

# WELT DER KRANKENVERSICHERUNG

ISSN 2193-4479  
D 24953  
12. Jahrgang

9/2023

fbeta

DGIV

Deutsche Gesellschaft für  
Integrierte Versorgung  
im Gesundheitswesen e.V.

## Sonderausgabe des Beitrags

Knöppler, Karsten & Dr. Kloepfer, Albrecht (S. 210 – 214):

## HANDLUNGSFELDER INTEGRIERTE VERSORGUNG 5.0

- Integrierte Versorgung 5.0
- DiPA Dilemma Pflege
- Digitalisierung Altenpflege
- Gesundheit für Schulen

Herausgegeben von Rolf Stuppardt

Der Herausgeberbeirat: Bettina am Orde | Dr. Gerald Gaß | Prof. Dr. Dr. Alexander P.F. Ehlers | Roland Engehausen | Ulf Fink | Birgit Fischer | Dr. Rainer Hess | Dr. Marc-Pierre Möll | Claus Moldenhauer | Prof. Dr. Frank Ulrich Montgomery | Dr. Robert Paquet | Dr. Uwe K. Preusker | Prof. Dr. Herbert Rebscher | Dr. Florian Reuther | Prof. Dr. Eberhard Wille

# Prolog

## Ein Neustart muss her

Es klemmt an allen Ecken und Kanten im Gesundheitswesen. Gutes und weniger Gutes reichen sich die Klinke. Aus dem Flickenteppich von zunehmenden Beispielen von good practice wird nicht automatisch ein harmonisches Ganzes. Vieles, was gesundheitspolitisch angefasst wird, verändert wenig an den gegebenen Strukturen und Prozessen. Die Patientinnen und Patienten haben keine wirkliche Lobby. Sie sind Objekte des strukturellen und ökonomischen Gefüges. Es geht auch nicht wirklich um Gesundheit, es geht um sektoralisierte Versorgung und deren Finanzierung. Nur vor diesem Hintergrund wird gesundheitlich versorgt. Nicht die patientenzentrierten Versorgungsergebnisse geben den Ausschlag, sondern die Strukturen und Prozesse. Umgekehrt würde ein Schuh daraus. Konsistenz fehlt.

Verwundert habe ich mich über die „Reform“ der unabhängigen Patientenberatung. Ich habe mich immer wieder dafür eingesetzt, diese wirklich unabhängig auszugestalten, denn das System steht im Grunde in einem Wettbewerb um Mitglieder und Zusatzbeiträge und eben nicht um die beste durchgängige Versorgung. Die ist angestrebt, keine Frage. Aber sowohl im Leistungs- wie auch im Genehmigungsgeschehen können durchaus auch Gesichtspunkte eine Rolle spielen, wonach jenseits und vor Inanspruchnahme der Gerichte unabhängig geprüft und beraten werden sollte, was für die Versicherten und Patientinnen und Patienten beachtlich und richtig ist. Das würde auch zu mehr Souveränität und Gesundheitskompetenz beitragen. Die Finanzierung dieser Beratung kann ordnungspolitisch sinnvoll nur aus Steuermitteln erfolgen und die damit verbundene Leistung sollte auch Allen zur Verfügung stehen. Es wird den Belangen der Patient:innen und der Koalitionsvereinbarung nicht gerecht, dass die Patientenberatung nun aus Mitteln der Krankenversicherung bezahlt wird.

Zugleich erkennen immer mehr Beteiligten die Notwendigkeit zur Transformation und machen sich mit guten Analysen, Handlungsvorschlägen und Beispielen auf den



Weg. So fand ich das knapp 40seitige Positionspapier der DGIV mit fbeta zur Integrierten Versorgung 5.0 sehr evolutionär. Dieses basiert auf einer mehrteiligen Diskussionsreihe mit Expertinnen und Experten aus der Praxis. Insbesondere die daraus resultierenden sieben Handlungsfelder halte ich für richtungsweisend, weswegen ich maßgebliche Autoren des Papiers gebeten habe, in dieser Ausgabe unserer Zeitschrift dazu Ausführungen zu machen. Gerade mit der Digitalisierung eröffnen sich Chancen, die notwendige Durchlässigkeit der Versorgung über die ganze Versorgungstrecke von der Prävention bis hin zur Pflege und palliativmedizinischen Versorgung serviceorientierter und hybrider zu gestalten.

