten liegen bei Versorgung chronisch Kranker und häuslicher Pflege

Der Ansatz von LeiG soll wie geschildert in einem Reallabor in der Region Aachen umgesetzt und Schritt für Schritt ausgebaut werden. Dabei werden zunächst zwei Ziele priorisiert:

- → Stärkung der Primärversorgung von chronisch Kranken
- → Sicherstellung von Pflege im häuslichen Umfeld

Der Fokus auf die Handlungsfelder Primärversorgung und Pflege erscheint aufgrund der großen Schnittmenge zwischen beiden Zielgruppen sinnvoll – und folgt der international beobachtbaren Logik, die beiden Felder im Sinne von „Primary Health Care“ zusammenzudenken. Beide Gruppen haben häufig mehrere Erkrankungen und zeichnen sich durch einen komplexen Versorgungsbedarf aus – die Anzahl der betroffenen Menschen nimmt mit dem demografischen Wandel in den kommenden Jahren deutlich zu. *Gezielte Abstimmung und spezifische digitale Lösungen bergen hier enorme Potenziale für Qualität und Effizienz.*

So haben etwa Patientinnen und Patienten mit Herzinsuffizienz rund 19 Hausarztkontakte pro Jahr. Insgesamt konsultieren sie im Jahresverlauf durchschnittlich rund fünf verschiedene Ärztinnen und Ärzte – einschließlich der Hausärztinnen und Hausärzte (Störk et al. 2021).

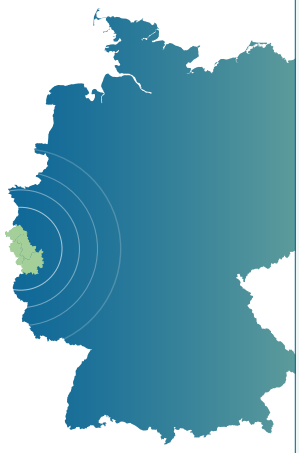
Und die häusliche Pflege ist allein aufgrund ihrer gesellschaftlichen Relevanz ein bedeutendes Feld: Knapp neun von zehn Pflegebedürftigen (86 Prozent) wurden nach einer Erhebung des Statistischen Bundesamtes im Dezember 2023 zu Hause versorgt. Das entspricht insgesamt 4,9 Millionen Menschen in Deutschland (Statistisches Bundesamt 2024).

In LeiG soll die Versorgung chronisch Kranker durch wohnortnahe Primärversorgungsteams koordiniert werden – die Betroffenen sollen jeweils zur richtigen Zeit mit der passenden Intervention erreicht werden.

Pflegebedürftige sollen durch eine Caring-Community aus informell Pflegenden und Fachkräften hochwertig versorgt werden. Ziel ist, dass sie so lange wie möglich im häuslichen Umfeld verbleiben können.

HealthTransformationHub

Region Aachen als Reallabor



Sinn und Zweck
Wofür wir arbeiten

Für eine zukunftsfähige Versorgung dank leistungsstarker Gesundheitsregionen

Gesundheitsversorgung in Deutschland ist dank leistungsstarker Gesundheitsregionen zukunftsfähig. Die Menschen im Land haben verlässlichen Zugang zu hochwertiger Versorgung und Fachkräfte können gut arbeiten. Das Gesundheitssystem kann aus vorhandenen Mitteln finanziert werden.

Die innovationsstarke Region Aachen fungiert als Reallabor für politische Weichenstellungen in ganz Deutschland.

Leitziel
Was wir im Kern bewirken möchten

Neuausrichtung der Versorgung: Von reaktiver Verwaltung zu proaktivem Management und echter Kooperation

- Populationsorientierte und sektorübergreifende Versorgungssteuerung
- Proaktives Versorgungsmanagement
- Multiprofessionelle Versorgungsteams

Detailziele
Wo wir unsere Prioritäten setzen

Stärkung der Primärversorgung von chronisch Kranken

Wohnortnahe Primärversorgungsteams koordinieren die Versorgung. Menschen mit chronischen Erkrankungen werden zur richtigen Zeit mit der passenden Intervention erreicht.

Sicherstellung von Pflege im häuslichen Umfeld

Eine Caring-Community aus informell Pflegenden und Fachkräften stellt eine hochwertige pflegerische Versorgung sicher. Pflegebedürftige verbleiben so lange wie möglich in ihrem häuslichen Umfeld.

Intervention
Wie wir vorgehen

Neuartiges digitales Betriebssystem

LeiG-Versorgungsplattform

Individuelles Versorgungsmanagement

- Virtuelle Versorgungssteuerung im Team
- Individuelle Behandlungsplanung mit Pfaden
- Kommunikation, Monitoring und Telemedizin



Regionale Versorgungsplanung

- Tagesaktuelle Einblicke in definierte Kohorten
- Kontrolle und Qualitätssicherung
- Datenbasierte Strukturplanung

Fundament
Was es braucht, um zu wirken

- Regionale Verantwortungsgemeinschaften von Kommunen, Leistungserbringern und Kranken- und Pflegekassen
- Versorgungsgrundsätze: Patientenzentrierung, Präventionsorientierung und »Digital First«
- Angepasste Vertrags- und Vergütungskonstrukte

ABBILDUNG 2: Wirkungsmodell LeiG

3.3 Ansatz ist ausgerichtet an konkreten Nutzen für die Zielgruppen

Aus dem Ansatz von LeiG ergeben sich unterschiedliche positive Effekte für die Beteiligten. Anspruch ist es, die Umsetzung an den konkreten Nutzen für die Zielgruppen auszurichten.

Im Kern profitieren die Zielgruppen von einer hochwertigen und verlässlicheren Versorgung, von geringerem administrativem Aufwand sowie einem gezielteren Einsatz von Ressourcen.

Tabelle 2 beschreibt exemplarisch angestrebte Nutzen für die relevanten Zielgruppen in LeiG. Welche Nutzen wie ausgeprägt vorhanden sind, muss dabei in der Umsetzung sukzessive überprüft werden.



LeiG im Video

Der Film zeigt anhand eines konkreten Falls, welche Veränderungen LeiG in der Versorgungspraxis erzeugen kann.

TABELLE 2: Zielgruppen und angestrebte Nutzen durch LeiG

Zielgruppe	Angestrebte Nutzen durch LeiG
Patientinnen und Patienten	… werden gut versorgt und fühlen sich gut aufgehoben. Sie wissen jeweils, was in ihrer Versorgung als Nächstes ansteht und an wen sie sich in welcher Situation wenden können. Alle relevanten Informationen sind für sie an einem Ort digital abrufbar – dadurch wird ihre Behandlung nachvollziehbar und planbar. Durch effiziente Abstimmung der Fachkräfte werden unnötige Arztbesuche vermieden und Wartezeiten reduziert.
Hausarzt-praxen	… profitieren durch klare Zuständigkeiten und verbesserten Informationsaustausch. Viele Fälle können fallabschließend behandelt werden. Die gemeinsame digitale Informationsbasis erleichtert Teamarbeit und verringert den Abstimmungs- und Dokumentationsaufwand. Dadurch entsteht mehr Zeit für das Wesentliche: die Versorgung der Patientinnen und Patienten. Präventive und therapeutische Maßnahmen können gezielter geplant, umgesetzt und nachverfolgt werden.
Facharztpraxen	… können sich auf ihre fachärztliche Tätigkeit konzentrieren. Termine mit Patientinnen und Patienten sind durch Vorbefunde, konkrete Fragestellungen aus der Vorversorgung sowie einen klaren Plan für die Weiterversorgung besser vorbereitet. Durch die Reduktion von doppelten Informationsabfragen entsteht mehr Zeit für die Behandlung von komplexen Fällen – Ressourcen können effizienter eingesetzt werden.
Ambulante Pflegedienste	… können ihre Pflege besser planen. Aktuelle Informationen und klare Ansprechpartner erleichtern die Abstimmung mit Arztpraxen und anderen an der Versorgung beteiligten Einrichtungen. Durch weniger Rückfragen und weniger doppelte Dokumentation entsteht mehr Zeit für die eigentliche Pflege. Veränderungen des Gesundheitszustands von Pflegebedürftigen können gezielt weitergegeben und notwendige Maßnahmen schneller abgestimmt werden.
Pflegende Angehörige	… werden durch die Caring-Community unterstützt – und fühlen sich durch die übergeordnete Prozesssteuerung entlastet. Transparente Abläufe und feste Ansprechpartner reduzieren ihren Koordinationsaufwand und schaffen mehr Zeit für die persönliche Unterstützung von Pflegebedürftigen.
Krankenkassen	… profitieren durch eine bessere Versorgung ihrer Versicherten sowie einen effizienteren Ressourceneinsatz in der Region. Durch koordinierte Prozesse und systematische regionale Versorgungsplanung werden Über-, Unter- und Fehlversorgung reduziert – die Wirtschaftlichkeit wird erhöht.
Kommunen und Regionen	… werden handlungsfähiger im Kontext von Gesundheitsversorgung als Teil ihrer Daseinsvorsorge. Die Standortattraktivität steigt durch gute Versorgung vor Ort. Weil Menschen länger im häuslichen Umfeld verbleiben können, werden kommunale Sozialhilfeträger entlastet.
Politik	… erhält mit der Umsetzung von LeiG einen Rahmen für eine intelligente Verknüpfung von politischen Reformbestrebungen in der Versorgungspraxis vor Ort – einen Rahmen für gezielte Transformation von Versorgung. Durch höhere Effizienz in der Versorgung sinkt der Ausgabendruck im System, durch mehr Qualität steigt die Zufriedenheit in der Bevölkerung.

4 Umsetzungskonzept

4.1 Überblick

Wie geschildert ist der Ansatz von LeiG primär gekennzeichnet durch seinen inhaltlichen Anspruch an eine moderne Gesundheitsversorgung – an proaktives Management und echte Kooperation.

Das Umsetzungskonzept besteht – wie Abbildung 3 zeigt – aus zwei Teilkonzepten für die zwei versorgungsinhaltlichen Handlungsfelder in LeiG sowie jeweils einem Teilkonzept für die zugrundeliegende Technik und für die entsprechende regionale Governance.

Die Handlungsfelder fokussieren die Stärkung der Primärversorgung von chronisch Kranken sowie die Sicherstellung der häuslichen Pflege in der Region. Die sogenannte LeiG-Versorgungsplattform fungiert als digitale Arbeitsgrundlage. Regionale Verantwortungsgemeinschaften sollen das Vorhaben tragen und die Versorgung datenbasiert planen und weiterentwickeln.



ABBILDUNG 3: Umsetzungskonzept im Überblick

Das erste Handlungsfeld ist die Primärversorgung von chronisch Kranken. Hierbei steht die kontinuierliche Begleitung der Betroffenen anhand eines individuellen digitalen Therapieplans im Mittelpunkt. Der Plan soll gemeinsame Therapieziele und die erforderlichen Maßnahmen für alle Beteiligten nachvollziehbar machen. Hausärztlich angebundene Primärversorgungsteams sollen die Versorgung koordinieren und die Zusammenarbeit der beteiligten Berufsgruppen organisieren. Kapitel 4.2 beschreibt das Teilkonzept „Therapieplanung". Es erläutert, für welche Patientengruppen dieser Ansatz vorgesehen ist, wie die digitale Therapieplanung funktionieren soll und welche Aufgaben die Beteiligten übernehmen sollen.

Das zweite Handlungsfeld ist die häusliche Pflege. Eine Caring-Community soll informell Pflegende und Fachkräfte verbinden und eine verlässliche Versorgung im Alltag ermöglichen. Pflegebedürftige und ihre Angehörigen sollen einfach und

schnell Zugang zu relevanten Informationen und Unterstützung erhalten. Kapitel 4.3 stellt die Kernelemente des Teilkonzepts „Pflege“ vor.

Die LeiG-Versorgungsplattform bildet die gemeinsame technische Grundlage für die Versorgung in beiden Handlungsfeldern. Als kollaboratives Versorgungsmanagement-System soll sie eine Arbeitsumgebung schaffen, in der Fachkräfte über Berufsgruppen und Einrichtungen hinweg Therapie- und Versorgungsziele vereinbaren, Maßnahmen koordinieren und deren Umsetzung nachverfolgen können. Kapitel 4.4 umfasst das Teilkonzept „Technik“. Es beschreibt die vorgesehene Architektur der Versorgungsplattform.

Um den Ansatz von LeiG zu ermöglichen, braucht es verbindliche Vereinbarungen zwischen Kommunen, Leistungserbringern und Kranken- und Pflegekassen. Kapitel 4.5 beschreibt dazu das Teilkonzept „Governance“. Es erläutert, wie solche regionalen Verantwortungsgemeinschaften organisiert werden und in welchen Strukturen die Partner zusammenarbeiten können.

Die neben dem Versorgungsmanagement in LeiG vorgesehene regionale Versorgungsplanung wird als Perspektive in Kapitel 5 beschrieben.

Die in diesem Kapitel dargestellten Konzeptinhalte basieren im Kern auf den umfassenden Konzeptdokumenten, die zum Ende der Planungsphase von LeiG erstellt wurden (_fbeta GmbH 2026, Teil A bis Teil C). Teilweise wurden die Inhalte in Workshops im Anschluss an die Planungsphase weiterentwickelt.

Die umfassenden Konzeptdokumente sind auf der Website des Health Transformation Hub abrufbar.

4.2 Therapieplanung

- → Durch eine digitale Therapieplanung soll die Versorgung chronisch kranker Menschen kontinuierlich koordiniert und gesteuert werden. Ein individueller Plan soll gemeinsame Ziele, Maßnahmen und Verantwortlichkeiten nachvollziehbar machen und die laufende Anpassung der Behandlung unterstützen.

- → Im Mittelpunkt steht zunächst die Abstimmung zwischen haus- und fachärztlicher Versorgung, koordiniert durch das Primärversorgungsteam und ausgerichtet am individuellen Risiko und Unterstützungsbedarf. Patientinnen und Patienten sollen aktiv mitwirken – unterstützt durch eine App, verständliche Informationen und Angebote zur Stärkung ihres Selbstmanagements.

- → Die digitale Therapieplanung soll sich in den Praxisalltag einfügen, vorhandene Informationen aus bestehenden Systemen weiterverwenden und doppelte Eingaben vermeiden. In einer schrittweisen Umsetzung soll geprüft werden, wie die gemeinsamen Abläufe die Versorgung verbessern und Fachkräfte wie Patientinnen und Patienten entlasten.

4.2.1 Gezielte Planung ist Reaktion auf komplexe Versorgungssituation

Menschen mit chronischen Erkrankungen befinden sich häufig in komplexen Versorgungssituationen. Sie benötigen eine kontinuierliche Versorgung durch verschiedene Berufsgruppen und Einrichtungen. Dabei müssen zahlreiche Maßnahmen und Termine aufeinander abgestimmt werden. Wie in der Ausgangslage (siehe Kapitel 2) beschrieben, gelingt die notwendige Koordination im heutigen Versorgungssystem nur eingeschränkt. Informationen gehen verloren, Behandlungsschritte greifen nicht ausreichend ineinander. Die möglichen Folgen: Doppeluntersuchungen, unnötige Kontrolltermine und vermeidbare Krankenhauseinweisungen sowie – im Gegenteil – Unterversorgung.

Das Teilkonzept „Therapieplanung" setzt hier an. Ein individueller digitaler Therapieplan soll die Zusammenarbeit und den Informationsaustausch zwischen den Beteiligten unterstützen und die einzelnen Behandlungsschritte miteinander verbinden. *Ziel ist eine Versorgung, die für alle Beteiligten planbar ist – ausgerichtet an gemeinsam vereinbarten Therapiezielen.*

4.2.2 Gemeinsame Anforderungen chronischer Erkrankungen bilden Ausgangspunkt

Die digitale Therapieplanung soll von Beginn an indikationsübergreifend eingesetzt werden. *Ausgangspunkt ist die Annahme, dass die Behandlung verschiedener chronischer Erkrankungen gemeinsame Anforderungen aufweist.* Drei Aspekte sind dabei besonders relevant:

- *Koordination und Informationsaustausch:* Die beteiligten Fachkräfte müssen ihre Maßnahmen kontinuierlich aufeinander abstimmen und relevante Informationen weitergeben.
- *Gesundheitsförderlicher Lebensstil:* Bewegung, Ernährung, Tabak- und Alkoholkonsum sowie die mentale Gesundheit können den Krankheitsverlauf beeinflussen. Entsprechende Präventionsmaßnahmen können dazu beitragen, die Gesundheit zu erhalten und das Fortschreiten einer Erkrankung zu vermeiden oder zu verzögern.
- *Regelmäßige Verlaufskontrolle:* Krankheitsverlauf und Therapieerfolg werden in festgelegten Abständen überprüft. Bei Bedarf wird die Behandlung angepasst. Wesentliche Teile des Versorgungsverlaufs lassen sich deshalb im Voraus planen.

Das Teilkonzept „Therapieplanung" konzentriert sich zunächst auf die Abstimmung zwischen haus- und fachärztlicher Versorgung. Kern ist die Erstellung individueller Therapiepläne, die das jeweilige Risikoprofil der zu Versorgenden berücksichtigen. Über eine spezielle App als Teil der LeiG-Versorgungsplattform sollen die Patientinnen und Patienten ihren Plan einsehen und an der Umsetzung mitwirken können.

Die an der Konzeptentwicklung für LeiG beteiligten Ärztinnen und Ärzte verbinden damit konkrete Erwartungen: Mehr Behandlungsanliegen sollen in der hausärztlichen Versorgung abschließend geklärt, medizinisch nicht erforderliche Überweisungen und Untersuchungen – etwa zu

häufige Echokardiografien bei stabiler Koronarer Herzkrankheit (KHK) – vermieden werden. Ist eine fachärztliche Mitbehandlung notwendig, sollen Überweisungen konkrete Fragestellungen enthalten. Telekonsile sollen die direkte Abstimmung erleichtern.

So können fachärztliche Kapazitäten gezielter eingesetzt werden – insbesondere für komplexe Behandlungsfälle. Zugleich sollen eine bessere Arzt-Patienten-Kommunikation und die Unterstützung des Selbstmanagements zur Qualität der Versorgung beitragen.

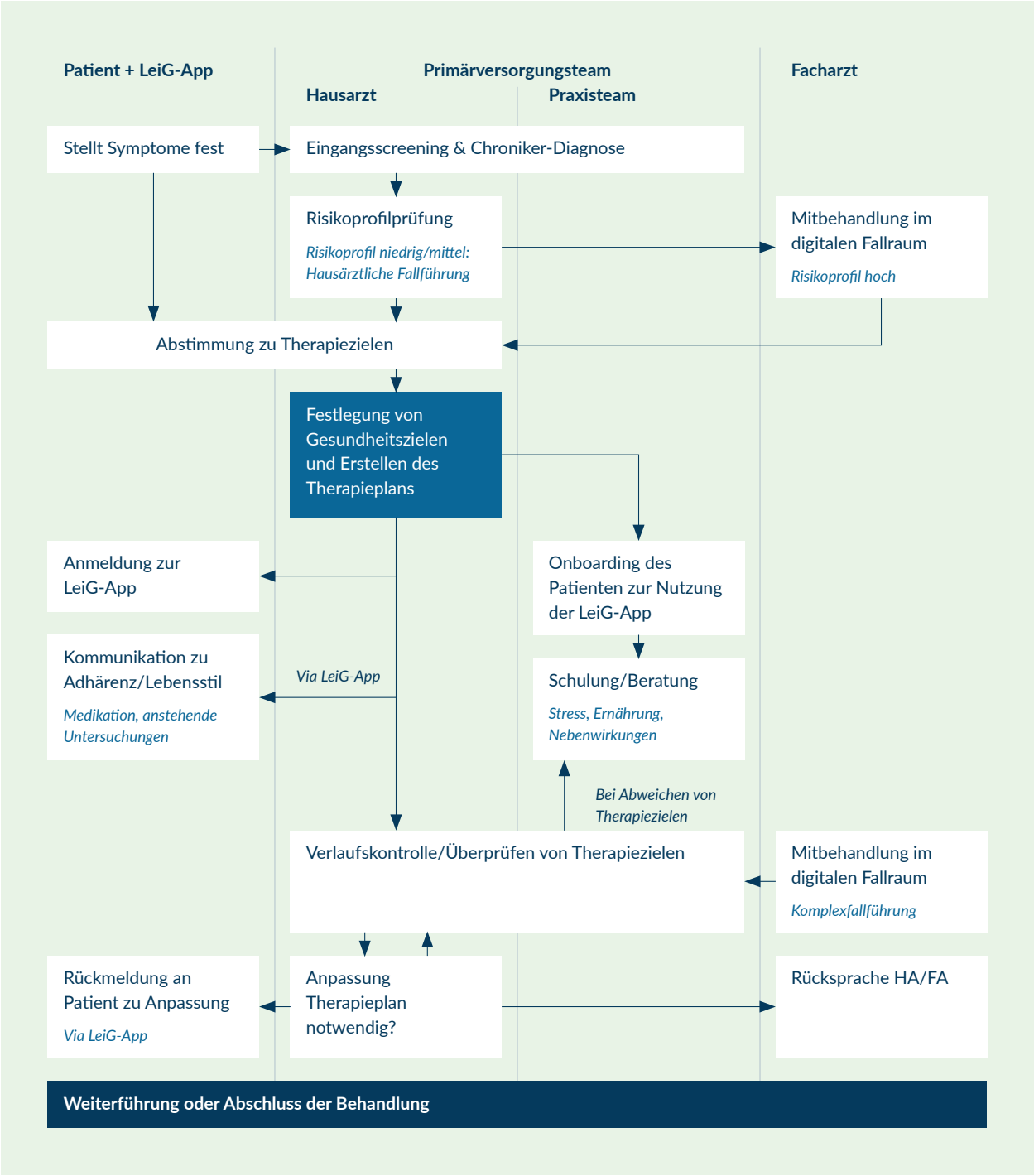


ABBILDUNG 4: Versorgung anhand eines Therapieplans – vereinfachte Darstellung

4.2.3 Therapieplan verbindet Ziele, Maßnahmen und Verantwortlichkeiten

Der digitale Therapieplan soll den Behandlungsverlauf für alle Beteiligten nachvollziehbar machen. Er hält fest, welche Maßnahmen bereits erfolgt sind, welche als Nächstes anstehen und wer welche Aufgabe übernimmt. Damit bildet er – anders als etwa die ePA – eine gemeinsame Grundlage für die Planung und Koordination der Versorgung.

Therapieplan

GRUNDLAGEN	
Patient	ID, Name, Geburtsdatum, Kontakt, Einwilligung, Angehörige
Versorgungskontext	Hausarzt, Fachärzte, Krankenkasse, Programmzuordnung, Versorgungssituation
Diagnosen	Haupt- und Nebendiagnosen, ICD-Codes, Diagnosedatum, Risikofaktoren
Medikation	Präparat, Dosierung, Indikation, Einnahmehinweise, Verordner, Adhärenz
Labor	Ablage von Labordaten *je PVS unterschiedlich*
PLANUNG UND VERLAUF	
Therapieziele	Zielbeschreibung, Zielwert, Priorität, Zeitraum, Verantwortliche, Status *Darstellungsform zu klären*
Maßnahmen	Intervention, Bezug zum Ziel, Frequenz, Zeitraum, Verantwortliche, Status
Termine	Terminart, Datum/Uhrzeit, Ort/Kanal, Anlass, Vorbereitung, Follow-up *Terminvergabe nach Dringlichkeit (Zeitvorgaben), vordefinierte Kriterien, Facharztpraxis sollte selbst auf Basis der Unterlagen prüfen (mehr als Überweisung) – Dringlichkeitsabgleich*
Monitoring	Parameter, Ist-Wert, Zielwert, Messdatum, Trend, Eskalationshinweis *→ Medizinproduktethematik*

ABBILDUNG 5: Mögliche Struktur eines Therapieplans

Erstellung des Plans

Ausgangspunkt für die Erstellung sind die Anamnese, die individuellen Diagnosen und die vereinbarten Therapieziele; Teile der Informationen können aus der ePA oder aus den Primärsystemen übernommen werden. Die entsprechende Software soll auf dieser Grundlage standardisierte, leitlinienbasierte Behandlungspfade vorschlagen. Ärztinnen und Ärzte können

diese an die persönliche Situation und den Bedarf der Patientinnen und Patienten anpassen. Falls in der Softwarelösung vorhanden, kann künstliche Intelligenz die Erstellung zusätzlich unterstützen. Die ärztliche Prüfung und individuelle Anpassung bleiben dabei entscheidend.

