

Programm des Fachsymposiums

Moderation: Marcel Weigand

9:30 Uhr	Einlass		Etablierung eines Gremiums regionaler Planungen: Erfolgsfaktoren und Herausforderungen unter den bestehenden Rahmenbedingungen
10:00 Uhr	Eröffnung und Begrüßung Britta Müller Ministerin für Gesundheit und Soziales des Landes Brandenburg		Lutz O. Freiberg Bereichsleiter Verträge, Forschung und Entwicklung, Kassenärztliche Vereinigung Brandenburg, Konsortialpartner
10:15 Uhr	Impulsvortrag: Sektorenübergreifende Versorgung Prof. Dr. Reinhard Busse Fachgebietsleiter Management im Gesundheitswesen, Technische Universität Berlin		Mittagspause
10:35 Uhr	Einführung und Struktur des Projekts Steffen Bohm Geschäftsführung und Projektleitung, AGENON Gesellschaft für Forschung und Entwicklung im Gesundheitswesen mbH, Konsortialführung	13:15 Uhr	Impulsvortrag: Zwischen Eigeninteresse und Versorgungsverpflichtung - Entscheidungsfindung aus spieltheoretischer Perspektive Prof. Dr. Frank Riedel Direktor des Instituts für Mathematische Wirtschaftsforschung, Universität Bielefeld
	Instrumente zur Beschreibung der aktuellen Lage in einer Gesundheitsregion – Basis für eine bedarfsgerechte Versorgungsplanung Pramono Supantia Teamleiter Strategie Versorgungsstrukturen, AOK Nordost – Die Gesundheitskasse, Konsortialpartner	13:35 Uhr	Podiumsdiskussion: Nutzen und Relevanz von ProReVers für die Versorgungspraxis Michael Zaske Leiter Abteilung 3 des Ministeriums für Gesundheit und Soziales des Landes Brandenburg Daniela Teichert Vorstandsvorsitzende der AOK Nordost – Die Gesundheitskasse Catrin Steiniger Vorsitzende des Vorstandes der Kassenärztlichen Vereinigung Brandenburg Michael Jacob Geschäftsführer der Landeskrankenhausgesellschaft Brandenburg Steffen Bohm Geschäftsführung und Projektleitung, AGENON Gesellschaft für Forschung und Entwicklung im Gesundheitswesen mbH
	Vertiefung ausgewählter Aspekte im Hinblick auf Ambulantisierungspotenziale am Beispiel der Indikation Herz-Kreislauf Prof. Dr. Mathias Stöwhas Leiter Medizincontrolling, KMG Kliniken SE, Konsortialpartner		Offene Fragerunde und Diskussion
11:45 Uhr	Kaffeepause Regionaler sektorenübergreifender Versorgungsplan (RsV) Steffen Bohm Geschäftsführung und Projektleitung AGENON Gesellschaft für Forschung und Entwicklung im Gesundheitswesen mbH, Konsortialführung	14:50 Uhr	Zusammenfassung und Ausblick
		Ca. 15:00 Uhr	Ende der Veranstaltung

Stand: 21. Januar 2026.

Geringfügige Änderungen im Programmablauf bleiben vorbehalten. Etwaige Anpassungen werden im aktualisierten Programm berücksichtigt.

Sektorenübergreifende Versorgungsplanung im ländlichen Raum



Digitales Programm

Sektorenübergreifende Versorgung: einführende Bemerkungen

Reinhard Busse, Prof. Dr. med. MPH

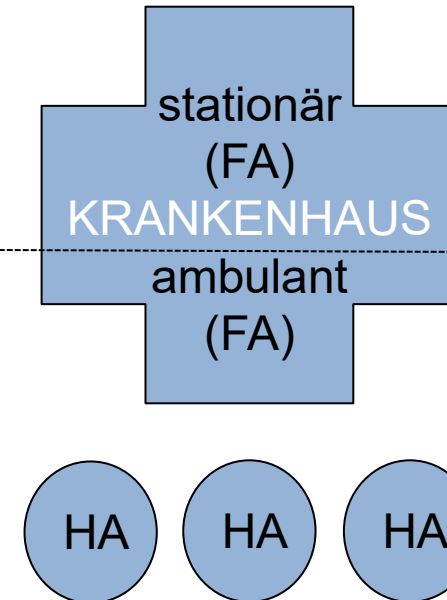
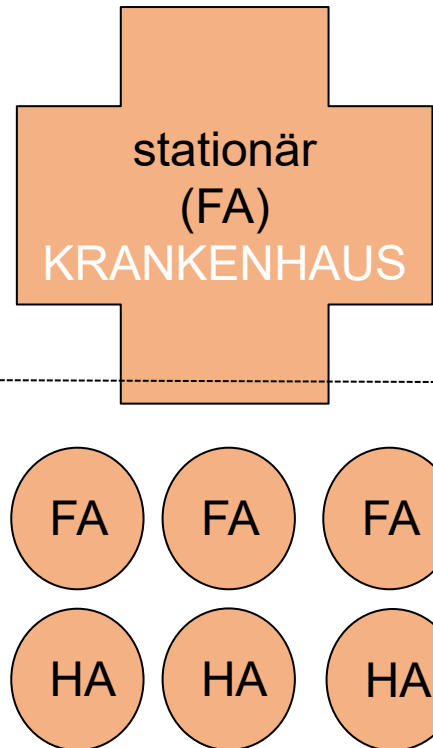
FG Management im Gesundheitswesen, Technische Universität Berlin
(WHO Collaborating Centre for Health Systems Research and Management) &
European Observatory on Health Systems and Policies

Deutschland

Fast überall auf der Welt

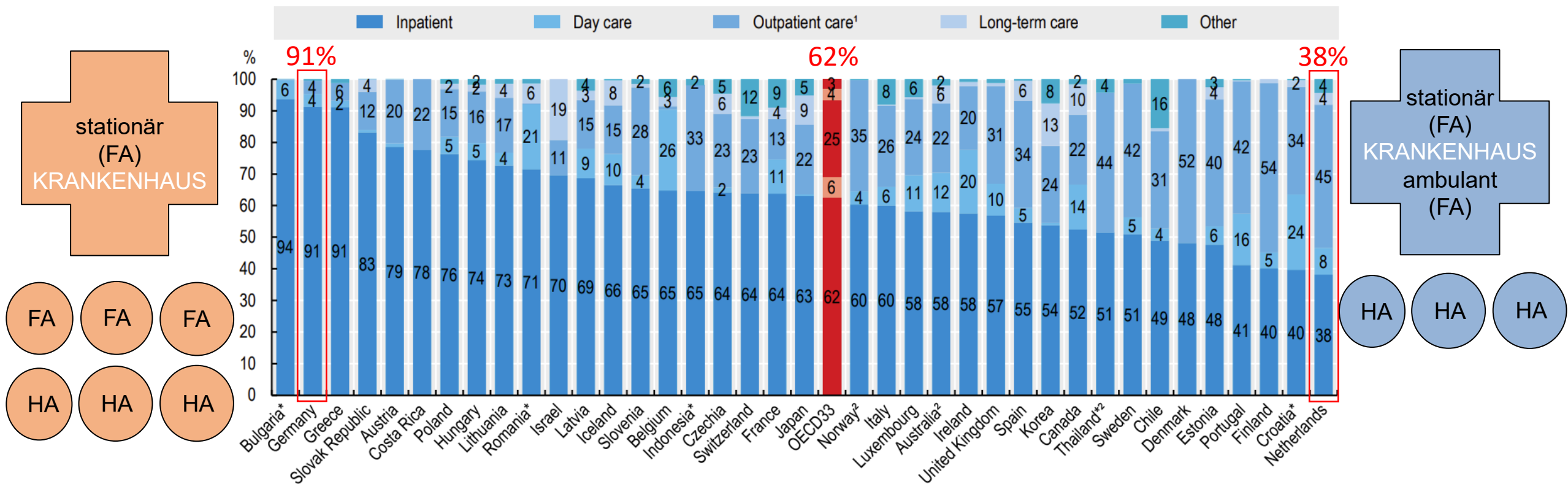
Vertreten durch DKG;
 Leitungen mit
 Verbotsvorbehalt;
 finanziert über DRGs;
 beplant von Ländern ohne
 gemeinsame Vorgaben ...

Vertreten durch KBV;
 Leitungen mit
 Erlaubnisvorbehalt;
 finanziert über EBM-Punkte;
 beplant von Selbstverwaltung
 nach G-BA-Vorgaben ...



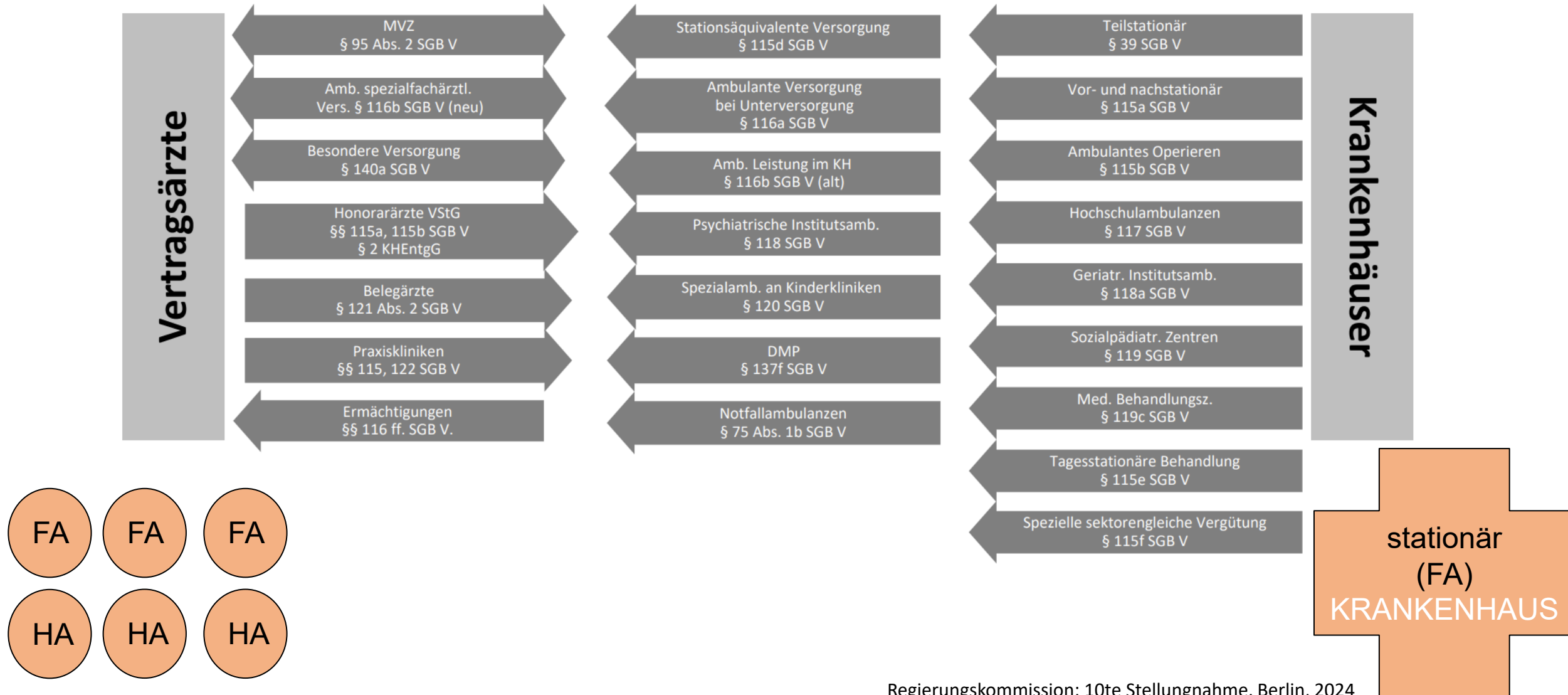
Deutsche Krankenhäuser 91% stationär, niederländische 38%

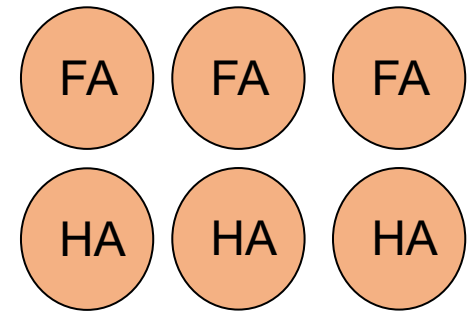
Figure 7.19. Hospital expenditure by type of service, 2023 (or nearest year)



Note: "Other" includes preventive care activity; pharmaceuticals if dispensed to outpatients; and unknown services. 1. Includes ancillary services. 2. 2022 data.
*Accession/partner country.
Source: OECD Health Statistics 2025.

