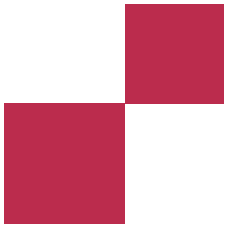
Potenziale Hybrider Versorgung

im Zusammenspiel zwischen Primärversorgung und integrierten Angeboten wie dDMPs

Karsten Knöppler // _fbeta GmbH

MSD Gesundheitsforum - 15. Oktober 2025

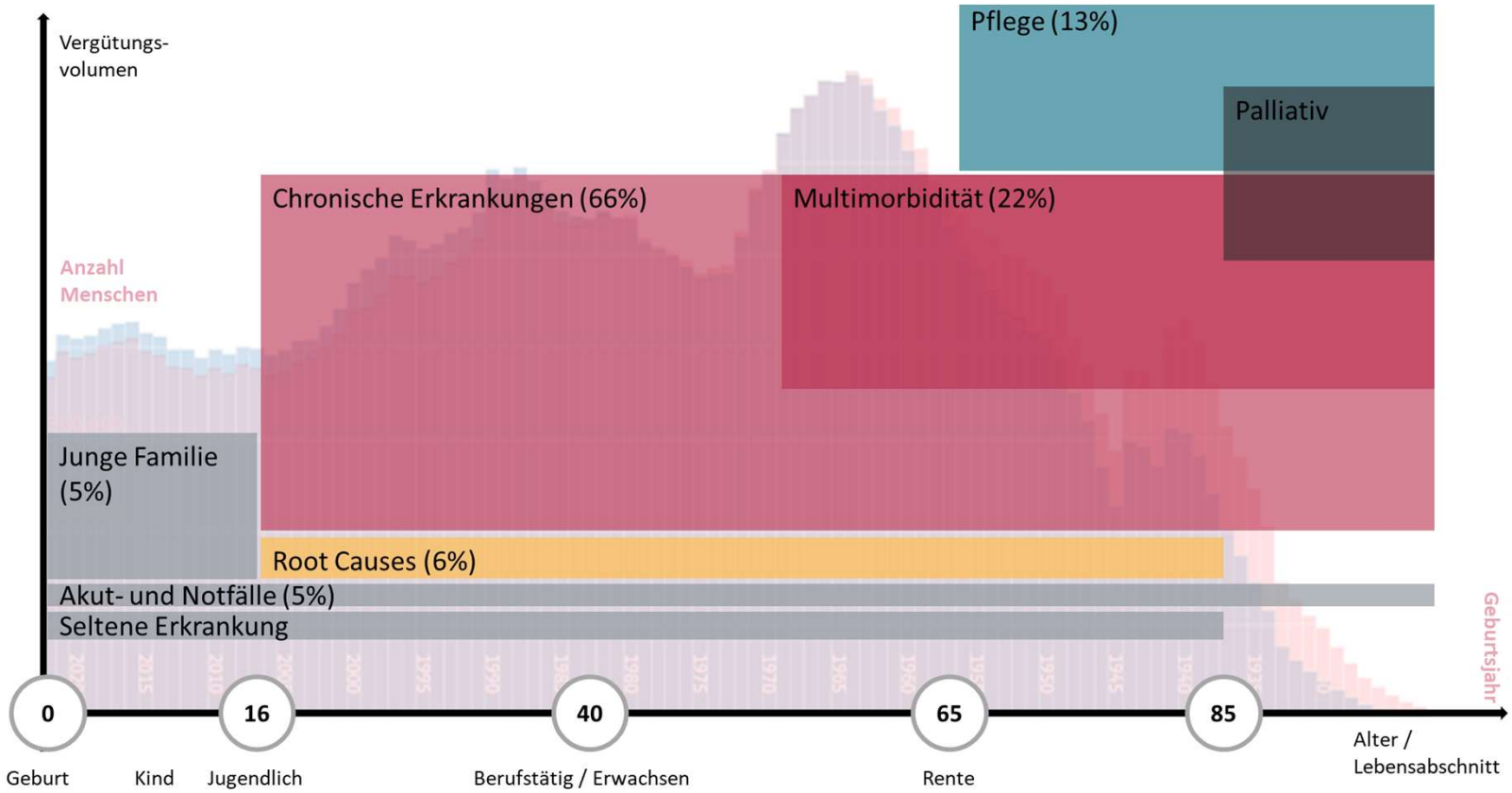


_fbeta

fbeta intern

Versorgungssicht

Wesentliche Versorgungszenarien für hybride Versorgung mit homogenem Potenzial für Digitale Transformation



Kostentreiber im Gesundheitswesen
… und zentrale Kompensationshebel