Tabelle 3 zeigt die angedachten Schritte der gemeinsamen Therapieplanung durch das Primärversorgungsteam im Zusammenspiel mit Fachärztinnen und Fachärzten. Sie ordnet jedem Schritt die erforderlichen Inhalte sowie die Aufgaben der Beteiligten zu.

Das Primärversorgungsteam im Verständnis von LeiG ist ein hausärztlich angebundenes Team, das die Versorgung von Patientinnen und Patienten kontinuierlich begleitet, Aufgaben innerhalb des Teams verteilt und die Zusammenarbeit mit Facharztpraxen, ambulanter Pflege und weiteren Beteiligten koordiniert. Zum Kern gehören typischerweise Hausärztinnen und Hausärzte sowie Medizinische Fachangestellte; je nach Größe der Einrichtung arbeiten etwa auch Versorgungsassistentinnen (VERAH), Nichtärztliche Praxisassistentinnen (NäPA), Physician Assistants und Pflegefachpersonen sowie Therapeutinnen und Therapeuten mit.

Zusammen mit Facharztpraxen sowie anderen relevanten Einrichtungen bildet das Primärversorgungsteam das LeiG-Behandlungsteam für die Versorgung von chronisch kranken Menschen.

Die konkrete Zusammensetzung der Teams richtet sich jeweils nach dem Versorgungsbedarf und der Personalsituation vor Ort; die übergreifende Koordination und die Gesamtverantwortung für den Behandlungsprozess übernimmt in der Regel die Hausärztin oder der Hausarzt.

Wie ein Therapieplan aussehen könnte, zeigt Abbildung 5. Die Struktur wurde in Workshops mit Ärztinnen und Ärzten entworfen.

TABELLE 3: Schritte der Therapieplanung, Inhalte des Plans und Aufgaben

Behandlungsschritt	Einzutragende Inhalte	Aufgaben
Patientendaten und Versorgungsnetzwerk erfassen	– Stammdaten – Beteiligte Einrichtungen und Gesundheitsberufe – Angehörige oder Bezugspersonen (auf Wunsch)	– *Praxisteam*:* Erfasst und aktualisiert Daten und Kontakte – *Hausarzt:* Übernimmt in der Regel die übergreifende Versorgungskoordination – *Facharzt:* Ergänzt fachärztliche Ansprechpartner
Erkrankung und aktuelle Situation beschreiben	– Chronische Erkrankung – Begleiterkrankungen – Verlauf, Beschwerden, Befunde und Auswirkungen auf Alltag und Lebensqualität	– *Praxisteam*:* Erfasst Alltagsbelastungen, Fähigkeiten und Unterstützungsbedarf – *Hausarzt:* Erfasst die gesundheitliche Gesamtsituation – *Facharzt:* Ergänzt krankheitsspezifische Diagnostik und Einschätzungen

* Praxisteam der Hausarztpraxis: z. B. MFA oder NäPA als Teil des Primärversorgungsteams

Behandlungsschritt	Einzutragende Inhalte	Aufgaben
Bestehende Behandlung und Unterstützungsbedarf erfassen	– Medikamente und weitere Therapien – Schwierigkeiten bei der Umsetzung, z. B. bei der Medikamenteneinnahme oder Kontrollterminen	– *Praxisteam*:* Trägt Angaben zusammen und erfragt Umsetzungsschwierigkeiten – *Hausarzt:* Prüft die Gesamtmedikation und führt Behandlungsinformationen zusammen – *Facharzt:* Prüft und aktualisiert die fachbezogene Therapie
Persönliche Behandlungsziele vereinbaren	– Mit dem Patienten festgelegte, überprüfbare Ziele zu Beschwerden, Belastbarkeit, Selbstständigkeit und Lebensqualität	– *Hausarzt:* Stimmt übergreifende Ziele mit dem Patienten ab – *Facharzt:* Bringt krankheitsspezifische Ziele ein – *Praxisteam*:* Unterstützt dabei, persönliche Prioritäten und alltagsnahe Teilziele zu formulieren
Langfristige Maßnahmen planen	– Medikamentöse und nichtmedikamentöse Maßnahmen einschließlich Häufigkeit und Dauer – Psychosoziale Unterstützung	– *Hausarzt und Facharzt:* Legen medizinische Maßnahmen in ihrem jeweiligen Behandlungsbereich fest und stimmen sie untereinander ab – *Praxisteam*:* Organisiert die Umsetzung und übernimmt vereinbarte Aufgaben im eigenen Kompetenzbereich
Selbstmanagement unterstützen	– Eigenständige Aufgaben des Patienten, z. B. Symptombeobachtung oder vereinbarte Messungen – Schulungs- und Unterstützungsangebote	– *Hausarzt und Facharzt:* Machen medizinische Vorgaben für Selbstbeobachtung und gegebenenfalls vereinbarte Therapieanpassungen – *Praxisteam*:* Leitet an, begleitet und erfragt Schwierigkeiten
Verantwortlichkeiten und Kontrollen festlegen	– Verantwortliche Personen – Kontrolltermine – Zu prüfende Befunde und Beobachtungen	– *Hausarzt:* Koordiniert die übergreifende Verlaufskontrolle – *Facharzt:* Definiert und übernimmt fachbezogene Kontrollen – *Praxisteam*:* Koordiniert Termine, erinnert daran und erhebt vereinbarte Verlaufsdaten
Vorgehen bei Verschlechterung dokumentieren	– Individuelle Warnzeichen – Abgestimmte Handlungsschritte – Kontaktpersonen	– *Hausarzt und Facharzt:* Legen medizinische Warnzeichen und Handlungsschritte fest – *Praxisteam*:* Erläutert die vereinbarten Abläufe und leitet auffällige Beobachtungen nach festgelegtem Vorgehen weiter

* Praxisteam der Hausarztpraxis: z. B. MFA oder NäPA als Teil des Primärversorgungsteams

Behandlungsschritt	Einzutragende Inhalte	Aufgaben
Plan abstimmen und bereitstellen	– Für berechtigte Beteiligte zugänglicher Therapieplan (fachlich geprüft und mit dem Patienten besprochen)	– *Hausarzt:* Führt die Beiträge zu einem abgestimmten Gesamtplan zusammen – *Facharzt:* Prüft die fachbezogenen Inhalte – *Praxisteam*:* Unterstützt die Besprechung und pflegt die abgestimmte Fassung im System
Verlauf bewerten und Plan anpassen	– Zielerreichung – Beschwerden – Verträglichkeit und Umsetzbarkeit – Veränderungen der Lebenssituation	– *Praxisteam*:* Dokumentiert Rückmeldungen und erkennt Anpassungsbedarf – *Hausarzt und Facharzt:* Bewerten den medizinischen Verlauf und passen die Behandlung gemeinsam mit dem Patienten an – *Hausarzt:* Sichert die Abstimmung des Gesamtplans

* Praxisteam der Hausarztpraxis: z. B. MFA oder NäPA als Teil des Primärversorgungsteams

Anwendung des Plans

Der Therapieplan soll nach der initialen Erstellung die Umsetzung der vereinbarten Maßnahmen unterstützen. Aufgaben werden den zuständigen Beteiligten zugeordnet; ihr Bearbeitungsstand soll im gemeinsamen System sichtbar sein. Wird etwa eine fachärztliche Abklärung vereinbart, werden die Fragestellung und die erforderlichen Vorbefunde bereitgestellt. Die fachärztliche Rückmeldung fließt anschließend in die weitere Behandlungsplanung ein. *So verbindet die digitale Therapieplanung die einzelnen Schritte zu einem fortlaufenden Prozess: planen, umsetzen, Ergebnisse bewerten und bei Bedarf nachsteuern.*

Die Zusammenarbeit zwischen haus- und fachärztlicher Versorgung soll sich dabei nach dem individuellen Risiko und der Komplexität des Behandlungsfalls richten. Menschen mit niedrigem Risikoprofil werden vorrangig hausärztlich versorgt. Fachärztliche Expertise wird für spezialisierte Diagnostik und erforderliche Kontrolluntersuchungen hinzugezogen. Menschen mit hohem Risikoprofil und komplexem Behandlungsbedarf benötigen eine engmaschigere Betreuung, etwa bei Multimorbidität. Hier ist eine gemeinsame Fallführung vorgesehen – durch die koordinierende Hausärztin oder den koordinierenden Hausarzt und die beteiligten Fachärztinnen und Fachärzte.

Einbindung von Patientinnen und Patienten

Auch die Patientinnen und Patienten sollen durch den Therapieplan stärker in die Behandlung einbezogen werden – und quasi Teil des Teams sein. Sie sollen ihren Behandlungsverlauf nachvollziehen und vereinbarte Aufgaben zunehmend selbstständig übernehmen können. Dafür ist eine spezielle App vorgesehen, die ihnen die Therapieziele, Maßnahmen und Präventionsmöglichkeiten zugänglich macht. Über die App sollen sie auch Schulungsangebote, gesundheitsbezogene

Informationen und Terminerinnerungen erhalten. Eine Chatfunktion soll den digitalen Austausch mit dem Primärversorgungsteam ermöglichen. Zudem sollen die Nutzenden Befunde und selbst erhobene Vitaldaten bereitstellen können.

Digitale Infrastruktur

Damit die Zusammenarbeit der Fachkräfte im Alltag gelingt, braucht es einfach zugängliche Kommunikationsdienste. In Betracht kommen etwa Telekonsile zwischen Hausärzten und Fachärzten. Auch Befunde sollen über Messengerdienste übermittelt und zeitversetzt bewertet werden können. Technische Grundlage soll die LeiG-Versorgungsplattform mit Basistechnologien der Telematikinfrastruktur (TI) sein (siehe Kapitel 4.4).

Eine wesentliche Voraussetzung ist dabei die Einbindung der Prozesse in den Praxisalltag. Der digitale Therapieplan soll mit den bestehenden Praxisverwaltungssystemen und weiteren relevanten Anwendungen zusammenwirken. Bereits erfasste Informationen sollen weitergenutzt und doppelte Eingaben vermieden werden. Für die beteiligten Praxen muss die gemeinsame Planung im Alltag handhabbar sein und die Koordination erleichtern. Wie dies technisch und organisatorisch gelingt, soll mit ausgewählten Praxen erprobt werden – perspektivisch kann und sollte die LeiG-Versorgungsplattform bestehende Primärsysteme ablösen (siehe Kapitel 4.4).

Was unterscheidet LeiG von den Disease-Management-Programmen (DMP)?

DMP nach § 137f SGB V strukturieren die Versorgung einzelner chronischer Erkrankungen durch leitlinienbasierte Ziele, regelmäßige Verlaufskontrollen und Schulungen – etwa bei Diabetes mellitus Typ 1 und 2, KHK, Asthma bronchiale, COPD oder Osteoporose. Sie sind indikationsspezifisch konzipiert. Bei Mehrfacherkrankungen laufen mehrere Programme mit jeweils eigener Dokumentation parallel.

LeiG denkt die Versorgung von chronischen Erkrankungen indikationsübergreifend und setzt beim gesamten Versorgungsbedarf eines Menschen an – insbesondere wenn mehrere chronische Erkrankungen und Pflegebedarf zusammentreffen. Ein gemeinsam genutzter und aufeinander abgestimmter digitaler Therapieplan führt Behandlungsziele und Maßnahmen zusammen und macht für alle Beteiligten sichtbar, wer welche Aufgabe übernimmt und welche Behandlungsschritte als Nächstes anstehen. LeiG verbindet die Beiträge der Beteiligten somit zu einem gemeinsamen Versorgungsprozess.

Was unterscheidet LeiG von der hausarztzentrierten Versorgung (HZV)?

Die HZV nach § 73b SGB V stärkt die Hausarztpraxis als erste Anlaufstelle und regelt Einschreibung, Überweisung und Vergütung. Die gemeinsame Planung, Abstimmung und Nachverfolgung der Behandlung nach einer Überweisung regelt die HZV jedoch nicht. Dafür soll LeiG eine gemeinsame Arbeitsumgebung für Haus- und Fachärzte sowie weitere Gesundheitsberufe schaffen, die auf bestehenden HZV-Strukturen aufbauen kann.

4.2.4 Klare Rollen strukturieren Zusammenarbeit

Die digitale Therapieplanung verbindet die Beiträge der Beteiligten zu einem gemeinsamen Versorgungsprozess. Dafür braucht es eine klare Rollenverteilung: zwischen Haus- und Fachärzten, den weiteren Gesundheitsberufen sowie den Patientinnen und Patienten, die ihre Behandlung aktiv mitgestalten.

Rolle der Hausärztinnen und Hausärzte

Die hausärztliche Versorgung soll erste Anlaufstelle[2] sein und die Maßnahmen in Diagnostik, Therapie und Rehabilitation koordinieren. Damit übernimmt sie eine zentrale Aufgabe: Sie führt die Beiträge der Beteiligten zu einem abgestimmten Behandlungsverlauf zusammen. Unter Einbindung der anderen Mitglieder des Primärversorgungsteams (siehe Kapitel 4.2.3) legt der Hausarzt den digitalen Therapieplan an und vereinbart mit den Patientinnen und Patienten individuelle Therapieziele. Dabei werden auch deren persönliche Ressourcen und ihr Unterstützungsbedarf ermittelt. Bei Bedarf werden weitere Versorgungsangebote empfohlen.

2 Der Primärarzt im Sinne von LeiG ist im Regelfall ein Hausarzt. In der Praxis können – wie im Kontext der Einführung eines Primärversorgungssystems diskutiert – auch andere Ärzte diese Rolle übernehmen, etwa Gynäkologinnen oder Gynäkologen.

Rolle der Fachärztinnen und Fachärzte

Fachärztinnen und Fachärzte werden je nach Schwere und Komplexität des Behandlungsfalls zur Mitbehandlung und für fachbezogene Kontrollen einbezogen. Sie ergänzen den Therapieplan um spezialisierte Befunde, fachbezogene Maßnahmen und Hinweise zur Anpassung der Medikation. Ein Beispiel ist die Behandlung eines Menschen mit diabetischem Fuß: Eine Gefäßspezialistin oder ein Gefäßspezialist könnte Gefäßbefunde eintragen und Hinweise zu Bewegung, Fußversorgung und weiteren Kontrollen ergänzen. Diese Beiträge werden mit der Diabetologie und der hausärztlichen Versorgung abgestimmt.

Rolle weiterer Gesundheitsberufe

Die nichtärztlichen Fachkräfte im Primärversorgungsteam sollen insbesondere Menschen mit hohem Unterstützungsbedarf begleiten. Sie übernehmen Aufgaben des Care- und Case-Managements und unterstützen die Koordination zwischen haus- und fachärztlicher Versorgung. Darüber hinaus erläutern sie Inhalte des Therapieplans, vermitteln Beratungs- und Schulungsangebote und helfen bei der Einrichtung und Nutzung der „LeiG-App“.

Wie interprofessionelle Versorgung in einer Teampraxis gelingen kann, zeigt etwa das Konzept HÄPPI des Hausärztinnen- und Hausärzteverbands. Der Ansatz von LeiG könnte ein solches Konzept gezielt ergänzen – um digitale Kollaboration und Koordination über die hausärztliche Versorgung hinaus.

Hausärztinnen- und Hausärzteverband (2024) HÄPPI Hausärztliches Primärversorgungszentrum – Patientenversorgung Interprofessionell.

PDF, 1,3 MB

Rolle der Patientinnen und Patienten

Die Patientinnen und Patienten sollen aktiv an ihrer Behandlung mitwirken. Schulungs- und Informationsangebote helfen ihnen, ihre Erkrankung besser zu verstehen und ihre Gesundheitskompetenz zu stärken. Der digitale Therapieplan unterstützt sie dabei, vereinbarte Maßnahmen im Alltag umzusetzen – als Grundlage eines wirksamen Selbstmanagements.

4.2.5 Spezifische Verträge sollen gemeinsame Therapieplanung ermöglichen

Für die Umsetzung der digitalen Therapieplanung sind zunächst Verträge der besonderen Versorgung nach § 140a SGB V vorgesehen. Darin sollen die beteiligten gesetzlichen Krankenkassen und Leistungserbringer die Leistungen und deren Vergütung vereinbaren. Der Vertragsrahmen ermöglicht es, diese Regelungen flexibel und abweichend von der Regelversorgung auszugestalten.

Die Erstellung und die laufende Aktualisierung des Therapieplans erfordern Beiträge verschiedener Beteiligter. *Die Vergütung muss deshalb auch den Aufwand für die gemeinsame Planung und Koordination abbilden.* Denkbar sind Teampauschalen in Anlehnung an die Vergütung der hausarztzentrierten Versorgung (HZV). Diese könnten entsprechend dem jeweiligen Aufwand auf die behandelnden Fachkräfte im virtuellen Therapieteam verteilt werden.

Zudem sollte der Quartalsbezug flexibler gestaltet werden. So ließen sich etwa Fehlanreize für medizinisch nicht erforderliche Kontrolltermine verringern. Wie das Vergütungsmodell konkret ausgestaltet wird, sollen die beteiligten Krankenkassen und die Partner aus der Ärzteschaft in den Verträgen zur besonderen Versorgung vereinbaren.

Neben der Vergütung der Therapieplanung muss auch die Finanzierung der digitalen Infrastruktur geklärt werden. Bereits heute nutzen Praxen zahlreiche zusätzliche Anwendungen neben ihren bestehenden Primärsystemen – mit entsprechenden Kosten.

Die für den Einkauf und Betrieb der LeiG-Versorgungsplattform vorgesehenen Strukturen und Prozesse werden im Teilkonzept „Technik“ (siehe Kapitel 4.4) sowie in den Ausführungen zum Betriebsmodell in Kapitel 7.8 beschrieben.

4.2.6 Schrittweise Einführung soll Umsetzbarkeit und Nutzen zeigen

Vorgesehen ist es, die digitale Therapieplanung zunächst mit einem Kreis engagierter Praxen zu erproben und gemeinsam weiterzuentwickeln. Die Beteiligten bringen ihre Erfahrungen in die Ausgestaltung der Arbeitsabläufe ein und prüfen, wie sich die gemeinsame Planung in den Versorgungsalltag integrieren lässt.

Entscheidend ist, ob und wie die vorgesehenen Abläufe tatsächlich genutzt werden – und wie diese die Versorgung verbessern und die Beteiligten entlasten. Beobachtet werden sollen insbesondere die Qualität der Abstimmung, die Akzeptanz bei Fachkräften und Patienten sowie die Auswirkungen auf Haus- und Facharztkontakte. Die Erkenntnisse sollen die Grundlage für die weitere Ausgestaltung und eine schrittweise Ausweitung bilden (siehe Kapitel 6).

Offene Konzeptfragen – im weiteren Prozess zu klären

- Welche chronischen Erkrankungen sollen Bestandteil der Versorgung in LeiG sein? Welche Kombinationen bei Multimorbidität sollen abgebildet werden? Soll es in einzelnen Umsetzungsschritten bewusste Beschränkungen auf bestimmte Indikationen geben?
- Welche leitlinienbasierten Behandlungspfade sollen dem Therapieplan zugrunde liegen? Wie werden bei Menschen mit mehreren Erkrankungen konkurrierende Therapieziele und Empfehlungen aufeinander abgestimmt?
- Woher sollen Gesundheitsinformationen und Schulungsangebote für Patientinnen und Patienten stammen? Wie werden diese qualitätsgesichert und aktualisiert?
- Welche zusätzlichen Leistungen und Aufwände sollen vergütet werden? Wie werden insbesondere Koordination und Patientenbegleitung finanziert?
- Wie können Patientinnen und Patienten ohne App an der Versorgung teilnehmen? Gibt es einen nichtdigitalen Zugang?
- Wie kann eine Verbesserung der Versorgungsqualität konkret gemessen werden? Anhand welcher Indikatoren soll die Wirkung bewertet werden?

4.3 Pflege

→ LeiG soll pflegebedürftigen Menschen ermöglichen, möglichst lange und gut versorgt zu Hause zu leben. Vorhandene regionale Angebote sollen besser miteinander verzahnt, Bedarfe frühzeitig erkannt und passende Hilfen organisiert werden – informelle und professionelle Pflege sollen systematisch interagieren.

→ Eine regionale Informations- und Unterstützungsplattform soll Pflegebedürftigen und informell Pflegenden den Zugang zu bestehenden Angeboten erleichtern. Ein digitaler Coaching- und Beratungsdienst soll Angehörige im Pflegealltag unterstützen, ihre Kompetenzen stärken und den Such- und Organisationsaufwand verringern.

→ Die LeiG-Versorgungsplattform soll die gemeinsame Planung und Koordination zwischen ärztlicher Versorgung, professioneller Pflege und informell Pflegenden unterstützen – Grundlage soll ein digitaler Therapie- und Pflegeplan sein. Die zunächst getrennten Plattformen sollen künftig nahtlos ineinandergreifen.

4.3.1 Häusliche Pflege braucht verlässliche Unterstützung und Koordination

Neben der Versorgung chronisch kranker Menschen richtet LeiG den Blick auf die häusliche Pflege als Bestandteil der regionalen Daseinsvorsorge. Auch hier trifft ein wachsender Versorgungsbedarf auf knapper werdende Ressourcen. Wie in Kapitel 2 beschrieben, stehen künftig deutlich weniger Fachkräfte zur Verfügung. Ein weiterer Ausbau bestehender Strukturen allein wird nicht ausreichen, um die Versorgung regional zu sichern.

Zugleich möchten viele pflegebedürftige Menschen so lange wie möglich zu Hause leben: 86 Prozent werden dort versorgt, überwiegend mit Unterstützung von pflegenden Angehörigen[3] (Statistisches Bundesamt 2024). Die Angehörigen übernehmen jedoch nicht nur die tägliche Unterstützung, sondern häufig auch die Organisation der Versorgung – verbunden mit hohen zeitlichen und persönlichen Belastungen.

Die Zusammenarbeit der verschiedenen an der Versorgung Beteiligten ist dabei häufig unzureichend abgestimmt. Pflegekräfte, Arztpraxen, soziale Dienste und kommunale Akteure verfügen nicht durchgehend über gemeinsame Informationen und verlässliche Kommunikationswege. Auch vorhandene digitale Anwendungen sind vielfach nur begrenzt miteinander verbunden. Die Folgen ähneln denen in der Versorgung chronisch Kranker: Informationen gehen verloren, Aufgaben werden doppelt erledigt und notwendige Unterstützung verzögert sich.

Die Herausforderungen verstärken sich also gegenseitig: Ein steigender Pflegebedarf trifft auf knapper werdende personelle Ressourcen, während fragmentierte Strukturen und unzureichende Digitalisierung die vorhandenen Kapazitäten zusätzlich belasten. Besonders an der Schnittstelle zwischen professioneller und informeller Pflege bestehen bislang ungenutzte Potenziale.

Das Teilkonzept „Pflege“ setzt an diesen Herausforderungen an. Es soll vorhandene Angebote in der Region besser miteinander verbinden und pflegebedürftigen Menschen sowie ihren Angehörigen den Zugang zu Unterstützung erleichtern. Im Mittelpunkt steht eine verlässlich organisierte häusliche Versorgung, die vorhandene Ressourcen gezielter nutzt.

3 Wenn in diesem Dokument vereinfachend von pflegenden Angehörigen die Rede ist, sind pflegende Zugehörige mitgemeint.

4.3.2 Digitale Lösungen sollen die Pflege stützen

Das Teilkonzept „Pflege“ überträgt den Anspruch von LeiG auf die pflegerische Versorgung im häuslichen Umfeld: Bedarfe sollen frühzeitig erkannt, Unterstützung gezielt organisiert und die Beiträge der Beteiligten aufeinander abgestimmt werden. Die digitale Infrastruktur soll – im Sinne einer „virtuell gestützten Pflege“ – die dafür notwendigen Informationen und digitalen Funktionen bereitstellen.