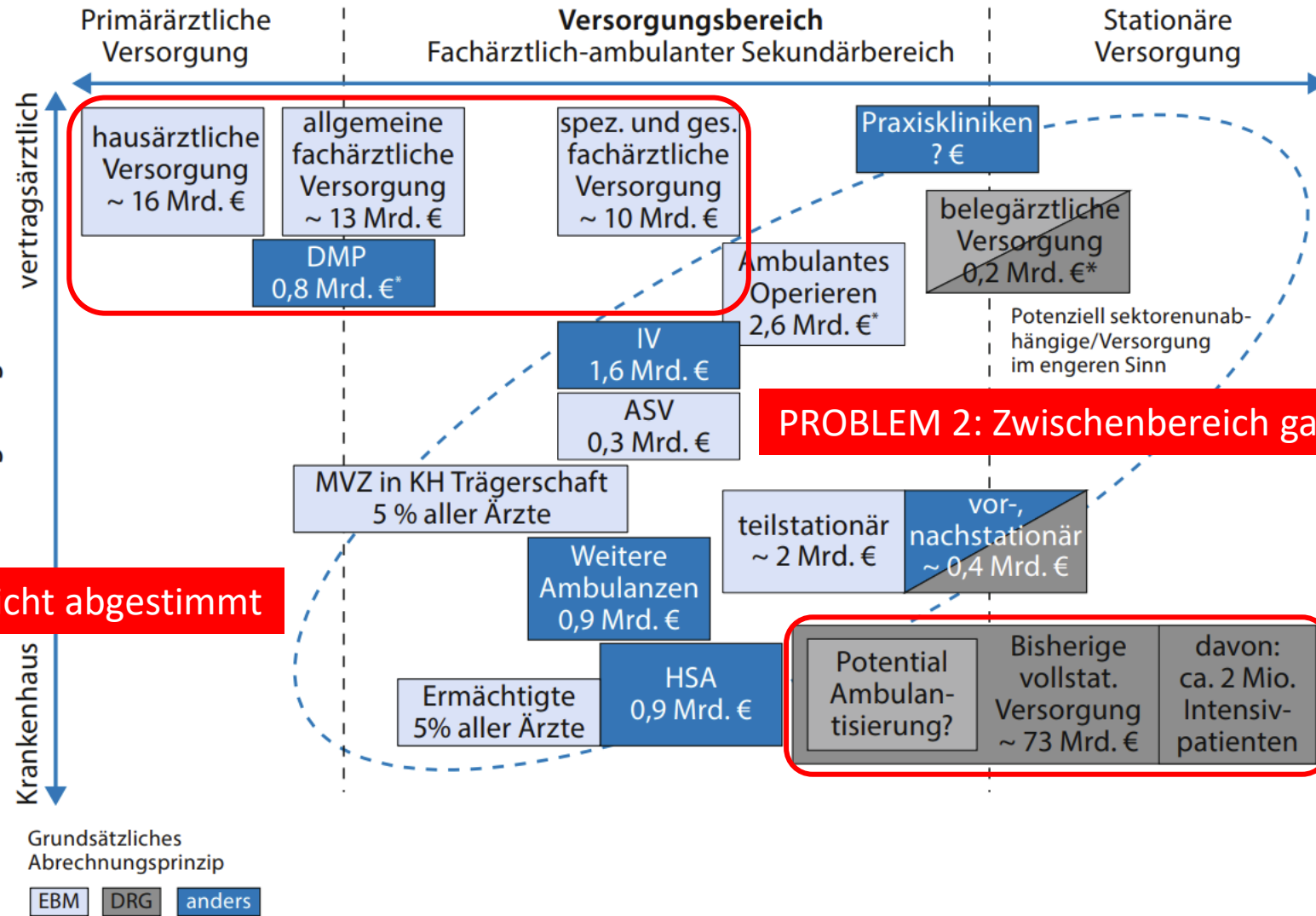
Natürlich ist dem Gesetzgeber das Problem klar ... und hat 23 Instrumente zur Überwindung der Schnittstelle geschaffen





Ambulante Leistungen durch ambulante Leistungserbringer

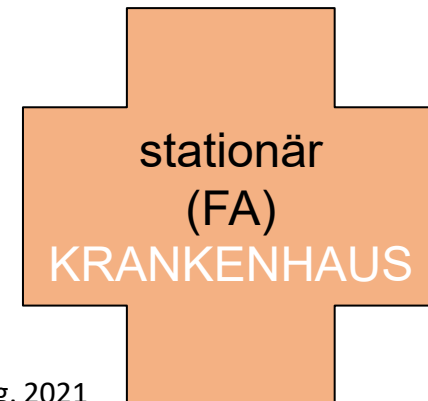
PROBLEM 1: Planung nicht abgestimmt



*Ausgaben zum Teil auch in den Angaben zur vertragsärztlichen Versorgung enthalten

Krankenhaus-Report 2021

Stationäre Leistungen durch stationäre Leistungserbringer



Dabei wissen wir von Abhängigkeiten der 3 Bereiche (hier aus dem PopGroup Projekt mit „erwartet“ = dt. Mittelwert)



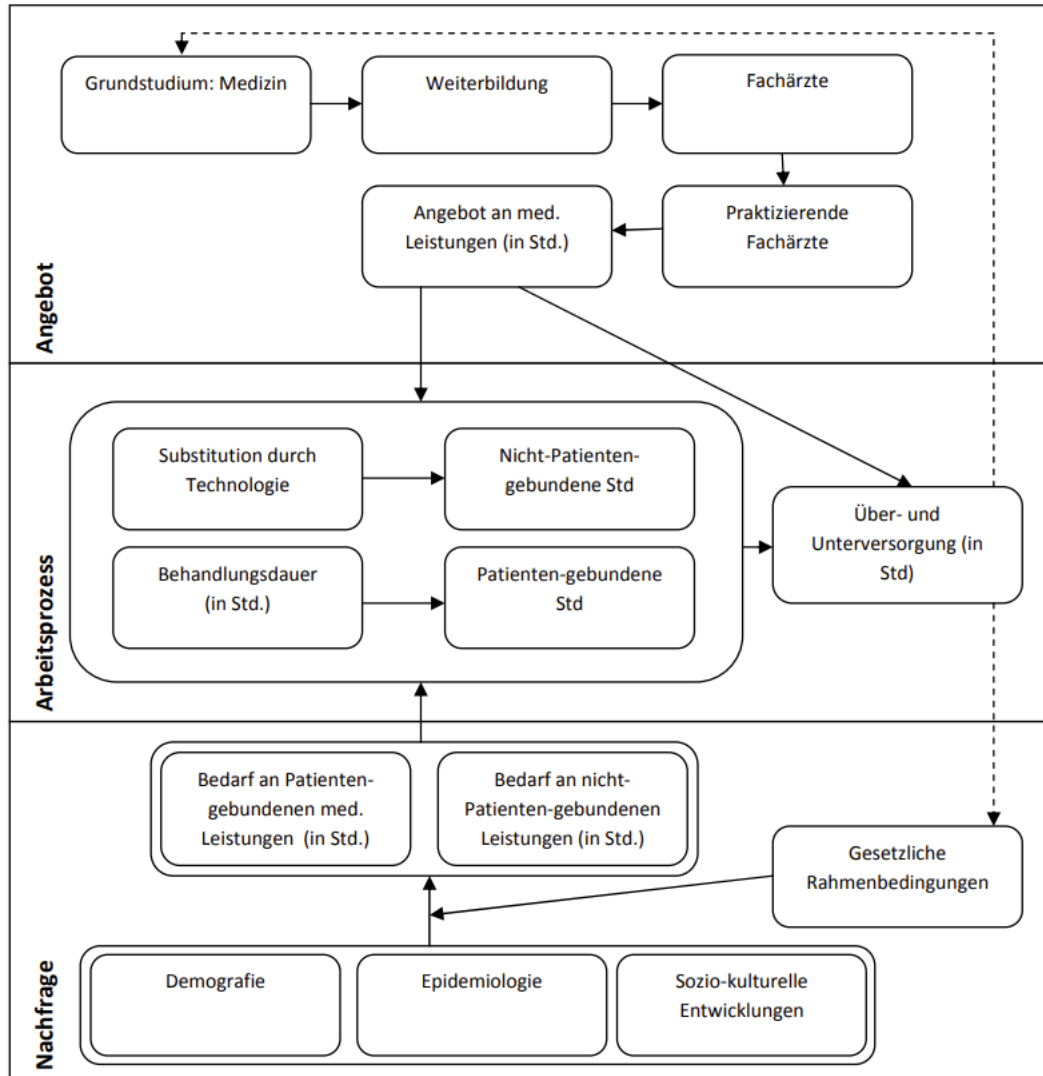
	Beispielregion Ländlicher Raum			Beispielregion Großstadt		
	Behandlungsfälle			Behandlungsfälle		
	beobachtet	erwartet	O/E	beobachtet	erwartet	O/E
Ambulante Versorgung						
Kinder- und Jugendmedizin	116.448	143.749	0,81	369.188	377.008	0,98
Stationäre Krankenhausversorgung						
NRW-LG 23.1 Allgemeine Kinder- und Jugendmedizin	5.282	3.744	1,41	8.401	10.422	0,81
Krankenhausambulante Versorgung						
Sozialpädiatrische Zentren inkl. § 119c oder ambulante Behandlung Kinder-/Jugendmedizin § 120 Abs. 1a SGB V	1.652	5.960	0,28	15.632	15.257	1,02

O/E: Verhältniszahl Beobachtet („Observed“) geteilt durch Erwartet („Expected“). NRW-LG: Leistungsgruppe gemäß Krankenhausplan Nordrhein-Westfalen 2022.

Vorbemerkungen zu Strategien

- Sektorengrenzen minimieren, etwa Gliederung in 3 Bereiche:
 - ambulante Primärversorgung;
 - sekundäre ambulante Versorgung (die z.T. auch stationär erfolgen kann);
 - notwendigerweise stationäre Versorgung (die wiederum weiter in Stufen untergliedert sein sollte)
- macht Planung, Patientensteuerung und Finanzierung einfacher (bzw. überhaupt möglich)
- Strategische Planung (z.B. welche Leistungsgruppe erfordert welche personellen und technischen Voraussetzungen; Erreichbarkeitszeit) und operative Planung (z.B. wo wird bestimmte LG erbracht) sind in den meisten Staaten getrennt – auch in dezentralen Staaten erfolgen Vorgaben zentral!

Lernen von anderen heißt nicht 1 : 1 Kopieren



	Dänemark	England	Frankreich	Niederlande	Österreich	Schweiz	Gesamt
Zahl der Studienplätze	x	(x)	x	x		x	5
Zahl der Weiterbildungsplätze	x		x	x			3
Lizenz für Praxisgründung	x						1
Lizenz für die Errichtung eines Krankenhauses		x	x	x			3
Kassenzulassung	x	(x)			x	x	4
Krankenhauspläne		(x)	(x)		x	x	4
Verhältnis Patienten pro Arzt	x				(x)	x	3
Anzahl med.-techn. Großgeräte	x		x		x		3
Anzahl der Betten					x	x	2
Schwerpunkt/ Zentralisierung	x		x	x			3
Fallzahlen		(x)	(x)		x	x	4
Mindestmengen					x		1

Tabelle 1: Instrumente der Bedarfsplanung; (x): Sonderfälle, Erläuterungen im Text

Was ist notwendig? Optionen klar benennen,
diskutieren, entscheiden ... und machen

Dimensionen der sektorenübergreifenden Angebotskapazitätsplanung (SVR 2018)

Sektorenübergreifende Planung

1. Inhaltliche und zeitliche Harmonisierung zwischen ambulanter Bedarfsplanung und Krankenhausplanung → aber Arztsitze und Betten lassen sich nicht vergleichen
2. Einführung eines hybriden Planungsbereichs
3. Langfristige Planung der ambulanten und stationären Kapazitäten in einem gemeinsamen Gremium

Morbiditätsorientierung

1. Modifizierender Einfluss der Morbidität auf fortschreibende Angebotskapazitätsplanung
2. Planungsergebnis direkt aus ambulanten und stationären Morbiditätsdaten ableiten
3. Verknüpfung von Diagnosedaten mit dem Leistungsbedarf pro Diagnose, um einen Gesamtleistungsbedarf berechnen zu können, der auf die Sektoren aufgeteilt werden kann → s. PopGroup-Projekt; aber: Durchschnitt ist nicht unbedingt gut (→ internationaler Vergleich)

Leistungsorientierung

1. Kopplung der Zulassung von Arztsitzen (und Krankenhausbetten) an die Erbringung eines bestimmten Leistungsspektrums → z.B. Leistungsgruppen
2. Stärkerer Fokus auf Leistungen oder leistungsnähere Parameter wie Arztstunden (statt Arztsitze und Betten)
3. Vergabe von befristeten Leistungsaufträgen

Sektorenübergreifendes Vergütungssystem

1. Annäherung der ambulanten/stationären Vergütungssysteme, etwa über Mischpreise für ambulante Operationen oder sektorenübergreifende Leistungskomplexpauschalen und Ausarbeitung der geplanten diagnosebezogenen Vergütungssystematik für die ambulante spezialfachärztliche Versorgung (ASV) nach § 116b
2. Stärkere Zusammenarbeit zwischen dem Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) und dem Institut des Bewertungsausschusses (InBA) bei den Kalkulationen
3. Sektorenübergreifendes Vergütungssystem unabhängig vom Ort der Leistungserbringung → Hybrid-DRGs

Teamleistungsorientierung

1. Ergebnisse von Projekten zur Heilkundeübertragung berücksichtigen
2. Leistungen von interdisziplinären Teams und Netzwerkstrukturen über die ärztliche Arbeitsleistung hinaus gezielt in der Versorgungsplanung berücksichtigen

Einführung und Struktur des Projekts

Steffen Bohm

AGENON Gesellschaft für Forschung und
Entwicklung im Gesundheitswesen mbH

Projekteinführung ProReVers

Prospektive sektorenübergreifende Regionale Versorgungsplanung im ländlichen Raum

Laufzeit: 01.10.2023 – 31.01.2026 (28 Monate)

Region: Landkreise Prignitz und Ostprignitz-Ruppin

Internet: <https://innovationsfonds.gba.de/projekte/prorevers.620>
(Versorgungsforschung; FKZ: 01VSF23044)

Gefördert durch:



Gefördert durch:



Konsortialführung

AGENON

Gesellschaft für Forschung und Entwicklung
im Gesundheitswesen mbH

Steffen Bohm

Projektleitung und Geschäftsführung

+49 30 921 045 70

bo@agenon.de

Konsortialpartner



AOK Nordost
Die Gesundheitskasse.