Chronische Erkrankungen, Multimorbidität und Pflege sind die zentralen Kostentreiber: Sie machen ca. **350 Mrd. €** der **550 Mrd. €** Gesundheitsausgaben aus.

Sie folgen einem typischen Krankheits- und Versorgungsverlauf: Auf eine **chronische Erkrankung** folgt in den meisten Fälle eine **Multimorbidität**, die wiederum die häufigste Ursache für spätere **Pflegebedürftigkeit** darstellt.

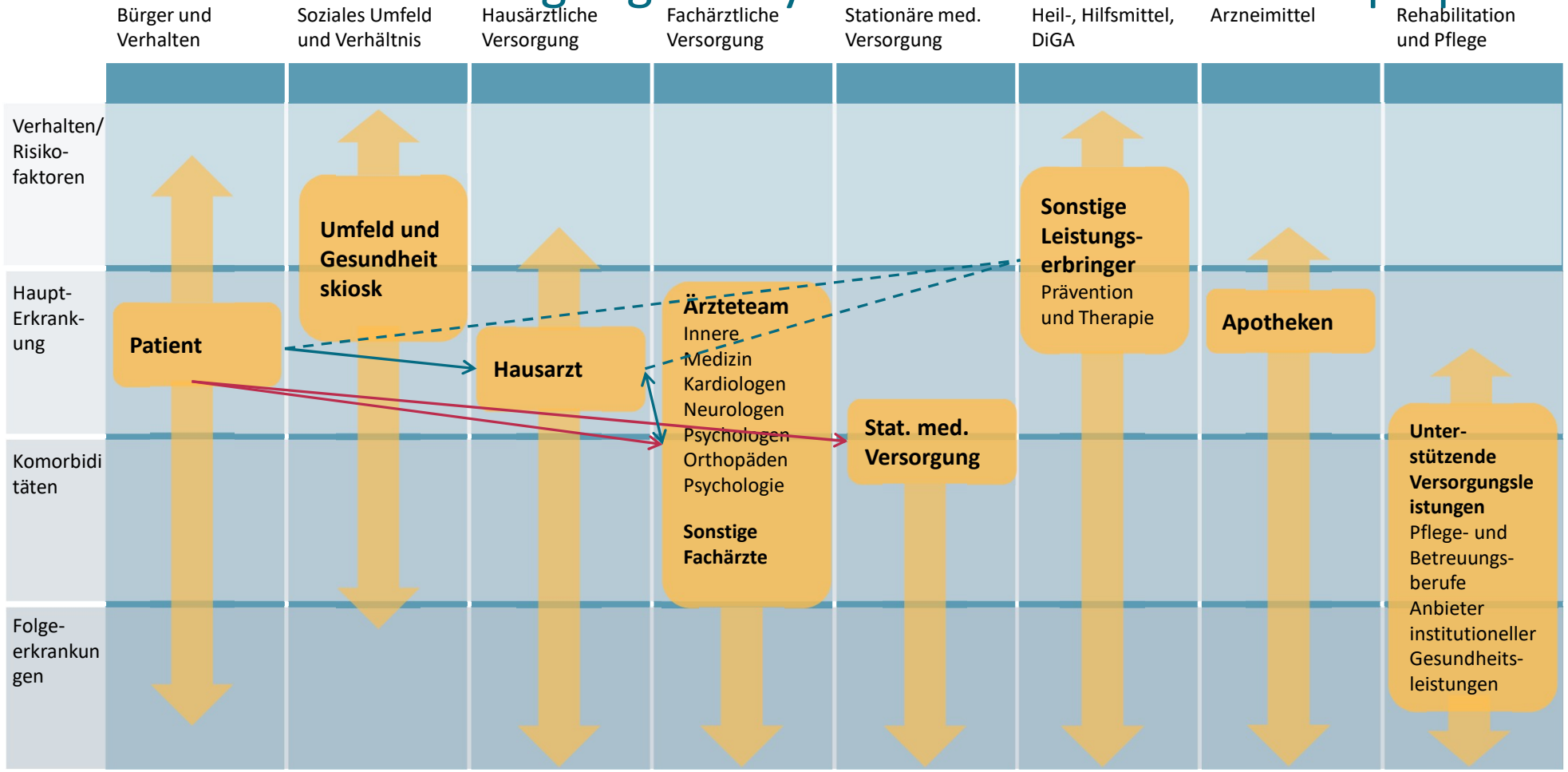
Hauptursache dieser Entwicklung sind Lebensstilfaktoren d.h. **mentale Gesundheit, Ernährung, Bewegung, Alkohol, Tabak**.

