

DER CARE PLAN ALS VERBINDENDES INSTRUMENT IN DER PRIMÄRVERSORGUNG

Ergebnisse des BMC-Workshops
„Makerspace“ vom 06.08.2026

BMC-Mitglieder aus verschiedenen Bereichen des Gesundheitswesens haben im Makerspace am 6. August 2026 gemeinsam erarbeitet, wie ein Care Plan die Koordination in der Primärversorgung unterstützen kann. Die Ergebnisse sind im Folgenden dokumentiert und liefern einen Impuls für die weitere Ausgestaltung der Primärversorgungsreform. Der BMC dankt allen Teilnehmenden des Makerspace für ihre engagierte gemeinsame Arbeit.

1. AUSGANGSLAGE

Mit dem geplanten Primärversorgungsgesetz soll der Zugang zur ambulanten Versorgung neu geordnet werden. Das GeDIG ergänzt ihn um einen digitalen Zugangsweg. Damit ist allerdings nur der Einstieg in die Versorgung geregelt. Gerade bei chronischen Erkrankungen, komplexem Versorgungsbedarf und häufigen Wechseln zwischen den Versorgungsbereichen entscheidet sich die Qualität im weiteren Verlauf. Behandelnde müssen wissen, was bereits erfolgt ist, welche Ziele vereinbart wurden und wer den nächsten Schritt übernimmt. Bislang dokumentiert jede Einrichtung ihren eigenen Teil der Behandlung. Der gesamte Verlauf ist an keiner Stelle vollständig abgebildet.



Abb. 1

Ohne eine gemeinsame Übersicht bleibt häufig unklar, wer weitere Maßnahmen veranlasst und Ergebnisse nachhält. Die Koordinationsleistung ist weder eindeutig zugeordnet noch regelhaft vergütet. Vieles bleibt deshalb an den Patientinnen und Patienten und ihren Angehörigen hängen. Sie tragen Informationen weiter, stimmen Termine ab und achten darauf, dass notwendige Maßnahmen nicht verloren gehen.

2. DER CARE PLAN

Ein Care Plan ist ein personenzentrierter, digital unterstützter Versorgungsplan. Er reicht über den einzelnen Behandlungskontakt hinaus und wird fortlaufend aktualisiert. Ausgangspunkt sind die gesundheitlichen Probleme und Risiken, die für den weiteren Verlauf relevant sind. Der Care Plan führt die vereinbarten Ziele, die anstehenden Maßnahmen und die jeweiligen Zuständigkeiten in einem gemeinsamen Plan zusammen.

Die fachliche Gesamtverantwortung liegt bei der verantwortlichen Primärversorgungseinheit, etwa einer Primärversorgungspraxis, einem Primärversorgungszentrum oder einem Primärversorgungsnetz. Sie behält den gesamten Versorgungsverlauf im Blick, koordiniert die nächsten Schritte und lotst die Patientin oder den Patienten durch das Versorgungssystem. Dazu führt sie den Care Plan als fachlicher Owner und aktualisiert ihn gemeinsam mit der Patientin oder dem Patienten. Für einzelne Aufgaben wird jeweils eine zuständige Person oder Einrichtung als Task Owner benannt. Auch Aufgaben, die Patientinnen und Patienten selbst übernehmen, können Bestandteil des Plans sein.

Die fachliche Grundlage bilden Leitlinien, medizinische Evidenz und Vorgaben aus Disease Management Programmen. Der Care Plan überträgt diese Empfehlungen auf die konkrete Situation der einzelnen Person. Bei Multimorbidität müssen Empfehlungen aus verschiedenen Behandlungsbereichen priorisiert und aufeinander abgestimmt werden. Der Plan bildet das Ergebnis dieser Abwägung ab.

Der Care Plan ersetzt weder Leitlinien noch die ePA oder das Care und Case Management. Leitlinien und Disease Management Programme beschreiben, was fachlich empfohlen wird. Die ePA stellt vorhandene Informationen bereit. Care und Case Management unterstützen die Begleitung. Der Care Plan legt fest, was als Nächstes zu tun ist, wer die Aufgabe übernimmt und bis wann eine Rückmeldung erfolgen soll.



Abb. 2: Der Care Plan ersetzt kein vorhandenes Instrument – er schließt die Lücke dazwischen.