KVBB
Kassenärztliche Vereinigung
Brandenburg



MHB MEDIZINISCHE
HOCHSCHULE
BRANDENBURG

Kooperationspartner



Projektauftrag ProReVers



Entwicklung & Erprobung von Instrumenten und Verfahren

- für die regionalbezogene sektorenübergreifende Versorgungsplanung
- unter Berücksichtigung der Implementation innovativer Versorgungsansätze
- unter Berücksichtigung der Erschließung ambulanter Potenziale



Entwicklung von Designs für Analysen und Simulationen

- zum systematischen Aufbau einer empirischen Wissensbasis
- mit Vorschlägen für die Umsetzung in geeignete Darstellungsformate



Erarbeitung von Vorschlägen

- für die Realisierung einer „regionalen Planungsroutine“
- für deren Einbettung in die bestehenden Formate von Krankenhaus- und Bedarfsplanung, Zulassungs- und Ermächtigungspraxis
- ggf. für die Anpassung gesetzlicher Rahmenbedingungen



Projektauftrag ProReVers



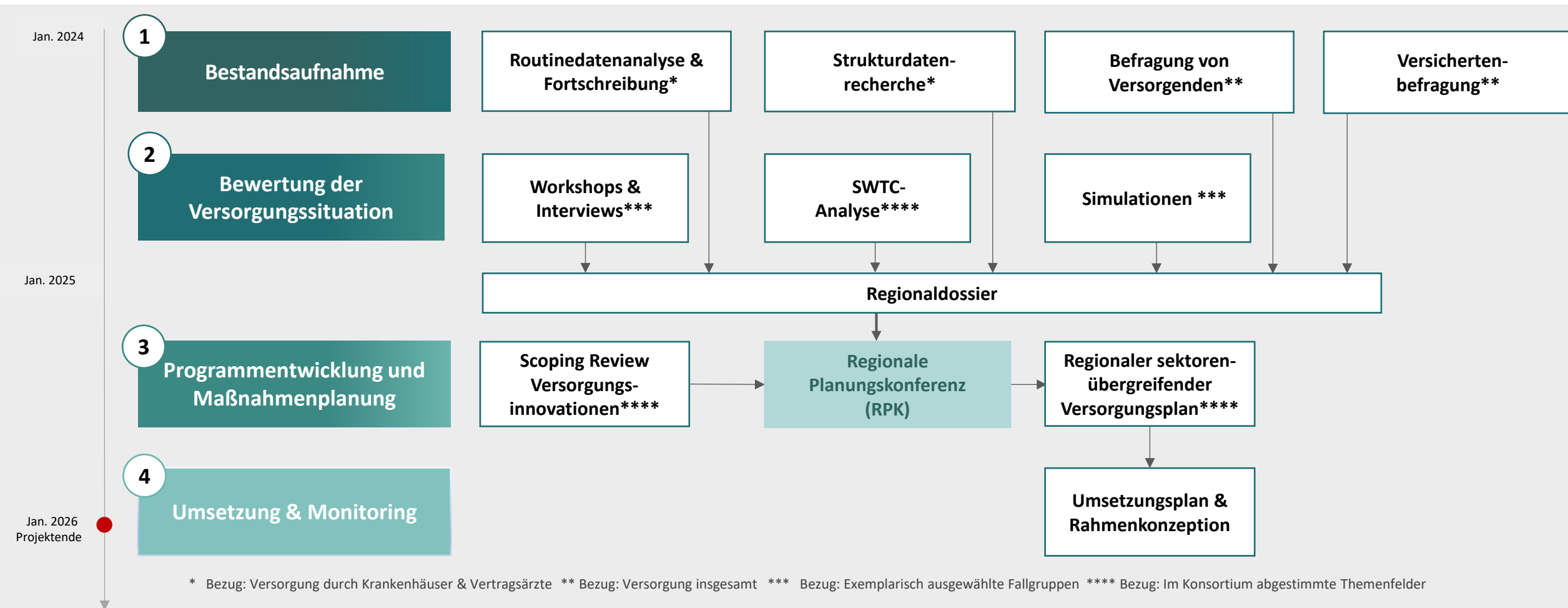
⊘ Was der Projektauftrag nicht abdeckt:

- Vorschläge für eine Reform der gesamten vertragsärztlichen Bedarfsplanung zu entwickeln und daraus abgeleitet erforderliche ambulante ärztliche Kapazitäten komplett neu zu berechnen
- eine „neue“ Krankenhausplanung zu entwickeln respektive Bettenbedarfs- bzw. Leistungsgruppen-bezogene Mengenerrechnungen durchzuführen
- sämtliche versorgungspolitischen und strukturellen Herausforderungen vor Ort mit einem „neuen“ Planungsinstrument zu lösen

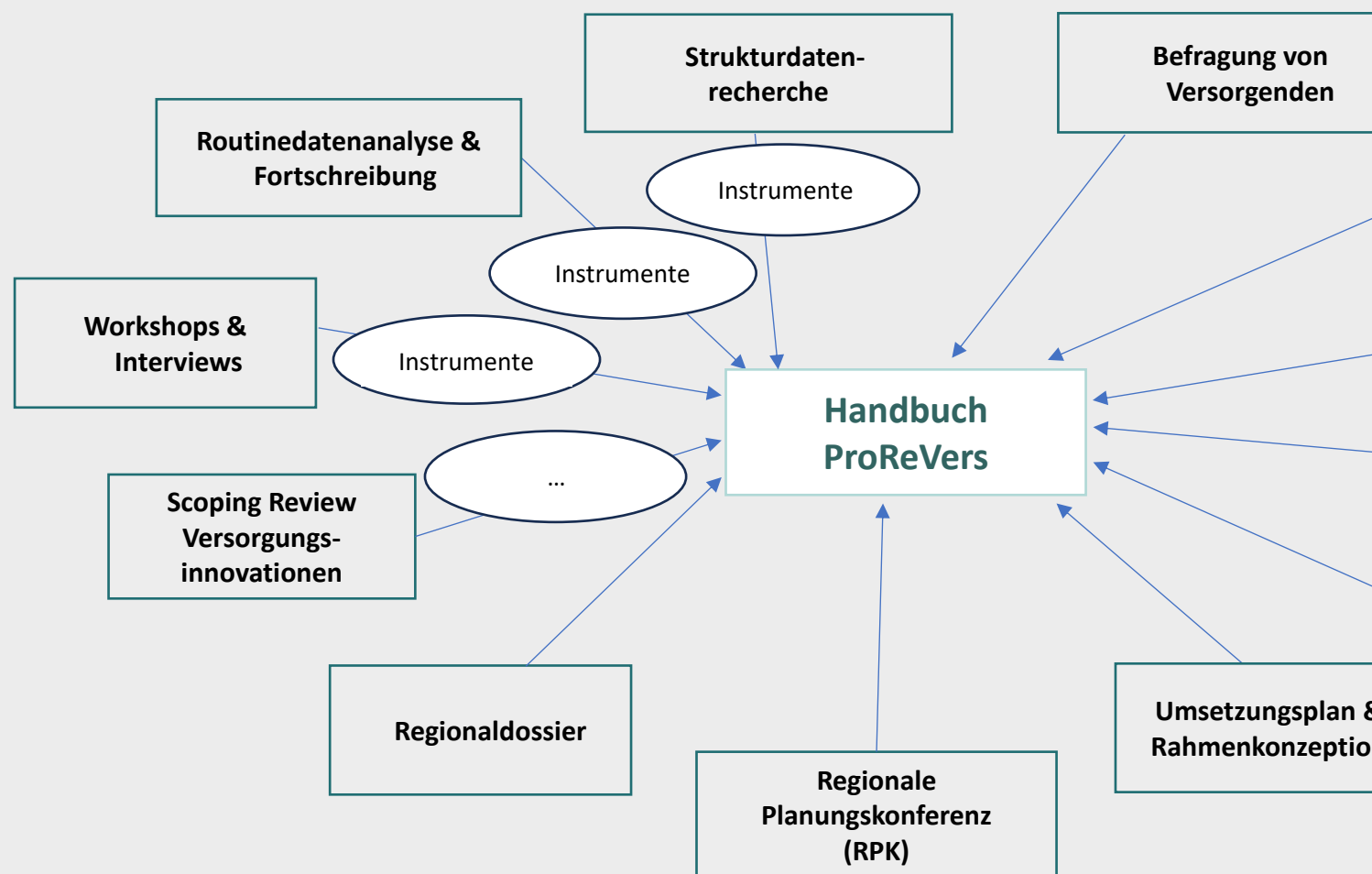
☑ **Der Fokus liegt auf der Entwicklung für die Anwendungspraxis tauglicher Instrumente und Verfahren für eine empirisch fundierte regionalbezogene sektorenübergreifende „Versorgungsgestaltung“**

Regionalbezogen heißt, dass die Gegebenheiten vor Ort den Aufsatpunft für die Weiterentwicklung der Strukturen und Versorgungsprozesse vor Ort bilden

Projektstruktur und Vorgehen in 4 Phasen



ProReVers - Bausteine und Instrumente



Baustein Routinedatenanalyse & Fortschreibung *

Instrumentenkoffer

Datenquellen und -zugänge

Datensatzbeschreibungen

Design Fortschreibung

Design Auswertungen

Aufbereitungsformate

Muster Ergebnisbericht

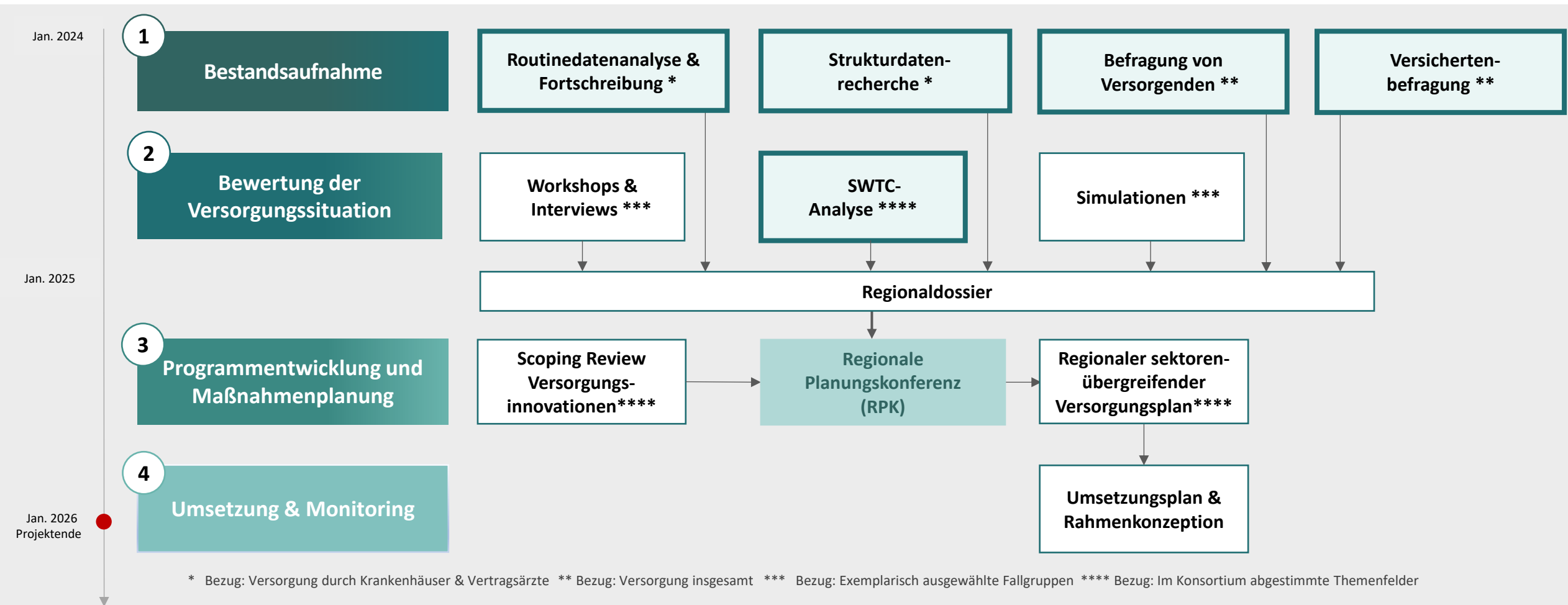
Gefördert durch:

Instrumente zur Beschreibung der aktuellen Lage in einer Gesundheitsregion – Basis für eine bedarfsgerechte Versorgungsplanung

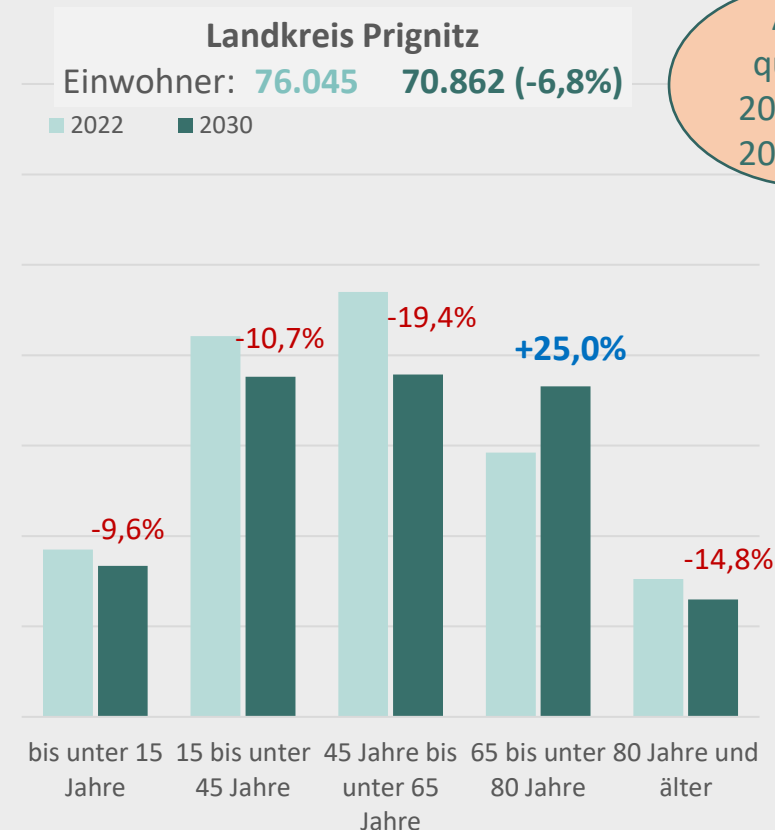
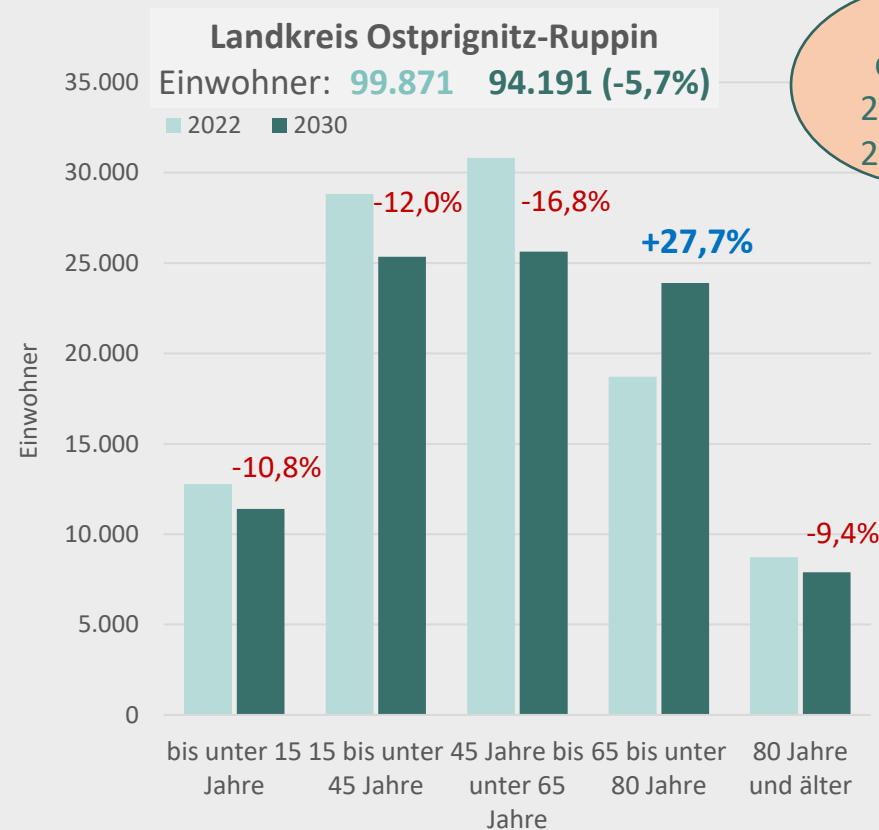
Pramono Supantia