Was die Digitalisierung selbst anbelangt, so scharren die kundigen Experten mit den Hufen, dass es hier vorangeht und die egomanen Insel- bzw. Silointeressen hinten angestellt werden. In der Digitalisierung der Pflege tut sich ein Flickenteppich an „brainstormings“ auf. Hier steckt mit Blick auch auf wohnortnahe und Altenpflege alles noch in den Kinderschuhen. „Zwischen Orientierungssuche und Aufbruch“ haben das die Professoren Hilbert und Naegele genannt, die in dieser Ausgabe die Ergebnisse einer explorativen Studie „Zur Lage und Zukunft digitaler Werkzeuge in der Altenpflege“ erstmalig vorstellen.

Und wir bleiben am Transformationsthema dran. Auch im nächsten Heft im Oktober stellen wir gemeinsame Überlegungen unterschiedlich aufgestellter Persönlichkeiten vor, die es für sinnvoll halten, dass ein Neustart her muss, der gelingen kann, wenn man nur den Mut dafür aufbringen würde.

In diesem Sinne, kommen Sie mutig in den Herbst  
Ihr Rolf Stuppardt

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'Rolf Stuppardt'.

# Inhalt

207

## Prolog: Ein Neustart muss her



Es klemmt an allen Ecken und Kanten im Gesundheitswesen. Gutes und weniger Gutes reichen sich die Klinke. Aus dem Flickenteppich von zunehmenden Beispielen von good practice wird nicht automatisch ein harmonisches Ganzes. Vieles, was gesundheitspolitisch angefasst wird, verändert wenig an den gegebenen Strukturen und Prozessen. Zugleich erkennen immer mehr Beteiligten die Notwendigkeit zur Transformation und machen sich mit guten Beispielen auf den Weg. Herausgeber **Rolf Stuppardt** meint in seinem Prolog, dass alles für einen Neustart spricht.

210

## Handlungsfelder Integrierte Versorgung 5.0



Seit geraumer Zeit gibt es lösungsorientierte Diskussionen darüber, wie sich unser Gesundheitssystem im Sinne einer patientenzentrierten, durchlässigen und interprofessionellen Versorgung weiterentwickeln und verändern könnte. Kürzlich haben die \_fbeta GmbH und die Deutsche Gesellschaft für Integrierte Versorgung im Gesundheitswesen (DGIV) ein Positionspapier „Integrierte Versorgung 5.0“ mit Ziel- und Handlungsfeldern vorgelegt, die die Anforderungen an eine evolutionäre Weiterentwicklung des Versorgungssystems und seiner Prozesse beschreiben. **Karsten Knöppler** und **Dr. Albrecht Kloepfer** stellen das vor.

216

## Digitale Pflegeanwendungen: The Next Big Thing in Health oder gesetzlich eingebaute Innovationsbremse?



Das Digitale-Versorgung-Gesetz (DVG) versprach Ende 2019 die „App auf Rezept“. Aber was ist seither in der Pflege passiert? Vor allem in der häuslichen Pflege könnten Digitale Pflegeanwendungen (DiPA) pflegenden Angehörigen enorme Unterstützung bieten. Obwohl seit Ende 2022 die gesetzlichen Grundlagen für DiPA geschaffen wurden, hat kein Anbieter eine Zulassung beim BfArM beantragt. **Markus C. Müller** skizziert die Chancen von DiPA und analysiert, warum die aktuelle Gesetzgebung Innovationen eher bremst als dazu beizutragen, die Pflege mit digitalen Tools zu entlasten.

222

## Zur Lage und Pflege digitaler Werkzeuge in der Altenpflege



Digitalisierung und Technologie in der Weiterentwicklung der Pflege und insbesondere auch in der Altenpflege sind eine wichtige und drängende Gestaltungsaufgabe. Es zeigt sich sehr gemischtes und „brainstormig“. Gleichwohl ist das Thema von hoher politischer Relevanz, nicht nur, aber auch wegen des Fachkräftemangels in der Branche. **Prof. Dr. Josef Hilbert** und **Prof. Dr. Gerhard Naegele** haben umfassende Expertengespräche geführt und deren Ergebnisse in einer Studie zusammengefasst, die hier diskutiert werden.