Leitlinien sehen **Lebensstilinterventionen als primäre Maßnahme** vor, noch vor u.a. Medikamentösen, operativen und anderen medizinischen Interventionen – dennoch sind diese in der Versorgungspraxis stark unterrepräsentiert: Leistungsausgaben für Prävention befinden sich bei ca. 6% des GKV-Leistungsvolumens zzgl. der Sekundär- und Tertiärprävention die anderen Leistungsbereichen zugeschrieben werden.

Quelle: LeiG Transformationsstudie (Bertelsmann Stiftung, fbeta GmbH, Beteiligung GKV/PV in NRW), Veröffentlichung 2026.

Organisationssicht

Lücken im Primärversorgungsökosystem insb virtuelle Therapieplanung



fbeta

fbeta intern

Sekundär- und Tertiärprävention wirkt – wesentliche und kurzfristig erreichbare Fallvermeidungspotenziale

Bei konsequenter Anwendung sekundär- und tertiärpräventiver Maßnahmen sehen Studien folgendes **Fallvermeidungspotenzial**:

- Chronische Erkrankungen: **30–90 %**
  (Barbaresko et al., 2018; GBD, 2023; Hou & Yang, 2024; Hu et al., 2001; Liang et al., 2023; Lu et al., 2024; Schuch et al., 2018).

- Pflege: **ca. 42 %**
  (Apóstolo et al., 2018).

Auch bei inzidenten Fällen besteht ein relativ **höheres Potenzial als bei prävalenten,** auch dafür ist präventiver Ansatz entscheidend.

Als realistisch gelten **10–15 % Fallvermeidung -** das reicht aus, um die GKV-Finanzlage spürbar zu stabilisieren (ca. 40–60 Mrd. €); idealtypisch bis zu 1/3 der Kosten bei Fällen mit Chronischen Erkrankungen, Multimorbidität und Pflegebedürftigkeit.

Quelle: LeiG Transformationsstudie (Bertelsmann Stiftung, fbeta GmbH, Beteiligung GKV/PV in NRW), Veröffentlichung 2026.

Zentrale Maßnahmen der Transformation des Versorgungsökosystem zur Realisierung der Potenziale

1. **Therapieplanung als ärztliche Leistung zu etablieren und vergüten,**
2. **die Leistungsbereiche der Sekundär- / Tertiärprävention neu zu strukturieren und** zu vergüten
3. sowie konsequent die Möglichkeiten **digitaler / hybrider Systeme** zu nutzen.