AOK Nordost – Die Gesundheitskasse

Einordnung im Projekt



Kennwerte für die ausgewählte Region: Bevölkerungsstruktur und -entwicklung



Altenquotient 2022
BRB: 47%
Deutschland: 37%

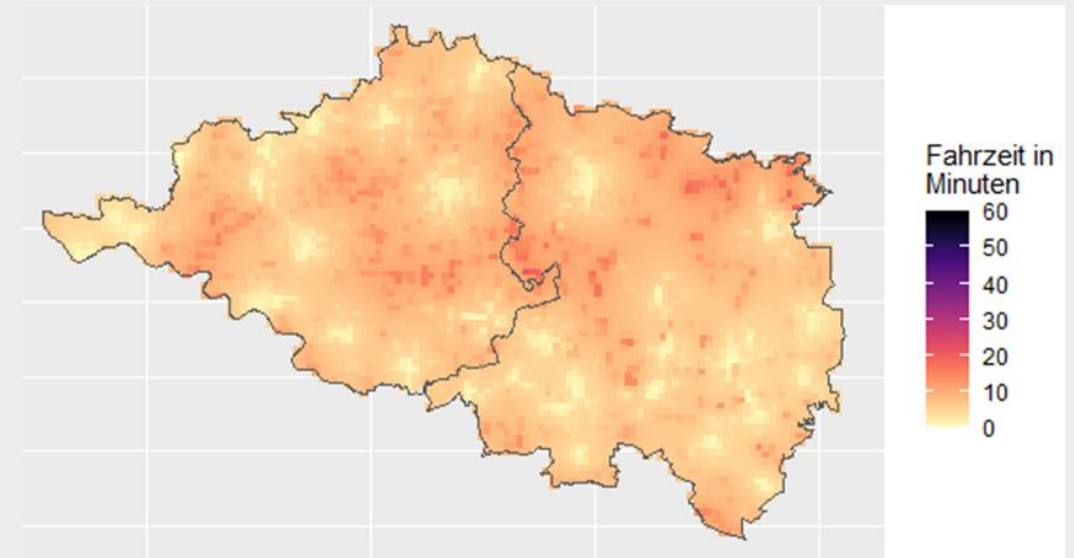
➔ Hohe und weiter zunehmende Alterslast bei starker Abnahme potenziell unterstützender bzw. hilfeleistender Personen

Gefördert durch:

Ergebnis Strukturdatenrecherche zur Hausärztlichen Versorgung

- Versorgungsgrade variieren zwischen 81,8% (Perleberg-Wittenberge) und 104,7% (Neuruppin)
 - **Keine Unterversorgung**, jedoch Zulassungen in allen MB möglich
- 70% der Bevölkerung erreichen einen Hausarzt in bis zu 5 Minuten PKW-Fahrzeit, 99% in bis zu 15 Minuten
 - **Gute Erreichbarkeit**

Fahrzeit der Bevölkerung zum nächsten Hausarzt in Minuten

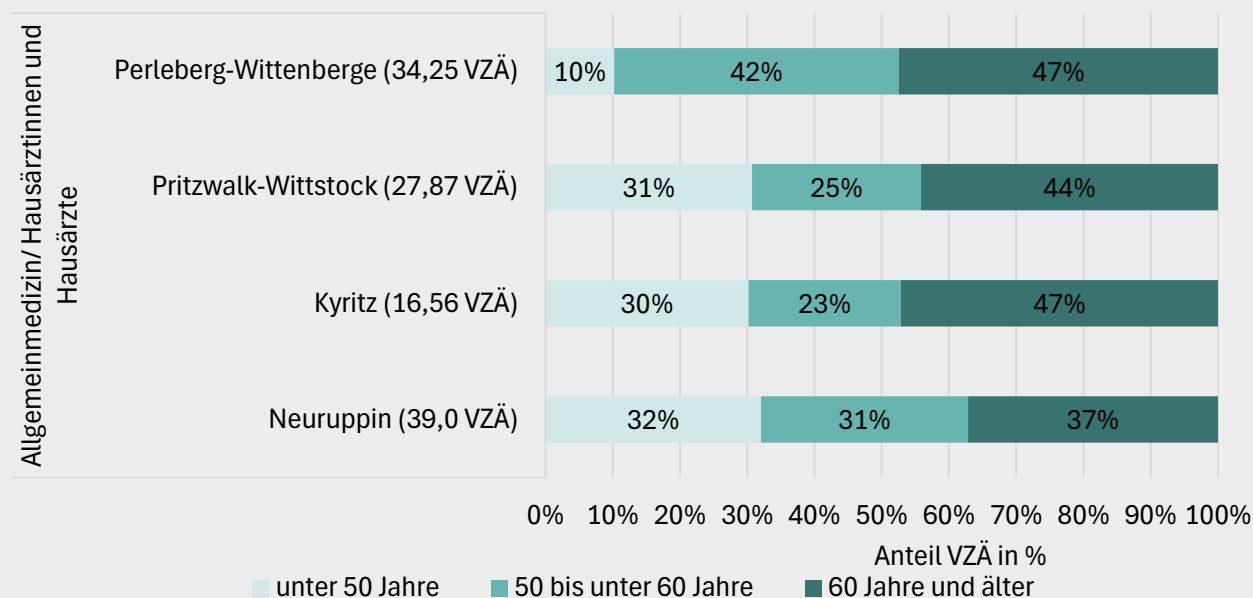


Quelle

AGENON auf Basis von Daten der Arztsuche BRB, Mecklenburg-Vorpommern, Niedersachsen und Sachsen-Anhalt und OpenStreetMap 2024

Ergebnis Fortschreibung der Hausärztlichen Versorgung

Altersstruktur der Hausärzte auf Basis der VZÄ im Jahr 2022



Quelle

AGENON auf Basis von Daten der Kassenärztlichen Vereinigung Brandenburg

- Zwischen 37 und 47% der Ärzte sind älter als 60 Jahre
→ Hohe Anteilswerte bei den Hausärzten **ab 60 Jahren**
- Erwartungen zur Nachbesetzung:
 - Bis 2026 sind 11 abgebende HA bekannt, 6 der abgebende HA sind ohne Nachfolge
 - Ab 2026 sind 3 abgebende HA bekannt, 2 davon sind ohne Nachfolge
- Eine größere Anzahl an Hausarztsitzen wird in den kommenden Jahren **nachbesetzt werden müssen**

Bevölkerungsbefragung (AOK-Nordost-Versicherte)

Response
n=1.886
(19%)

- Hohe Zufriedenheit mit der **hausärztlichen, fachärztlichen und stationären Versorgung**
- **ländlichen Regionen bewerten** die Entfernung zum Facharzt und zum Krankenhaus **signifikant schlechter**
- **mehr niedergelassene Fachärzte und Hausärzte** gewünscht
- Ärztlicher Bereitschaftsdienst wird eher wenig genutzt - eine deutliche Mehrheit würde sich **direkt an den Notarzt/Rettungsdienst** wenden
- Hoher Anteil der Befragten mit **inadäquater Gesundheitskompetenz; signifikanter Zusammenhang zwischen inadäquater Gesundheitskompetenz und der Nutzung des ärztlichen Bereitschaftsdienstes**

Zufriedenheit ...	Region	Hausärztliche Versorgung n = 1.664 (97%)	Fachärztliche Versorgung n = 1.459 (85%)	Krankenhausversorgung n = 1.127 (66%)
<i>...im Allgemeinen</i>	Ländliche Region	2,0	2,1	2,4
	Kleinstadt	2,1	2,0	2,3
	Mittelstadt	1,9	2,1	2,4
<i>... mit der Entfernung vom Wohnort</i>	Ländliche Region	2,1	3,2	3,2
	Kleinstadt	1,6	2,7	2,6
	Mittelstadt	1,7	2,0	1,9
<i>... mit der Wartezeit auf den Termin</i>	Ländliche Region	2,2	3,3	2,7
	Kleinstadt	2,3	3,1	2,5
	Mittelstadt	2,1	2,9	2,6

Quelle

AOK Nordost und MHB, basierend auf Primärdaten der Versichertenbefragung

Bewertung der Instrumente – Sicht des Konsortiums

	Routinedatenanalyse & Fortschreibung	Strukturdatenrecherche	Befragung von Versorgenden	Versichertenbefragung
	Gutes Instrument zur Schätzung der Versorgungsbedarfe sowie der Ambulantisierungspotentiale	Gutes Instrument zur Bewertung des Leistungsangebots, von Erreichbarkeiten sowie der Morbiditätslast	Gutes Instrument zur Identifikation und tieferem Verständnis von Handlungsfeldern; vermutlich übertragbar	Gutes Instrument zur Identifizierung patientenzentrierter Potenziale und zusätzlicher Informationen sowie zur Abbildung der Bevölkerungsperspektive
	Eingeschränkte Zugänglichkeit der benötigten Daten	Datenlücken bei relevanten Kennzahlen und Limitationen der Bedarfsplanung der Ärzte	Aufwändig in der Durchführung und Analyse	Aufwändig in der Durchführung und Analyse; Gefahr der Subjektivität
	Etablierung und kontinuierliche Datenaktualisierung und Bereitstellung (vgl. <i>Pflegedossier</i>)	Initiale Bestandsaufnahme mit kontinuierlicher Aktualisierung und Bereitstellung	Perspektive der Versorgenden könnten in anderer Form eingebracht werden	Spezifizierung der Inhalte; Nutzung digitaler Alternativen und validierter Instrumente; reg. Erhebungsprozess ist zu definieren

SWTC-Analyse

Modifizierte SWOT-Matrix: SWTC-Matrix

Stärken - <u>S</u>trengths (Gegenwart/Status quo) Welche Stärken weist die Versorgung in der Region auf?	Schwächen - <u>W</u>eaknesses (Gegenwart/Status quo) Welche Schwächen weist die Versorgung in der Region auf?
Risiken - <u>T</u>hreats (Zukunft) Welche Risiken ergeben sich aus dem Status quo für die Zukunft?	Herausforderungen - <u>C</u>hallenges (Zukunft) Welche Herausforderungen und nächsten Schritte lassen sich aus dem Status quo und den Risiken für die Zukunft ableiten?

Quelle: AGENON (eigene Darstellung) in Anlehnung an Bundesministerium des Innern und für Heimat

Themenfelder der SWTC-Matrizen

1. Krankentransport und Krankenfahrten
2. Rettungsdienst
3. Akut- und Notfallversorgung an Krankenhäusern
4. (Voll-) Stationäre Versorgung
5. Tagesklinische Versorgung
6. Ambulante Versorgungsangebote der Krankenhäuser
7. Hausärztliche Versorgung
8. Allgemeine und spezialisierte fachärztliche Versorgung
9. **Ambulantisierung**
10. Geriatrische Versorgung
11. Fachgruppen- und sektorenübergreifende Zusammenarbeit
12. Digitale Unterstützung der Versorgung
13. Gesundheitsverhalten und Gesundheitskompetenz
14. Neubildungen
15. Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten
16. **Krankheiten des Kreislaufsystems**
17. Krankheiten des Urogenitalsystems

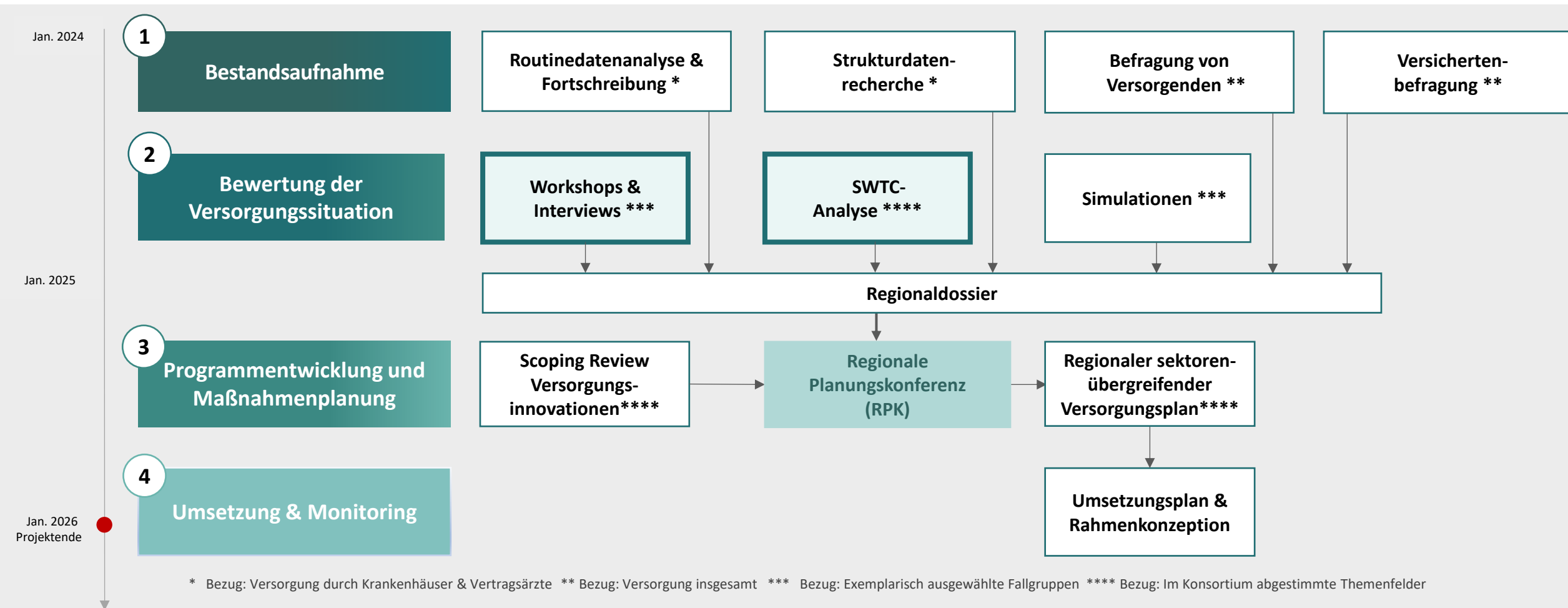
Gefördert durch:

Vertiefung ausgewählter Aspekte im Hinblick auf Ambulantisierungspotenziale am Beispiel der Indikation Herz- Kreislauf

Prof. Dr. Mathias Stöwhas

KMG Kliniken SE

Einordnung im Projekt



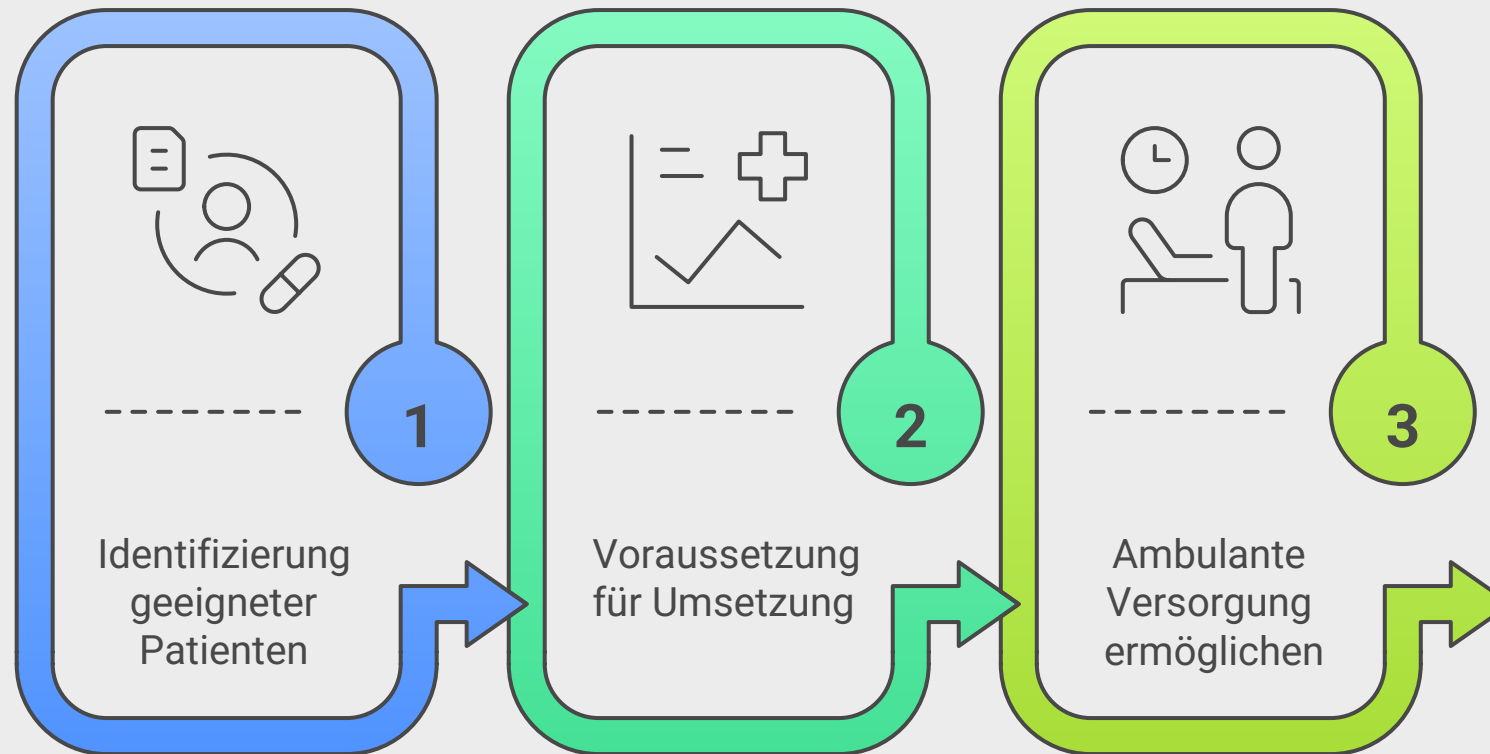
Begriffsbestimmung



Ambulantisierung

Verlagerung von medizinischen Leistungen,
die bislang stationär im Krankenhaus
erbracht wurden,
in den **ambulanten Sektor**

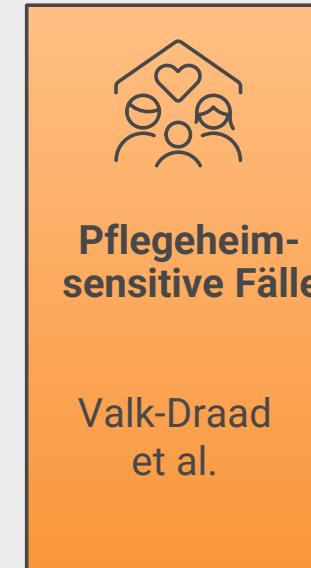
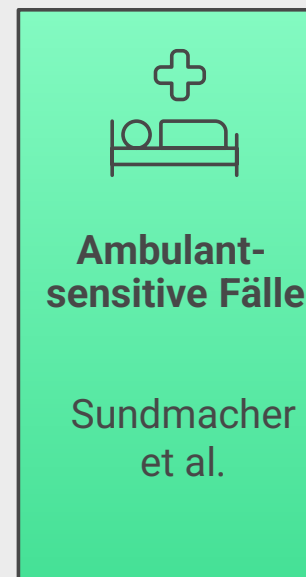
Begriffsbestimmung – Kontext Projekt



Methodischer Ansatz

Quelle: bisher in den Krankenhäusern stationär behandelte Patienten
§21-Datensatz der Häuser der Projektregion (Jahr 2022)

Ansatz:



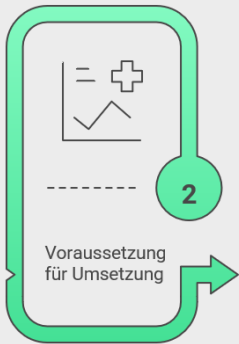
Methodischer Ansatz - Zwischenergebnis



ICD-Kapitel	ICD-Kapitel Text	Fälle Gesamt			Fälle Pot. nach IGES-Gutachten			Fälle Pot. nach Sundmacher			Fälle Pot. nach PSK		
		BRB	OPR	PR	BRB	OPR	PR	BRB	OPR	PR	BRB	OPR	PR
01	Bestimmte infektiöse und parasitäre Krankheiten	13.492	572	750	1.887	93	114	5.412	254	360	160	20	5
02	Neubildungen	41.799	16.81	1.180	12.568	508	315	0	0	0	11	2	0
04	Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten	13.904	609	735	3.364	165	148	4.318	195	192	457	54	17
09	Krankheiten des Kreislaufsystems	71.927	3.611	3.188	17.735	1.111	920	20.165	1.241	1.077	519	48	26
13	Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes	33.931	1.702	2.072	8.349	481	814	9063	462	671	29	4	1
14	Krankheiten des Urogenitalsystems	24.414	1.066	932	7.501	286	338	4.881	243	170	321	32	6

Auswahl im Konsortium, welche Bereiche weiter bearbeitet werden sollen

Fallgruppen-Karteikarten

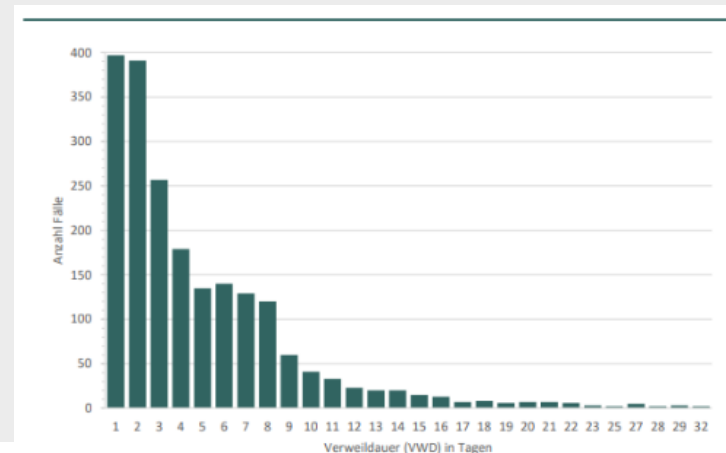


Ziel: Hürden und Hemmnisse / Voraussetzungen
für eine erfolgreiche Ambulantisierung der identifizierten Patientengruppen
... *am konkreten Beispiel...* ermitteln

Ansatz: Workshop mit medizinischen Experten „außerhalb der Projektregion“
Interviews mit medizinischen Experten „aus der Projektregion“

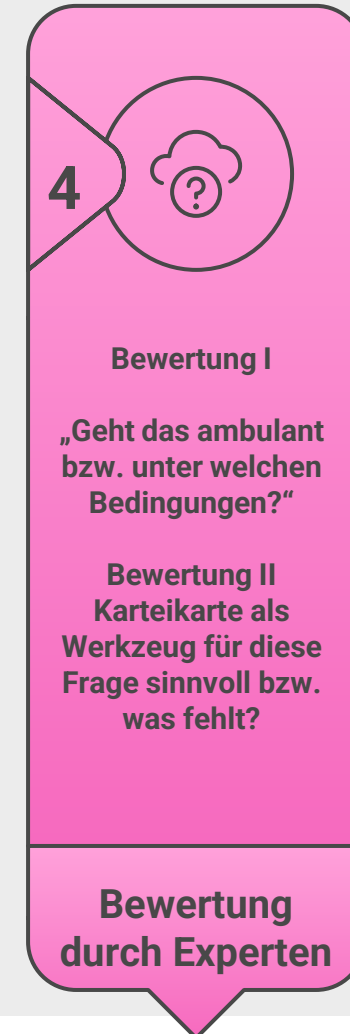
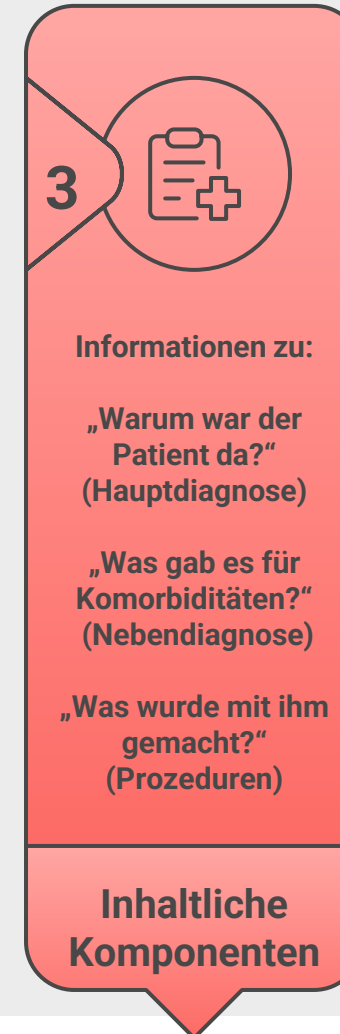
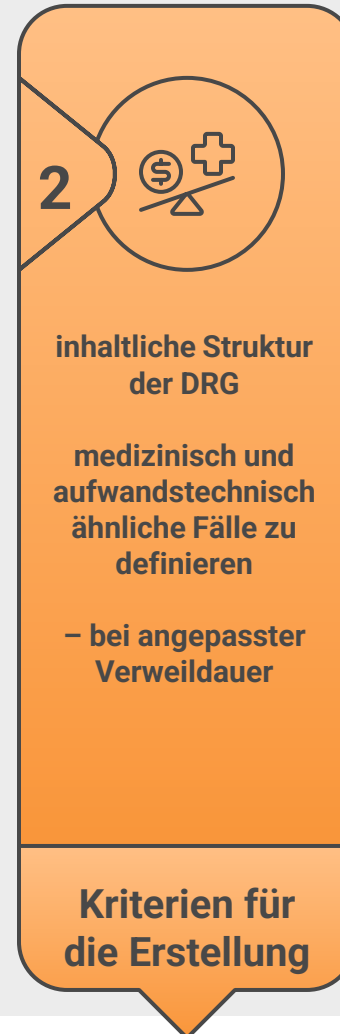
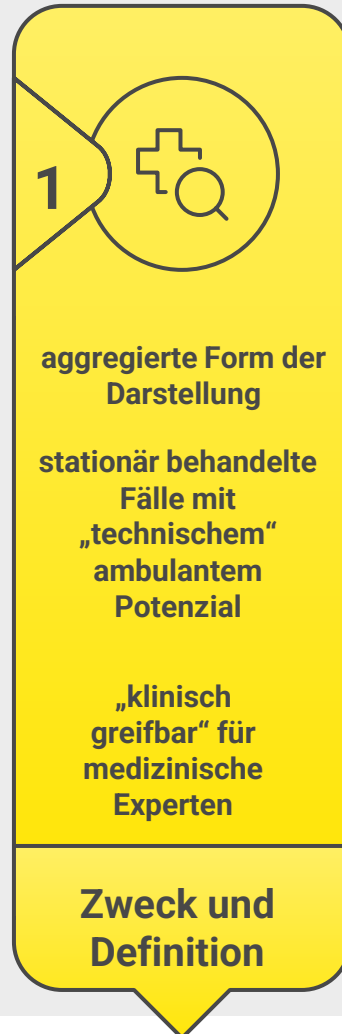
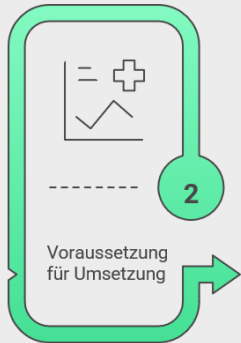
weitere Eingrenzung der Fälle über die Verweildauer