Ziel ist, dass pflegebedürftige Menschen möglichst lange und gut versorgt in ihrem häuslichen Umfeld leben können. Früherkennung, aktivierende Maßnahmen, verständliche Informationen und Coaching werden verbunden mit einer gemeinsamen Versorgungsplanung zwischen ärztlicher Versorgung, professioneller Pflege und informell Pflegenden. *Um die Pflegebedürftigen herum soll ein stabiles und verlässliches Netzwerk im Sinne einer Caring-Community entstehen.*

Stärkung der informellen Pflege

Um die informelle Pflege zu stärken, brauchen pflegende Angehörige einen verlässlichen Zugang zu relevanten Informationen und einen guten Überblick über verfügbare Versorgungsangebote: Welche Unterstützung wird benötigt? Wer ist zuständig? Und welche Angebote stehen vor Ort zur Verfügung?

Hier setzt LeiG im ersten Schritt an: Über eine regionale Informations- und Unterstützungsplattform sollen pflegebedürftige Menschen, ihre Angehörigen und andere informell Pflegende in bestehende Versorgungs- und Unterstützungsangebote gesteuert werden. Die Plattform bündelt dabei relevante Informationen und macht vorhandene Angebote sichtbar. Sie soll Nachbarschaftshilfe, Ehrenamt und professionelle Pflege integrieren.

Die Plattform soll zudem mit einem digitalen Coaching- und Beratungsdienst für Angehörige und weitere informell Pflegende verbunden sein. Der Dienst soll über Videotelefonie, per Mail oder per Chat erreichbar sein. Mit dem Service sollen pflegende Angehörige und andere informell Pflegende ein niedrigschwelliges Unterstützungsangebot erhalten, das ihnen hilft, die vielfältigen Herausforderungen des Pflegealltags besser zu bewältigen, Kompetenzen aufzubauen und Sicherheit zu gewinnen – und nicht zuletzt moralische Unterstützung zu erfahren.

Insgesamt sollen Pflegebedürftige und informell Pflegende schneller passende Hilfsangebote finden. Verständliche Informationen und klare Zugangswege sollen den Such- und Organisationsaufwand verringern und den Kontakt zu geeigneten Ansprechpersonen erleichtern. Perspektivisch könnte die Plattform auch individuelle Leistungsansprüche anzeigen und die digitale Antragstellung unterstützen.

Die Unterstützung soll dabei jeweils möglichst früh einsetzen. Werden zunehmende Belastungen und Risiken rechtzeitig erkannt, können geeignete Hilfen vermittelt und die Versorgung kann angepasst werden. *Damit folgt auch die Pflege dem Grundgedanken von proaktivem Versorgungsmanagement in LeiG: vorausschauend handeln und Unterstützung organisieren, bevor sich eine Versorgungssituation zuspitzt.*

Einbindung in die Koordination der Versorgung

In einem weiteren Schritt soll die pflegerische Versorgung mit der Koordination der Versorgung in der Primärversorgung verbunden werden – Basis soll die LeiG-Versorgungsplattform sein. Informationen zum Gesundheitszustand und zum Pflegebedarf sollen regelmäßig erfasst und zwischen den Beteiligten ausgetauscht werden.

Die gemeinsame Grundlage soll dabei ein abgestimmter digitaler Therapie- und Pflegeplan sein – als Erweiterung des in Kapitel 4.2 beschriebenen Therapieplans um pflegerische Maßnahmen. Der Plan soll den berechtigten Beteiligten zugänglich machen, welche Versorgungsziele verfolgt werden und welche Maßnahmen jeweils vorgesehen sind. Veränderungen können so früher erkannt und notwendige Schritte mit Arztpraxen und weiteren Gesundheitsberufen abgestimmt werden. Der Versorgungsplan der Pflegeberatung nach § 7a SGB XI kann hier wichtige Empfehlungen und Hilfestellung geben und sollte integriert werden.

Pflegefachkräfte sollen nachvollziehen können, welche ärztlichen Maßnahmen erfolgt oder geplant sind. Umgekehrt sollen Arztpraxen über relevante pflegerische Beobachtungen und Maßnahmen informiert sein. Diese Abstimmung soll Versorgungsverläufe stabilisieren und dazu

beitragen, die Anzahl vermeidbarer Aufnahmen in stationäre Einrichtungen zu reduzieren. *Der gemeinsame Therapie- und Pflegeplan ermöglicht somit eine abgestimmte fachliche Beratung, Aufgabensteuerung und Fallkommunikation zwischen den Beteiligten.*

In weiteren Ausbaustufen soll die Versorgungsplattform technische Signale aus Alarm- und Notrufsystemen verschiedener Anbieter in der Region harmonisieren. Damit soll die Voraussetzung für eine bessere Betreuung unabhängig vom Anbieter eines Hausnotruf-Systems geschaffen werden.

Denkbar ist zudem ein Pooling von Pflegediensten über die Plattform. Ebenso könnte mit den entstehenden Daten der Aufbau von regionalen Akutpflegezentren unterstützt werden.

4.3.3 Zwei Plattformen kombinieren Information und Koordination

Für die digitale Unterstützung der Pflege sind also zwei Plattformlösungen vorgesehen (siehe Kapitel 4.4):

1. *Informations- und Unterstützungsplattform*: Pflegebedürftige und informell Pflegende erhalten Orientierung, Beratung und Zugang zu passenden Hilfen.

2. *LeiG-Versorgungsplattform*: Die Beteiligten stimmen die Versorgung ab, beobachten den Verlauf und koordinieren notwendige Maßnahmen.

Die Informations- und Unterstützungsplattform soll im ersten Schritt als separate technische Plattform neben der Versorgungsplattform aufgesetzt werden. Die beiden Plattformen werden zwar zunächst getrennt aufgebaut und verantwortet, sollen aber künftig nahtlos ineinandergreifen.

Ein möglicher Anwendungsfall für die Integration der beiden Plattformen ist die Identifikation geeigneter Pflegeangebote im Rahmen eines sektorenübergreifenden Versorgungspfads.

Darüber hinaus könnten etwa Ergebnisse aus Pflegebegutachtungen in das Planungsmodul der Versorgungsplattform übertragen und dort für die weitere Versorgungsplanung genutzt werden.

4.3.4 Pflegeangebote sollen auf vorhandenen Strukturen und Kompetenzen aufbauen

Die Angebote zur Pflege in LeiG sollen auf den vorhandenen Angeboten und Kompetenzen in der Region aufbauen. Kommunen, Kranken- und Pflegekassen, Gesundheitsberufe, informell Pflegende und ehrenamtlich Engagierte bringen dabei unterschiedliche Beiträge ein und agieren in unterschiedlichen Rollen. Die digitale Infrastruktur soll die Zusammenarbeit unterstützen und die Angebote für die Betroffenen leichter zugänglich machen.

Vorhandene Strukturen in der Region Aachen sollen aktiv genutzt werden

In der Region Aachen bestehen bereits Strukturen, an die LeiG anknüpfen könnte. Dazu gehören die Informationsangebote der StädteRegion Aachen ebenso wie die Erfahrungen des örtlichen Palliativnetzwerks beim Aufbau von Kommunikations- und Kooperationsstrukturen. Im weiteren Prozess ist zu prüfen, wie diese Strukturen und Kompetenzen eingebunden und weiterentwickelt werden können. Die regionale Verankerung soll dabei erhalten bleiben: Beteiligte Kommunen und Organisationen müssen ihre örtlichen Angebote und Zuständigkeiten wiederfinden können.

Rolle der Kommunen

Die Kommunen sollen insbesondere den Aufbau des Informations- und Unterstützungsangebots mitgestalten. Sie kennen die örtlichen Strukturen und verfügen über eigene Angebote, etwa im Rahmen der Altenhilfe.

Gemeinsam mit den jeweiligen Trägern sollen sie bestehende Informations-, Begleitungs- und Unterstützungsangebote zusammenführen und deren Abbildung auf der Plattform unterstützen. Dazu gehört auch, ehrenamtliche Initiativen und weitere lokale Akteure für die Zusammenarbeit zu gewinnen. Die unterschiedlichen Voraussetzungen in den Kommunen müssen dabei berücksichtigt werden.

Die Übernahme dieser Aufgaben setzt ausreichende fachliche und finanzielle Ressourcen voraus. Um Kommunen den Einstieg zu erleichtern, könnte ein gemeinsamer Handlungsfahrplan entwickelt werden. Er kann Orientierung für den Aufbau der lokalen Zusammenarbeit geben und zugleich Raum für unterschiedliche Ausgangslagen und regionale Anpassungen lassen.

Rolle der Kranken- und Pflegekassen

Die Kranken- und Pflegekassen sollen ihre bestehenden Informations-, Beratungs- und Unterstützungsangebote für Versicherte in die Informations- und Unterstützungsplattform einbringen. Über die Plattform sollen diese leichter auffindbar und mit weiteren Angeboten in der Region verknüpft werden. Dafür ist zu klären, welche Angebote aufgenommen werden, wie ihre Qualität gesichert wird und wer die Informationen aktuell hält.

Die Zusammenarbeit mehrerer Kranken- und Pflegekassen mit kommunalen Partnern bietet zudem die Möglichkeit, ein kassenübergreifendes digitales „Pflege-Cockpit“ – wie es im Rahmen des Pflegeneuordnungsgesetzes (PNOG) vorgesehen ist – in der Region zu erproben.

Rolle der professionell Versorgenden

Professionelle Pflegedienste und Pflegeeinrichtungen sollen ihre Leistungen mit der ärztlichen und therapeutischen Versorgung über die LeiG-Versorgungsplattform abstimmen. Dazu gehören die Weitergabe relevanter Beobachtungen, gemeinsame Übergaben und die Mitwirkung am Therapie- und Pflegeplan.

Voraussetzung ist, dass die digitalen Funktionen in den Arbeitsalltag der Einrichtungen eingebunden werden können.

Rolle der pflegenden Angehörigen

Angehörige und andere informell Pflegende haben eine doppelte Rolle: Sie tragen die Versorgung mit und sie benötigen selbst Unterstützung. Ihre Erfahrungen und Beobachtungen aus dem Alltag sollen in die gemeinsame Planung einfließen. Zugleich sollen verständliche Informationen, Beratung und Begleitung ihnen helfen, die Versorgung zu organisieren und mit Belastungen umzugehen. Bei Bedarf sollen sie leichter passende Entlastungsangebote finden.

Rolle des Ehrenamts

Ehrenamtlich Engagierte und nachbarschaftliche Initiativen ergänzen die professionelle Versorgung durch Unterstützung im Alltag. Ihre Angebote sollen über die Informations- und Unterstützungsplattform sichtbar und für Pflegebedürftige sowie Angehörige leichter zugänglich werden.

Damit diese Unterstützung verlässlich eingebunden werden kann, braucht es jedoch mehr als die Vermittlung einzelner Hilfen. Erforderlich sind klare Ansprechpersonen, Qualifizierung und kontinuierliche Begleitung sowie geeignete Strukturen für Koordination, Qualitätssicherung und Austausch. Dabei ist abzugrenzen, welche Aufgaben Ehrenamtliche in der Alltagsunterstützung übernehmen können und wann pflegefachliche Kompetenz erforderlich ist.

4.3.5 Finanzierung soll medizinische und pflegerische Leistungen verbinden

Als mögliche Grundlage für die Finanzierung der Pflegeangebote in LeiG werden derzeit Verträge der besonderen Versorgung nach § 140a SGB V und der integrierten Versorgung nach § 92b SGB XI betrachtet. Die vertraglichen Möglichkeiten sollen dazu beitragen, medizinische und pflegerische Leistungen aufeinander abzustimmen. Ein Gutachten soll konkretisieren, wie diese Instrumente für LeiG genutzt werden können. Die weitere Ausgestaltung ist mit dem Vertrags- und Betriebsmodell abzustimmen (siehe Kapitel 4.5 und 7).

Eine weitere mögliche Finanzierungsquelle ist der sogenannte Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung. Zu klären ist, welche Leistungen

darüber finanziert werden können und welche Voraussetzungen dafür erfüllt sein müssen.

Offene Konzeptfragen – im weiteren Prozess zu klären

- Wer übernimmt die Verantwortung für Aufbau, Betrieb und Weiterentwicklung der Informations- und Unterstützungsplattform sowie des Coaching- und Beratungsdienstes? Welche Aufgaben und Finanzierungsbeiträge übernehmen Kommunen, Kranken- und Pflegekassen und weitere Partner?
- Welche vorhandenen Informations-, Beratungs- und Unterstützungsangebote sollen zuerst eingebunden werden? Wie werden Qualität und Aktualität der Angebote sowie Qualifizierung und Begleitung von Ehrenamt und Nachbarschaftshilfe sichergestellt?
- Wie wird der Coaching- und Beratungsdienst fachlich und organisatorisch ausgestaltet? Wie werden Pflegebedürftige und informell Pflegende an der Entwicklung beteiligt und auch über persönliche Beratung und analoge Zugangswege erreicht?
- Wie werden die Pflegeberatung nach § 7a SGB XI und die Beobachtungen informell Pflegender einbezogen? Wie werden Reaktionen auf Veränderungen verbindlich geregelt?
- Wie sollen Informations- und Unterstützungsplattform und LeiG-Versorgungsplattform konkret zusammenwirken? Welche Informationen sollen ausgetauscht werden, und wie werden Zugriffsrechte und Verantwortlichkeiten zwischen Pflegebedürftigen, informell Pflegenden und professionell Versorgenden geregelt?

4.4 Technik

→ Mit der LeiG-Versorgungsplattform soll eine gemeinsame digitale Arbeitsumgebung für proaktives und kollaboratives Versorgungsmanagement entstehen. Der digitale Therapieplan verbindet Ziele, Maßnahmen und Verantwortlichkeiten – zunächst für die Versorgung chronisch kranker Menschen, später auch für die Pflege.

→ Gemeinsame Datenhaltung, Prozessmanagement und fallbezogene Kommunikation bilden die technischen Kernfunktionen. TI und ePA sind als Basistechnologien notwendig, aber nicht hinreichend.

→ Bestehende Primärsysteme sollen durch die LeiG-Versorgungsplattform als kollaboratives Versorgungsmanagement-System abgelöst werden können. Eine regionale Leistungserbringer-Organisation soll den Aufbau aus verfügbaren Lösungen verantworten; offene Schnittstellen und eine von einzelnen Anwendungen unabhängige Datenhaltung sollen die Erweiterbarkeit sichern.

4.4.1 Koordinierte Versorgung stellt spezifische Anforderungen an digitale Infrastruktur

Die in den vorangegangenen Abschnitten beschriebenen Versorgungskonzepte stellen spezifische Anforderungen an die digitale Infrastruktur. Fachkräfte müssen Behandlungs- und Pflegeziele über Berufsgruppen und Einrichtungen hinweg vereinbaren, Maßnahmen aufeinander abstimmen und deren Umsetzung nachverfolgen können. Informell und professionell Pflegende benötigen Unterstützung für ihre Aufgaben und verlässliche Möglichkeiten, sich mit dem medizinischen Versorgungssystem vernetzen zu können.

Dafür sind in LeiG zwei miteinander verbundene Plattformlösungen vorgesehen:

- → eine *Informations- und Unterstützungsplattform* im Kontext häuslicher Pflege sowie
- → die sogenannte *LeiG-Versorgungsplattform* als digitale Basis für eine neue Form der Versorgung.

Die beiden Plattformen werden zwar zunächst getrennt aufgebaut und verantwortet, sollen aber künftig nahtlos ineinandergreifen.

Die Informations- und Unterstützungsplattform richtet sich an pflegebedürftige Menschen, Angehörige und andere informell Pflegende. Sie soll verständliche Informationen, Schulungsangebote und Zugang zu passenden Hilfen bereitstellen. Kapitel 4.3 beschreibt Details zur Ausgestaltung der Plattform.

Die LeiG-Versorgungsplattform soll zunächst die Behandlung chronisch kranker Menschen unterstützen. Im Mittelpunkt steht der digitale Therapieplan (siehe Kapitel 4.2), mit dem die Beteiligten den Behandlungsverlauf gemeinsam gestalten. Anschließend soll die Pflege schrittweise in die gemeinsame Koordination eingebunden werden.

4.4.2 Versorgungsplattform soll gemeinsame Arbeitsumgebung schaffen

Die LeiG-Versorgungsplattform soll als kollaboratives Versorgungsmanagement-System ausgestaltet werden – und zur gemeinsamen digitalen Arbeitsumgebung der an der Versorgung beteiligten Fachkräfte werden. Der Anspruch übersteigt damit deutlich den von digital vernetzter Versorgung in bestehenden regionalen Versorgungsmodellen – hier soll ein neuartiges digitales Betriebssystem für die Versorgung entstehen.

Die Plattform soll die Planung, Durchführung und Koordination der Behandlung über Einrichtungsgrenzen hinweg unterstützen – und Patientinnen und Patienten einbeziehen. Im Mittelpunkt stehen vorerst chronisch erkrankte Menschen, deren Versorgung eine kontinuierliche Zusammenarbeit verschiedener Beteiligter erfordert.

Die Plattform soll die für einen Versorgungsfall erforderlichen Informationen zusammenführen und die mit dem Patienten vereinbarten Therapieziele und Maßnahmen abbilden. Digitale Workflows sollen deren Umsetzung unterstützen. Patientinnen und Patienten erhalten über eine App Einblick in ihren Therapieplan und

die nächsten Schritte. Für die Fachkräfte ist ein sogenanntes Patientencockpit vorgesehen: Es bündelt wesentliche Erkrankungen, die aktuelle Medikation und anstehende Maßnahmen in einer gemeinsamen Übersicht.

Technisch soll die Plattform auf drei zentralen Funktionsgruppen beruhen:

1. einer *gemeinsamen Datenhaltung*,
2. dem *Prozessmanagement* und
3. *Kommunikationsdiensten*.

Der digitale Therapieplan verbindet diese Funktionen. Er hält die für die Versorgung erforderlichen Informationen zusammen und bildet den Ausgangspunkt für Aufgaben und Abstimmungen. Ein differenziertes Rollen- und Berechtigungssystem soll regeln, wer dabei welche Informationen einsehen und bearbeiten darf. Abbildung 6 visualisiert das vorgesehene Zusammenspiel.



ABBILDUNG 6: LeiG-Versorgungsplattform als kollaboratives Versorgungsmanagement-System

4.4.3 Gemeinsame Datenbasis soll verschiedene Anwendungen verbinden

Die Plattform soll medizinische und pflegerische Daten strukturiert und über Einrichtungsgrenzen hinweg verfügbar machen. Die Datenhaltung wird dafür von den einzelnen Anwendungen getrennt. Neue Funktionen können über offene Schnittstellen angebunden werden und auf die gemeinsame Datenbasis zugreifen. So soll die Plattform mit den Anforderungen der Versorgung wachsen können.

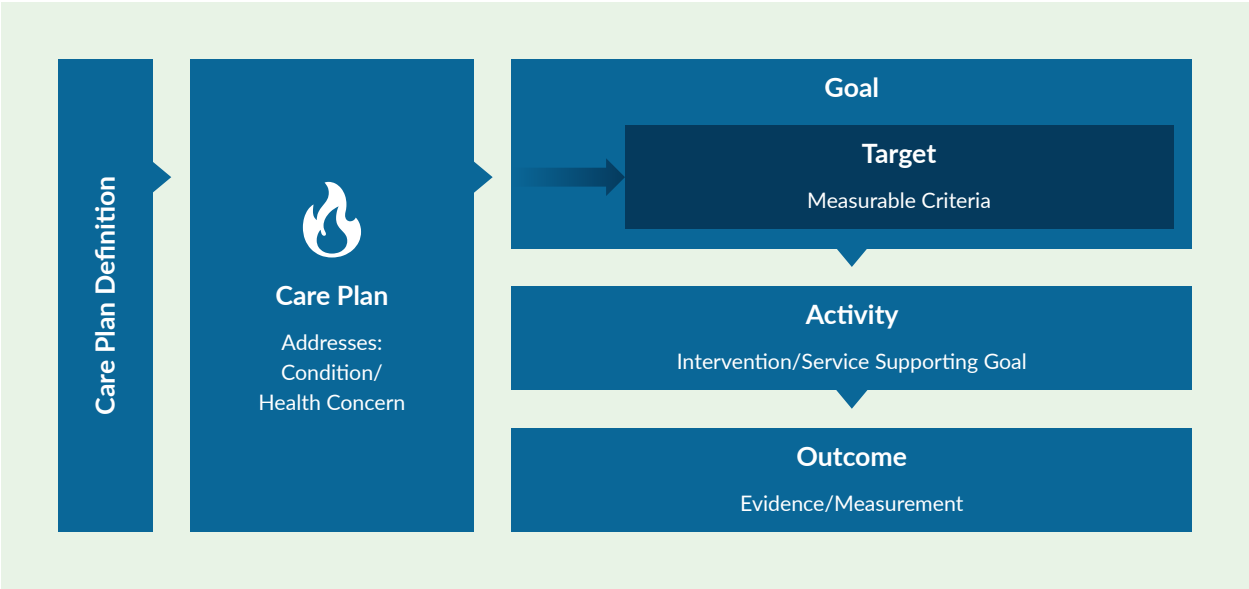


ABBILDUNG 7: Versorgungsplan nach FHIR (Thun und Heitmann 2026 nach xShare-Projekt-Papier)

Abbildung 6 zeigt Funktionen, die heute bereits zum Arbeitsalltag in Praxen und anderen Einrichtungen gehören: Patientenverwaltung, Dokumentation und Terminmanagement. Hinzu kommen jedoch die gemeinsame Therapieplanung sowie ein Modul für Aufgaben und Abstimmung. Damit soll nachvollziehbar werden, wer welche Maßnahme durchgeführt hat, welche Aufgaben noch offen sind und welche Informationen Patientinnen und Patienten selbst beigetragen haben. Die einzelnen Aktivitäten werden so in ihrem Zusammenhang sichtbar.

Der digitale Therapieplan bildet also den fachlichen Kern der gemeinsamen Arbeitsumgebung. Er verbindet Informationen zum bisherigen Verlauf mit den vereinbarten Zielen und nächsten Behandlungsschritten.

Für die systemübergreifende Abbildung ist der Standard FHIR vorgesehen. Dessen Datenbaustein „CarePlan“ kann den individuellen Plan abbilden; ergänzende Bausteine wie „Goal“ und „CareTeam“ beschreiben Ziele und beteiligte Personen (siehe Abbildung 7). Die Daten sollen je nach Aufgabe unterschiedlich aufbereitet werden: im Patientencockpit für Fachkräfte, in der „LeiG-App“ für Patientinnen und Patienten und in gesonderten Übersichten für die regionale Versorgungsplanung.

In späteren Ausbaustufen sollen auch Daten aus dem Monitoring des Gesundheitszustands einbezogen werden können. Dazu gehören etwa Vitalwerte aus Sensoren, vernetzten Geräten oder häuslicher Medizintechnik. Die Plattform soll diese Daten aus unterschiedlichen Quellen technisch zusammenführen und so aufbereiten,

dass sie für die weitere Therapiesteuerung genutzt werden können.

4.4.4 Prozessmanagement soll Planung in verlässliche Abläufe übersetzen

Auf der gemeinsamen Datenbasis soll die Plattform die laufende Bearbeitung der Versorgungsfälle unterstützen. Dafür sind Funktionen für das Fall-, Aufgaben- und Ablaufmanagement vorgesehen. Die Beteiligten sollen Fälle anlegen, Aufgaben zuweisen, Verantwortlichkeiten festhalten und Bearbeitungsstände dokumentieren können. Daraus lassen sich weitere Schritte im Versorgungsprozess auslösen.

Wiederkehrende Versorgungspfade sollen als Vorlagen hinterlegt werden können. Für den einzelnen Behandlungsfall werden sie an die persönliche Situation und den individuellen Bedarf angepasst. Die vorgesehenen Schritte lassen sich anschließend mit konkreten Aufgaben, Zuständigkeiten und Benachrichtigungen verbinden. So entsteht aus einer allgemeinen Vorlage ein Ablauf für die Versorgung eines bestimmten Menschen.

Perspektivisch soll das Prozessmanagement auch auf Veränderungen des Gesundheitszustands reagieren können. Werden durch das Monitoring zuvor definierte Ereignisse erkannt, können daraus vereinbarte Aufgaben oder Benachrichtigungen entstehen. Die Plattform soll damit sowohl die geplanten Schritte unterstützen als auch aufzeigen, wann eine zusätzliche Reaktion erforderlich ist.