Das Mindestgerüst

Problem / Risiko	Der konkrete Versorgungsanlass – Diagnose, Risikokonstellation, Versorgungslücke.
Ziel	Gemeinsam vereinbart, überprüfbar formuliert.
Maßnahme	Die nächste konkrete Handlung
Verantwortliche Stelle	Ein benannter Task Owner, Einrichtung oder Person.
Frist	Wann die Maßnahme erfolgt sein soll und ab wann sie als überfällig gilt.
Status	Offen, in Bearbeitung, erledigt, überfällig, abgebrochen.
Rückmeldung	Der definierte Weg, auf dem das Ergebnis zurück in den Plan gelangt.
Ergebnis	Was geschehen ist und welche Konsequenz sich daraus ergibt.

Tab. 1

Diese Elemente sind erforderlich, damit Verbindlichkeit entsteht und Überfälligkeit maschinell erkennbar wird.

3. AUSGANGSPUNKT UND FORTSCHREIBUNG DES CARE PLANS

Ein Care Plan entsteht weder automatisch aus vorhandenen Daten noch durch die Erfüllung einer Dokumentationspflicht. Die verantwortliche Primärversorgung führt relevante Befunde, laufende Maßnahmen und die Ziele der Patientin oder des Patienten zusammen. Sie prüft, ob der weitere Verlauf über den einzelnen Behandlungskontakt hinaus koordiniert werden muss. Ist dies der Fall, erstellt sie einen Vorschlag, bespricht ihn mit der betroffenen Person und gibt ihn fachlich frei.



Abb. 3: Neue Befunde, Abweichungen und Sektorenübergänge führen zurück in den Plan.

Anlass für eine Bestandsaufnahme können eine neue Diagnose, die Einschreibung in ein Disease Management Programm, Multimorbidität, Polypharmazie oder ein Übergang zwischen Versorgungsbereichen sein. Auch ein ärztlicher Befund, ein auffälliges Screening in der Apotheke oder ein Risikohinweis der Krankenkasse nach § 25b SGB V kann eine Prüfung veranlassen.

Keiner dieser Hinweise führt automatisch zu einem Care Plan. Er zeigt lediglich, dass sich der Versorgungsbedarf verändert haben könnte. Ob ein Plan neu erstellt oder angepasst wird, entscheidet die verantwortliche Primärversorgung nach fachlicher Prüfung.

Nach der Freigabe übernehmen die Task Owner die ihnen zugewiesenen Aufgaben und melden die Ergebnisse zurück. Neue Befunde und Ergebnisse werden in den Plan aufgenommen. Verändert sich die gesundheitliche Situation, werden Ziele und Maßnahmen erneut geprüft.

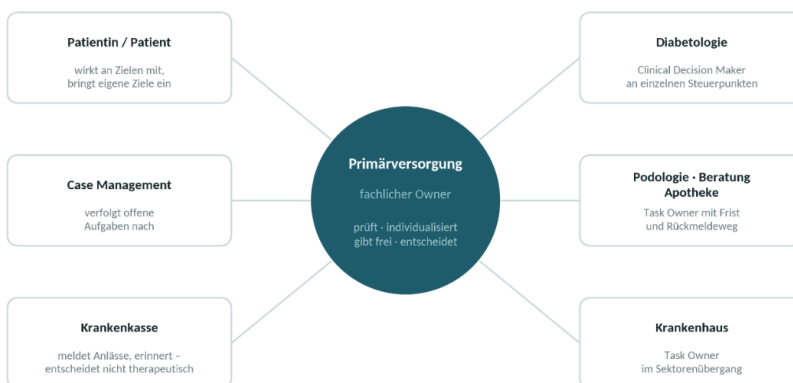


Abb. 4: Rollen und Verantwortlichkeiten im Care Plan

4. DER CARE PLAN IM VERSORGUNGSVERLAUF

Der BMC hat in einem Makerspace Workshop einen Prototyp eines Care-Plan-Dashboards (Anlage) entwickelt. Anhand eines modellhaften Behandlungsverlaufs veranschaulicht er, wie Informationen, Aufgaben, Fristen und Zuständigkeiten in einem Care Plan zusammengeführt werden können.