Erstellung von
Fallgruppen-Karteikarten

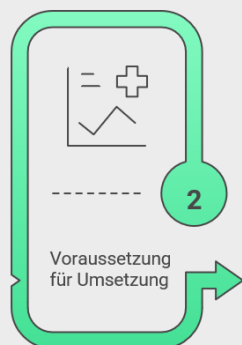


Gefördert durch:

Fallgruppen-Karteikarten



Fallgruppen-Karteikarten - Beispiel



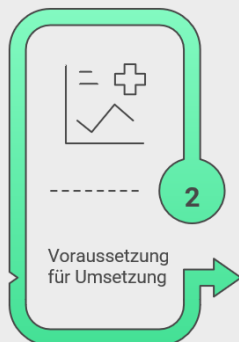
Hauptdiagnose			Nebendiagnosen			Prozeduren gem. OPS		
ICD-3-Steller	ICD-3-Steller Text	n in %	ICD-3-Steller	ICD-3-Steller Text	n in %	OPS-Kode	OPS-Text	n in %
I25	Chronische ischämische Herzkrankheit	60,8	Z11	Spezielle Verfahren zur Untersuchung auf infektiöse und parasitäre Krankheiten	97,2	8-83b.c6	Zusatzinformationen zu Materialien: Verwendung eines Gefäßverschlusssystems: Resorbierbare Plugs mit Anker	57,4
I20	Angina pectoris	18,9	E78	Störungen des Lipoproteinstoffwechsels und sonstige Lipidämien	76,9	1-275.2	Transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung: Koronarangiographie, Druckmessung und Ventrikulographie im linken Ventrikel	46,1
I50	Herzinsuffizienz	5,36	Z48	Andere Nachbehandlung nach chirurgischem Eingriff	68,5	1-275.0	Transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung: Koronarangiographie ohne weitere Maßnahmen	44,5
I11	Hypertensive Herzkrankheit	5,05	I11	Hypertensive Herzkrankheit	52,7	1-279.a	Andere diagnostische Katheteruntersuchung an Herz und Gefäßen: Koronarangiographie mit Bestimmung der intrakoronaren Druckverhältnisse durch Druckdrahtmessung	25,6
I35	Nicht rheumatische Aortenklappenkrankheiten	4,41	Z95	Vorhandensein von kardialen oder vaskulären Implantaten oder Transplantaten	48,9	1-275.5	Transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung: Koronarangiographie von Bypassgefäßen	8,52
I34	Nicht rheumatische Mitralklappenkrankheiten	1,26	I25	Chronische ischämische Herzkrankheit	41,6	9-984.7	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 2	6,62



Bewertung - Ambulante Potenziale (in Zahlen)

„100%“ 

ICD-10-Kapitel	Fälle Gesamt			Anteil ambulantes Potenzial IGES an Fälle Gesamt			Workshops & Interviews Potenziell realisierbares ambulantes Potenzial		
	BRB	OPR	PR	BRB	OPR	PR	Fallgruppen-Karteikarte 1	Fallgruppen-Karteikarte 2	Fallgruppen-Karteikarte 3
Krankheiten des Kreislaufsystems	71.927	3.611	3.188	24,7%	30,8%	28,9%	~ 30-50%	~ 50%	0%



Karteikarte 1:

Nicht schwere kardiale Arrhythmie und Erregungsleitungsstörungen (*Kardioversion*)

Karteikarte 2:

Invasive kardiologische Diagnostik außer bei akutem Myokardinfarkt

Karteikarte 3:

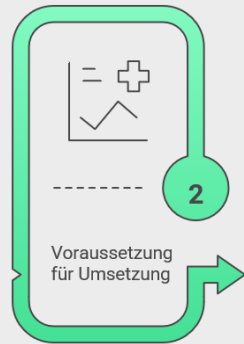
Perkutane Koronarangioplastie mit [...] Intervention



Warum?

Bewertung - Ambulante Potenziale (in Worten*)

* verkürzte Auswahl



Was passiert nach 16:00 Uhr mit meinem Patienten?
Regelarbeitszeit Praxispersonal endet -
Notdienst?

Medizinische Komplexität & Komplikationsrisiko

zeitnahe Versorgung nicht möglich, eingeschränkter Allgemeinzustand

Nachsorge



soziale / patientenbezogene Faktoren

Kombination aus hoher
Anspruchshaltung / fehlender
Gesundheitskompetenz und oftmals
hinderlichen sozialen
Begleitumständen



Infrastruktur

weiterer Aufbau „ambulanter Strecken“?
fehlende räumliche, personelle, technische Ausstattung
Betriebswirtschaftlich notwendige Fallzahl nicht erreichbar



mehr
ambulante
Versorgung

Transport und ÖPNV

ÖPNV oftmals =
Schulbus
v.a. „Randzeiten
schwierig



Wartezeiten

(zu) lange Wartezeit für Diagnostik



Vergütung und Abrechnung

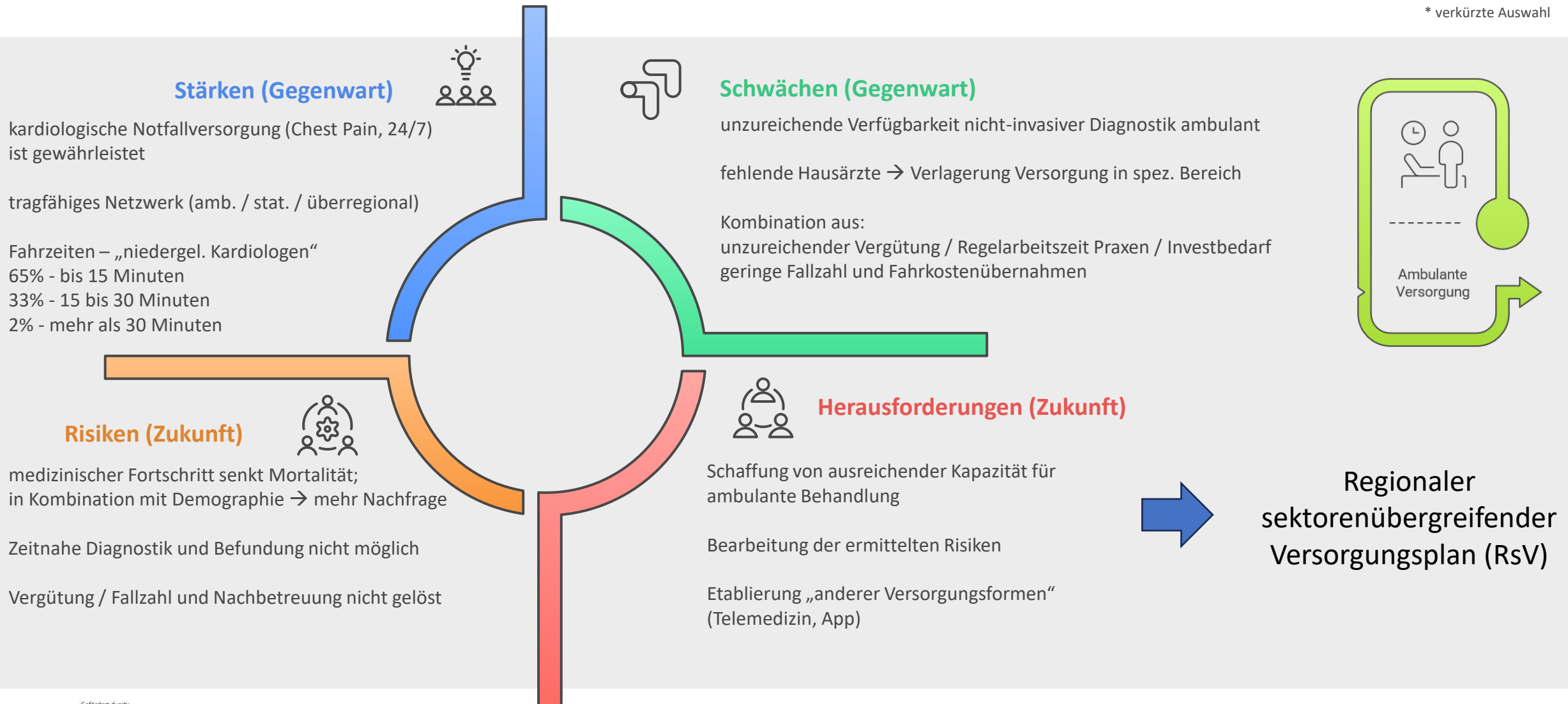
Vergütung nicht kostendeckend (ambulant) oder
Leistung kann nicht abgerechnet werden (stationär)



Gefördert durch:

Ambulante Potenziale – Überleitung SWTC-Matrix*

* verkürzte Auswahl

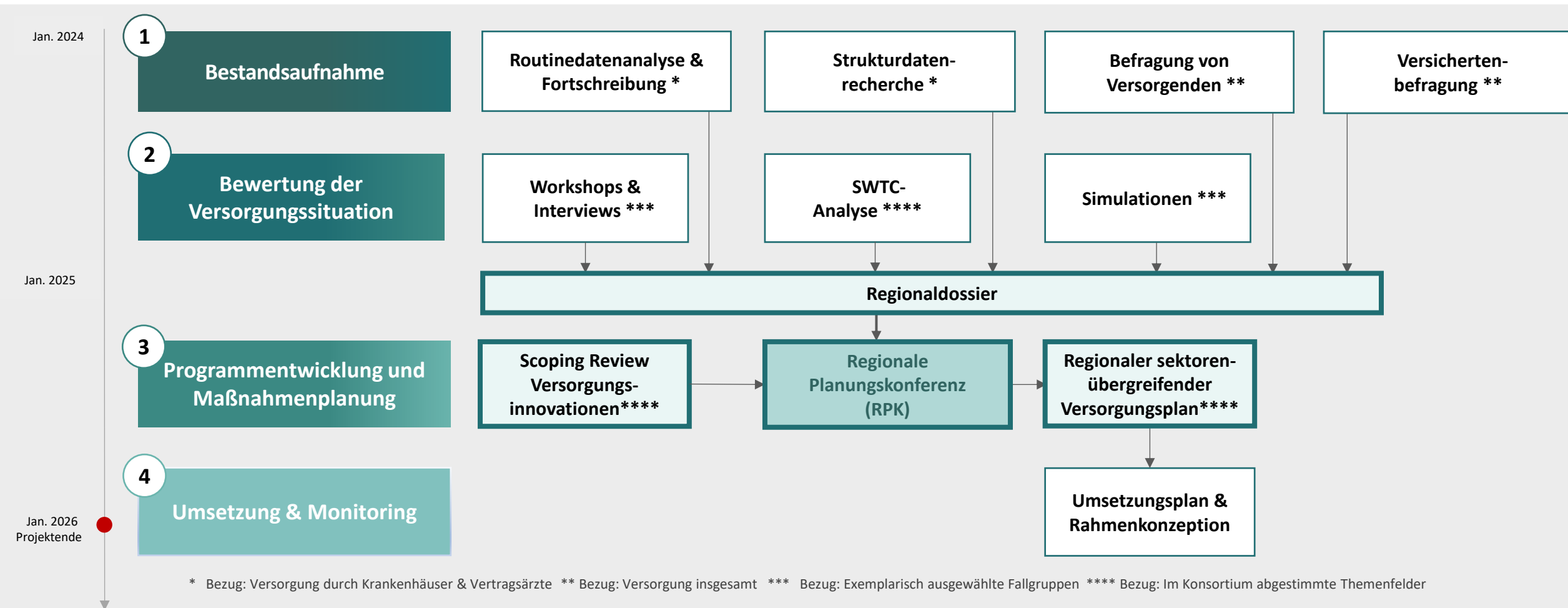


Regionaler sektorenübergreifender Versorgungsplan (RsV)

Steffen Böhm

AGENON Gesellschaft für Forschung und
Entwicklung im Gesundheitswesen mbH

Einordnung im Projekt



Erarbeitung des regionalen sektorenübergreifenden Versorgungsplans (RsV) (Phase 3)

Regionale Planungskonferenz (RPK)

Arbeitsgrundlagen

Regionaldossier & Bericht Scoping Review



Sitzungen

4 Sitzungen á 2,5 Stunden

Teilnehmende



Ergebnis

Regionaler sektorenübergreifender Versorgungsplan (RsV)



Gefördert durch:

Auswahl der Themen für die Bearbeitung in der RPK

SWTC-Matrix

Stärken - <u>S</u>trengths (Gegenwart/Status quo) Welche Stärken weist die Versorgung in der Region auf?	Schwächen - <u>W</u>eaknesses (Gegenwart/Status quo) Welche Schwächen weist die Versorgung in der Region auf?
Risiken - <u>T</u>hreats (Zukunft) Welche Risiken ergeben sich aus dem Status quo für die Zukunft?	Herausforderungen - <u>C</u>hallenges (Zukunft) Welche Herausforderungen und nächsten Schritte lassen sich aus dem Status quo und den Risiken für die Zukunft ableiten?