Spiegelbildlich zum Behandlungsteam sollen auch Patientinnen und Patienten mit der „LeiG-App“ ein stets aktuelles Bild ihres Behandlungsprozesses bekommen. Dazu gehören etwa die Medikation, anstehende Termine, Kontrolluntersuchungen und gegebenenfalls vereinbarte Fragebögen. Informationen, die einmal erfasst sind, müssen bei neuen Behandlungsanlässen nicht erneut erhoben oder berichtet werden. Das Weitertragen der eigenen Befundergebnisse durch Patientinnen und Patienten entfällt – und im Behandlungskontakt bleibt mehr Zeit für das Gespräch.

4.4.5 Kommunikation setzt unmittelbar am Versorgungsfall an

Die dritte Funktionsgruppe der Plattform – neben der gemeinsamen Datenhaltung und dem Prozessmanagement – umfasst die Kommunikationsdienste. Diese sollen den direkten Austausch zum jeweiligen Versorgungsfall ermöglichen. Vorgesehen sind Nachrichten sowie Sprach- und Videokommunikation. Rückfragen oder die Anforderung eines Befunds sollen unmittelbar aus der Fallansicht heraus möglich sein. Ein Chat kann etwa einer konkreten Aufgabe zugeordnet werden. So bleibt

erkennbar, worauf sich eine Abstimmung bezieht und welcher nächste Schritt daraus folgt.

Soweit möglich, sollen dafür bestehende Dienste der Telematikinfrastruktur genutzt werden. Vorgesehen ist insbesondere die Einbindung des TI-Messengers (TI-M) und des Dienstes „Kommunikation im Medizinwesen“ (KIM). Beteiligte ohne TI-Anbindung sollen über geeignete Kommunikationsfunktionen der Plattform einbezogen werden können.

Auf dieser Grundlage sollen auch Telekonsile und weitere Formen der digitalen Zusammenarbeit möglich werden. Eine Konsilanfrage wird mit der konkreten Fragestellung und den erforderlichen Fallinformationen verknüpft. Je nach Anliegen kann die Abstimmung zeitversetzt über Nachrichten oder im direkten Austausch per Video erfolgen. Die Rückmeldung soll anschließend für die weitere Versorgung verfügbar sein.

Versorgungsdaten sollen perspektivisch auch regionale Planung unterstützen

Perspektivisch sollen die Daten der Plattform auch für die regionale Versorgungsplanung ausgewertet werden können. Die Auswertung soll anonymisiert und unter den jeweils erforderlichen Datenschutzvoraussetzungen erfolgen. Sie kann den regional verantwortlichen Körperschaften und öffentlichen Stellen helfen, Versorgungsbedarfe und vorhandene Strukturen besser einzuschätzen. Die weitere Ausgestaltung dieser Planungsperspektive beschreibt Kapitel 5.

4.4.6 Proaktives Versorgungsmanagement braucht mehr als Status quo bei TI und ePA

Die LeiG-Versorgungsplattform soll – wie Abbildung 6 zeigt – an die Telematikinfrastruktur (TI) und an ihre Anwendungen wie die elektronische Patientenakte (ePA) anknüpfen. ***Bundesweit verfügbar, sind die TI und ihre Anwendungen unverzichtbar für die sektorenübergreifende Weitergabe von Daten sowie für Basiskommunikationsdienste. Für das mit LeiG vorgesehene proaktive und kollaborative Versorgungsmanagement reichen sie jedoch allein nicht aus.***

Warum der Ansatz von LeiG mehr braucht als den Status quo bei TI und ePA, begründet die folgende Aufzählung:

Gemeinsame Planung

Die ePA macht als Datenplattform medizinische Informationen über Einrichtungsgrenzen hinweg verfügbar. Eine gemeinsame und proaktive Planung von Therapiezielen, Maßnahmen und Verantwortlichkeiten entsteht dadurch jedoch noch nicht. Für den Ansatz von LeiG müssen die Beteiligten diese Elemente in einem digitalen Therapieplan verbinden und den weiteren Versorgungsverlauf gemeinsam gestalten können. Die Bereitstellung von Informationen soll so in eine kontinuierliche Zusammenarbeit übergehen. Pointiert: *Die ePA macht Behandlungsdaten als Sekundärspeicher zugänglich. Die LeiG-Versorgungsplattform soll sie als Primärspeicher für die proaktive Steuerung der regionalen Versorgung nutzbar machen.*

Strukturierte und verknüpfte Daten

Viele Informationen werden in der ePA als Dokumente bereitgestellt; strukturierte Daten stehen nur begrenzt zur Verfügung. Für das proaktive Versorgungsmanagement müssen relevante Inhalte darüber hinaus mit Zielen, Aufgaben und Zuständigkeiten verknüpft werden können. Ein neuer Befund soll etwa unmittelbar einer anstehenden Therapieentscheidung zugeordnet werden können. *Insofern soll die LeiG-Versorgungsplattform eine Abkehr vom bisherigen Dokumentenfokus der ePA sein – hin zu einem ständig aktuellen Lagebild eines Patienten aufgrund einer gemeinsamen Datengrundlage.*

Aktive Koordination im Verlauf

TI-Dienste wie KIM und TI-Messenger ermöglichen den sicheren Austausch von Nachrichten und medizinischen Informationen. Die laufende Koordination eines Versorgungsfalls erfordert darüber hinaus eine gemeinsame Übersicht über erledigte und offene Aufgaben. Neue Befunde oder Veränderungen des Gesundheitszustands sollen nach vereinbarten Regeln Benachrichtigungen und weitere Schritte auslösen können. *Entscheidend ist auch der Blick nach vorn: Was steht als Nächstes an und wer übernimmt?*

Auch die mit dem Gesetz für Daten und digitale Innovation im Gesundheitswesen (GeDIG) vorgesehene Einführung der sogenannten E-Überweisung reicht für eine aktive Koordination nicht aus. Pointiert: Sie überführt lediglich einen analogen Prozessschritt in ein digitales Format und beschleunigt den Prozess. Offen bleibt aber, wer einen Fall steuert, wie Verantwortung übergeben wird und wie sich die beteiligten Berufsgruppen untereinander abstimmen (siehe Kapitel 2.3).

Aufgabenbezogene Berechtigungen

Die Zugriffsregelungen der ePA orientieren sich wesentlich an Einrichtungen, Berufsgruppen und Datenkategorien. Für LeiG müssen zusätzlich die konkreten Rollen und Aufgaben einzelner Personen im Behandlungsteam abgebildet werden. Berechtigungen sollen sich für einzelne Versorgungspfade differenzieren und im Behandlungsverlauf anpassen lassen – etwa wenn eine Fachärztin oder ein Facharzt zeitweise zur Mitbehandlung hinzugezogen wird.

4.4.7 Plattform kann schrittweise entstehen

Die technische Umsetzung der LeiG-Versorgungsplattform soll schrittweise erfolgen. Im Folgenden werden mögliche Entwicklungsbausteine beschrieben: von einer zunächst verfügbaren Anwendung für die Therapieplanung, Koordination und Therapiesteuerung bis zu einer umfassenderen regionalen Versorgungsplattform. Wie Betrieb und Finanzierung organisiert werden sollen, erläutert Kapitel 7.

Für den Einstieg müssen nicht sämtliche bestehenden Systeme gleichzeitig ersetzt werden. Zunächst kann eine verfügbare Lösung genutzt werden, um die gemeinsame Therapieplanung und die Zusammenarbeit zwischen Einrichtungen kurzfristig in der Praxis zu etablieren und zu testen. Bestehende Praxisverwaltungssysteme (PVS) und Krankenhausinformationssysteme (KIS) werden dafür angebunden und übernehmen vorerst weiterhin lokale Aufgaben.

Perspektivisch – zu einem möglichst frühen Zeitpunkt – soll die LeiG-Versorgungsplattform jedoch eine gemeinsame Arbeitsumgebung auf Echtzeitdatenbasis schaffen, die bestehende Primärsysteme ablösen kann. Die Einführung muss deshalb bereits den späteren Ausbau berücksichtigen.

Einstieg über eine verfügbare Versorgungslösung

Ein möglicher Ausgangspunkt ist die Beschaffung einer bereits verfügbaren Lösung für Therapiesteuerung. Bei der Auswahl ist zu prüfen, inwieweit sie die für LeiG benötigten Funktionen abdeckt. Dazu gehören insbesondere Behandlungspfade, Aufgabenmanagement, Patientenkommunikation, Monitoring und die Zusammenarbeit verschiedener Leistungserbringer.

Eine verfügbare Lösung kann den Einstieg beschleunigen. Die Region müsste zunächst keine vollständige eigene Datenplattform und technische Infrastruktur bereitstellen. Teilnehmende Einrichtungen könnten beispielsweise über einen Browser oder eine App zugreifen. Entscheidend bleibt jedoch die Einbindung in den Arbeitsalltag: Die für die Erprobung erforderlichen Schnittstellen zu bestehenden Systemen müssen frühzeitig festgelegt und umgesetzt werden.

Mit zunehmender Nutzung können die Grenzen einer solchen Lösung sichtbar werden. Datenstrukturen, Abläufe und Benutzeroberflächen sind durch das jeweilige Produkt vorgegeben; regionale Anforderungen erfordern gegebenenfalls Anpassungen. Bleibt die Verbindung zu Praxis- und Krankenhausinformationssystemen unzureichend, drohen parallele Datenbestände und doppelte Eingaben. Die erste Lösung muss deshalb einen tragfähigen Einstieg bieten und zugleich die Weiterentwicklung ermöglichen.

Standardisierung der regionalen Versorgungsprozesse

Bereits für die erste Beschaffung muss die Region festlegen, welche Versorgungsprozesse digital unterstützt werden sollen. Im weiteren Ausbau sind diese Anforderungen zu präzisieren und zu gemeinsamen Spezifikationen weiterzuentwickeln. Dazu gehören die Inhalte der Therapiepläne ebenso wie Aufgaben, Bearbeitungsstände, auslösende Ereignisse und Übergaben zwischen Beteiligten.

Konkret geht es etwa um folgende Fragen: Welche Informationen muss ein gemeinsamer

Therapieplan enthalten? Wie werden Verantwortlichkeiten festgehalten? Und wann soll aus einer neuen Information eine Aufgabe oder die Aufforderung zur weiteren Abklärung entstehen? Für die technische Abbildung sollen möglichst etablierte Standards und strukturierte Datenmodelle verwendet werden.

Die Verantwortung für diese Vorgaben soll bei den für LeiG zuständigen fachlichen und technischen Strukturen liegen, etwa bei der Betriebsgesellschaft im Zusammenspiel mit dem Steuerungskreis (siehe Kapitel 4.5). Sie müssen die Anforderungen gemeinsam mit den Versorgenden festlegen und weiterentwickeln. Die Hersteller setzen die vereinbarten Vorgaben in ihren Anwendungen um. So soll sichergestellt werden, dass die regionalen Versorgungsprozesse auch bei einer Erweiterung oder einem Wechsel der eingesetzten Software erhalten bleiben.

Aufbau einer Integrationsschicht zu den Primärsystemen

Je mehr Praxen und Einrichtungen teilnehmen, desto unwirtschaftlicher wird es, Systeme individuell über Punkt-zu-Punkt-Anbindung zu verbinden. Für den weiteren Ausbau ist deshalb eine gemeinsame technische Vermittlungsebene vorgesehen, eine sogenannte Integrationsschicht. Sie soll den Datenaustausch zwischen den beteiligten Systemen bündeln und nach einheitlichen Regeln organisieren.

Diese Integrationsschicht soll Daten aus verschiedenen Systemen zuordnen (Mapping), in geeignete Formate übertragen und an die vorgesehenen Anwendungen – also PVS, KIS, regionale Plattform und weitere Dienste – weiterleiten. Sie muss etwa sicherstellen, dass Informationen aus einer Praxis und einer Klinik derselben Person zugeordnet werden. Dafür kommen etablierte Austauschstandards wie FHIR und weitere HL7-Standards sowie spezialisierte Integrationssoftware infrage. Auch Dienste der Telematikinfrastruktur sollen einbezogen werden können.

Die gemeinsame Anbindung soll den Aufwand für individuelle Schnittstellen verringern. Relevante Informationen aus den zunächst weitergenutzten Primärsystemen können dadurch in die gemeinsame Versorgung einfließen. Umgekehrt sollen Ergebnisse der Zusammenarbeit möglichst auch in den lokalen Arbeitsumgebungen verfügbar sein. Das soll doppelte Eingaben vermeiden und den Übergang zur gemeinsamen Plattform erleichtern.

Die Verantwortung für diese technische Verbindung sollte perspektivisch beim regionalen Plattformbetreiber liegen. Er kann dafür einen spezialisierten Dienstleister beauftragen. Anforderungen und Weiterentwicklung der Schnittstellen würden damit übergreifend gesteuert und wären nicht allein vom Hersteller der zuerst eingesetzten Software abhängig.

Entkopplung der gemeinsamen Datenbasis von der Versorgungsanwendung

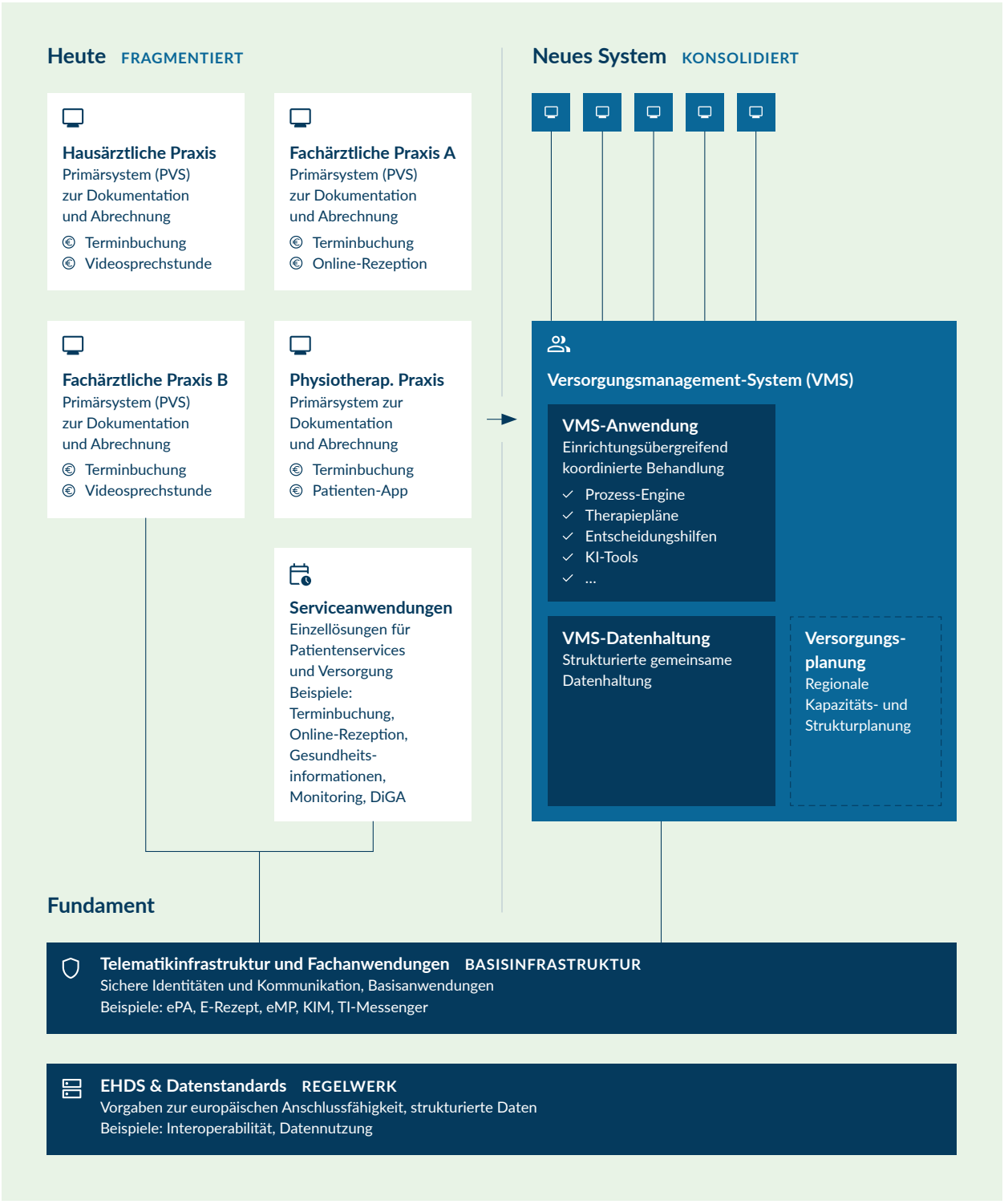


ABBILDUNG 8: Szenario: Von Primärsystemen zur regionalen digitalen Prozesssteuerung

Ein weiterer Entwicklungsbaustein ist die Trennung der gemeinsamen Datenhaltung von der zunächst beschafften Versorgungsanwendung.

Die für die Zusammenarbeit erforderlichen Informationen sollen dafür auf einer eigenständigen regionalen Gesundheitsdatenplattform

bereitgestellt werden können. Unterschiedliche Anwendungen könnten dann dieselbe Datenbasis nutzen.

Die Anwendung für Therapiesteuerung greift in diesem Modell auf die gemeinsame Datenbasis zu und ergänzt sie um die im Versorgungsprozess entstehenden Informationen. Weitere Anwendungen, etwa für Pflegekoordination, Patientenservices, Entscheidungsunterstützung oder regionale Versorgungsplanung, können dieselben strukturierten Informationen verwenden. Daten müssen dadurch nicht für jede zusätzliche Funktion erneut aufgebaut werden.

Diese Trennung soll zugleich die Abhängigkeit von einzelnen Lösungsanbietern verringern. Wird eine Anwendung ergänzt oder ersetzt, muss nicht zwangsläufig der gesamte regionale Datenbestand in ein neues System übertragen werden. Die gemeinsame Informationsgrundlage kann bestehen bleiben, während sich die Anwendungen weiterentwickeln.

Entwicklung zur modularen regionalen Plattform

Im Zielzustand sollen gemeinsame Datenhaltung, technische Integrationsdienste und unterschiedliche Versorgungsanwendungen zu einer regionalen Plattform zusammenwirken. Die Funktionen können schrittweise ergänzt oder ausgetauscht werden. Bestehende Primärsysteme könnten theoretisch Teil einer solchen Architektur sein; ihre Aufgaben würden aber idealerweise in die gemeinsame Arbeitsumgebung im Sinne eines kollaborativen Versorgungsmanagement-Systems überführt werden. Abbildung 8 zeigt ein solches Szenario für eine Ausbaustufe noch ohne die Integration der Pflege.

Die zuerst beschaffte Anwendung für die Therapiesteuerung kann auch im weiteren Ausbau genutzt werden. Sie muss dann jedoch nicht sämtliche technischen Aufgaben selbst übernehmen. Datenhaltung und Systemanbindung können durch andere Komponenten bereitgestellt werden, während die Anwendung die gemeinsame Therapieplanung und deren Umsetzung unterstützt.

Für das beschriebene Zusammenspiel müssen die technischen Verantwortlichkeiten eindeutig verteilt sein. Vorgesehen ist folgende Aufgabenteilung:

- Der *regionale Plattformbetreiber* verantwortet den laufenden Betrieb, die Informationssicherheit, die technische Integration und die Betreuung der Dienste.
- Die *Hersteller der Fachanwendungen* verantworten ihre Produkte und setzen die vereinbarten Schnittstellen um.
- Die *Hersteller bestehender Praxis- und Krankenhausinformationssysteme* wirken an der Anbindung ihrer Systeme mit.

4.4.8 Regionale Organisation soll Beschaffung und Umsetzung verantworten

Eine regionale Leistungserbringer-Organisation (LEO) soll die konkrete Umsetzung und die Organisation des Betriebs für die beteiligten Leistungserbringer verantworten. Details zu dieser

Organisation und ihrer möglichen Trägerschaft sind in Kapitel 4.5 beschrieben.

Die Organisation agiert im Sinne einer „Einkaufsgemeinschaft“ (siehe Kapitel 7.8). Sie beauftragt den regionalen Plattformbetreiber und andere geeignete Unternehmen, vertritt die Praxen gegenüber den Auftragnehmern und überprüft die vereinbarten Leistungen. Die erforderlichen Verträge soll sie im Namen der teilnehmenden Praxisinhaber beziehungsweise auf einer dafür vereinbarten organisatorischen Grundlage schließen. Zugleich muss verbindlich geregelt werden, welche gemeinsamen digitalen Funktionen die Praxen nutzen. Ein möglicher Einstieg ist ein regionaler Selektivvertrag, der die Nutzung der digitalen Therapieplanung vorsieht (siehe Kapitel 4.2.5).

Ergänzend soll die LEO digitale Komponenten beauftragen können, die auf besondere Anforderungen der Versorgung vor Ort reagieren. Für diese zusätzlichen Angebote trägt sie die Verantwortung bereits ab der Beschreibung der Anforderungen oder der Auswahl eines geeigneten Dienstes. Dazu gehört auch, die Einbindung in die gemeinsame technische Architektur sicherzustellen.

Offene Konzeptfragen – im weiteren Prozess zu klären

- Welche Mindestanforderungen an Funktionen, Schnittstellen und Erweiterbarkeit muss die erste beschaffte Lösung erfüllen? Nach welchen Kriterien werden verfügbare Produkte ausgewählt und ihre Eignung im Versorgungsalltag überprüft?
- Welche Entwicklungsbausteine sollen zuerst umgesetzt werden? Unter welchen fachlichen, technischen und wirtschaftlichen Voraussetzungen können Aufgaben bestehender Primärsysteme in die gemeinsame Arbeitsumgebung überführt werden?
- Welche Daten werden auf der gemeinsamen Plattform geführt und welche mit Primärsystemen und ePA ausgetauscht? Wie werden Datenschutz und Informationssicherheit, Aktualität und Konsistenz der Daten sowie rollen- und aufgabenbezogene Zugriffsrechte sichergestellt?
- Wie werden die Versorgungsplattform und die Informations- und Unterstützungsplattform im Bereich Pflege technisch verbunden? Welche Informationen sollen zwischen beiden ausgetauscht und für die weitere Versorgung nutzbar gemacht werden?
- Wer übernimmt die Trägerschaft der regionalen Leistungserbringer-Organisation, und wie werden ihre Aufgaben gegenüber dem Plattformbetreiber abgegrenzt? Wie werden Standards für die technische Abbildung des Versorgungsansatzes definiert?

4.5 Governance

→ LeiG soll von regionalen Verantwortungsgemeinschaften aus Leistungserbringern, Kranken- und Pflegekassen sowie Kommunen getragen werden. Verbindliche Regeln zu Aufgaben, Entscheidungen und Ressourcen sollen die Partner handlungsfähig machen und ihre Angebote zu einer durchgängigen regionalen Versorgung verbinden.

→ Ein übergeordneter Kooperationsvertrag soll Rollen, Finanzierungsbeiträge und die Organisation der Zusammenarbeit regeln. Ergänzende Versorgungsverträge sollen medizinische und pflegerische Leistungen, Abläufe, Vergütung und Qualitätsziele verbindlich vereinbaren.

→ Eine regionale Leistungserbringer-Organisation soll die LeiG-Versorgungsplattform beschaffen und nach Einführung der Plattform eine Betriebsgesellschaft gründen. Die regionale Planung soll perspektivisch von den Akteuren gemeinsam organisiert werden; die fachliche Verantwortung für die individuelle Versorgung bleibt bei den zuständigen Fachkräften.

4.5.1 Geteilte Verantwortung braucht verbindliche Absprachen

Die in den vorangegangenen Abschnitten beschriebenen Versorgungskonzepte setzen voraus, dass Leistungserbringer, Kranken- und Pflegekassen sowie Kommunen gemeinsam handeln. Langfristiges Ziel ist es, die verschiedenen Versorgungsangebote in der Region zu einer durchgängigen Versorgungsarchitektur zu verbinden. Damit dies gelingt, braucht es Strukturen, Prozesse und verbindliche Regeln: Wer übernimmt welche Aufgabe? Wer entscheidet bei unterschiedlichen Interessen? Und wer sorgt dafür, dass Vereinbarungen umgesetzt werden? Die Governance von LeiG soll diese Fragen klären und die beteiligten Akteure im Sinne von regionalen Verantwortungsgemeinschaften handlungsfähig machen.