230

## Neu und Nützlich: Schulgesundheitsfachkräfte – Chancen für eine koordinierte Implementierung?



Gesundheit fängt schon in der Schule an. In einigen regionalen Modellprojekten wurde die Integration von Schulgesundheitsfachkräften in das schulische Setting in Deutschland erprobt und die Systematisierung ihrer Aufgaben, Rolle und Akzeptanz bei den Beteiligten wiss. begleitet. Die bisher bekannten Ergebnisse und Initiativen weisen sehr darauf hin, dass Schulgesundheitsfachkräfte als Neu und Nützlich zu betrachten sind. **Dr. Monika Sinha** hat das aufbereitet.



**Leistungs- & Vertragswelt 234**



**Recht und Gesetz 235**



**Europa & Internationales 236**

**Epilog & Impressum 238**



# HANDLUNGSFELDER INTEGRIERTE VERSORGUNG 5.0

Von Karsten Knöppler und Dr. Albrecht Kloepper, Berlin<sup>1</sup>

Die Trennung der Sektoren bestimmt nach wie vor das Versorgungs- und Leistungsgeschehen im deutschen Gesundheitswesen. Seit geraumer Zeit gibt es lösungsorientierte Diskussionen darüber, wie sich dies im Sinne einer patientenzentrierten, durchlässigen und interprofessionellen Versorgung weiterentwickeln und verändern könnte. Zuletzt haben die \_fbeta GmbH und die Deutsche Gesellschaft für Integrierte Versorgung im Gesundheitswesen (DGIV) ein Positionspapier „Integrierte Versorgung 5.0“<sup>2</sup> mit Ziel- und Handlungsfeldern vorgelegt, die die Anforderungen an eine evolutionäre Weiterentwicklung des Versorgungssystems und seiner Prozesse beschreiben. Unsere Autoren und wir stellen hier insbesondere die genannten Handlungsfelder zur Diskussion.

Aus Sicht der Patientinnen und Patienten und der Menschen, denen ihre Gesundheit als Lebensqualitäts- und Produktivitätsquelle wichtig ist, präsentieren sich Strukturen und Prozesse im Gesundheitssystem wenig durchlässig. Darauf haben Konzepte und Modelle der Integrierten Versorgung wie auch die Zunahme von Selektivverträgen reagiert.

Das Gesundheitssystem insgesamt sollte sich den Leistungszielen entsprechend zu einem patientenzentrierten, sektorübergreifenden und interprofessionell nachhaltigen System in der Fläche weiterentwickeln. Die ordnungspolitisch tief verankerten Grundprinzipien der Trennung und das Klammern an Leistungssektoren wird dem nicht mehr gerecht. Agglomeration und Deglomeration der Versorgungsgebietsstrukturen erfordern in Zukunft eine hybride, menschnahe Versorgung unter Ausnutzung der gegebenen technologischen Möglichkeiten. Dies ist angesichts der demographischen Entwicklung in Verbindung mit dem Fachkräftemangel dringend

notwendig. Reformvorhaben im Gesundheitswesen sollten dem jetzt und in Zukunft Rechnung tragen.

Alle bisherigen Bemühungen um Integrierte Versorgung tragen den strukturellen und vertraglichen Möglichkeiten des gegliederten Systems Rechnung. Wie sollte es auch anders gehen, wenn weitere Lockerungen des klassischen

<sup>1</sup> Karsten Knöppler ist Geschäftsführer der \_fbeta GmbH Berlin, Dr. Albrecht Kloepper ist Geschäftsführendes Mitglied des Vorstands der DGIV und Inhaber des Büros für gesundheitspolitische Kommunikation, Berlin

<sup>2</sup> DGIV, \_fbeta, Positionspapier Integrierte Versorgung 5.0, Versorgungsmanagement und Strukturplanung, Berlin 2023;

Das knapp 40-seitige Dokument basiert auf einer mehrteiligen Diskussionsreihe, die im Jahr 2022 in offenem Dialog mit Experten aus den Bereichen Selbstverwaltung, Pflege, IT-Industrie und Politik durchgeführt wurde. Ziel dieser Initiative war es, gemeinsame Zielbilder für die weitere Entwicklung der Integrierten Versorgung zu entwerfen, Handlungsfelder zu identifizieren und wichtige Empfehlungen für Entscheidungsträger zu formulieren. Dabei baut das Papier auf verschiedenen Entwicklungsstufen der Integrierten Versorgung (IV) auf: von den ersten selektivvertraglichen Anfängen bis hin zur digitalen Integration und zu Konzepten von Nachhaltigkeit und Gesundheit, die IV-Konzepte in Zukunft stärker bestimmen werden.