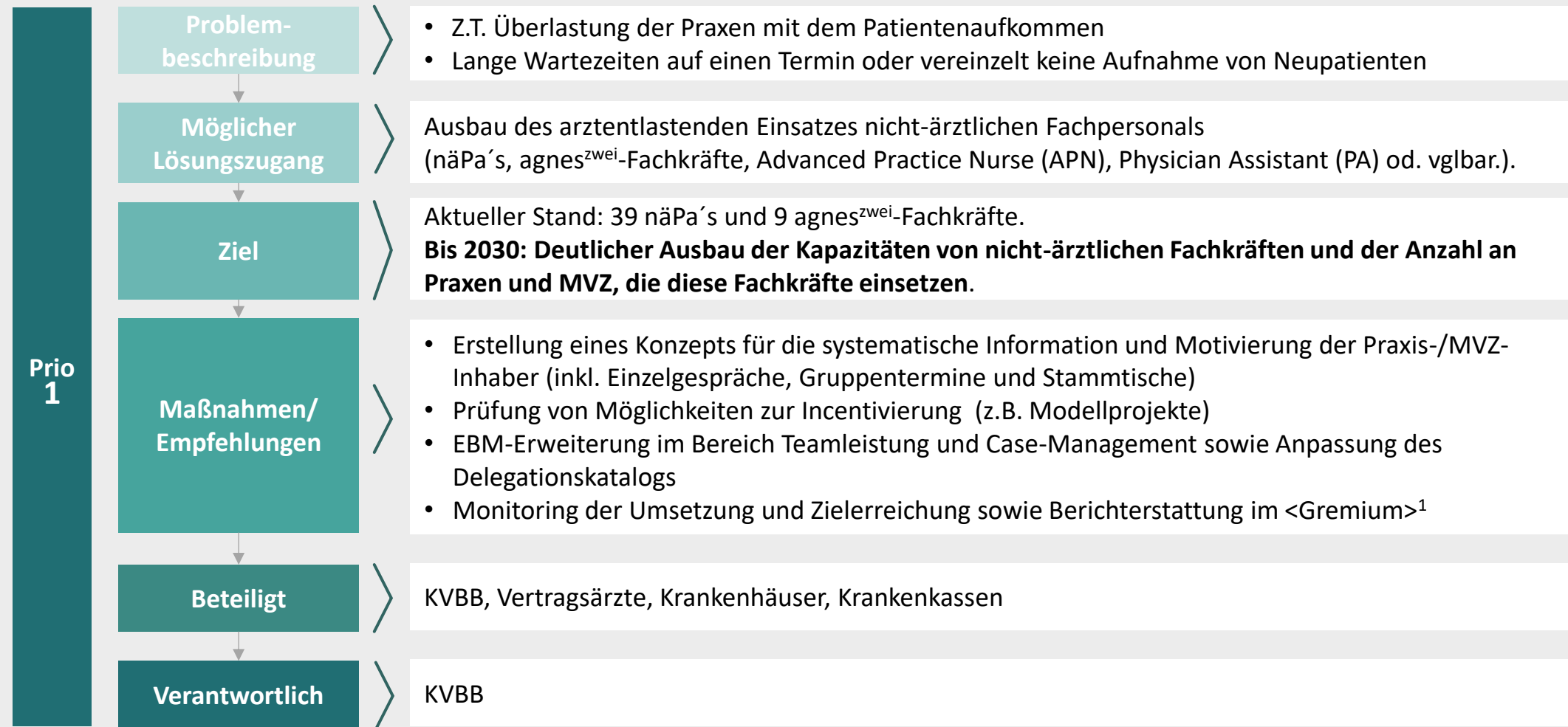
Quelle: AGENON (eigene Darstellung) in Anlehnung an Bundesministerium des Innern und für Heimat

Themenfelder der SWTC-Matrizen

1. Krankentransport und Krankenfahrten
2. Rettungsdienst
3. Akut- und Notfallversorgung an Krankenhäusern
4. (Voll-) Stationäre Versorgung
5. Tagesklinische Versorgung
6. Ambulante Versorgungsangebote der Krankenhäuser
7. Hausärztliche Versorgung
8. Allgemeine und spezialisierte fachärztliche Versorgung
9. Ambulantisierung
10. Geriatrische Versorgung
11. Fachgruppen- und sektorenübergreifende Zusammenarbeit
12. Digitale Unterstützung der Versorgung
13. Gesundheitsverhalten und Gesundheitskompetenz
14. Neubildungen
15. Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten
16. Krankheiten des Kreislaufsystems
17. Krankheiten des Urogenitalsystems

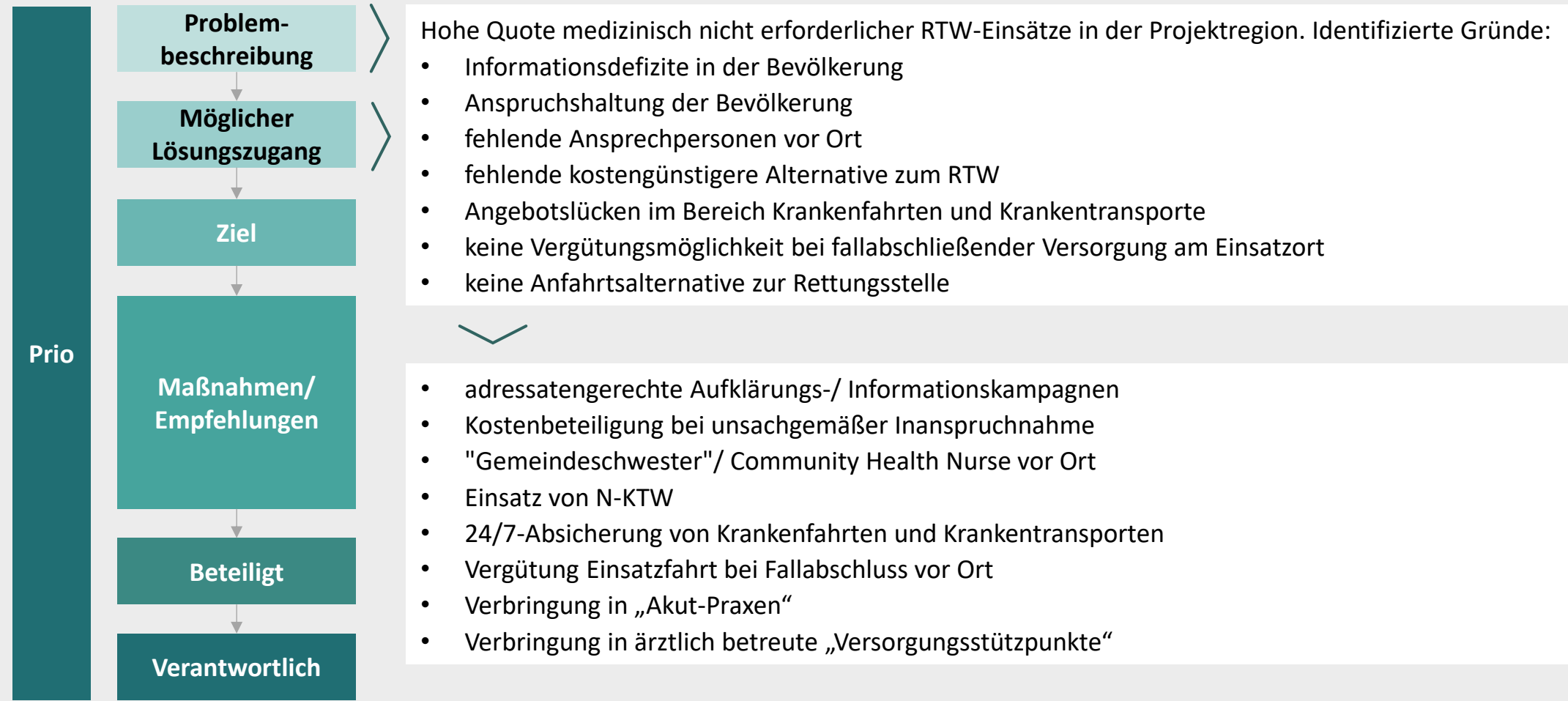
Gefördert durch:

Exemplarische Ergebnisse aus dem Themenfeld 2 – Hausärztliche und allgemeine sowie spezialisierte fachärztliche Versorgung

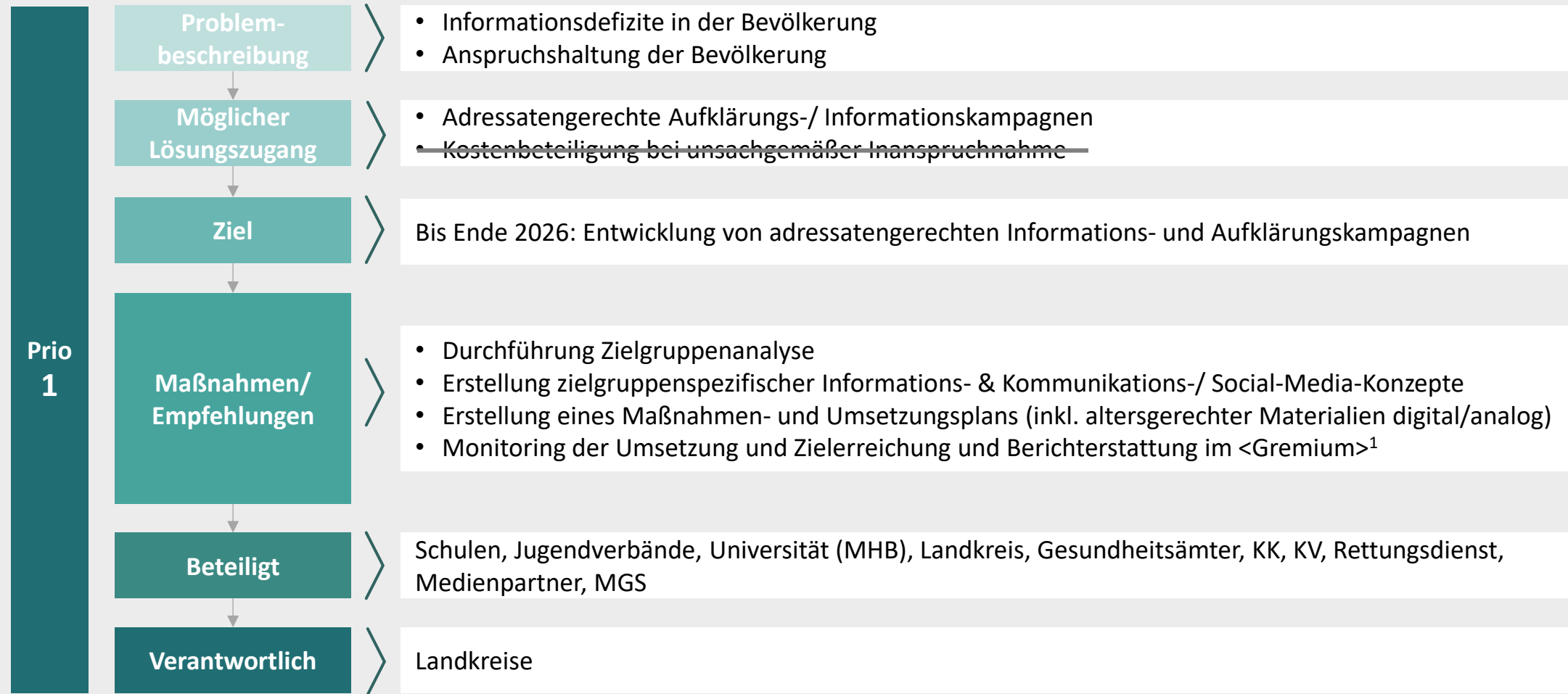


¹ In Phase 4 „Umsetzung & Monitoring“ definiert

Exemplarische Ergebnisse aus dem Themenfeld 1 – Patiententransport und Rettungsdienst



Exemplarische Ergebnisse aus dem Themenfeld 1 – Patiententransport und Rettungsdienst



¹ In Phase 4 „Umsetzung & Monitoring“ definiert

Gefördert durch:

Empfehlungen und Herausforderungen

Empfehlungen

- Soweit noch nicht bestehend: Schaffung eines regionalen Gremiums nach dem Muster der RPK
- Festlegung von Aufgaben, Zuständigkeiten und Funktionen des Gremiums (ProReVers-Mustervorlage: RPK-Geschäftsordnung)
- Einrichtung einer auf Dauer angelegten Organisations- und Arbeitsstruktur
- Einbezug aller versorgungsrelevanten Bereiche inklusive der kommunalen Daseinsvorsorge
- Arbeitsgrundlagen: Daten und Fakten (ProReVers-Mustervorlagen: Regionaldossier sowie Bericht Scoping Review)
- Ergebnisse: Vorschläge für Maßnahmen zu den aus regionaler Perspektive erforderlichen versorgungsstrukturellen Anpassungen (ProReVers-Mustervorlage: Regionaler sektorenübergreifender Versorgungsplan)

Herausforderungen

- *Commitment zum „RPK-Ansatz“ erzielen*
- *Zuständigkeit für die RPK bzw. ein RPK-analoges Gremium und Kostentragung festlegen*
- *Zuständigkeit für die Zusammenstellung von Daten und Fakten und Kostentragung festlegen*
- *Rechtliche Verankerung prüfen (Bundesrecht, Landesrecht, Kommunalrecht)*
- *Einbettung in die bestehenden jeweiligen Arbeits- und Entscheidungsstrukturen sicherstellen ...*

CAVE: Insbes. soweit erforderliche Versorgungsaufträge und Vergütungsfragen betroffen sind, sind Entscheidungen auf anderen Ebenen erforderlich

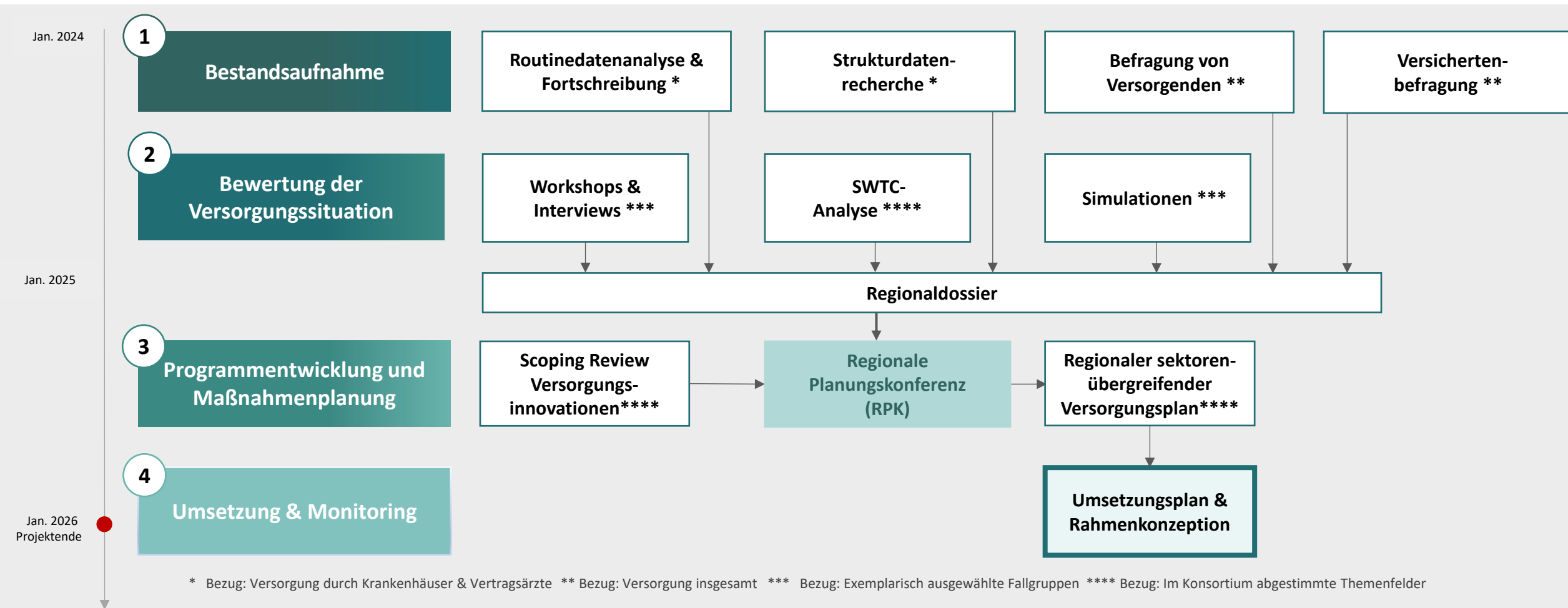
... ProReVers-Mustervorlage: Rahmenkonzeption für die verfahrenstechnische Verzahnung

Etablierung eines Gremiums regionaler Planungen: Erfolgsfaktoren und Herausforderungen unter den bestehenden Rahmenbedingungen

Lutz O. Freiberg

Kassenärztliche Vereinigung Brandenburg

Einordnung im Projekt



Regionale Herausforderung und These

- **Institutionalisierung**

- des Zusammenwirkens der unterschiedlichen **Planungs- und Versorgungsakteure** im Bereich **Gesundheits- und Daseinsvorsorge**
- in einer **Regionalen Planungskonferenz**
- mit dem Ziel der **Erarbeitung von Lösungen** zur regionalen Ausgestaltung und Verbesserung der **Versorgungssituation vor Ort**.