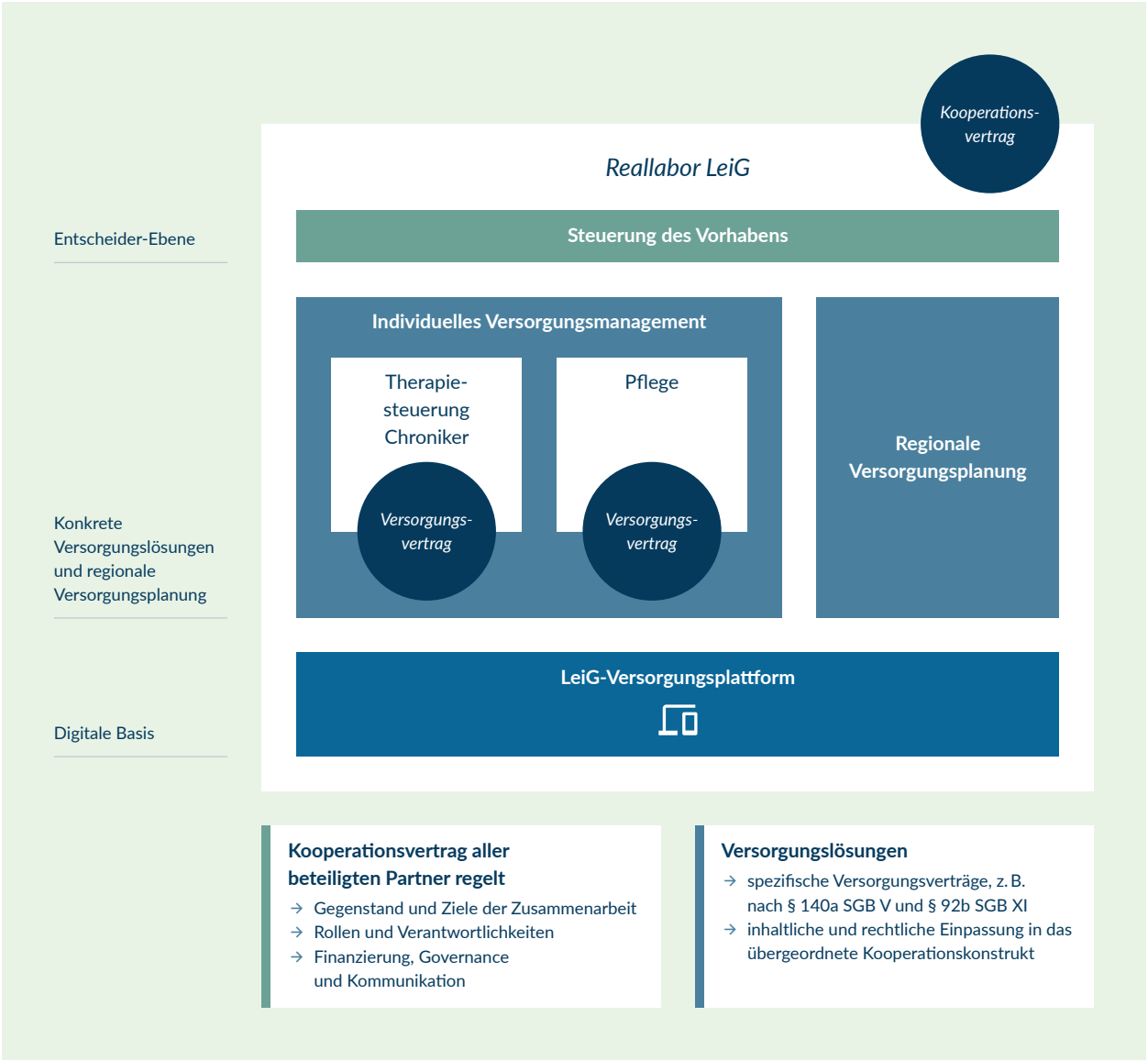


ABBILDUNG 9: Kooperationsgegenstände und angedachte Verträge in LeiG

4.5.2 Zusammenarbeit soll auf zwei Vertragsebenen geregelt werden

Die Zusammenarbeit der Partner soll durch zwei miteinander verbundene Vertragsebenen abgesichert werden: ***Ein übergeordneter Kooperationsvertrag regelt die gemeinsame Arbeit der regionalen Verantwortungsgemeinschaften.*** ***Spezifische Versorgungsverträge bilden die Grundlage für die konkreten Versorgungslösungen.*** So kann ein beständiger Rahmen entstehen, in dem die Partner unterschiedliche Angebote schrittweise einführen und weiterentwickeln.

Kooperationsvertrag

Der Kooperationsvertrag soll die Grundsätze der Zusammenarbeit der Partner regeln. Er beschreibt Aufgaben und Rollen der Kooperationspartner und die jeweiligen Finanzierungsbeiträge. Darüber hinaus enthält er Festlegungen zur Projekt- und Gremienstruktur und den darauf aufbauenden internen Abstimmungs- und Kommunikationsprozessen.

Versorgungsverträge

Für die Versorgung chronisch kranker Menschen ist die besondere Versorgung nach § 140a SGB V als vertragliche Grundlage vorgesehen (siehe Kapitel 4.2.5). Ein solcher Vertragsrahmen ermöglicht es, Regelungen zu Leistungsumfang und -vergütung abweichend von der Regelversorgung auszugestalten.

Auch bei pflegebedürftigen Menschen mit chronischen Erkrankungen kann die medizinische Versorgung in das Vertragsmodell nach § 140a SGB V einbezogen werden. Für Leistungen der Pflegeversicherung sind ergänzende Vereinbarungen mit den Pflegekassen erforderlich. Die vertragliche Grundlage bilden hier Verträge der integrierten Versorgung nach § 92b SGB XI (siehe Kapitel 4.3.5). Ziel ist ein abgestimmtes Vertragswerk, das medizinische und pflegerische Prozesse miteinander verbindet und die jeweiligen Verantwortlichkeiten eindeutig regelt.[4]

Die in den Versorgungsverträgen zu vereinbarenden Inhalte umfassen unter anderem:

- → ***Versorgungsleistungen***: Art, Inhalt und Umfang der medizinischen und pflegerischen Leistungen (inkl. Beratungs- und Koordinierungsaufgaben)
- → ***Abläufe und Verantwortlichkeiten***: Wer übernimmt in welcher Versorgungssituation welche Aufgaben, wie ist die Informationsweitergabe geregelt und wie wird bei Veränderungen reagiert?
- → ***Vergütung und Finanzierung***: Vergütung der erbrachten Versorgungsleistungen und Koordinationsaufgaben. Die Kosten sind der Kranken- beziehungsweise Pflegeversicherung jeweils sachgerecht zuzuordnen.
- → ***Qualität und Auswertung***: Festlegung von überprüfbaren Versorgungszielen, Kennzahlen und Verfahren zur Auswertung und Anpassung.

4 Dieses Vertragswerk scheint für eine erste Umsetzung geeignet. Für eine dauerhafte Implementierung in die Regelversorgung braucht es jedoch perspektivisch einen weiterführenden Rahmen (siehe Kapitel 8).

4.5.3 Gremien und Verantwortlichkeiten werden gemeinsam vereinbart

Für die Umsetzung von LeiG wird bislang eine Struktur aus mehreren miteinander verbundenen Gremien und Funktionen diskutiert. Sie ist als Vorschlag zu verstehen und muss von den Partnern abgestimmt werden. Wer entscheidet, wer mitwirkt und wer die Umsetzung verantwortet, wird im Kooperationsvertrag verbindlich festgelegt.

Steuerungskreis

Ein Steuerungskreis legt Ziele und Prioritäten bei der Einführung der LeiG-Versorgungsplattform fest. Hier entscheiden die Partner etwa, welche Versorgungsschwerpunkte zuerst bearbeitet, wie die Versorgungsprozesse darauf ausgerichtet und welche gemeinsamen Qualitäts- und Ergebnisziele verfolgt werden sollen. Zudem trifft das Gremium Entscheidungen über wesentliche Schritte der Umsetzung und Weiterentwicklung der Plattform. Der Steuerungskreis setzt sich aus Vertretern der beteiligten Kooperationspartner zusammen.

Project Management Office

Als Unterstützung für die Einführung der LeiG-Versorgungsplattform wird eine zentrale Koordinationsstelle eingerichtet – ein sogenanntes Project Management Office (PMO). Dort sollen Informationen über Aufgaben, Fortschritte und Risiken zusammenlaufen. Das PMO soll die Beteiligten bei der Abstimmung unterstützen und dafür sorgen, dass Entscheidungen nachvollziehbar vorbereitet werden und ihre Umsetzung nachverfolgt wird. Gerade zu Beginn des Vorhabens geschieht vieles gleichzeitig: Praxen und weitere Versorgungspartner werden eingebunden, Abläufe konkretisiert, technische Lösungen eingeführt und Verträge ausgearbeitet. Eine verlässliche Koordination soll sicherstellen, dass diese Arbeiten zeitlich und inhaltlich ineinandergreifen.

Wissenschaftlicher Beirat

Ein wissenschaftlicher Beirat begleitet LeiG fachlich und bringt eine unabhängige Perspektive in die Weiterentwicklung des Projekts ein (siehe Liste der Beiratsmitglieder im Anhang). So wird das Reallabor kontinuierlich reflektiert und an relevanten Fragen der Versorgungspraxis und Systementwicklung ausgerichtet.

Regionale Leistungserbringer-Organisation

Eine regionale Leistungserbringer-Organisation (LEO) soll die konkrete Umsetzung und die Organisation des Betriebs für die beteiligten Leistungserbringer verantworten. Die Organisation könnte etwa die Kassenärztliche Vereinigung vor Ort sein, die damit neben der

Sicherstellung der Versorgung auch Prozess- und Personalverantwortung für die Digitalisierung in der Region übernehmen würde – und so eine gestaltende Rolle in der Versorgungssteuerung innehätte.

Weitere mögliche Träger der Organisation könnten Zusammenschlüsse mehrerer Leistungserbringer im Sinne von Genossenschaften, ein Krankenhausverbund oder Kommunen beziehungsweise Landkreise sein. *Wer ein solches System trägt, ist dabei auch eine politische Frage. Patientensteuerung muss dem Gemeinwohl dienen – leitend sind der Versorgungsbedarf, die Verantwortung für eine Region sowie eine solidarische Steuerung von Ressourcen.*

Die Organisation agiert im Sinne einer *„Einkaufsgemeinschaft“* (siehe Kapitel 7.8). Sie beauftragt den regionalen Plattformbetreiber und andere geeignete Unternehmen, vertritt die Praxen gegenüber den Auftragnehmern und überprüft die vereinbarten Leistungen. Nach der Einführung der LeiG-Versorgungsplattform gründet die LEO eine Betriebsorganisation beziehungsweise *Betriebsgesellschaft*, die unter anderem den laufenden Betrieb, die Informationssicherheit, die technische Integration sowie die Betreuung und technische Weiterentwicklung der Dienste verantwortet.

Regionales Planungsgremium (perspektivisch)

Ein regionales Planungsgremium soll perspektivisch den Bedarf definierter Bevölkerungsgruppen und die dafür verfügbaren Angebote analysieren. Es soll aus Vertretern der Leistungserbringer aus Gesundheitsversorgung und Pflege, der Kranken- und Pflegekassen, Kommunen und weiterer Akteure auf regionaler Ebene sowie auf Landesebene bestehen. Ein solches Gremium könnte sich an den Regelungen zu den gemeinsamen Landesgremien nach § 90a SGB V orientieren. Es fragt etwa: Wo zeichnen sich Engpässe ab? Welche Menschen werden bislang unzureichend erreicht? Und welche Versorgungsstrukturen müssen weiterentwickelt werden?

Grundlage sollen Auswertungen von Versorgungsdaten in anonymisierter beziehungsweise aggregierter Form sein. Sie können wiederkehrende Bedarfe, regionale Unterschiede und mögliche Versorgungslücken sichtbar machen. Die Erkenntnisse sollen helfen, Angebote, Kapazitäten und die Zusammenarbeit der Beteiligten gezielt weiterzuentwickeln. Kapitel 5 beschreibt diese Perspektive näher.

Das individuelle Versorgungsmanagement bleibt davon fachlich abgegrenzt. Medizinische und pflegerische Entscheidungen für einzelne zu versorgende Menschen liegen weiterhin in der Verantwortung der jeweils zuständigen Fachkräfte.

Mit dieser Struktur entsteht jedoch keine neue Institution, die sämtliche bestehenden Planungs- und Entscheidungsbefugnisse übernimmt. Für jede der Funktionen muss geklärt werden, wie sie sich zu bestehenden Zuständigkeiten verhält. Welche Entscheidungen treffen die Beteiligten bereits heute? Welche Aufgaben sollen sie künftig gemeinsam übernehmen? Und welche Befugnisse sind dafür erforderlich?

Ein wesentlicher Grundsatz: LeiG soll bestehende Zuständigkeiten nicht pauschal ersetzen. Der Ansatz ergänzt sie um gemeinsame Ziele, Daten, Koordinationsprozesse und Entscheidungswege. Das Reallabor soll zeigen, wo für weitergehende Entscheidungsrechte Änderungen am geltenden Recht notwendig wären.

Offene Konzeptfragen – im weiteren Prozess zu klären

- Wie werden die vorgeschlagenen Gremien besetzt und ihre Aufgaben und Entscheidungsrechte abgegrenzt? Nach welchen Regeln werden gemeinsame Entscheidungen getroffen, ihre Umsetzung nachverfolgt und Konflikte zwischen den Partnern gelöst?

- Wer übernimmt die Trägerschaft der regionalen Leistungserbringer-Organisation – welche Rechtsform ist geeignet? Wie werden ihre Aufgaben etwa gegenüber dem regionalen Plattformbetreiber abgegrenzt und wie wird die Ausrichtung am Gemeinwohl gesichert?

- Welche personellen und finanziellen Beiträge übernehmen die Partner verbindlich? Wie werden insbesondere die zentrale Koordination sowie der Übergang von der Einführung in einen dauerhaften Betrieb abgesichert?

- Wie werden Kooperationsvertrag und medizinische und pflegerische Versorgungsverträge aufeinander abgestimmt? Wie werden mehrere Kranken- und Pflegekassen eingebunden und Leistungen und Kosten den jeweiligen Kostenträgern eindeutig zugeordnet?

- Welche zusätzlichen Aufgaben und Entscheidungsrechte soll das regionale Planungsgremium erhalten? Wie werden diese mit bestehenden Zuständigkeiten verbunden?

5 Perspektive: regionale Planung

- → Die regionale Versorgungsplanung soll perspektivisch den Blick vom Einzelfall auf den Bedarf der Bevölkerung erweitern. Anonymisierte Auswertungen und aggregierte Kennzahlen der LeiG-Versorgungsplattform sollen Bedarfe, Kapazitäten und Versorgungsergebnisse sichtbar machen und über ein regionales Dashboard Orientierung für Entscheidungen geben.

- → Aus der gemeinsamen Datengrundlage soll ein kontinuierlicher Planungs- und Lernkreislauf entstehen. Ein regionales Planungsgremium bewertet Entwicklungen, leitet Maßnahmen ab und überprüft deren Wirkung, um medizinische, pflegerische und kommunale Strukturen sowie analoge und digitale Angebote bedarfsgerecht weiterzuentwickeln.

- → Im Reallabor soll zunächst eine neue Arbeitsweise regionaler Versorgungsplanung innerhalb bestehender Zuständigkeiten erprobt werden. Die Erfahrungen sollen zeigen, wo Anpassungen der Rahmenbedingungen erforderlich sind – und die Weiterentwicklung sektorenübergreifender Planung unterstützen.

5.1 Versorgungsplanung erweitert Blick vom Einzelfall auf Population

Die in den vorangegangenen Kapiteln beschriebene Zusammenarbeit soll perspektivisch auch eine Weiterentwicklung der regionalen Versorgungsstrukturen ermöglichen. *LeiG fokussiert entsprechend nicht nur die individuelle Patientenversorgung, sondern auch den Versorgungsbedarf einer gesamten Region.* Die LeiG-Versorgungsplattform soll sichtbar machen, wie sich dieser Bedarf entwickelt, welche Kapazitäten zur Verfügung stehen und welche Ergebnisse die Versorgung erzielt. Dabei geht es auch um den Blick nach vorn: Wo zeichnen sich Engpässe ab, und welche Angebote werden künftig gebraucht?

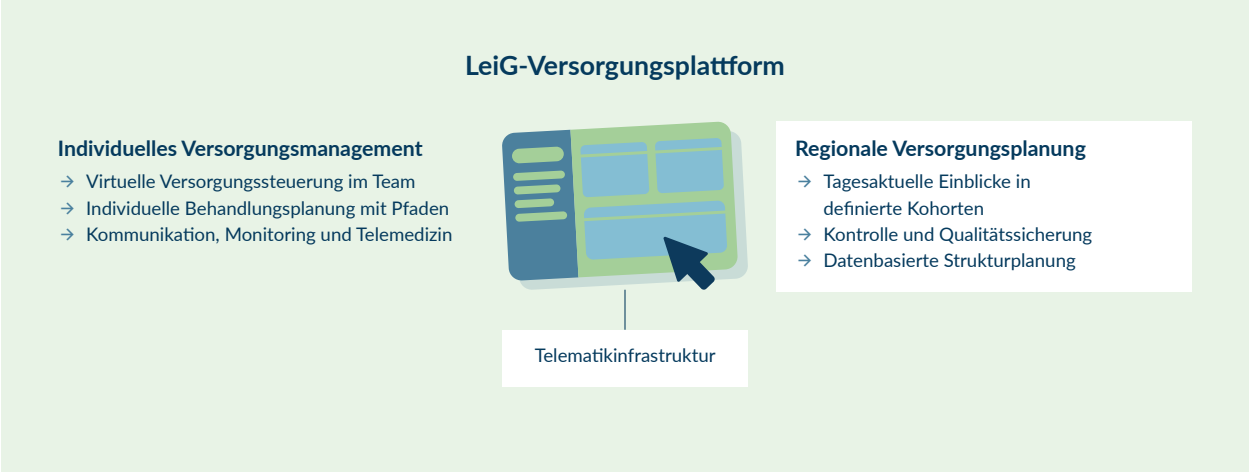


ABBILDUNG 10: Versorgungsplanung als zweiter Zweck der LeiG-Versorgungsplattform

Auf dieser Grundlage sollen Kranken- und Pflegekassen, Leistungserbringer, Kommunen und weitere regionale Akteure die Versorgung gemeinsam betrachten und weiterentwickeln können. Die Informationen sollen helfen, unterschiedliche Einschätzungen zusammenzuführen, Handlungsbedarf zu erkennen und Angebote gezielter am Bedarf der Bevölkerung auszurichten. Perspektivisch können weitere an der Versorgungsplanung beteiligte Institutionen einbezogen werden.

Organisatorisch knüpft diese Planung an das im Teilkonzept „Governance“ (siehe Kapitel 4.5) beschriebene regionale Planungsgremium an. Sein Bezugspunkt ist die Versorgung der Bevölkerung in einem definierten Versorgungsraum. Die Region bildet dabei den gemeinsamen Rahmen, um medizinische, pflegerische und kommunale Angebote aufeinander abzustimmen und über die Grenzen einzelner Einrichtungen und Sektoren hinweg weiterzuentwickeln.

5.2 Daten schaffen gemeinsame Sicht auf Versorgung

Eine gemeinsame Planung setzt voraus, dass sich die Beteiligten auf eine verlässliche Informationsgrundlage stützen können. Das Wirkungsmodell von LeiG (siehe Abbildung 2, Seite 23) sieht dafür spezifische Funktionen der Versorgungsplattform vor: tagesaktuelle

Einblicke in die Versorgung definierter Kohorten, Auswertungen für Kontrolle und Qualitätssicherung sowie eine datenbasierte Planung von Versorgungsstrukturen. Damit sollen Entwicklungen erkennbar werden, die aus der Perspektive einer einzelnen Einrichtung häufig verborgen bleiben.

Für die Nutzung dieser Daten braucht es verbindliche Regeln – eine sogenannte Daten-Governance. Sie muss festlegen, welche Informationen für welche Aufgaben benötigt werden und wer sie nutzen darf. Ebenso ist zu klären, welche Anforderungen an Datenqualität und technischen Austausch gelten und wer die Daten aufbereitet, prüft und auswertet.

Individuelles Versorgungsmanagement und regionale Versorgungsplanung stellen dabei unterschiedliche Anforderungen. Für die Behandlung und Pflege benötigen die beteiligten Fachkräfte personenbezogene Informationen, die zu ihrer jeweiligen Aufgabe passen. ***Für die regionale Planung stehen dagegen grundsätzlich anonymisierte Auswertungen und aggregierte Kennzahlen im Mittelpunkt.*** Sie sollen Aufschluss über definierte Populationen, Versorgungsbedarfe, die Inanspruchnahme von Leistungen, verfügbare Kapazitäten sowie Qualität und Ergebnisse der Versorgung geben.

Die über die Plattform gesammelten Daten sollen dazu beitragen, Versorgungslagen zu erkennen, Handlungsbedarf abzuleiten und die Wirkung eingeleiteter Maßnahmen zu überprüfen.

5.3 Regionales Dashboard soll Informationen für Planung bündeln

Ein zentrales Instrument könnte ein regionales Dashboard auf Basis der Plattform sein: eine gemeinsame Übersicht, die wichtige Kennzahlen für die Planung zusammenführt.

In die Übersicht können unterschiedliche Informationen einfließen. Dazu gehören etwa die Entwicklung der Altersstruktur und der Morbidität, regionale Unterschiede bei der Inanspruchnahme von Leistungen, vorhandene Versorgungskapazitäten und Wartezeiten. Hinzu kommen Kennzahlen aus den konkreten Versorgungsprozessen in LeiG: Welche Zielgruppen werden erreicht? Wie verbreitet sind aktuelle Therapie- und Pflegepläne? Wie schnell wird auf Warnsignale reagiert? Und wie werden Präventionsangebote genutzt? Perspektivisch könnten etwa auch vermeidbare Krankenhausaufnahmen, die Stabilität der häuslichen Pflegearrangements, von Patienten berichtete Versorgungsergebnisse und die Kostenentwicklung bestimmter Versorgungspfade betrachtet werden.

Die Übersicht soll Versorgung nicht nur beschreiben, sondern vor allem Orientierung für Entscheidungen geben. Sie muss erkennbar machen, wo Versorgungslücken entstehen, welche Entwicklungen Aufmerksamkeit erfordern und wo Veränderungen ansetzen sollten. Entscheidend ist damit ihr Nutzen für die gemeinsame Planung: Aus vielen einzelnen Informationen soll ein verlässliches Bild der Versorgung in der Region entstehen.

5.4 Gemeinsame Auswertung soll zu konkreten Veränderungen führen

Regionale Planung endet dabei nicht bei der Bereitstellung von Daten. ***Aus der gemeinsamen Informationsbasis soll ein kontinuierlicher Planungs- und Lernkreislauf entstehen.***

Dafür sollen Versorgungsbedarfe und vorhandene Kapazitäten regelmäßig betrachtet und regionale Unterschiede sowie Engpässe gemeinsam eingeordnet werden. Auf dieser Grundlage können die Partner im regionalen Planungsgremium Entwicklungsziele vereinbaren und Maßnahmen ableiten. Die Umsetzung übernehmen die jeweils zuständigen Akteure. Anschließend wird anhand vereinbarter Kennzahlen geprüft, ob sich Abläufe, Qualität und Versorgungsergebnisse wie beabsichtigt verändern. Die Erkenntnisse fließen in die weitere Planung ein. Damit wird die im Teilkonzept „Governance“ (siehe Kapitel 4.5) beschriebene gemeinsame Verantwortung praktisch ausgefüllt.

Wie dies aussehen kann, zeigen die beiden ersten Handlungsfelder von LeiG. In der Versorgung chronisch kranker Menschen lässt sich beispielsweise untersuchen, wie sich der Bedarf bestimmter Patientengruppen entwickelt, wo der Zugang zur Versorgung erschwert ist und welche Versorgungspfade verbessert werden sollten. In der häuslichen Pflege können Pflegebedarf, professionelle und informelle Unterstützung sowie örtliche Angebote gemeinsam betrachtet werden. Auch die Übergänge zwischen medizinischer Versorgung und Pflege werden so zu einer regionalen Planungsaufgabe.