Im Projekt Leistungsstarke Gesundheitsregionen (LeiG) wurde hierfür ein Umsetzungskonzept für die regionale Transformation entwickelt, welches diese Potenziale nutzbar macht.

Quelle: LeiG Transformationsstudie (Bertelsmann Stiftung, fbeta GmbH, Beteiligung GKV/PV in NRW), Veröffentlichung 2026.

Vergütung

Entwicklungspotenziale für Vergütung hybrider Versorgung digital + tele + plattform + analog = hybrid

	Gerätebasierte Leistungen	Software Leistung	Plattform-infrastruktur-leistung	Analoge Leistungen	
				Ambulant	Stationär
Therapieplanung	Nicht vergütet, auch nicht über TI			Nicht vergütet	In Pauschale theoretisch enthalten
Telemedizin	Teilw. Technikpauschalen			Vergütet	im Rahmen gesetzlich geregelter ambulanter Leistungen
Telemonitoring	Geräte im Rahmen von TM bei HI über Pauschalen für das TMZ	Indirekt im Rahmen von TM bei HI über Gerätepauschale für das TMZ		Indikationsstellung und Betreuung bei Patienten mit HI	TMZ: Monitoring bei Patienten mit HI
Telekonsile		über KIM/TIM, ePA teils möglich Technikzuschlagspauschale bei Videokonsilen		Vergütet	Unzureichende Regelungen / nicht vergütet
Digitale Leistungen mit digitaler Hauptfunktion	Hilfsmittel nach §33 SGB V zum Ausgleich einer Behinderung	DiGA / DiPA Hilfsmittel nach §33		DiGA: teils Zuschläge für Verlaufskontrolle und Auswertung	
Digitale Leistungen mit analoger Hauptfunktion	Hilfsmittel nach §33 SGB V	Hilfsmittel nach §33 SGB V		Nicht vergütet	

fbeta intern

Einführung des digitalen DMP Diabetes

Zeitschiene

FuE-Projekt DiGA.Pro (BMG): Konzeptskizze zum digitalen DMP

Projekt „Patientenpfade im dDMP“

04/24-03/25 G-BA erarbeitet Richtlinien zum dDMP

RVO des BMG

Update dDMP-A-RL (?)

Update dDMP-A-RL (?)



Empfehlungen

Ab 04/25: Verträge zum dDMP

Ab April 2026: Einschreibung von Patienten in das dDMP

2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030

_fbeta

Einführungshorizonte dDMP

Ausbaustufen des digitalen DMP
Verfügbare Funktionen schrittweise ergänzen und ausbauen

1

die vorhandenen Möglichkeiten konsequent nutzen

Im ersten Einführungshorizont nutzen die Ärzte und Patienten im dDMP Diabetes konsequent die vorhandenen digitalen Möglichkeiten für bessere Kommunikation, Koordination und Individualisierung der Versorgungsabläufe: **TI-Messenger, ePA, 116117 Terminservice, DiGA, Videosprechstunde**. Alle dDMP-Daten werden in die ePA geschrieben.

2

granulare Daten auf der ePA und integrierte Abläufe in den Zugangssystemen

Im zweiten Einführungshorizont wird eine zentrale Verwaltung granularer Daten in der *ePA für alle* mit Bereitstellung verschiedener Sichten in Verbindung mit dem **Fallakten-Paradigma** umgesetzt. Asynchrone Kommunikation, Terminbuchung und Datenaustausch werden zu medienbruchfreien und nutzerfreundlichen Abläufen integriert.

3

Hilfsmitteldaten und Anwendungen Dritter

Im dritten Einführungshorizont werden die **Daten aus den Hilfsmitteln** der Patienten eingebunden. Ebenso Anwendungen Dritter wie z.B. DMP-**Management-Anwendungen mit Entscheidungsunterstützung für Ärzte**. DiGA im dDMP können Daten aus der ePA lesen.