„Kollektivvertrages“ ausstehen, sehen wir einmal von den Möglichkeiten der Selektivverträge und der geförderten Modelle im Innovationsfonds ab.

Nun würde sich mit gerade mit der Digitalisierung die Chance eröffnen, die systemimmanente Sicht auf sektorübergreifende Verträge durch eine serviceorientierte Nutzerperspektive zu erweitern bzw. idealerweise in den Fokus zu stellen. Nutzer- bzw. Patientenzentrierung fördert nicht nur ein Stück mehr Souveränität, sondern auch die Durchlässigkeit der sektoralen Versorgungsstrukturen. Mit den gegebenen technischen Möglichkeiten könnte nicht nur dies gewährleistet werden, sondern sich auch die Qualitätsorientierung zu mehr Ergebnisqualität verschieben. Was dies im Rahmen der evolutionären Weiterentwicklung von gesundheitlicher Versorgung impliziert, haben wir im folgenden Zielbild und insbesondere den Handlungsfeldern näher ausgeführt.

### Zielbild Integrierte Versorgung 5.0

Für eine Integration von Versorgung mit einem bestmöglichen Beitrag zur Produktivität im Gesundheitswesen, ist besonders in der Zeit von digitalen Plattformen, Leistungen und Telemedizin ein erweitertes Verständnis der Marktordnung essentiell.

Hier ergeben sich drei Ebenen eines Zielbildes: Die Ebene des einzelnen Versorgungsangebotes sollte um das Management von Portfolios solcher Angebote sowie eine Strukturplanung in Regionen erweitert werden. Wettbewerb ist hier produktiv auf der Ebene der Versorgungsangebote und des Versorgungsportfolios. Kooperation ist in der regionalen Strukturplanung sinnvoll und sollte hybrid, also sowohl analoge (Klinken, Arztstühle, Pflegestandorte) als auch digitale Infrastrukturen (Telematik Infrastruktur, Integrations- und Vernetzungsinfrastrukturen) umfassen.

Auf Basis einer solchen Marktordnung wird der Wettbewerb um die beste Versorgung in Versorgungsangeboten gestützt. Daraus ergibt sich die folgende Definition und Marktordnung für eine Integrierte Versorgung 5.0:

### Zielbild Ebene a. Wettbewerb auf Ebene Integrierter Versorgung 5.0

Integration 1.0 Organisation, Vergütung und Ergebnisorientierung

Integration 2.0 Medizinische und Vitaldaten und Analytik in der Versorgung

Integration 3.0 Digitale Leistungen, Telemedizin und digitales Prozessmanagement

Integration 4.0 Gesundheitshandeln der Bürger:innen und Angehörigen

Integration 5.0 Nachhaltigkeit und Werteorientierung

### Zielbild Ebene b. Wettbewerb auf Ebene des Versorgungsmanagements

### Zielbild Ebene c. Kooperation auf Ebene Strukturplanung – regional, integriert & hybrid

### Sieben Handlungsfelder

Trotz der Trends und regulatorischen Maßnahmen der letzten Jahre, die explizit oder implizit die Rahmenbedingungen für eine Integrierte Versorgung 5.0 verbessern, findet bislang nur ein Bruchteil der Versorgung mit einem höherwertigen Ansatz des Versorgungsmanagements statt. Die Ursache liegt darin, dass weiterhin wesentliche Voraussetzungen fehlen, um Versorgung in Deutschland innovativer und produktiver zu gestalten. In den folgenden Handlungsfeldern finden sich die besonders relevanten Aspekte adressiert, die zwischen Politik und Marktteilnehmern ausgestaltet werden müssen, damit die bislang ungenutzten Potenziale der Versorgungsoptimierung gehoben werden können.