5.5 Durch systematische Analyse kann Planung sektorenübergreifend erfolgen

Wie in Kapitel 2 beschrieben, wird Versorgung bislang nach unterschiedlichen Regeln und Zuständigkeiten geplant. Vertragsärztliche Versorgung, Krankenhäuser, Pflege sowie kommunale Gesundheits- und Sozialplanung folgen jeweils eigenen Logiken. LeiG setzt zunächst *nicht* bei einer Neuverteilung formaler Planungskompetenzen an, sondern bei einer gemeinsamen Sicht auf Versorgungsbedarfe, Kapazitäten und Ergebnisse. Diese soll den Beteiligten helfen, ihre Entscheidungen besser aufeinander abzustimmen und die vorhandenen Handlungsmöglichkeiten gemeinsam zu nutzen.

Eine mögliche institutionelle Entwicklung hierfür zeichnet sich beim Gemeinsamen Landesgremium nach § 90a SGB V ab. Nach geltendem Recht kann dieses Gremium Empfehlungen zu sektorenübergreifenden Versorgungsfragen abgeben. Wenn das Landesrecht dies vorsieht, kann es zudem zu bestimmten Fragen der vertragsärztlichen Bedarfsplanung Stellung nehmen. Eigene umfassende Planungskompetenzen besitzt es derzeit nicht.

Der Sachverständigenrat Gesundheit & Pflege empfiehlt in seinem Gutachten von 2024 jedoch, die Gemeinsamen Landesgremien nach § 90a SGB V von ihrer heute vorwiegend beratenden Funktion zu handlungsfähigeren Planungsgremien weiterzuentwickeln. Grundlage einer solchen Planung sollen stärker am tatsächlichen Bedarf ausgerichtete, alters- und morbiditätsgewichtete Prognosen sein. Dafür müssten insbesondere Zusammensetzung und

Beschlussfassung der §-90a-Gremien weiterentwickelt werden (Sachverständigenrat 2024).

Hier kann LeiG praktische Erfahrungen beitragen. Im Reallabor lässt sich gezielt erproben, welche Daten und Kennzahlen eine bedarfsorientierte Planung benötigt und wie unterschiedliche Akteure auf dieser Grundlage zusammenarbeiten können. Die Erkenntnisse könnten in die Arbeit eines künftig weiterentwickelten Gemeinsamen Landesgremiums einfließen.

Eine umfassende regionale Planung muss zugleich die pflegerische Versorgung berücksichtigen. Das SGB XI sieht Landespflegeausschüsse und nach Maßgabe des Landesrechts weitere Ausschüsse auf Landes- und regionaler Ebene vor. Sie können an Empfehlungen zur Sicherung der pflegerischen Infrastruktur mitwirken. Für sektorenübergreifende Landespflegeausschüsse ist, wenn erforderlich, eine Abstimmung mit dem Gemeinsamen Landesgremium nach § 90a SGB V vorgesehen. Die Länder tragen zudem Verantwortung für eine ausreichende und leistungsfähige pflegerische Versorgungsstruktur.

Damit stellt sich für LeiG eine weitergehende Frage: Wie können medizinische, pflegerische und kommunale Planungsperspektiven auf regionaler Ebene besser miteinander verbunden werden? Gerade hierin liegt ein möglicher zusätzlicher Nutzen der Versorgungsplattform und des Reallabors.

5.6 Reallabor zeigt Möglichkeiten und Grenzen regionaler Planung

LeiG soll in der Region Aachen von Beginn an im tatsächlichen Versorgungsbetrieb umgesetzt und begleitend evaluiert werden – und explizit nicht als isoliertes Pilotprojekt. Dabei soll sichtbar werden, unter welchen Bedingungen eine regional verantwortete, digital unterstützte und sektorenübergreifende Versorgung gelingt. Mittelfristig soll auch die regionale Versorgungsplanung praktisch weiterentwickelt werden. Zu untersuchen ist, welche Arbeitsweisen sich bewähren und welche Voraussetzungen für ihre dauerhafte Anwendung und Übertragung auf andere Regionen benötigt werden.

Ein wesentlicher Teil des Ansatzes kann – wie in Kapitel 4 beschrieben – innerhalb des geltenden Rechtsrahmens erprobt werden. Kooperationen zwischen Partnern können vertraglich organisiert werden. Selektivvertragliche Instrumente, etwa nach § 140a SGB V, ermöglichen besondere Versorgungsformen für definierte Patientengruppen. Digitale Plattformen können unter Beachtung der geltenden datenschutz-, berufs- und sozialrechtlichen Vorgaben zum Einsatz kommen. Auch Projektmanagement, gemeinsame Qualitätsziele und bestimmte regionale Auswertungen können innerhalb der bestehenden Zuständigkeiten aufgebaut werden.

Der erste Schritt des Reallabors besteht deshalb darin, die vorhandenen Möglichkeiten konsequent zu nutzen.

In der Umsetzung soll zugleich deutlich werden, wo diese Möglichkeiten an Grenzen stoßen. Für die regionale Planung betrifft dies insbesondere den Zugang zu geeigneten Daten, die Verbindung unterschiedlicher Datenbestände und Planungsverfahren sowie die gemeinsame Bewertung medizinischer und pflegerischer Bedarfe. Hinzu kommt eine entscheidende Frage: Wie werden aus gemeinsam erkannten Problemen verbindliche Veränderungen? Weitergehende regionale Entscheidungs- und

Planungskompetenzen müssten, soweit erforderlich, politisch vereinbart und rechtlich ermöglicht werden.

Die zuvor beschriebene Empfehlung des Sachverständigenrats verdeutlicht, wie weit eine solche Weiterentwicklung reichen könnte. Würden die Gemeinsamen Landesgremien eigene Aufgaben bei der sektorenübergreifenden Planung ambulanter Leistungen übernehmen, müssten ihre Zusammensetzung, ihre Entscheidungsverfahren und ihr Verhältnis zu den bisher zuständigen Institutionen neu geordnet werden.

Für das Land Nordrhein-Westfalen bietet das Reallabor die Möglichkeit, Erkenntnisse aus der Versorgungspraxis für die Weiterentwicklung der Planung zu gewinnen. Die Erfahrungen aus der Region Aachen können zeigen, welche Informationen benötigt werden, wie die Beteiligten zusammenarbeiten und welche Entscheidungswege für eine bedarfsorientierte Planung tragfähig sind. Dies kann sowohl eine mögliche Weiterentwicklung des Gemeinsamen Landesgremiums als auch eine engere Verbindung medizinischer, pflegerischer und kommunaler Planung unterstützen.

Zu betonen ist: LeiG erprobt eine neue Arbeitsweise regionaler Versorgungsplanung – *nicht* direkt eine neue Planungsorganisation. Bedarfe und Kapazitäten werden sichtbar gemacht, von den Beteiligten bewertet und zum Ausgangspunkt konkreter Maßnahmen. Deren Wirkung wird anschließend überprüft. Das Reallabor soll zeigen, wie weit diese Arbeitsweise unter den bestehenden Bedingungen trägt und welche zusätzlichen Befugnisse oder Ressourcen für eine dauerhaft wirksame regionale Planung erforderlich wären.

Wo sich sinnvolle Versorgungsformen im bestehenden Rahmen nicht oder nicht dauerhaft umsetzen lassen, sollen die Hindernisse genau benannt werden: Welche Regelung steht entgegen? Welche Veränderung wäre erforderlich? Und welche Verbesserung der Versorgung soll dadurch möglich werden? Das Reallabor soll damit eine nachvollziehbare Grundlage für politische und rechtliche Entscheidungen schaffen.

Das Reallabor wird so nicht nur zu einem Raum für die Erprobung neuer Versorgungslösungen. ***Es soll perspektivisch zugleich zeigen, wie eine gemeinsame Versorgungsplanung im Alltag funktioniert und welche organisatorischen, finanziellen und rechtlichen Voraussetzungen sie dauerhaft handlungsfähig machen.***

Offene Konzeptfragen – im weiteren Prozess zu klären

- Welche Größe und welche räumliche Abgrenzung sind für eine Versorgungsregion geeignet? Wie werden Einwohnerzahl, bestehende Versorgungsbeziehungen und kommunale Grenzen dabei berücksichtigt?
- Ab wann ist eine Region planungsfähig? Welche Mindestvoraussetzungen müssen hinsichtlich Datenbasis, Beteiligung der relevanten Akteure, personeller Ressourcen und verbindlicher Zusammenarbeit erfüllt sein?
- Welche Daten aus der Versorgungsplattform und welchen weiteren Quellen werden für die regionale Planung benötigt? Wie werden Datenqualität und Aussagekraft für die gesamte Bevölkerung der Region sichergestellt?
- Welche Planungsfragen und Kennzahlen sollen im ersten Umsetzungsschritt im Mittelpunkt stehen? Welche Informationen muss das regionale Dashboard dafür bereitstellen?
- Wer organisiert die gemeinsame Auswertung und den regelmäßigen Planungsprozess? Wie werden medizinische, pflegerische und kommunale Planung verbunden – und aus gemeinsam erkannten Bedarfen verbindliche Maßnahmen abgeleitet?
- An welchen Kriterien wird der Nutzen der regionalen Planung bewertet? Wie werden Grenzen der bestehenden Handlungsmöglichkeiten dokumentiert und daraus notwendige Anpassungen der Rahmenbedingungen abgeleitet?

6 Strategische Roadmap

→ Die strategische Roadmap sieht für 2026 bis 2029 vier aufeinander aufbauende Phasen vor: Anbahnung, Vorbereitung, Einführung und Betrieb. Sie verbindet den Aufbau der digitalen Infrastruktur mit gemeinsamen Versorgungsabläufen und verbindlichen Vereinbarungen über Aufgaben, Zusammenarbeit und Finanzierung.

→ Für Anfang 2028 ist der Einstieg in die tatsächliche Versorgung vorgesehen, begleitet von einer fortlaufenden formativen Evaluation. Die Skalierung soll sich an der gesellschaftspolitischen Notwendigkeit, den Erfahrungen, dem erkennbaren Nutzen und den verfügbaren Kapazitäten orientieren.

→ Ab 2029 sollen die Versorgungsabläufe und die digitale Infrastruktur dauerhaft verankert werden – mit verlässlich geregelter Verantwortung und Finanzierung. Erfahrungen aus dem Betrieb und Ergebnisse der Evaluation sollen die Weiterentwicklung unterstützen und den Transfer von LeiG auf andere Regionen ermöglichen.

6.1 Entwicklungsplan sieht von jetzt an vier Phasen vor

Die in den vorangegangenen Kapiteln beschriebenen Versorgungskonzepte sollen in der Region Aachen schrittweise eingeführt und skaliert werden. Die strategische Roadmap verbindet dafür den Aufbau der digitalen Infrastruktur mit der Entwicklung gemeinsamer Versorgungsabläufe und verbindlicher Strukturen für die Zusammenarbeit. *Für die Umsetzung sind vier aufeinander aufbauende Phasen vorgesehen: Anbahnung, Vorbereitung, Einführung und Betrieb.* Die aktuelle Planung umfasst dafür den Zeitraum von 2026 bis 2029. Abbildung 11 zeigt den zeitlichen Rahmen einschließlich der vorausgegangenen Konzeptentwicklung und Vertiefung.



ABBILDUNG 11: Strategische Roadmap für die Entwicklung und Umsetzung von LeiG

6.2 Anbahnung schafft Grundlage für gemeinsame Umsetzungsentscheidung

In der Anbahnung sollen die konzeptionellen Grundlagen in ein gemeinsam getragenes Umsetzungsvorhaben überführt werden. Dazu ist geplant, dass die Partner ein gemeinsames Projektmanagement aufnehmen und die Allianz in Nordrhein-Westfalen erweitern. Insbesondere weitere Organisationen der Leistungserbringer und politische Akteure sollen für die Mitwirkung gewonnen werden. So sollen die im Teilkonzept „Governance“ (siehe Kapitel 4.5) beschriebenen regionalen Verantwortungsgemeinschaften entstehen beziehungsweise ausgebaut werden. Parallel werden verfügbare digitale Versorgungslösungen und geeignete Anbieter geprüft.

Für die Zusammenarbeit müssen die Partner das Vertragsmodell, ihre jeweiligen Aufgaben und Beiträge sowie die voraussichtlichen Kosten und deren Finanzierung klären. *Auf dieser Grundlage treffen sie am Übergang zur Vorbereitung*

die strategische Umsetzungsentscheidung: Mit welchen Versorgungsangeboten soll LeiG in der Region Aachen starten, wer wirkt daran mit und welche personellen und finanziellen Mittel stehen dafür zur Verfügung?

6.3 Vorbereitung macht Versorger und Infrastruktur startbereit

In der für 2027 vorgesehenen Vorbereitungsphase schaffen die Partner die Voraussetzungen für den Start im Versorgungsalltag. Praxen und Pflegeanbieter sollen für die Teilnahme gewonnen werden. Zudem sollen Verantwortlichkeiten und Entscheidungswege festgelegt und die dafür notwendige Koordination eingerichtet werden.

Damit werden die im Teilkonzept „Governance“ (siehe Kapitel 4.5) beschriebenen Strukturen für die konkrete Umsetzung ausgestaltet. Unter anderem soll eine Projektmanagementorganisation eingerichtet und die mögliche Gründung einer Betriebsgesellschaft vorbereitet werden. Dabei soll auch ein kollektiver Beschaffungs- und Finanzierungsprozess etabliert werden (siehe Kapitel 7.8, Abbildung 13).

Parallel wird die technische Infrastruktur aufgebaut – startend mit einer Produktdefinition und der Erarbeitung eines Anforderungskatalogs. Die zunächst eingesetzte Lösung für digitale Therapiesteuerung soll mit den bestehenden Primärsystemen verbunden werden. Die technische Vorbereitung muss dabei Raum für den späteren Ausbau zur LeiG-Versorgungsplattform als kollaborativem Versorgungsmanagement-System lassen.

Für den Start müssen vor allem die gemeinsamen Abläufe verlässlich funktionieren. Wer übernimmt welche Aufgaben? Welche Informationen werden bei einer Übergabe benötigt? Und wie werden ärztliche Versorgung und pflegerische Unterstützung miteinander verbunden? Für die ersten Anwendungsfälle sollen die Partner gemeinsame Versorgungsprozesse vereinbaren und die jeweiligen Leistungen einschließlich ihrer Vergütung vertraglich regeln.

Zugleich soll der Aufbau der Informations- und Unterstützungsplattform für die häusliche Pflege beginnen. Bestehende regionale Informationsangebote, Beratung, Nachbarschaftshilfe und ehrenamtliche Unterstützung sollen eingebunden und leichter zugänglich werden. Wie im Teilkonzept „Pflege“ beschrieben (siehe Kapitel 4.3), wird diese Plattform zunächst getrennt von der LeiG-Versorgungsplattform aufgebaut. Beide Lösungen sollen im weiteren Ausbau ineinandergreifen.

6.4 Einführung verbindet Versorgung im Alltag mit Skalierung

Für Anfang 2028 sieht die Roadmap die Aufnahme der ersten Patientin beziehungsweise des ersten Patienten in die neue Versorgungsform vor („First Patient In“). Zunächst soll die

digitale Therapieplanung mit einer hinreichend großen Masse an engagierten Praxen umgesetzt und getestet werden. *Mit der Einführung beginnt die tatsächliche Versorgung nach den gemeinsam vereinbarten Abläufen – begleitet von einer fortlaufenden formativen Evaluation.*

Die Erfahrungen der beteiligten Einrichtungen sowie der Patientinnen und Patienten sollen unmittelbar in die Weiterentwicklung einfließen. Dabei geht es um konkrete Fragen: Erleichtert der gemeinsame Therapieplan die Abstimmung? Sind Aufgaben und Verantwortlichkeiten im Alltag klar? Und werden Fachkräfte und Patienten spürbar entlastet? Auf dieser Grundlage werden Versorgungsabläufe und digitale Funktionen angepasst.

Anschließend soll die Umsetzung auf weitere Versorgungspartner und mehr Menschen in der Region ausgeweitet werden. Zudem soll die Pflege sukzessive in die Koordination der Versorgung eingebunden werden.

Über Umfang und Geschwindigkeit der Ausweitung entscheiden die Partner anhand der gesellschaftspolitischen Notwendigkeit, der konkreten Erfahrungen, des erkennbaren Nutzens und der verfügbaren Kapazitäten. Die organisatorischen und technischen Strukturen müssen dabei mit der wachsenden Zahl der Beteiligten Schritt halten.

6.5 Dauerhafter Betrieb sichert Versorgung und ermöglicht Transfer

Ab 2029 sieht die Roadmap die Verstetigung des Betriebs vor. Die gemeinsam entwickelten Versorgungsabläufe und die digitale Infrastruktur sollen die Versorgung chronisch kranker Menschen sowie die häusliche Pflege in der Region Aachen dauerhaft unterstützen. Dafür müssen die organisatorische Verantwortung, die Finanzierung, der technische Betrieb und die Unterstützung der Nutzenden verlässlich geregelt sein.

Mit dem dauerhaften Betrieb geht die Weiterentwicklung der Versorgung weiter. Erfahrungen aus dem Alltag und Ergebnisse der begleitenden Evaluation sollen helfen, Abläufe zu verbessern, zusätzliche Funktionen einzuführen und weitere Partner einzubinden. Zugleich soll der Transfer des Versorgungsmodells auf andere Regionen ermöglicht und gesichert werden.

7 Betrieb und Finanzierung

→ LeiG soll die Versorgungsqualität verbessern und knappe personelle sowie finanzielle Ressourcen wirksamer einsetzen. Die Modellrechnung aus dem Ursprungskonzept zeigt dafür mögliche Effektstärken auf.

→ Eigen- und Fördermittel sollen den Aufbau ermöglichen, abgestimmte Versorgungsverträge die medizinischen und pflegerischen Leistungen finanzieren. Für die gemeinsame Infrastruktur und ihren Betrieb müssen dauerhaft tragfähige Finanzierungswege konkretisiert werden – ein kollektiver Beschaffungsprozess böte hierzu einen möglichen Rahmen.

→ Mit wachsender Reichweite sollen sich die Versorgungswirkungen verbreitern und die Kosten je Versorgungsfall sinken. Verlässliche Verträge und eine handlungsfähige Betriebsorganisation sollen Versorgung, Qualitätssicherung und Weiterentwicklung über die Aufbauphase hinaus sichern.

Die in diesem Kapitel dargestellten Umsetzungsphasen und Wirtschaftlichkeitsberechnungen stammen größtenteils aus dem Ursprungskonzept von _fbeta aus der Planungsphase von LeiG in 2025 (_fbeta GmbH 2026, Teil C3). Derzeit werden diese Daten überprüft, angepasst und um konkrete Zahlen zu möglichen Kosten und zum Saldo erweitert. Eine Aktualisierung ist mit einer der nächsten Versionen dieses Dokuments vorgesehen.

7.1 Bessere Versorgung braucht Investitionen und verlässliche Finanzierung

Die in den vorangegangenen Kapiteln beschriebene Versorgung erfordert zunächst zusätzliche personelle und finanzielle Mittel. Gemeinsame Abläufe müssen entwickelt, Versorgungspartner eingebunden und digitale Lösungen bereitgestellt werden. Hinzu kommen Aufgaben wie Therapieplanung, Koordination, Monitoring und Coaching. ***Diese Investitionen sollen eine bessere Versorgung ermöglichen und dazu beitragen, knappe Fachkräfte und Finanzmittel wirksamer einzusetzen.*** Damit daraus ein dauerhaftes Versorgungsmodell entstehen kann, müssen Aufbau, Versorgung und Betrieb verlässlich finanziert werden.

Für die Finanzierung sind drei Bereiche zu unterscheiden:

- → Aufbau und Entwicklung
- → Infrastruktur und Betrieb
- → Versorgungsleistungen

Für diese Bereiche kommen verschiedene Finanzierungswege infrage. Während Entwicklung und Erprobung zunächst auch aus Eigen- und Fördermitteln finanziert werden können, müssen Versorgungs- und Betriebskosten mit zunehmender Skalierung in dauerhafte Vertrags- und Finanzierungsmodelle überführt werden.

Maßstab der wirtschaftlichen Betrachtung ist dabei der Nutzen für die Versorgung. Ausgangspunkt ist nicht die Frage, wie möglichst kurzfristig Kosten eingespart werden können. Entscheidend ist, ob bessere Koordination, gezieltere Versorgung und Prävention zu Qualitäts- und Kapazitätsgewinnen führen – und daraus langfristig wirtschaftliche Effekte entstehen.

Wie in Kapitel 3 ***beschrieben, soll LeiG die Qualität und Verlässlichkeit der Versorgung verbessern.*** Gemeinsame Therapiepläne und eine abgestimmte Pflegeplanung sollen Ziele, Maßnahmen und Verantwortlichkeiten nachvollziehbar machen. Monitoring und vereinbarte Reaktionswege sollen helfen, Veränderungen frühzeitig zu erkennen und rechtzeitig zu handeln. So können Behandlungsentscheidungen besser aufeinander abgestimmt und Informationsverluste zwischen den Beteiligten verringert werden.

Zugleich sollen die vorhandenen Versorgungskapazitäten gezielter genutzt werden. Gerade bei knappen Fachkräften ist gewonnene Zeit ein

wesentlicher Nutzen. Digitale Aufgabensteuerung kann Abstimmungen erleichtern; Therapie-Coaches aus dem Primärversorgungsteam können definierte Begleit- und Koordinationsaufgaben übernehmen. Telemedizinische Zusammenarbeit kann Wege vermeiden und fachliche Expertise leichter verfügbar machen. In der Pflege sollen verlässliche Informationswege und die Unterstützung informell Pflegender dazu beitragen, professionelle Kapazitäten bedarfsgerecht einzusetzen.

Die wirtschaftliche Modellrechnung betrachtet dafür vier Wirkbereiche:

- → *Primärversorgung und Therapiesteuerung:* Eine gestärkte Primärversorgung soll dazu beitragen, Inanspruchnahme zu steuern und unnötige Untersuchungen oder Behandlungen zu vermeiden.
- → *Prävention und Lebensstilinterventionen:* Geeignete Maßnahmen sollen Krankheitsrisiken senken und bestehende Krankheitslast verringern.
- → *Vermeidung oder Verringerung von Pflegebedürftigkeit:* Koordination, aktivierende und präventive Maßnahmen sowie die Unterstützung informell Pflegender sollen Pflegeverläufe stabilisieren und eine längere Versorgung im häuslichen Umfeld ermöglichen.
- → *Integration der Versorgung:* Abgestimmte Abläufe über Einrichtungs- und Sektorengrenzen hinweg sollen Versorgungslücken, Doppelarbeit und die Anzahl wiederholter Leistungen reduzieren.

Die LeiG-Versorgungsplattform schafft die gemeinsame Arbeitsgrundlage für diese Veränderungen. Ob die erwarteten Wirkungen eintreten, hängt jedoch von der tatsächlichen Umsetzung ab: Werden die vorgesehenen Menschen erreicht? Nutzen die Beteiligten die gemeinsamen Abläufe? Und verändert sich dadurch die Versorgung? *Wenn die digitale Unterstützung im Alltag wirksam wird, können daraus wirtschaftliche Vorteile entstehen.*

7.2 Wirtschaftlichkeitsrechnung verbindet Kosten und Versorgungswirkungen

Die Wirtschaftlichkeitslogik betrachtet drei aufeinander aufbauende Ebenen:

1. *Investitionen*: z. B. Entwicklung, Einführung, technischer Betrieb und zusätzliche Versorgungsleistungen
2. *Veränderungen in der Versorgung*: z. B. verbesserte Koordination und Steuerung, Adhärenz, Prävention und stabilere Pflegeverläufe
3. *Mögliche finanzielle Effekte*: z. B. durch reduzierte Inanspruchnahme, weniger Komplikationen oder stabilere Pflegegrade

Diese Logik ist wichtig, weil sie eine einfache Gleichsetzung von Digitalisierung und Einsparung vermeidet. Die Modellrechnung aus der Planungsphase von LeiG bildet den Zusammenhang über eine einfache Wirkungskette ab. Abbildung 12 zeigt diese Kette.