Im Mittelpunkt steht ein Patient im Alter von 61 Jahren. Er lebt seit neun Jahren mit einem Diabetes mellitus Typ 2. Hinzu kommen eine beginnende Retinopathie, eine sensomotorische Polyneuropathie, die Fußrisikoklasse II, eine koronare Herzkrankheit und eine eingeschränkte Nierenfunktion. Der Patient nimmt sieben Dauermedikamente ein. In sechs Wochen ist ein stationärer Eingriff geplant.

Stationen und Steuerpunkte

Der Prototyp bildet den Verlauf von der Einschreibung in das Disease Management Programm bis zur Nachsorge ab. Er umfasst 16 Stationen und neun beteiligte Rollen. Für jede Station ist hinterlegt, wer verantwortlich ist, wer mitwirkt und wer Informationen benötigt.

Eine Station bezeichnet einen Abschnitt des Versorgungsverlaufs. Ein Steuerpunkt kennzeichnet eine Situation, in der eine Entscheidung getroffen oder eine Maßnahme veranlasst werden muss. Jeder Steuerpunkt enthält den konkreten Anlass, den Bearbeitungsstand und die verantwortliche Rolle. Steuerpunkte entstehen insbesondere dann, wenn neue Befunde bewertet, Behandlungsziele angepasst, Aufgaben verteilt oder Übergänge zwischen den Beteiligten vorbereitet werden müssen. Im Prototyp betrifft dies unter anderem den Quartalstermin, die Vorbereitung des stationären Eingriffs, die Entlassung und die anschließende Verlaufskontrolle.



Abb. 5

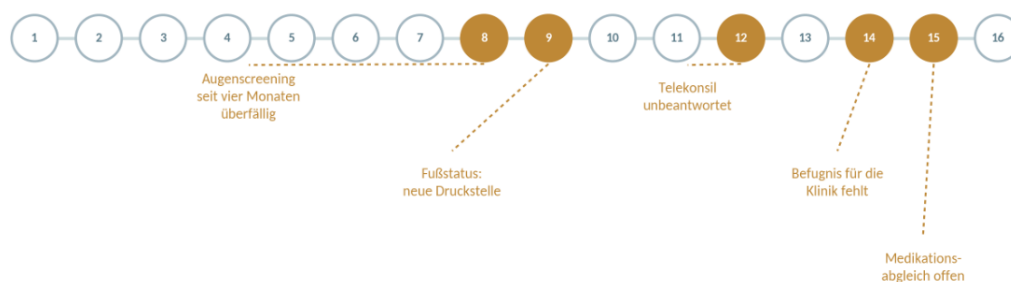


Abb. 6: Stationen mit offenem Steuerpunkt zum Zeitpunkt des Quartalstermins (hervorgehoben)

Die Versorgung ohne gemeinsamen Plan

Ohne gemeinsamen Care Plan werden Informationen über unterschiedliche Wege und häufig mit zeitlicher Verzögerung übermittelt. Der augenärztliche Befund erreicht die koordinierende Praxis möglicherweise nur über den Patienten. Für die podologische Rückmeldung fehlt ein durchgängig nutzbarer digitaler Weg. Das Krankenhaus muss den aktuellen Therapieplan und eine vollständige Medikationsübersicht vor der Aufnahme gesondert anfordern. Für die koordinierende Praxis ist deshalb nicht zuverlässig erkennbar, welche Informationen vorliegen, welche Aufgaben erledigt wurden und wo noch Handlungsbedarf besteht.

Entscheidungen im Quartalstermin

Beim Quartalstermin sieht die koordinierende Praxis keine reine Dokumentenliste. Sie erhält eine Arbeitsliste mit den Punkten, die geklärt werden müssen. Im Fallbeispiel gehören dazu das überfällige Augenscreening, eine neue Hyperkeratose am rechten Fuß, der HbA1c Wert von 7,9 Prozent und der bevorstehende Eingriff. Auch die erhöhte Belastung des Patienten und die geringe Reichweite der Metforminverordnung werden berücksichtigt.

