

01 | KARDIOMETABOLISCHE PRÄVENTION

PREVENT-NET CardioMetabol

Digitale Risikofrüherkennung und hausärztliche Versorgungssteuerung

Projektskizze für Prof. Jedamzik, Bayerische TelemedAllianz und interessierte bayerische Ärztenetze. Anbieterneutral, indikationsbezogen und zur Abstimmung mit Krankenkassen sowie Fördergebern.

Ausgangslage

Hausarztpraxen behandeln eine hohe Zahl von Patienten mit noch nicht erkannten oder unzureichend adressierten kardiometabolischen Risiken. Gleichzeitig sollen fachärztliche Ressourcen gezielter genutzt werden.

Ziel und Versorgungseffekt

Frühzeitige, evidenzbasierte Identifikation von Risiken; Förderung von Bewegung und Therapieadhärenz; medizinisch angemessene Kardiologie-Überweisungen und messbare Entlastung der Praxen.

Zielgruppe

Erwachsene mit erhöhtem Risiko, etwa Hypertonie, Dyslipidämie, Prädiabetes, Adipositas, Bewegungsmangel oder positiver Familienanamnese; Ausschluss akuter Beschwerden aus der Präventionsstrecke.

1 | Technische Patientenerkennung

PVS-Abfrage zu Alter, ICD-Codes, Blutdruck, BMI, Laborwerten und Check-up-Fälligkeit (nur strukturierte und verfügbare Daten). MFA prüft Treffer; validierter SCORE2/SCORE2-OP je nach Alter und Indikation durch ärztliches Team.

2 | Digitales Patientenscreening

Digitaler Vorabfragebogen zu Rauchen, Bewegung, Ernährung, Vorerkrankungen und Familienanamnese via Idana oder andere Anbieter; Antwortzusammenfassung direkt in den Praxisworkflow.

3 | PVS-Integration und Dashboard

Axaris oder andere Anbieter für PVS-nahe Statistik, strukturierte Datenextraktion, regelbasierte Arbeitslisten und Dashboard; Schnittstellenfähigkeit, Hosting und Datenschutz vor Auswahl prüfen.

4 | Digitale Intervention

Vorhandene Wearables optional für Aktivität, Ruhepuls und Schlaftrends; Blutdruck über validierte Oberarmmessung. Keine Smartwatch als Ersatz für EKG, Diagnostik oder ärztliche Entscheidung.

5 | Versorgungspfad

PVS-Vorselektion → digitaler Fragebogen → MFA-Prüfung → hausärztliche Risikostratifizierung → abgestufte Begleitung → nur indikationsbezogene ärztliche Wiedervorstellung oder Überweisung.

6 | Messbare Ergebnisse

Zeitaufwand je Fall, Zahl neu identifizierter Risikopatienten, Blutdruck-/LDL-/HbA1c-Verlauf, Aktivität, Patientenzufriedenheit, Überweisungsrate mit Indikationsprüfung, Versorgungskosten.

7 | Patientensicherheit

Klare Regeln bei Thoraxschmerz, Synkope, Dyspnoe und relevanten Messauffälligkeiten; keine automatisierte Freigabe oder Verhinderung von Überweisungen.

Mehrwert für die Hausarztpraxis

Kein permanentes Rohdatenmonitoring: MFA-gestützte Vorselektion, kurze Arztübersicht mit Ampellogik, definierte Eskalation und automatisierte Dokumentation. Ziel ist eine messbare Netto-Zeiterparnis; diese ist im Pilot zu belegen.

Vergütung und § 140a SGB V

Kassenübergreifend verhandelbarer Selektivvertrag mit projektbezogener Vergütung für qualifizierte Aufnahme, delegierbare Koordination und Abschlussbewertung. Beispielkalkulation: 35 € Aufnahme + 4 × 20 € Betreuung + 30 € Abschluss = 145 € pro vollständig betreutem Fall/Jahr; ausdrücklich Verhandlungsannahme, kein bestehender Anspruch. EBM/HZV-Kombination und Doppelfinanzierung individuell prüfen.

EBM-Anknüpfung

01732 Gesundheitsuntersuchung nur bei erfüllten Voraussetzungen; 03230 problemorientiertes ärztliches Gespräch nur bei tatsächlicher medizinischer Indikation und vollständiger Leistungserbringung; NäPA-Ziffern nur bei erfüllten Bedingungen. DiGA-spezifische Zusatz-GOP nur für die jeweils benannte Anwendung und berechnete Arztgruppe. Keine pauschale Extra-Abrechnung durch Projektteilnahme.

Förderstrategie

A) Krankenkasse: § 140a SGB V zur Finanzierung zusätzlicher Versorgungsleistungen und Evaluation. B) Bayern: BayDiGuP/LGL für digitale Versorgungsinnovation bei passendem thematischen Förderaufruf. C) Andere Digitalbonus-Programme nur nach Prüfung von Träger, KMU-Kriterien und Fördergegenstand. Keine Doppelförderung derselben Kosten.

Pilot und Evaluation

Vorschlag: 10–15 Praxen, 300–500 Versicherte, 12 Monate plus Vorbereitung und Auswertung; endgültige Fallzahl wissenschaftlich bestimmen. Vergleichsgruppe oder gestaffelte Einführung, Prozesskosten, Datenschutz-Folgenabschätzung soweit erforderlich, Einwilligungs-/Rechtsgrundlage und Ethikprüfung.

Technische Ausschreibung: Mindestanforderungen

PVS-Anbindung je Hersteller, Export/Import oder Standardschnittstelle, Audit-Logs, Rollenrechte, Hosting in EU/EWR, DSGVO-Verträge, verschlüsselte Übertragung, Datenminimierung, klare Verantwortlichkeit für Warnhinweise, Anbieterunabhängigkeit und belastbare Kostenangebote.

Entscheidungsvorlage für Netz und TelemedAllianz

1. Medizinische Leitung und teilnehmende Netze festlegen. 2. Drei PVS-Hersteller und zwei Anbieter je Funktionsbaustein befragen. 3. Krankenkassen-Sondierung zu § 140a. 4. Förderfähigkeit mit LGL klären. 5. Praxis-Workflow mit MFA und Ärzten in 2–3 Testpraxen validieren.

Quellen und Prüfstellen

- KBV EBM 4. Quartal 2026: <https://www.kbv.de/praxis/abrechnung/ebm>
- KBV Gesundheits-Check-up:
<https://www.kbv.de/praxis/patientenversorgung/praevention/check-up>

- KVB DiGA-Abrechnung: <https://www.kvb.de/mitglieder/praxisfuehrung/it-online-services-ti/digitale-gesundheitsanwendungen>
- BfArM DiGA-Verzeichnis: <https://diga.bfarm.de/de>
- Bayerisches Gesundheitsministerium BayDiGuP:
<https://www.stmgp.bayern.de/service/foerderprogramme/baydigup/>

Hinweis: Planungs- und Diskussionspapier; kein Förderbescheid, keine bestätigte Anbieterintegration und keine abrechnungsrechtliche Zusage.