Wie viele Menschen nach dem neuen Modell versorgt werden können, hängt zunächst von den beteiligten Kranken- und Pflegekassen

und ihrem Marktanteil sowie der Anzahl der teilnehmenden Leistungserbringer ab. Hinzu kommt, welcher Anteil der jeweiligen Zielgruppe teilnimmt und wie vollständig die vereinbarten Maßnahmen umgesetzt werden. Aus diesen Größen leitet die Modellrechnung die Zahl der tatsächlich versorgten Personen ab. Diese bildet die Grundlage für die Berechnung möglicher Versorgungs- und Kosteneffekte.

Für die wirtschaftliche Tragfähigkeit zählt deshalb die Nutzung im Versorgungsalltag. Eine Plattform mit wenigen Nutzenden oder ein Versorgungsvertrag mit geringer Beteiligung kann nur begrenzte Wirkung entfalten. *LeiG braucht eine hohe Reichweite und gemeinsame Abläufe, die von den Beteiligten verlässlich umgesetzt werden.*

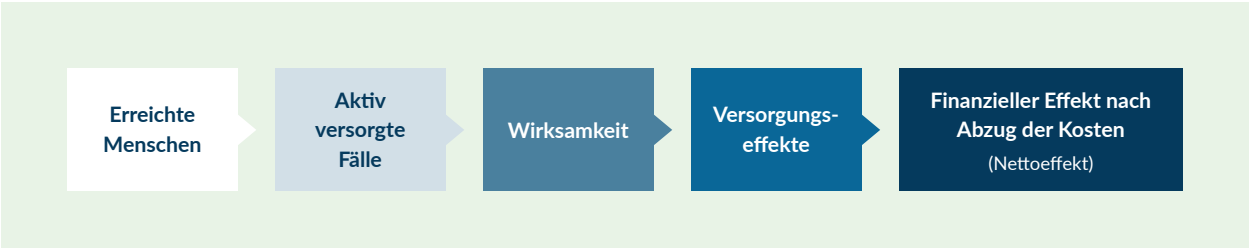


ABBILDUNG 12: Wirkungskette der Wirtschaftlichkeitslogik in LeiG

TABELLE 4: Kosten- und Wirkungsannahmen Modellrechnung _fbeta

Versorgungsbereich	Angenommene Kosten pro Person und Jahr	Angenommene Wirkung im Modell
Primärversorgung und Therapiesteuerung	Rund 150 Euro für Lizenzen und Therapiesteuerung	Effektstärke von 20 Prozent durch eine gestärkte Primärversorgung und eine gezieltere Inanspruchnahme von Versorgungsleistungen
Lebensstilinterventionen	Rund 150 Euro für die Interventionen	– Effektstärke von 30 Prozent bei Neuerkrankungen – Effektstärke von 10 Prozent bei bestehenden Erkrankungen durch Remissionen und Verringerung der Krankheitslast
Maßnahmen in der Pflege	Rund 720 Euro für die Maßnahmen	Vermeidung oder Verringerung von Pflegebedürftigkeit um 0 bis 12 Prozent, gewichtet nach Pflegegrad und Fallzahl
Integration der Versorgung	Kosten in der Größenordnung vergleichbarer Versorgungsangebote	Effektstärke von 5 Prozent (übergreifender Effekt)

Die Finanzplanung muss sowohl einmalige als auch laufende Aufwände erfassen. Zum Aufbau gehören etwa Konzeption, Projektmanagement, Einführung und Evaluation. Für die Infrastruktur fallen Kosten für technische Systeme, Lizenzen, Schnittstellen, Betrieb,

Unterstützung der Nutzenden und Weiterentwicklung an. Hinzu kommt die Vergütung der Versorgungsleistungen.

Für einzelne Versorgungsbereiche enthält die _fbeta-Modellrechnung erste Kosten- und Wirkungsannahmen. Tabelle 4 fasst diese zusammen. ***Die Werte sind Rechengrößen für mögliche Szenarien. Preise, Vergütungssätze oder bereits nachgewiesene Wirkungen von LeiG sind damit noch nicht festgelegt.***

Die Modellrechnung greift auf Studienergebnisse zurück und setzt für mehrere Wirkbereiche geringere Effekte an als die dort berichteten Potenziale. Sämtliche Annahmen müssen anhand der Erfahrungen und Ergebnisse aus der Umsetzung von LeiG überprüft werden. Die tatsächliche Wirkung hängt unter anderem von den erreichten Zielgruppen, der Umsetzung und dem Zusammenspiel der Maßnahmen ab.

Auf Ebene der einzelnen Versorgungspfade werden den zusätzlichen Versorgungskosten die modellierten vermiedenen beziehungsweise reduzierten Kosten gegenübergestellt. Davon werden anschließend die berücksichtigten Projekt- und Programmkosten abgezogen. Erst dieser Saldo beschreibt den wirtschaftlichen Nettoeffekt. Der „Break-even“ ist erreicht, wenn die kumulierten positiven Effekte die bis dahin berücksichtigten Kosten ausgleichen.

7.3 Skalierung soll Wirkung verbreitern und Kosten je Versorgungsfall senken

Wie in der strategischen Roadmap (siehe Kapitel 6) beschrieben, soll die Versorgung zunächst mit einem begrenzten Kreis beteiligter Praxen beginnen. In dieser Einführung wird getestet, ob die gemeinsamen Abläufe funktionieren, von Fachkräften und Versicherten angenommen werden und die erwarteten Verbesserungen ermöglichen. Der ursprüngliche Planungsentwurf nennt dafür eine geringe Größenordnung von etwa 500 bis 1.500 Patientinnen und Patienten sowie sieben bis zehn Arztpraxen mit weiteren Leistungserbringern. Diese Angaben dienen der Orientierung; die konkrete Reichweite ist mit den Umsetzungspartnern festzulegen.

Mit der Skalierung sollen die gemeinsamen Abläufe auf weitere Versorgungspartner und mehr Menschen ausgeweitet werden. Dadurch verteilen sich feste Entwicklungs- und Aufbaukosten auf mehr Versorgungsfälle. Zugleich steigt die Zahl der Fälle, bei denen positive Versorgungseffekte entstehen können. Als mögliche Größenordnung für einen frühen wirtschaftlichen Ausgleich nennt der bisherige Entwurf rund 10.000 Versicherte, mindestens etwa 50 Arztpraxen und acht bis zwölf Versorgungsteams. Ob diese Größen ausreichen, hängt von den tatsächlichen Kosten und Wirkungen ab; eine belastbare Wirtschaftlichkeitsschwelle ist damit noch nicht bestimmt.

Für einen späteren regionalen Betrieb wird eine deutlich höhere Reichweite benötigt. Die Planungsunterlagen sehen eine Größenordnung um 100.000 versorgte Personen als möglichen Bereich, in dem die Effekte auch für größere Budget- und Finanzierungsfragen relevant werden können. Eine wachsende Zahl beteiligter Einrichtungen könnte zudem das Gewicht der regionalen Leistungserbringer-Organisation gegenüber Softwareanbietern erhöhen und die Vereinbarung gemeinsamer technischer Anforderungen erleichtern.

Davon zu unterscheiden sind die Fallzahlen der detaillierten _fbeta-Modellrechnung. Für

ihre drei Modellphasen „Proof of Concept“, „Rollout“ und „Betrieb“ setzt sie rund 1.450, 29.000 und 87.000 versorgte Patientinnen und Patienten sowie rund 190, 3.800 und 11.500 Pflegebedürftige an. Daraus werden jeweils die benötigten Kapazitäten bei Praxen, Pflegediensten und weiteren Beteiligten abgeleitet. Diese Zahlen sind Rechenparameter des Wirtschaftlichkeitsmodells, keine bereits beschlossenen Mengenziele.

Die konkreten Skalierungsziele müssen deshalb auf Grundlage der ersten Umsetzungserfahrungen festgelegt werden. Entscheidend sind dabei nicht möglichst hohe Fallzahlen an sich. Entscheidend ist, wie viele Menschen tatsächlich nach den vorgesehenen Prozessen versorgt werden und ob dabei die erwarteten Qualitäts-, Kapazitäts- und Effizienzeffekte eintreten.

7.4 Modellannahmen müssen im Versorgungsalltag überprüft werden

Die bisherige Wirtschaftlichkeitsrechnung ist als Szenario- und Sensitivitätsmodell angelegt. Sie zeigt, welche Wirkmechanismen wirtschaftlich relevant sein können und wie stark das Ergebnis von Reichweite, Umsetzungsgrad und Wirksamkeit abhängt. Sie ist keine Prognose, die bestimmte Einsparungen oder einen bestimmten Zeitpunkt der Amortisation garantiert.

Dabei sind mehrere Unsicherheiten zu berücksichtigen: Medizinische und pflegerische Wirkungen können erst mit zeitlichem Abstand sichtbar werden; Veränderungen bei Abstimmung und Koordination lassen sich häufig früher beobachten. Entscheidend ist zudem, ob die Beteiligten die neuen Abläufe annehmen und verlässlich umsetzen. Ein Teil der Modellannahmen beruht bislang auf Literatur, Routinedaten und Expertenschätzungen. Diese Annahmen sollen mit Erkenntnissen aus Einführung und Betrieb schrittweise präzisiert werden.

Hinzu kommen finanzielle Abgrenzungsfragen. Kosten und Nutzen können zwischen Kranken- und Pflegeversicherung auseinanderfallen. Effekte des Risikostrukturausgleichs und anderer kassenspezifischer Verteilungsmechanismen werden nicht vollständig modelliert. Auch die konkrete Vertragsgestaltung beeinflusst, ob ein Versorgungseffekt bei einem Kostenträger tatsächlich budgetwirksam wird.

Unter den bisherigen Modellannahmen wird der kumulierte Saldo im dritten Jahr erstmals positiv. Der errechnete „Break-even“ bezieht sich jedoch auf die dort berücksichtigten direkten Projektkosten beziehungsweise Sachkosten; Personalressourcen sind bislang nicht als vollständige Projektkosten enthalten.

Das Ergebnis sollte deshalb *nicht* als Zusage verstanden werden, dass die Gesamtinvestition im dritten Jahr refinanziert sein wird. Es zeigt vielmehr, dass eine Amortisation bei ausreichender Skalierung und unter den getroffenen Wirkungsannahmen grundsätzlich bereits während der Skalierung möglich sein kann.

Die begleitende Evaluation hat damit auch eine wirtschaftliche Funktion. Sie soll die bislang modellierten Annahmen mit realen Daten überprüfen. Auf dieser Grundlage können Kostenansätze, Reichweiten, Wirkungsannahmen und die weitere Skalierungsplanung angepasst werden.

7.5 Finanzierung muss unterschiedliche Kosten und Nutzen zusammenführen

Die in Kapitel 3 beschriebenen Nutzen haben für die Partner unterschiedliche wirtschaftliche Bedeutung. Für gesetzliche Krankenkassen etwa können eine gezieltere Inanspruchnahme und weniger vermeidbare Komplikationen relevant werden. Zugleich gewinnen sie Erkenntnisse darüber, welche Versorgungsformen sich für größere Versichertengruppen eignen und unter welchen Bedingungen deren Finanzierung dauerhaft tragfähig ist.

Für ärztliche Leistungserbringer liegt ein wesentlicher Nutzen in der verfügbaren Arbeitszeit. Strukturierte Koordination, eine bessere Übersicht über komplexe Verläufe und klar definierte Rollen können die Häufigkeit ungeplanter Abstimmungen verringern. Fachärztliche Expertise kann gezielter eingesetzt werden.

Pflegedienste können ebenfalls durch besser planbare Abläufe und verlässlichere Informationen entlastet werden. Die Unterstützung informell Pflegender soll zugleich helfen, die Versorgung im häuslichen Umfeld zu stabilisieren.

Kommunen und regionale Akteure gewinnen vor allem bessere Grundlagen für die Versorgungsplanung und die frühzeitige Reaktion auf Engpässe. Diese Vorteile sind für die Tragfähigkeit des Versorgungsmodells relevant, auch wenn sie sich nicht unmittelbar als geringere Ausgaben ausdrücken lassen.

Eine besondere Herausforderung: Derjenige, der eine Maßnahme finanziert, ist nicht zwingend derjenige, bei dem der finanzielle Nutzen entsteht. So kann eine pflegerische oder präventive Maßnahme dazu beitragen, eine Krankenhausbehandlung zu vermeiden. Umgekehrt kann eine medizinische Intervention den späteren Pflegebedarf beeinflussen. Solche Wechselwirkungen zwischen Kranken- und Pflegeversicherung werden in der bisherigen Modellrechnung nur teilweise erfasst.

Die Finanzierungsvereinbarungen müssen den Nutzen für die Versorgung insgesamt und die jeweiligen Zuständigkeiten berücksichtigen. Zu klären ist, welche Beiträge die Partner übernehmen und wie gemeinsame Aufgaben dauerhaft abgesichert werden. Kurzfristige Einsparungen eines einzelnen Beteiligten reichen als alleiniger Maßstab dafür nicht aus.

7.6 Eigenmittel und Förderung sollen den Aufbau ermöglichen

Für LeiG ist eine Kombination unterschiedlicher Finanzierungsquellen vorgesehen. Eigenmittel der Partner und geeignete Fördermittel sollen insbesondere die Entwicklung und Einführung unterstützen. Konkrete Versorgungsleistungen sollen über Vereinbarungen mit Kranken- und Pflegekassen vergütet werden. Die Beiträge der Partner zu gemeinsamen Aufgaben richten sich nach ihren Rollen, Möglichkeiten und den dafür getroffenen Vereinbarungen.

Eigen- und Fördermittel werden vor allem für Aufgaben benötigt, deren dauerhafte Finanzierung noch nicht gesichert ist. Dazu gehören die

fachliche Entwicklung, das Projektmanagement, die Einführung neuer Abläufe, Kommunikation und Evaluation sowie Teile der technischen Entwicklung. Wie im Teilkonzept „Governance“ (siehe Kapitel 4.5) beschrieben, sollen die Partner die dafür erforderlichen personellen und finanziellen Beiträge verbindlich vereinbaren.

7.7 Versorgungsverträge sollen gemeinsame Leistungen verlässlich vergüten

Die konkreten medizinischen und pflegerischen Leistungen müssen mit zunehmender Reife aus einer Projektfinanzierung herausgelöst werden. Für die digitale Therapieplanung und Therapiesteuerung sind zunächst Verträge der besonderen Versorgung nach § 140a SGB V vorgesehen. Darin sollen die beteiligten Krankenkassen und Leistungserbringer die gemeinsamen Aufgaben und deren Vergütung vereinbaren. Dazu gehören insbesondere Therapieplanung, Fallführung, Koordination, Monitoring und die Unterstützung des Selbstmanagements.

Einzelne Untersuchungen und Behandlungen können dabei weiterhin über die Regelversorgung oder bestehende Programme erbracht und vergütet werden. Der Vertrag zur besonderen Versorgung soll vor allem die für LeiG erforderliche gemeinsame Planung, digitale Zusammenarbeit und sektorenübergreifende Abstimmung abbilden. Die unterschiedlichen Vergütungswege müssen dafür aufeinander abgestimmt werden.

Für Leistungen der Pflegeversicherung sind ergänzende Vereinbarungen mit den Pflegekassen erforderlich. Wie in den Teilkonzepten „Pflege“ (siehe Kapitel 4.3) und „Governance“ (siehe Kapitel 4.5) beschrieben, wird dafür insbesondere die integrierte Versorgung nach § 92b SGB XI als Option betrachtet. Die medizinischen und pflegerischen Vertragsbestandteile sollen gemeinsame Versorgungsprozesse ermöglichen und zugleich klar regeln, welcher Kostenträger welche Leistungen finanziert.

7.8 Gemeinsame Infrastruktur braucht Logik für Beschaffung und Finanzierung

Eine besondere Aufgabe ist die dauerhafte Finanzierung der gemeinsamen digitalen Infrastruktur. Plattformen für Therapieplanung, Monitoring und Kommunikation, Schnittstellen, technischer Betrieb, Support und regionale Steuerungsfunktionen sind notwendige Voraussetzungen für die Versorgung. Sie sind aber keine klassische medizinische oder pflegerische Einzelleistung und werden im bestehenden System bislang nur begrenzt regelhaft refinanziert.

Erste Überlegungen sehen deshalb unterschiedliche Finanzierungswege vor. Dazu gehören Beiträge der beteiligten Partner und Leistungserbringer, die Einbeziehung von Infrastrukturanteilen in Versorgungsverträge sowie perspektivisch gemeinsame Träger- oder

regionale Finanzierungsmodelle. Welche Lösung dauerhaft trägt, muss im Zuge der Einführung konkretisiert werden.

Fördermittel sollen insbesondere Entwicklung, Einführung und den Übergang in dauerhafte Strukturen ermöglichen. Für die laufende Versorgung und die gemeinsame Infrastruktur werden verlässliche Finanzierungsvereinbarungen benötigt, die über einzelne Förderzeiträume hinausreichen. Entscheidend ist, dass bewährte Leistungen und Arbeitsabläufe auch nach Abschluss der Aufbauphase fortgeführt werden können.

Finanzierung und gemeinsame Beschaffung sollen dabei ineinandergreifen. Abbildung 13 zeigt ein mögliches Zusammenspiel von Krankenkassen, teilnehmenden Praxen, regionaler Leistungserbringer-Organisation und Anbietern der digitalen Versorgungslösung.

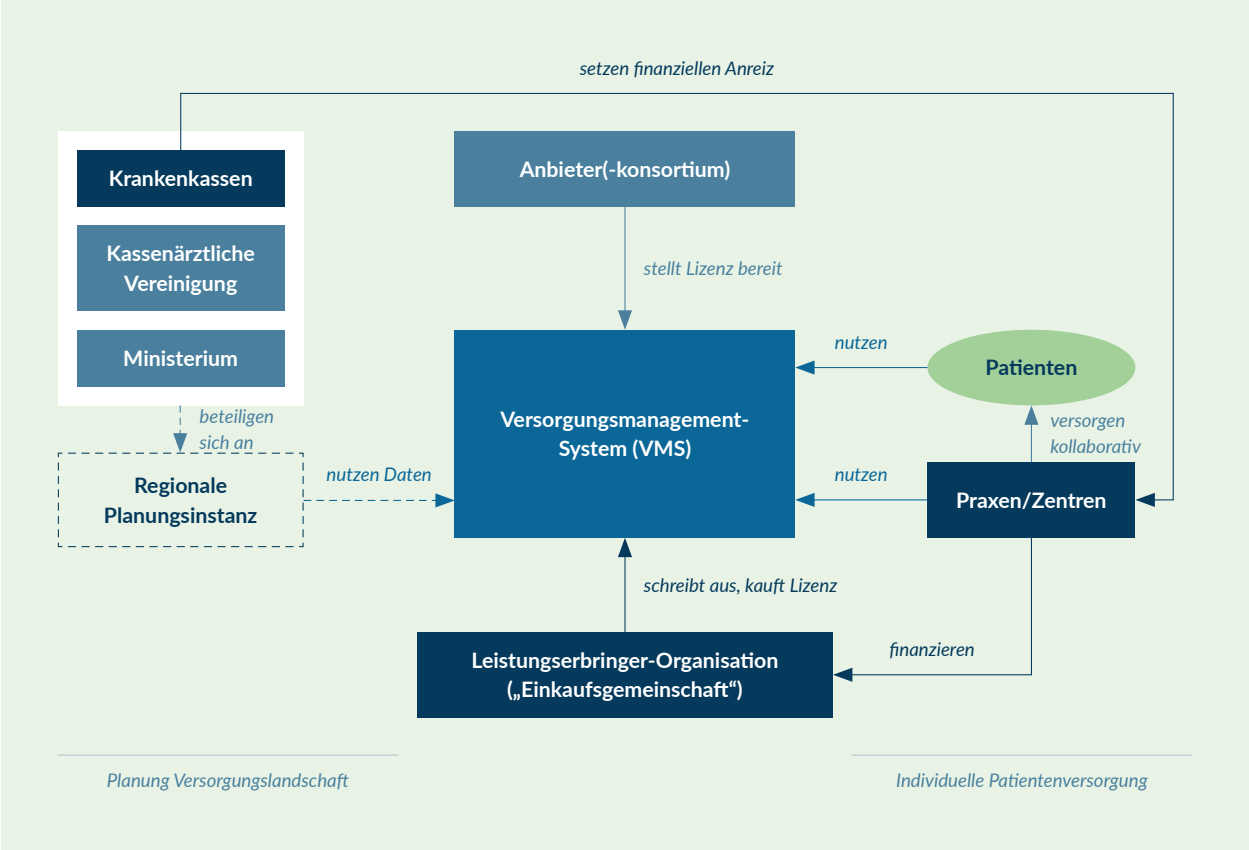


ABBILDUNG 13: Möglicher kollektiver Beschaffungs- und Finanzierungsprozess

7.9 Finanzierung und Betriebsorganisation wachsen mit Umsetzung

Die Anforderungen an Finanzierung, Vergütung und Betriebsorganisation verändern sich im Verlauf der Umsetzung. Tabelle 5 zeigt, wie sich Finanzierung, Vergütung und Organisation nach dem Ursprungskonzept von _fbeta entwickeln sollen. Sie unterscheidet die Phasen

„Produkttest“, „Rollout und Betriebsübergang“ sowie „Dauerbetrieb“. Diese Einteilung muss im weiteren Projektmanagement noch auf die vier Phasen der strategischen Roadmap – Anbahnung, Vorbereitung, Einführung und Betrieb – übertragen werden. Dabei sind die jeweiligen Aufgaben und Übergänge inhaltlich und zeitlich aufeinander abzustimmen.

TABELLE 5: Finanzierung, Vergütung und Organisation in den Phasen der Umsetzung (gemäß Ursprungskonzept)

	Produkttest	Rollout und Betriebsübergang	Dauerbetrieb
Ziel	Prozesse erproben, Akzeptanz und Real-Life-Evidenz gewinnen	Prozesse standardisieren und Reichweite erhöhen	Versorgung dauerhaft betreiben und weiterentwickeln
Finanzierung	Eigenmittel, Fördermittel und erste Versorgungsfinanzierung	wachsender Anteil aus Versorgungsverträgen und Betriebsfinanzierung	regelhafte Finanzierung von Versorgung und Infrastruktur
Vergütung	zunächst einfache Pauschalen je eingeschriebenem beziehungsweise aktiv versorgtem Fall	standardisierte Pauschalen; stärkerer Bezug zu Fallzahl und Umsetzungsgrad	skalierbares Vergütungsmodell; Ausbau qualitäts- und ergebnisorientierter Bestandteile, sofern belastbar
Organisation	Projekt- und Aufbauorganisation	Übergang in eine dauerhafte Betriebsorganisation	Betrieb, Support, Qualitätssicherung und Weiterentwicklung als Routine

Im Produkttest stehen die Entwicklung, die praktische Einführung und die Überprüfung der neuen Versorgungsabläufe im Mittelpunkt. Dafür werden zusätzliche Mittel für Aufbau, Umsetzung und Evaluation benötigt. Zugleich sollen die ersten Versorgungsleistungen so vertraglich vereinbart werden, dass ihre spätere Fortführung möglich ist. Die Versorgung soll von Beginn an im tatsächlichen Alltag stattfinden und durch eine fortlaufende formative Evaluation begleitet werden. Diese soll zeigen, ob die Abläufe funktionieren, von den Beteiligten angenommen werden und die erwarteten Verbesserungen ermöglichen.

Mit dem Rollout und dem Übergang in den Betrieb gewinnen die laufenden Versorgungs- und Betriebskosten gegenüber den Aufbaukosten an Bedeutung. Verträge und Vergütungsmodelle müssen stärker standardisiert werden, damit weitere Kranken- und Pflegekassen, Praxen und Pflegeeinrichtungen eingebunden werden können. Für die Vergütung sind zunächst Pauschalen vorgesehen, die mit zunehmender Umsetzung stärker an Fallzahlen und dem Umfang der tatsächlich erbrachten Leistungen ausgerichtet werden sollen. Erste qualitäts- oder ergebnisbezogene Bestandteile können hinzukommen, sobald geeignete Kriterien zuverlässig gemessen werden können.

Im Dauerbetrieb müssen schließlich folgende Bausteine verlässlich refinanziert sein:

- die Versorgungsleistungen,
- die digitale und organisatorische Infrastruktur sowie
- Betrieb, Qualitätssicherung und Weiterentwicklung.