### Handlungsfeld 1. PERSPEKTIVE

Paradigmenwechsel von Strukturperspektive der Selbstverwaltung zu Bürger-, Gesundheits- und Ergebnisperspektive

Für eine integrierte, hybride und ergebnisorientierte Unterstützung von Gesundheit braucht es einen Paradigmenwechsel: Von der Versorgung von Krankheit über Sektoren und Einzelleistungen hin zu einer integrierten Unterstützung von Gesundheit aus Bürgerperspektive.

a. Vom Fokus der **Versorgung von Krankheiten** zu einem stärkeren Blick auf **Unterstützung von Gesundheit** führt über einen Fokuswechsel in Aus- und Weiterbildung, die Stärkung von Prävention in Verhalten der Einzelnen (Gesundheitshandeln) und Verhältnis in relevanten Settings (u. a. Schulen, Kommunen und Betrieben) in Investitions- und Vergütungsvolumen (Präventionsbudgets der Krankenkassen), sowie den Vergütungssystemen besonders im ambulanten Sektor, sowie der morbiditätsbedingten und extrabudgetären Anteile der ambulanten Gesamtvergütung und der Morbiditätsadjustierung des Gesundheitsfonds. Ergebnisqualität gemessen in Gesundheitsgewinnen kann so zu einem zentralen Zielindikator für das Gesundheitswesen werden.

b. **Nutzerorientierung** bedeutet auf der Ebene des Versorgungsaltags eine ausgeprägte Service- und Kundenorientierung gegenüber den Nutzer:innen des Gesundheitssystems (**Bürger**). Auf der strukturellen Ebene kann die Perspektive der Bürger in den Regionen über Landkreise und Kommunen wahrgenommen werden. Diese können in der Strukturplanung Fürsprecher der Bürger sein.

c. Des Weiteren bedeutet **Nutzer- & Ergebnisorientierung** darauf ausgerichtete funktionale und motivierende Arbeitsbedingungen für **medizinisches und pflegerisches Fachpersonal** auf Seite der Leistungserbringer. Erfolgsfaktoren etablierter Systeme Integrierter Versorgung sind eine spezifische Organisationskultur, ärztliches Ethos und gelebter Service-Gedanke, die Versorgung in Teams sowie nicht-monetäre Anreize (u. a. Anerkennung, Ausstattung des Arbeitsplatzes, Care als Teamspirit, Qualitätswettbewerb zwischen Leistungserbringern). Kernelement ist auch eine Vorteilsdiskussion, um alle an der Versorgung beteiligten Akteure mitzunehmen.

### **Handlungsfeld 2. ZIELBILD Vom Versorgungszielbild zum organisatorischen und technischen Zielbild (Ökosystem) mit einer sektorübergreifenden, hybriden Strukturplanung (kollektivvertraglich)**

Für diesen umfassenden Paradigmenwechsel braucht es ein gemeinsames Zielbild hinsichtlich Versorgungsschwerpunkte bzw. Szenarien. Von einem versorgungsinhaltlichen Zielbild ließen sich ein organisatorisches Zielbild und ein technisches, international anschlussfähiges Zielbild ableiten.

Mögliche Zielbilder sollten zunächst in größeren Versorgungsszenarien abgesteckt werden, die jeweils relativ homogene prozessorale und strukturelle Anforderungen an Organisation und IT mit sich bringen. Die hierfür relevanten Ökosysteme an Akteuren und deren Organisation sowie deren Anforderungen an technische Zielbilder zwischen verschiedenen Systemen digitaler und telemedizinischer Leistungen, Primärsystemen und Plattformen können so leichter abgeleitet werden und wirtschaftlicher eingeführt werden. Relevante Szenarien sind hier u. a.:

- a. Prävention und Risikofaktoren
- b. Junge Familien
- c. Akut- und Notfallversorgung
- d. Chronische Erkrankungen
- e. Multimorbidität und Pflege
- f. Seltene Erkrankungen

Hierfür ist es sinnvoll, die sektoral ausgerichtete Strukturplanung (u. a. ambulanter Sicherstellungsauftrag, Strukturförderung in der Pflege, Strukturplanung und -förderung in der stationären Versorgung, Strukturfinanzierung der nationalen E-Health-Infrastruktur) in eine sektorübergreifende, hybride Strukturplanung mit regionalem Bezug weiterzuentwickeln.

Versorgungsziele müssen auf die regionalen Besonderheiten eingehen und können u. a. hier die Landkreise und Kommunen als Gestalter des öffentlichen Raums für Gesundheit mit einbeziehen.