Im konkreten Fall wird entschieden, die Therapie vor dem Eingriff nicht grundlegend umzustellen. Die weitere Eskalation soll sechs Wochen nach dem Eingriff geprüft werden. Der vereinbarte HbA1c Zielkorridor bleibt bestehen. Wegen der Fußrisikoklasse, der Polyneuropathie und der neu festgestellten Hyperkeratose wird das podologische Intervall auf vier Wochen verkürzt. Die Praxis veranlasst ein diabetologisches Konsil zur perioperativen Einstellung. Zudem wird das persönliche Ziel des Patienten aufgenommen. Er möchte wieder 30 Minuten ohne brennende Füße gehen können.

Aus den Entscheidungen ergeben sich folgende Aufgaben:

Wer	Aufgabe jeweils mit Frist und Rückmeldeweg
Augenheilkunde	Screening durchführen, Stadieneinstufung zurückmelden.
Podologie	Intervall auf vier Wochen verkürzen, Druckstelle dokumentieren.
Diabetologie	Konsilanfrage zur perioperativen Einstellung beantworten.
Krankenhaus	Therapieplan vor Aufnahme abrufen, Entlassbrief einstellen.
Patient	Befugnis für die Klinik erteilen, Screening-Termin buchen.
Koordinierende Praxis	Plan vor dem Eingriff aktualisieren, Konsilantwort übernehmen.

Tab. 2

Der Prototyp zeigt zusätzlich eine mögliche technische Unterstützung für die Dokumentation. Sie ist keine Voraussetzung für einen Care Plan. Mit ausdrücklicher und jederzeit widerruflicher Einwilligung kann das Gespräch transkribiert werden. Aus dem Transkript entsteht ein strukturierter Entwurf. Die Ärztin oder der Arzt prüft jedes Element und gibt es einzeln frei. Erst danach wird es Bestandteil des Care Plans. Jedes freigegebene Element bleibt auf die entsprechende Stelle im Gespräch zurückführbar.

Voraussetzungen für die Umsetzung

Die benötigten Bausteine sind unterschiedlich weit entwickelt. Während einzelne Daten bereits digital verfügbar sind, fehlen für andere Informationen geeignete berichtswege und verbindliche Regelungen.

Grundsätzlich verfügbar	Noch zu schaffen oder verbindlich zu regeln
Digitale Befunde und Medikationsdaten	Screening durchführen, Stadieneinstufung zurückmelden.
Digitale Befunde und Medikationsdaten	Strukturierte Abbildung von Zielen, Aufgaben und Verantwortlichkeiten
Primärsysteme in Praxen und Krankenhäusern	Einheitliche Schnittstellen und fachliche Begriffe
Elektronische Patientenakte als mögliche Infrastruktur	Schreib- und Rückmeldewege für alle Beteiligten
Rollen- und Berechtigungskonzepte	Überwachung, Eskalation und verbindliche Governance

Tab. 3

5. TECHNISCHE ARCHITEKTUR DES CARE PLANS

Der technische Datenkern bildet das zuvor beschriebene Mindestgerüst maschinenlesbar ab. Aufgaben können dadurch aktualisiert und abgeschlossen werden. Überfälligkeiten, Änderungen und fachliche Freigaben bleiben nachvollziehbar. Ein statisches Dokument erfüllt diese Anforderungen nicht. Die vorhandenen Arbeitsumgebungen greifen über definierte Schnittstellen auf den Datenkern zu. Dazu gehören Praxisverwaltungssysteme, Krankenhausinformationssysteme und Anwendungen weiterer Beteiligter. Lesezugriffe und Änderungen richten sich nach Rolle, Behandlungsbezug und Berechtigung.