Die perspektivisch vorgesehene Betriebsorganisation übernimmt dabei insbesondere technischen Betrieb, Support, Service-Level-Prozesse und kontinuierliche Weiterentwicklung. Sie schafft die organisatorische Grundlage dafür, dass aus einer Projektstruktur ein dauerhaftes Versorgungsmodell wird.

Ob dieser Übergang gelingt, hängt von wenigen zentralen Bedingungen ab:

- Die Versorgung muss nachweisbar funktionieren und von den Beteiligten genutzt werden.
- Die Reichweite muss groß genug sein, um relevante Wirkungen und Skaleneffekte zu erzielen.
- Versorgungs- und Infrastrukturkosten müssen in dauerhafte Verträge überführt werden.
- Technische Lösungen sollten möglichst in bestehende Systeme integriert werden und keine kostenintensiven Parallelstrukturen verfestigen.

Damit folgt die Finanzierung einem klaren Prinzip: *In der ersten Phase wird in Veränderung investiert. Mit zunehmender Skalierung übernimmt die laufende Versorgungsfinanzierung einen wachsenden Anteil. Im Dauerbetrieb müssen Versorgung und Infrastruktur aus stabilen, regelhaften Finanzierungsquellen getragen werden.* Ob dieses Ziel erreicht wird, soll nicht aus Modellannahmen abgeleitet, sondern im Reallabor schrittweise nachgewiesen werden.

Offene Konzeptfragen – im weiteren Prozess zu klären

- Welche einmaligen und laufenden Kosten entstehen für Aufbau, Versorgung und Betrieb einschließlich der benötigten Personalressourcen? Welche Eigen- und Fördermittel stehen dafür zur Verfügung, und welche Beiträge übernehmen die Partner verbindlich?

- Welche zusätzlichen Versorgungsleistungen sollen in welcher Höhe vergütet werden? Wie werden gemeinsame Planung und Koordination abgebildet und die Vergütungswege von Kranken- und Pflegeversicherung aufeinander abgestimmt?

- Wie werden Kosten, wirtschaftliche Vorteile und finanzielle Risiken zwischen den Partnern verteilt? Welche Vereinbarungen sind erforderlich, wenn Aufwand und Nutzen bei unterschiedlichen Beteiligten entstehen?

- Wie werden neben direkten Kosten auch Opportunitätskosten berücksichtigt – etwa entgangene Versorgungsleistungen, wenn Fachkräfte Zeit für Aufbau, Schulung und Koordination einsetzen? Wie werden diesen Aufwänden Qualitäts- und Kapazitätsgewinne sowie tatsächlich finanzwirksame Einsparungen gegenübergestellt?

- Welche Reichweite und welcher Umsetzungsgrad sind für einen wirtschaftlich tragfähigen Betrieb erforderlich? An welche Kriterien wird der Übergang von der Aufbaufinanzierung in dauerhafte Verträge und eine verlässliche Betriebsorganisation geknüpft?

8 Ausblick

LeiG ist als langfristiges Vorhaben angelegt. Die neuen Versorgungsansätze sollen im Alltag erprobt, dauerhaft in die Regelversorgung überführt und auf weitere Regionen übertragen werden. Die beschriebene Planung für Einführung, Betrieb und Finanzierung bildet dafür die Grundlage. Für die weitere Entwicklung sind insbesondere folgende Punkte entscheidend:

Übergang in die Regelversorgung ermöglichen

Verträge der besonderen beziehungsweise integrierten Versorgung nach § 140a SGB V und § 92b SGB XI können eine Grundlage für die erste Umsetzung bieten. Für eine flächendeckende Überführung reichen sie jedoch nicht aus. Sie erreichen nur Versicherte der teilnehmenden Kranken- und Pflegekassen und bieten als Wettbewerbsinstrumente begrenzte Anreize zur kassenübergreifenden Zusammenarbeit.

Die Beteiligung bleibt freiwillig, ein Kontrahierungszwang besteht nicht: Die Partner können ihre Mitwirkung im Rahmen der vertraglichen Kündigungsregelungen beenden. Für eine dauerhafte Verankerung braucht es deshalb einen weitergehenden Rahmen, der die Erprobung und Übertragung erfolgreicher Ansätze unterstützt – etwa in Form von Experimentierklauseln oder Reallaboren.

Reallabore für die Primärversorgung gemeinsam gestalten

Experimentierklauseln und Reallabore können ermöglichen, neue Versorgungsmodelle unter realen Bedingungen zu erproben. Die Überlegungen im GeDIG weisen aus Sicht der Partner von LeiG in die richtige Richtung, sollten jedoch über die Ausrichtung auf Krankenkassen hinausgehen. Auch Leistungserbringerorganisationen aus der haus- und fachärztlichen Versorgung und der Pflege sowie kommunale Akteure müssen einbezogen werden. Gemeinsam sollten sie Leistungsumfang und Vergütung abweichend von den bestehenden Vorgaben der Regelversorgung vereinbaren können. So ließen sich neue Versorgungsansätze unter realen Bedingungen erproben und die Voraussetzungen für ihre nachhaltige Verankerung in der Regelversorgung schaffen.

Regionale Verantwortungsgemeinschaften erweitern

LeiG ist offen für weitere Partner, die die Versorgung aktiv mitgestalten und gemeinsam Verantwortung für ihre Weiterentwicklung übernehmen möchten. Insbesondere Leistungserbringerorganisationen aus der haus- und fachärztlichen Versorgung sowie der Pflege, interessierte Krankenkassen und Kommunen sind eingeladen, sich am Konsortium zu beteiligen. Der Ausbau dieser Zusammenarbeit ist eine wesentliche Voraussetzung dafür, die entwickelten Konzepte auf einer breiten gemeinsamen Grundlage umzusetzen.

Erfahrungen aus Aachen für weitere Regionen nutzbar machen

Aachen dient als Reallabor, in dem die LeiG-Versorgungsplattform und die damit verbundenen Versorgungsprozesse im Echtbetrieb erprobt werden sollen. Die gewonnenen Erfahrungen sollen die Grundlage für eine bundesweite Skalierung schaffen. Weitere Regionen sind daher

bereits in der jetzigen Phase willkommen; erste Gespräche hierzu wurden geführt.

Stationären Sektor perspektivisch einbeziehen

Die ersten Anwendungsfälle von LeiG konzentrieren sich auf die ambulante Versorgung. Perspektivisch soll auch der stationäre Sektor eingebunden werden, um die Versorgung über die Sektorengrenzen hinweg weiterzuentwickeln. Die Partner von LeiG sind offen für interessierte Partner und konkrete Ideen, wie diese Erweiterung gestaltet werden kann.

9 Anhang

9.1 Wissenschaftlicher Beirat

Die Entwicklung und Weiterentwicklung von LeiG wird begleitet von einem wissenschaftlichen Beirat. Ihm gehören folgende Personen an:

Prof. Dr. Nicola Buhlinger-Göpfarth
Hausärztinnen- und Hausärzteverband e. V.

Prof. Dr. Ferdinand Gerlach
Johann Wolfgang Goethe-Universität Frankfurt am Main

Dr. Matthias Gruhl
Gesundheitsstaatsrat a. D. der Hamburger Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz

Prof. Dr. Sebastian Kuhn
Philipps-Universität Marburg

Prof. Dr. Andreas Schmid
Universität Bayreuth

Prof. Dr. Leonie Sundmacher
Technische Universität München

Prof. Dr. Sylvia Thun
Charité – Universitätsmedizin Berlin

9.2 Glossar

Das Glossar definiert zentrale Begriffe aus diesem Dokument und legt ihr jeweiliges Verständnis im Kontext von LeiG dar.

C	**Caring-Community**	Eine *Caring-Community* ist ein regional verankertes Unterstützungsnetz, in dem informell Pflegende, Fachkräfte, ehrenamtlich Engagierte und kommunale Akteure zusammenwirken. Sie bringt vorhandene Angebote und Kompetenzen zusammen, um pflegebedürftige Menschen im Alltag verlässlich zu unterstützen und Angehörige zu entlasten. In LeiG soll sie dazu beitragen, dass Menschen möglichst lange und gut versorgt im häuslichen Umfeld leben können.

D	**Digital First**	„*Digital First*“ beschreibt den Grundsatz, Versorgungsprozesse primär digital zu denken und umzusetzen, sofern dies medizinisch sinnvoll ist. Gemeint ist hiermit etwa der Einsatz von Video als Medium – im Idealfall 24/7.
G	**Gesundheitsregion**	Eine *Gesundheitsregion* ist ein geografisch definierter Raum, in dem die Gesundheitsversorgung sektorenübergreifend geplant, gesteuert und weiterentwickelt wird. Im Kontext von LeiG dient die Region als organisatorischer Bezugsrahmen für die → populationsorientierte und koordinierte Versorgung.
I	**Informations- und Unterstützungsplattform**	Die *Informations- und Unterstützungsplattform* soll in LeiG einen digitalen Anlaufpunkt für pflegebedürftige Menschen, Angehörige und andere informell Pflegende bieten. Sie bündelt Informationen, erleichtert die Einschätzung des Unterstützungsbedarfs und eröffnet Zugang zu Beratung, Lernangeboten und passenden Hilfen in der Region. Sie ergänzt die → Versorgungsplattform, über die die Beteiligten die konkrete Versorgung gemeinsam planen und koordinieren.
	Integration	*Integration* ist die *dauerhafte* fachliche und organisatorische Verbindung verschiedener Versorgungsangebote über Berufsgruppen, Einrichtungen und Sektoren hinweg. Sie schafft gemeinsame Strukturen und Arbeitsgrundlagen, auf denen eine zusammenhängende, an den Bedarfen und Bedürfnissen der Menschen ausgerichtete Versorgung aufbauen kann.
K	**Koordination**	Durch *Koordination* werden Aufgaben, Informationen und Termine zwischen den an der Versorgung Beteiligten einschließlich der versorgten Person konkret aufeinander abgestimmt. Sie klärt, wer was wann übernimmt, damit Maßnahmen zusammenpassen und Übergänge verlässlich funktionieren.
L	**LeiG-Behandlungsteam**	Das *LeiG-Behandlungsteam* verbindet das → Primärversorgungsteam mit beteiligten Facharztpraxen und weiteren an der individuellen Versorgung mitwirkenden Fachkräften und Einrichtungen. Gemeinsam mit den Patientinnen und Patienten stimmt es Behandlungsziele und Maßnahmen ab und begleitet deren Umsetzung mit klar verteilten Aufgaben und Verantwortlichkeiten. Im weiteren Ausbau von LeiG sollen ambulante Pflegedienste und weitere Pflegeeinrichtungen systematisch in die gemeinsame Versorgung und Fallführung eingebunden werden.
	Leistungsstark	*Leistungsstark* bezeichnet im Kontext von LeiG im Kern die Fähigkeit einer Gesundheitsregion, bedarfsgerechte, qualitativ hochwertige und effiziente Versorgungsleistungen zu erbringen – mit entsprechenden Ergebnissen.
P	**Patientenzentrierung**	Der Begriff *Patientenzentrierung* steht für den Grundsatz, die Patientinnen und Patienten in der Versorgung aktiv einzubeziehen sowie ihre Bedarfe und Bedürfnisse in den Mittelpunkt zu stellen, sowohl in konkreten Versorgungssettings als auch bei der übergeordneten Versorgungsplanung.

Populationsorientierung

Populationsorientierung beschreibt die Ausrichtung der Versorgung auf definierte Bevölkerungsgruppen. Dabei werden Versorgungsbedarfe systematisch analysiert und gezielt adressiert. Im Kontext von LeiG besteht die Population aus den Bürgerinnen und Bürgern der jeweils definierten Region – zuerst der Region Aachen. Entsprechend den Prioritäten in der Versorgung stehen dabei aus der Population im ersten Schritt Menschen mit chronischen Erkrankungen sowie Pflegebedürftige und ihre Angehörigen im Fokus.

Präventionsorientierung

Präventionsorientierung beschreibt den Grundsatz in LeiG, den Fokus der Versorgung stärker als bislang auf die Vermeidung von Erkrankungen und deren Verschlechterung zu legen. Maßnahmen sollen frühzeitig ansetzen und sowohl individuelles Verhalten als auch strukturelle Faktoren adressieren.

Primärsysteme

Primärsysteme sind die unmittelbar im Arbeitsalltag einer Versorgungseinrichtung eingesetzten IT-Systeme, etwa Praxisverwaltungssysteme (PVS) und Krankenhausinformationssysteme (KIS). Sie unterstützen unter anderem die Dokumentation, Patientenverwaltung und Abrechnung. In LeiG sollen sie zunächst angebunden werden; perspektivisch könnten ihre Aufgaben in die gemeinsame → Versorgungsplattform übergehen.

Primärversorgung

Der Begriff *Primärversorgung* bezeichnet die grundlegende medizinische Betreuung von Patientinnen und Patienten in Abgrenzung zur komplexeren Spezialversorgung. Im Konzept von LeiG ist die Primärversorgung als kontinuierlicher, kooperativer und proaktiver Managementprozess angelegt – und umfasst damit explizit deutlich mehr als eine reine Zugangssteuerung oder Ersteinschätzung.

Primärversorgungsteam

Im *Primärversorgungsteam* arbeiten Hausärztinnen und Hausärzte und nichtärztliche Gesundheitsberufe als multiprofessionelles Team bedarfsgerecht zusammen, in der Regel im Umfeld einer Hausarztpraxis. Das Team begleitet die Patientinnen und Patienten kontinuierlich und koordiniert ihre Versorgung; die übergreifende Koordination und Gesamtverantwortung liegen in der Regel bei der Hausärztin oder beim Hausarzt. Gemeinsam mit beteiligten Facharztpraxen und weiteren relevanten Einrichtungen bildet es das umfassendere → LeiG-Behandlungsteam.

R

Reallabor

Ein *Reallabor* bietet einen Rahmen, um neue Versorgungsformen unter realen Bedingungen zu entwickeln, umzusetzen und begleitend zu evaluieren. Bei LeiG übernimmt die Region Aachen – und perspektivisch weitere Regionen – diese Funktion: Die Erprobung findet von Beginn an im tatsächlichen Versorgungsbetrieb statt und ist auf eine dauerhafte Weiterentwicklung der Versorgung ausgerichtet. Die gewonnenen Erkenntnisse sollen notwendige Anpassungen organisatorischer, finanzieller und rechtlicher Rahmenbedingungen aufzeigen und politische Weichenstellungen für die Etablierung leistungsstarker Gesundheitsregionen in ganz Deutschland anstoßen.

	Regionale Leistungserbringer-Organisation	Eine *regionale Leistungserbringer-Organisation* soll im Kontext von LeiG die Anforderungen der beteiligten Leistungserbringer bündeln und die Beschaffung, Einführung und Organisation des Betriebs der → Versorgungsplattform verantworten. Sie beauftragt geeignete Unternehmen, vertritt die Beteiligten gegenüber den Auftragnehmern und überprüft die vereinbarten Leistungen.
S	**Steuerung**	*Steuerung* bezeichnet die zielgerichtete Einflussnahme auf Versorgung durch Entscheidungen, Regeln und Anreize sowie die Überprüfung ihrer Wirkung und erforderliche Anpassungen. Sie bestimmt die Richtung und greift bei Abweichungen ein – sowohl im einzelnen Versorgungsfall als auch auf regionaler Ebene.
T	**Therapieplan**	Der *Therapieplan* bündelt die mit dem Patienten vereinbarten Behandlungsziele, die vorgesehenen Maßnahmen und die jeweiligen Verantwortlichkeiten. In LeiG wird er digital geführt, auf Grundlage leitlinienbasierter Behandlungspfade individuell erstellt und laufend aktualisiert; er macht erfolgte und anstehende Versorgungsschritte nachvollziehbar und unterstützt die Planung, Umsetzung und Überprüfung der Behandlung. Bei Pflegebedarf soll er mit der Pflegeplanung zu einem abgestimmten Therapie- und Pflegeplan verbunden werden, der medizinische und pflegerische Ziele, Maßnahmen und Verantwortlichkeiten zusammenführt.
V	**Verantwortungsgemeinschaft**	Der Begriff *Verantwortungsgemeinschaft* steht im Kontext von LeiG für die gemeinsame Verantwortung verschiedener Akteure für die Versorgung in einer Region. Dabei können drei Ebenen unterschieden werden: erstens die grundsätzliche Verantwortung für die Versorgung insgesamt im Sinne einer übergeordneten Daseinsvorsorge und Ausrichtung am Gemeinwohl; zweitens die Verantwortung für die konkrete Steuerung, Finanzierung und Ausgestaltung von LeiG als Versorgungsansatz; drittens die Verantwortung für die Versorgung einzelner Patienten bzw. Pflegebedürftiger.
	Versorgungsmanagement	*Versorgungsmanagement* umfasst im LeiG-Kontext die systematische, vorausschauende Organisation und Begleitung der Versorgung einzelner Menschen entsprechend ihren Bedarfen, Zielen und Präferenzen. Es verbindet Bedarfsermittlung, individuelle Maßnahmenplanung, → Koordination, → Steuerung und Verlaufskontrolle zu einer kontinuierlichen Aufgabe unter Beteiligung der Betroffenen und gegebenenfalls ihrer Angehörigen.
	Versorgungspfad	Ein *Versorgungspfad* beschreibt eine strukturierte Abfolge von Versorgungsschritten für bestimmte gesundheitliche oder pflegerische Situationen. Er dient als fachliche Vorlage, die an den individuellen Bedarf angepasst und mit konkreten Aufgaben und Zuständigkeiten verbunden wird. In LeiG bilden solche Vorlagen eine Grundlage für den individuellen → Therapieplan und dessen digitale Umsetzung.

Versorgungsplanung	Im LeiG-Kontext bezeichnet der Begriff *Versorgungsplanung* primär die datenbasierte, vorausschauende Entwicklung regionaler Versorgungsangebote und die Planung von Kapazitäten auf Grundlage des gegenwärtigen und erwarteten Bedarfs der Bevölkerung. Sie bestimmt, welche Leistungen, Ressourcen und Strukturen künftig in welchem Umfang und an welchen Orten benötigt werden.
Versorgungsplattform	Die *Versorgungsplattform* ist die neuartige digitale Lösung, die im Kontext von LeiG als kollaboratives Versorgungsmanagement-System etabliert werden soll, um Versorgung individuell zu managen und auf übergeordneter Ebene zu planen.
Versorgungsverlauf	Der Begriff *Versorgungsverlauf* bezeichnet die Abfolge von Versorgungskontakten, Maßnahmen und Übergängen, die ein Mensch über einen bestimmten Zeitraum durchläuft. Er bildet ab, wie verschiedene Versorgungsprozesse in der individuellen Versorgungsgeschichte zusammenkommen, einschließlich Unterbrechungen und ungeplanter Ereignisse.

9.3 Literatur

Folgende Quellen sind in diesem Dokument direkt zitiert. Für die Konzepterstellung zu LeiG wurden zahlreiche weitere Literaturquellen ausgewertet. Diese sind in den entsprechenden Dokumenten von _fbeta aufgeführt.

Bundesregierung (2026a) Entwurf eines Gesetzes für Daten und digitale Innovation im Gesundheitswesen. Gesetzentwurf der Bundesregierung. Bundestagsdrucksache 21/8279 vom 30. September 2026.

Bundesregierung (2026b) Entwurf eines Gesetzes zur Neuordnung der Pflegeversicherung (Pflegeneuordnungsgesetz). Gesetzentwurf der Bundesregierung. Bundesratsdrucksache 587/26 (neu) vom 9. Oktober 2026.

_fbeta GmbH (2026) Transformationsstudie Leistungsstarke Gesundheitsregionen (LeiG). Teil A: Definition, Optionsraum und Strategie. Berlin.

_fbeta GmbH (2026) Transformationsstudie Leistungsstarke Gesundheitsregionen (LeiG). Teil B: Verfahren und Methoden. Berlin.

_fbeta GmbH (2026) Transformationsstudie Leistungsstarke Gesundheitsregionen (LeiG). Teil C1: Potenzialanalyse und Strategie. Berlin.

_fbeta GmbH (2026) Transformationsstudie Leistungsstarke Gesundheitsregionen (LeiG). Teil C2a: Konzeption Strategie Pflege. Berlin.

_fbeta GmbH (2026) Transformationsstudie Leistungsstarke Gesundheitsregionen (LeiG). Teil C2b: Konzeption Strategie Therapiesteuerung. Berlin.

_fbeta GmbH (2026) Transformationsstudie Leistungsstarke Gesundheitsregionen (LeiG). Teil C3: Zusammenfassung Potenzialanalyse und Transformationskonzeption sowie Umsetzungsperspektiven. Berlin.

Hausärztinnen- und Hausärzteverband (2024) HÄPPI. Hausärztliches Primärversorgungszentrum – Patientenversorgung Interprofessionell. Konzeptpapier. Stand: Juli 2024.

infas Institut für angewandte Sozialwissenschaft GmbH (2025) Befragung „Wie wollen Hausärztinnen und -ärzte zukünftig arbeiten?“ Tabellenband. Bertelsmann Stiftung.

Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen (MAGS NRW) (2026) Ambulante Versorgung zukunftsfest gestalten. Eckpunkte für das Gelingen eines Primärversorgungssystems.

Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen und in der Pflege (2024) Fachkräfte im Gesundheitswesen. Nachhaltiger Einsatz einer knappen Ressource. Gutachten 2024. 2., durchgesehene Auflage.

Statistisches Bundesamt (2024) 5,7 Millionen Pflegebedürftige zum Jahresende 2023. Pressemitteilung Nr. 478 vom 18. Dezember 2024. Wiesbaden.

Störk, Stefan, Frank Peters-Klimm, Julian Bleek, Rajko Ninic und Andreas Klöss (2021) Sektorübergreifende Versorgung bei Herzinsuffizienz. In: Jürgen Klauber, Jürgen Wasem, Andreas Beivers und Carina Mostert (Hrsg.) Krankenhaus-Report 2021. Berlin, Heidelberg: Springer.

Thun, Sylvia, und Kai U. Heitmann (2026) Digitale Chronikerversorgung in Europa: Gesundheitsdatenplattformen, Interoperabilität und Care Plans im Ländervergleich. Health Transformation Hub. Hrsg. BSt Gesundheit gGmbH in Kooperation mit der Bertelsmann Stiftung. Gütersloh.

9.4 Versionen

Das Dokument wird entsprechend der Weiterentwicklung von Idee und Konzept für LeiG fortlaufend aktualisiert. Hierzu werden Minor-Sprünge (z. B. von 1.0 auf 1.1) bei kleineren Überarbeitungen oder Major-Sprünge (z. B. von 1.0 auf 2.0) bei größeren Anpassungen gemacht. Die Versionsübersicht zeigt jeweils an, welche Änderungen vorgenommen wurden.

Version	Änderungen
0.9	Erstveröffentlichung

Impressum

bst-gesundheit.de

**© BSt Gesundheit gGmbH,
Gütersloh**

Herausgeberin
BSt Gesundheit gGmbH
Carl-Bertelsmann-Straße 256
33311 Gütersloh

Unter dem Dach des
Health Transformation Hub

Verantwortlich
Jan Carels, BSt Gesundheit gGmbH

Redaktion
Jörg Artmann, Jan Carels, Christian Hinke, Matthias von Schwanenflügel, Uwe Schwenk, Hannah Wehling

Koordination
Maria Mitschke-Steinhöfel

Textliche Ausarbeitung und Gestaltung
Bittner + Thranberend GmbH

Erschienen
November 2026

Zitationshinweis
BSt Gesundheit gGmbH (2026) LeiG – Leistungsstarke Gesundheitsregionen. Versorgung integriert und digital gestalten. Idee und Konzept. Health Transformation Hub. Gütersloh.

Bildnachweis
Titel: KI-generiert mit OpenAI GPT-Image

Hinweis zur Nutzung künstlicher Intelligenz
Dieses Dokument sowie die Recherche und Analyse sind mit Unterstützung von KI-Systemen erstellt worden.

HealthTransformationHub

Veränderung möglich machen.

Unabhängig. Realistisch. Zielgerichtet.

Ihre Ansprechpartner

Jan Carels
Geschäftsführer
BSt Gesundheit gGmbH
jan.carels@bst-gesundheit.de

Christian Hinke
Senior Project Manager
BSt Gesundheit gGmbH
christian.hinke@bst-gesundheit.de

Mehr Informationen hier:

healthtransformationhub.de

BSt Gesundheit | BertelsmannStiftung