Hierbei sind insbesondere auch die Konsequenzen von Zeit- und Ortsunabhängigkeit bei telemedizinischen und digitalen Leistungen, digitalen oder hybriden Leistungserbringern sowie die strukturelle Rolle von Plattformen für das Versorgungsmanagement mit einer sektorübergreifenden Strukturplanung zu verbinden. Dies kann zunächst modellhaft in skaliert agilen Verfahren erfolgen und später in Regelprozesse übernommen werden.

Fokus einer Strukturplanung in Versorgungsszenarien sollte den Fokus auf analoge und digitale Infrastrukturen und deren abgestimmte Finanzierung legen. Die Ausgestaltung von Versorgungsangeboten und die Versorgung kann dann im Weiteren wettbewerblich durch die Akteure übernommen werden.

### **Handlungsfeld 3. ANREIZE VERSORGUNGS-MANAGEMENT**

#### **Anreize in Finanzierung und Vergütung für Versorgungsmanagement durch Konsortien aus Leistungserbringern und Kostenträgern**

Die nach Sektoren getrennten Finanzierungs- und Vergütungsstrukturen stehen aktuell gemeinsamer und langfristiger Ergebnisverantwortung in Versorgungsverbänden entgegen. Würde die Vergütungslogik der Versorgung (outcomes) folgen, wäre das zweifellos der größte Systemwechsel in Deutschland bzw. im SGB seit Lahnstein. Doch es stimmt: die finanziellen Anreize bremsen und behindern gegenwärtig den Versorgungswettbewerb. Ein neuer Ansatz ist bei Digitalen Gesundheitsanwendungen zu finden, hier wurde die Ergebnisorientierung und Koppelung an die Vergütung – erstmalig in Deutschland – in einer kollektivvertraglichen Leistung ermöglicht. Jedoch wird diese Soll-Vorgabe noch nicht gelebt.

Es braucht einen Ordnungsrahmen für Konsortien auf Kassen- und Leistungserbringerseite, die im Versorgungswettbewerb Verantwortung für Ergebnisse – Patient Reported Outcomes, Ergebnisqualität inkl. Gesund-

heitsgewinnen und Wirtschaftlichkeit – übernehmen, der stärker als bisher Anreize setzt bzw. aktuell dysfunktionale Anreize abbaut.

Dies gilt insbesondere auch für Konsortien, die höherwertige Managementansätze in der Versorgung etablieren. Insbesondere für ambulante Leistungserbringer, Kassenärztliche Vereinigungen als auch Krankenkassen muss es attraktiv sein, die Gesundheit der Patient:innen zu stärken. Die im Sozialgesetzbuch angelegte unterjährige Orientierung des Finanzmanagements der Krankenkassen, die Morbiditätsadjustierung in der ambulanten Gesamtvergütung (Ausgabenseite der Krankenversicherung) sowie im Gesundheitsfonds (Einnahmeseite der Krankenkassen) hemmen das Interesse, in die Gesundheit der Patient:innen und Versicherten zu investieren. Die folgenden Grundprinzipien können hier Wege aufzeigen:

- a. Gleiches Geld für gleiche Leistungen, sektorenübergreifend
- b. Von Kurzfrist- zu Langfristfinanzierung der GKV
- c. Von Morbiditätsadjustierung auf Finanzierungsseite zur strategischen Investition in Gesundheitsgewinne/ Ergebnisqualität in der GKV
- d. Koppelung der Vergütung an Ergebnisqualität aus Patientenperspektive
- e. Verantwortung für populationsbezogenes Versorgungsmanagement (Qualität und Kosten, Capitation/prospektive Budgets) über Konsortien
- f. Benchmarkings und Qualitätsrankings zu Anbietern und Therapieoptionen, Vergleiche zw. Krankenkassensicherern (HMOs), Versorgungsregionen, Versorgungskonsortien (ACOs), Leistungserbringern und Kommunen

Beispiele für populationsbezogenes Versorgungsmanagement mit Verantwortung für Ergebnisqualität und Kosten gibt es in ISR, Dänemark, Spanien, sowie in Versorgungskonsortien in den USA. Dort wird man gleichfalls fündig für Benchmark-Systeme, darunter sowohl institutioneninterne als auch unabhängige, privatwirtschaftliche Rankings (so der National Council on Quality Assurance (NCQA) oder die Purchaser Business Group for Health (PBGH), die regelmäßig Versorgungskonsortien oder das Abschneiden von Health Plans nach Regionen bewerten.