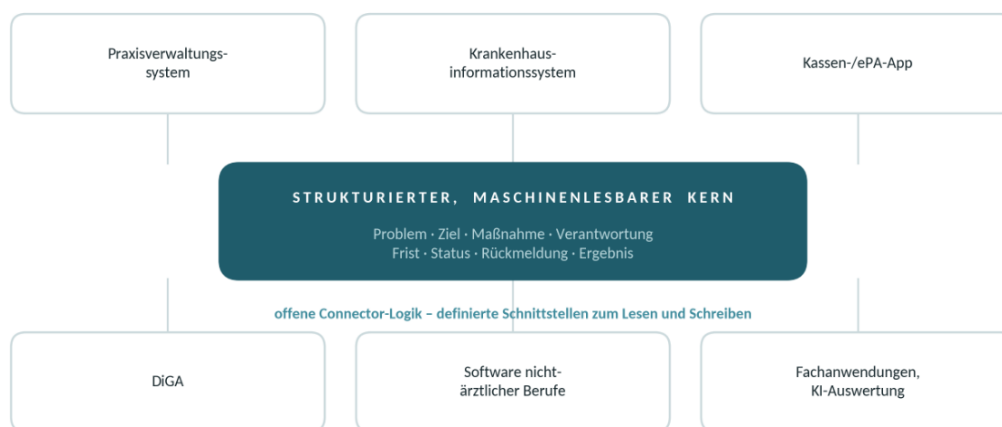


Abb. 7: Der Kern wird nicht dadurch nutzbar, dass jede Arbeitsumgebung über definierte Schnittstellen lesen und schreiben kann.

Drei Architekturentscheidungen

- **Verankerung des gemeinsamen Kerns:** Der Datenkern kann in der ePA, in einem Fachdienst oder in einer anderen gemeinsamen Trägerstruktur verankert werden. Für die ePA sprechen ihre Reichweite und die Einbindung in die Primärsysteme. Ein Fachdienst könnte zusätzlich die aktive Prozesssteuerung übernehmen. Dafür müssen Betrieb, Finanzierung und fachliche Steuerung geregelt werden.
- **Datenhaltung und Prozesssteuerung:** Der Datenkern hält fest, was vereinbart wurde, wer verantwortlich ist und welchen Stand eine Aufgabe hat. Erinnerungen, Fristüberwachung und Eskalationen können durch einen Fachdienst oder angeschlossene Fachanwendungen ausgeführt werden. Änderungen müssen in den gemeinsamen Datenkern zurückgeschrieben werden. Andernfalls entstehen unterschiedliche Bearbeitungsstände in den beteiligten Systemen.
- **Gemeinsame Infrastruktur und Wettbewerb:** Datenstruktur, fachliche Begriffe und Schnittstellen sollten einheitlich festgelegt werden. Nur dann können unterschiedliche Systeme denselben Care Plan verlässlich lesen und fortschreiben. Wettbewerb findet auf der Ebene der Anwendungen statt. Anbieter können eigene Benutzeroberflächen, Arbeitslisten, Dokumentationshilfen und Entscheidungsunterstützungen entwickeln. Auch Anwendungen mit künstlicher Intelligenz können Informationen auswerten und Vorschläge erstellen. Verbindlich werden diese erst nach fachlicher Prüfung und Freigabe.

Nutzung in unterschiedlichen Versorgungsverträgen

Vertragsspezifische technische Lösungen verursachen parallele Entwicklungskosten und Betriebskosten. Ein gemeinsamer Datenkern könnte dagegen für Disease Management Programme, Selektivverträge und Regionalverträge genutzt werden. Die jeweiligen Regeln und Abläufe müssten konfigurierbar sein, während Datenstruktur und Schnittstellen gleichbleiben. Für die Praxen muss der Care Plan in das bestehende Primärsystem eingebunden sein. Ein zusätzliches System wird kaum akzeptiert, wenn es nur für einen kleinen Teil der Patientinnen und Patienten benötigt wird. Mehrvertragsfähigkeit ist deshalb eine wesentliche Voraussetzung für die Nutzung im Versorgungsalltag.

Wenn Sie mehr erfahren möchten oder Fragen und Anregungen haben, kommen Sie mit uns ins Gespräch!
Wir freuen uns auf den Austausch.

ÜBER DEN BMC

Der BMC ist ein pluralistischer Verband, der sich für die Weiterentwicklung des Gesundheitssystems im Sinne einer zukunftsfähigen, qualitätsgesicherten und patientenorientierten Versorgung einsetzt. Als Innovationsforum an der Schnittstelle zwischen Politik, Wissenschaft und Gesundheitswirtschaft bringt er sich durch Publikationen, Veranstaltungen und Vernetzung der Akteure in den gesundheitspolitischen Diskurs ein. Die über 250 Mitglieder des BMC repräsentieren nahezu die gesamte Bandbreite der Akteure im Gesundheitswesen.

Bundesverband Managed Care e.V.

Friedrichstrasse 136
10117 Berlin
Telefon +49 30 28 09 44 80
bmcev@bmcev.de
www.bmcev.de