#### Handlungsfeld 4. HYBRIDE VERSORGUNG Struktureller Rahmen für hybride

#### Angebote aus analogen, telemedizinischen und digitalen Leistungen

Hybride Versorgungsangebote im Sinne von „Blended Care“ erfordern eine harmonisierte Regulierung für gleichwertige analoge, telemedizinische und digitale Leistungen und gleichwertige Vergütungssysteme für Leistungen. Gleiches gilt im Falle von Strukturförderung (z. B. der dualen Finanzierung in den Bereichen stationäre Pflege und stationäre Versorgung) und Strukturfinanzierung in Bezug auf die nationale E-Health-Infrastruktur und den Sicherstellungsauftrag für die ambulante ärztliche Versorgung. Insbesondere sind in diesen Systemen die Harmonisierung der Systeme, die Vergleichbarkeit und Relation von telemedizinischen und digitalen Leistungen (ergänzen, ersetzen und/oder integrieren) im Bezug zu analogen Leistungen, sowie die zeit- und ortsungebundene Leistungserbringung von telemedizinischen und digitalen Leistungen mit zu berücksichtigen bzw. zu ermöglichen. Zudem ist die Einordnung von digitalen Plattformen für das Versorgungsmanagement in Bezug auf leistungsbezogene oder strukturelle Finanzierung durch Krankenkassen oder andere Akteure zu klären.

#### Handlungsfeld 5. PROZESSE UND PLATTFORMEN Struktureller technischer Rahmen für Therapieplan, Prozessabbildung und Versorgungsmanagement über Plattformen

Das mit der digitalen Transformation und Plattformen verbundene Optimierungspotenzial für mehr Produktivität im Gesundheitswesen liegt insbesondere in der Vernetzung von einzelnen Akteuren und die Integration von deren IT-Systemen. Mit der Digitalisierung können so analoge, digitale und hybride Umsetzungsformen insbesondere für höherwertige Versorgungsangebote möglich werden.

Handlungsfelder Ergebnisorientierung in der hybriden Versorgung	
Handlungsfeld 1. <b>PERSPEKTIVE</b>	Paradigmenwechsel von Strukturperspektive der Selbstverwaltung zu Bürger-, Gesundheits- und Ergebnisperspektive
Handlungsfeld 2. <b>ZIELBILD</b>	Vom Versorgungszielbild zum organisatorischen und technischen Zielbild (Ökosystem) mit einer sektorübergreifenden, hybriden Strukturplanung
Handlungsfeld 3. <b>ANREIZE FÜR DAS VERSORGUNGSMANAGEMENT</b>	Anreize in Finanzierung und Vergütung für Versorgungsmanagement durch Konsortien aus Leistungserbringern und Kostenträgern
Handlungsfeld 4. <b>HYBRIDE VERSORGUNG</b>	Struktureller Rahmen für hybride Angebote aus analogen, telemedizinischen und digitalen Leistungen
Handlungsfeld 5. <b>PROZESSE UND PLATTFORMEN</b>	Struktureller technischer Rahmen für Therapieplan, Prozessabbildung und Versorgungsmanagement über Plattformen
Handlungsfeld 6. <b>DIGITALER REIFEGRAD</b>	Einheitliches Mindestniveau digitaler Reife bei relevanten Akteuren im Ökosystem
Handlungsfeld 7. <b>CHANGE MANAGEMENT</b>	Motivation und Akzeptanz der Akteure durch aktiven Change

Abb. 1: Handlungsfelder – Ergebnisorientierung in der hybriden Versorgung

Plattformen können maßgeblich dazu beitragen, das Ökosystem der beteiligten Akteure und die Prozesse zu einem größeren Ganzen zu verbinden. Wie bei der Umsetzung von integrierter Versorgung scheint es jedoch auch bei der Etablierung von Plattformen in der Gesundheitsversorgung hinderlich, dass die verschiedenen Akteure noch kein ausreichend gemeinsames Verständnis von Plattformen und deren Potenzial für die eigene Anwendung und das Gesundheitswesen als Ganzes haben. Die folgenden Aspekte scheinen hier zentral zu sein und sind gleichzeitig noch nicht ausreichend geregelt:

Prozessinnovationen auf Seite der Versorgungs- und Verwaltungsprozesse erfordern für die Umsetzung in der Fläche eine digitale Abbildung. Dies erfordert eine entsprechende technische Abbildung und Interoperabilität.

Grundlage hierfür sind die Bereitstellung eines Therapieplanes, der neben der Medikation alle relevanten Therapieelemente (aller Leistungsbereiche) abbilden kann. Hierauf kann eine Prozessabbildung nach zeitlicher oder inhaltlicher Logik erfolgen. Zudem kann eine automatische oder manuelle Steuerung der Prozesse hochverfügbar und hochaktuell realisiert werden. Die Prozesse können analoge, telemedizinische und digitale Leistungen und Produkte entlang der Versorgungskette integrieren.

Für diese Abbildung von Prozessen sind Plattformen zur Integration der Systeme und/oder Vernetzung der Akteure erforderlich, die die relevanten Systeme und/oder die Prozesse der Leistungserbringer, Patient:innen und Produkte vernetzen. Diese Plattformen sind hinsichtlich ihrer Finanzierung bislang nur bedingt regulatorisch definiert und eingeordnet. Dies sollte Teil einer hybriden Strukturplanung sein.

### **Handlungsfeld 6. DIGITALER REIFEGRAD** **Einheitliches Mindestniveau digitaler Reife bei relevanten Akteuren im Ökosystem**

Ein ausreichend hoher digitaler Reifegrad bei Akteuren relevanter Leistungsbereiche und Kostenträger ist Umsetzungsvoraussetzung für die Integrierte Versorgung. Der Digitale Reifegrad sollte von den genannten Zielbildern in Versorgung, Organisation und Technologie abgeleitet werden. Gerade hier ist die Strukturierung in Versorgungsszenarien hilfreich, es lassen sich die Reifegrade für die jeweils relevanten Ökosysteme hinter den Versorgungsszenarien spezifisch definieren.

### **Handlungsfeld 7. CHANGE MANAGEMENT** **Motivation und Akzeptanz der Akteure durch aktiven Change**

Für die integrierte Versorgung 5.0 ist die Akzeptanz seitens der Nutzer:innen essenziell. Diese lag bisher zu wenig im Fokus der treibenden Akteure. Ähnliches gilt für die Vorteile digitaler Anwendungen – sie sind entweder zu wenig bekannt und/oder es fehlt ein gemeinsames Verständnis, bis hin zu den Spitzenorganisationen.

Die Integration von Versorgung erfordert einen substantiellen Kulturwandel hin zu einem neuen Rollenverständnis – insbesondere ein anderes Selbstbild auf Seiten der Leistungserbringer; auf Augenhöhe mit dem Team und den Patient:innen.

Ein solcher Wandel muss aktiv gemanagt werden. Nur so kann eine Translation von Pilotprojekten und Innovationsfondsprojekten in den Versorgungsalltag gelingen.

Ein besonders wichtiger Faktor scheint hier in den nächsten Jahren auch die Arbeitszufriedenheit auf Seiten der Leistungserbringer und insbesondere beim medizinischen und pflegerischen Fachpersonal zu werden. Der zunehmende Fachkräftemangel und eine zunehmende Sinnsuche der Fachkräfte fordert eine stärkere Nutzerorientierung für diese Arbeitskräfte auf allen relevanten Ebenen des Systems.

Last but not least: Es braucht Entwicklungspartnerschaften und ein kooperatives Miteinander zwischen zentralen Institutionen (das SGB V ist konfrontativ angelegt, nicht kooperativ). Ein Übergang kann gelingen, wenn der Fokus weg von Vergütung und Kosten auf die Sachebene wie Prozess- und Ergebnisqualität verlagert wird. Was die Organisation angeht, so brauchen wettbewerbliche Kooperationsformen Spielregeln. Dies gilt ganz besonders für noch nicht geübte neue Formen der horizontalen und vertikalen Integration wie beispielsweise in regionalen Versorgungsverbänden, Konsortien, etc.

### **Umfassende Literatur bei den Autoren**



**Dr. Albrecht Kloepper**

.....  
Geschäftsführendes Mitglied im Vorstand der DGIV, Berlin



**Karsten Knöppler**

.....  
Geschäftsführer der fbeta GmbH, Berlin