- **Bislang gibt es flächendeckend keine Gremien/Arbeitsstrukturen in den Regionen, die mit relevanten Akteuren besetzt sind und regelhaft tagen**

- Vorerfahrungen RSS* Templin - Umsetzbarkeit auf Verträge §140a SGBV begrenzt, keine GKV-Kontrahierung

* Regionales Strategie-/ Steuerungsteam, seit 2021 (Stadt Templin, Arztnetz GiT, Sana Krankenhaus, KV Brandenburg, AOK Nordost)

Regionale Akteure, Netzwerke, Kooperationen

Handlungsfelder einer „Regionalen Planungskonferenz“ (RPK)

1. Erstellung „Regionaler sektorenübergreifender Versorgungsplan“ (RsV)

- Gemeinsames regionales Zielbild auf der Grundlage von Daten und Analytik
- Gemeinsames Handeln, Koordination und Aufgabenteilung
- Einschließlich Rettungsdienst und Pflege

2. Verknüpfung von Gesundheitsversorgung und Daseinsvorsorge

- Interessenvertretung von Bevölkerung und Wirtschaftsunternehmen
- Stadt- / Regionalplanung (Verkehr, digitale Infrastruktur, Ansiedlungen, etc.)
- Soziale, pflegerische Beratung/ Unterstützung
- Stärkung Gesundheitskompetenz

RPK und RsV - Kritische Würdigung

Regionale Beteiligung und Kommunikation schafft Akzeptanz für Veränderungen, fördert aktives Handeln und funktionale Lösungen

Aber:

- Versorgungsplan entsteht aus regionaler und „Betroffenen“-Sicht
- Strukturvorschläge sind u.a. auch wirtschaftlich und kommunalpolitisch motiviert
- Erwartungen der Versicherten treffen auf bestehende Leistungsangebote

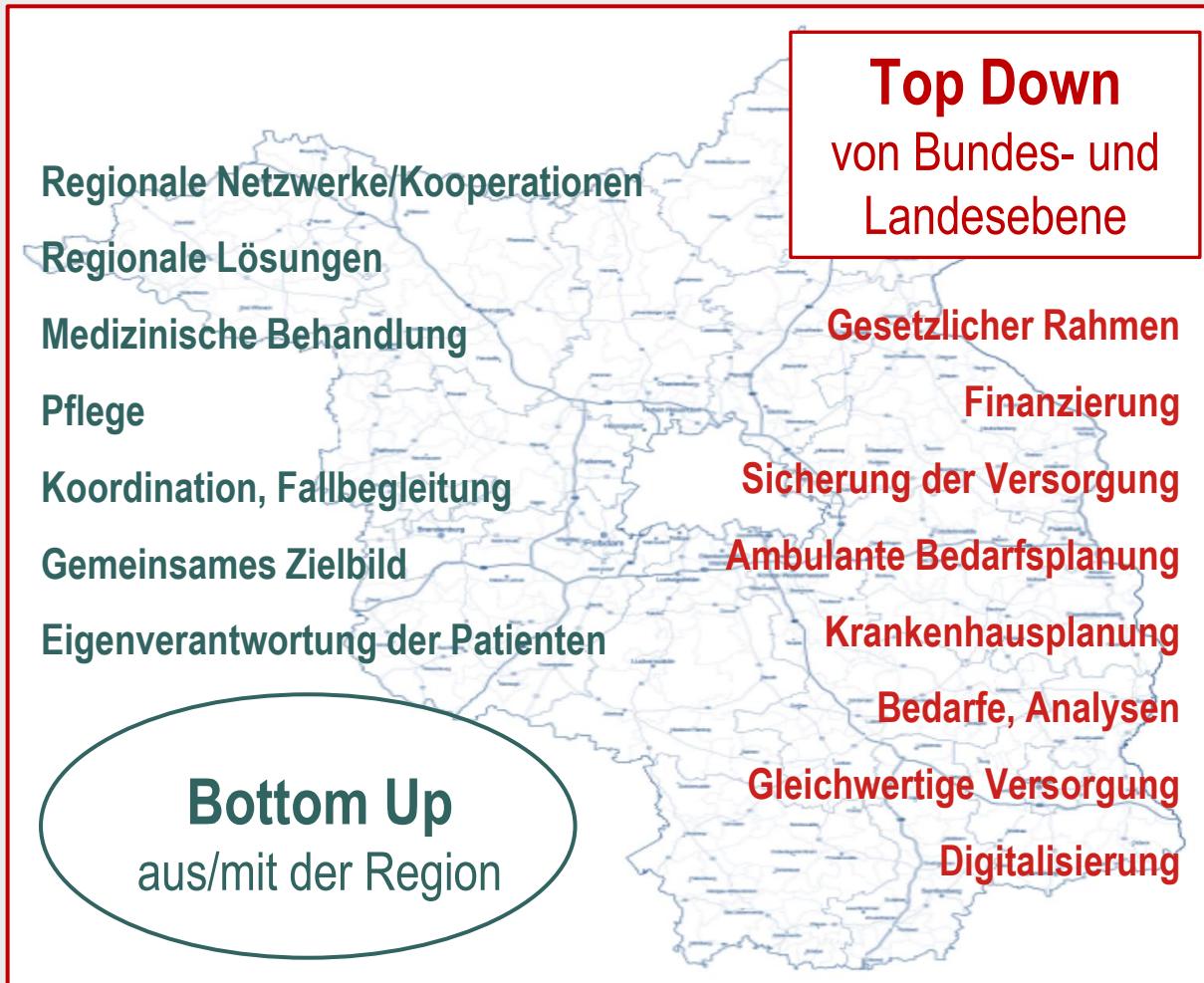
ZIELKONFLIKT

**Regionaler sektorenübergreifender Versorgungsplan vs.
Landesweiter Sicherstellungsauftrag (24/7) und Leistungsfähigkeit der
Beteiligten sowie Finanzierbarkeit durch GKV, Landkreis und Kommune**

Verfahrenstechnische Verzahnung – Blick über den Tellerrand

- **Regionale Gesundheitskonferenzen** u.a. in HH, Berlin, BaWü, Bayern, Niedersachsen in Verantwortung ÖGD, Landkreise, Stadtbezirke
- **Rechtsgrundlagen** u.a. §90a SGBV, Landesgesetze und Förderprogramme
- **Austausch** mit Behörden, Ministerien oder Gremien auf Landesebene:
 - **Niedersachsen:** Lenkungsgremium auf Landesebene (GKV, LÄK, KV, ...)
 - **Sachsen:** Rahmenvereinbarung auf Landesebene zu inhaltlichen und strukturellen Zielen und Maßnahmen
 - **Hessen:** jährlicher Austausch Regionaler Gesundheitskonferenzen mit gLG nach 90a SGB V
 - **Brandenburg:** AGr des gLG nach §90a SGBV und Unter-AGr „Strukturmigration“

Verfahrenstechnische Verzahnung mit Landesebene



- **Regionale Versorgungsplanung** durch Einbindung der jeweiligen Planungen und Lösungsideen der Akteure in einen Gesamtprozess
- **Zukunftsste Versorgung** durch regionale Lösungen unter Nutzung vorhandener Ressourcen und Förderung der Akteure vor Ort
- **Verfahrenstechnische Verzahnung mit zuständigen Gesundheitsakteuren** für Planung und Erteilung von Versorgungsaufträgen und Feststellungsbescheiden sowie deren Finanzierung

Zusammenwirken der Akteure auf Landesebene

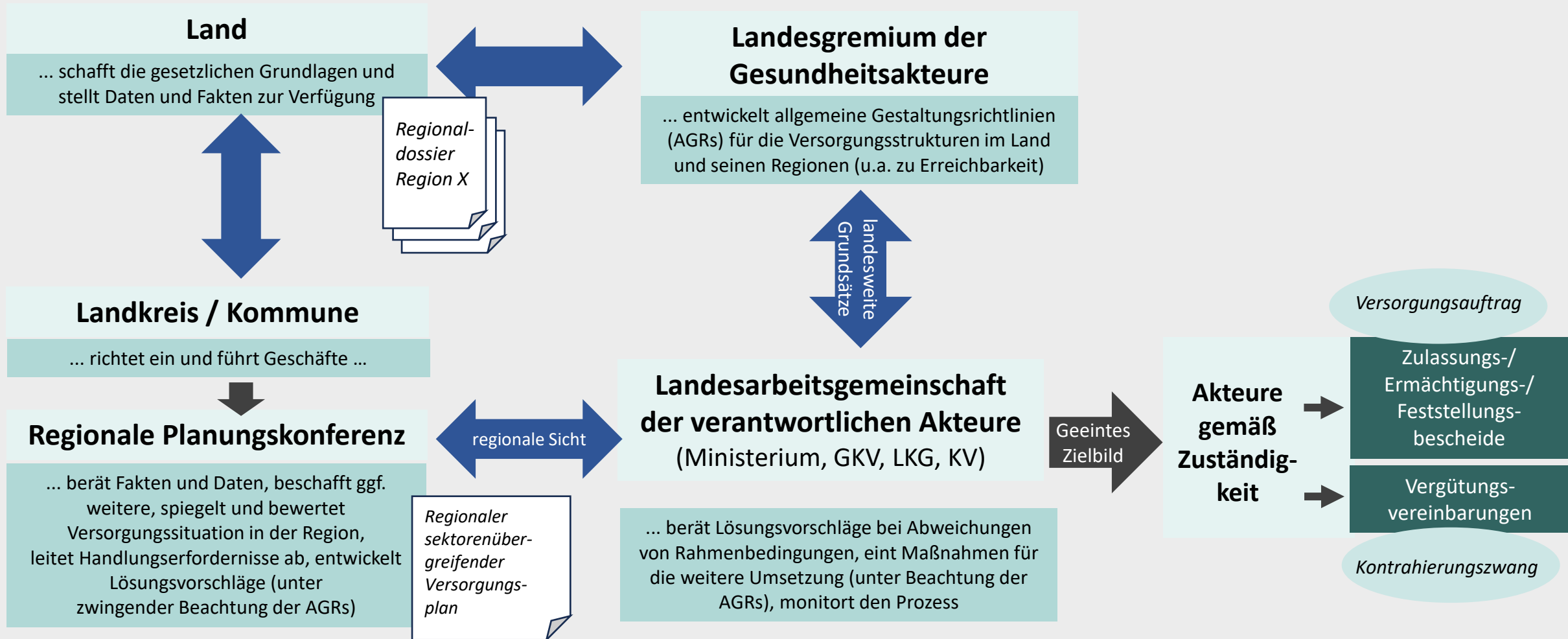
Landesgremium der Gesundheitsakteure (ggf. gLG nach §90a SGBV)

→ Land, GKV, LKB, KV, Städte- u. Gemeindebund, Patientenvertreter
(assoziiert Pflege und Rettungsdienst)

Handlungsfelder des Landesgremiums

1. Faktenbasiertes Arbeiten, einheitliche Datengrundlage
2. Empfehlungen für bedarfsgerechte sektorenübergreifende Lösungen
 - Berücksichtigung Landesspezifik, Gewährleistung gleichwertige Versorgung
 - Commitment zu sektorenübergreifenden Versorgungsfragen
3. Klärung Finanzierungsgrundlagen und Kontrahierungsvoraussetzungen
4. Gestaltungsrichtlinien: Zielstellung Versorgung, Priorisierung Instrumente

Rahmenkonzeption für verfahrenstechnische Verzahnung



Mittagspause



**Danach: Impulsvortrag von Prof.
Dr. Frank Riedel**

Start: 13:15 Uhr



Programm



UNIVERSITÄT
BIELEFELD

Faculty of Business Administration
and Economics



Impulsvortrag: Zwischen Eigeninteresse und Versorgungsverpflichtung

Entscheidungsfindung in der GKV aus spieltheoretischer
Perspektive

Prof. Dr. Frank Riedel

Universität Bielefeld

22. Januar 2026

Spieltheorie und Praxis

- Spieltheorie ist die Theorie interaktiver strategischer Entscheidungen
- Entwickelt unter anderem von großen Mathematikern wie John von Neumann, John Nash u.a.
- einziger deutscher Nobelpreisträger für Wirtschaft: Spieltheoretiker Reinhard Selten
- Verständnis strategischer Situationen und Problemlösung
- Design von Spielregeln für Institutionen und Zusammenleben

Das Bielefelder Institut für Mathematische Wirtschaftsforschung

- Gegründet mit der Uni Bielefeld 1970, Interdisziplinarität
- Reinhard Selten 1972–1984
- europäischer Standort für mathematische Spieltheorie und Finanzmathematik



- Auktionen: Mobilfunklizenzen
- Zuteilung: Kitas, Schulen, Universitäten
- Gesundheitswesen: Nieren

Grimm, Veronika; Riedel, Frank; Wolfstetter, Elmar G.

Working Paper

The Third Generation (UMTS) Spectrum Auction in Germany

CESifo Working Paper, No. 584

Provided in Cooperation with:

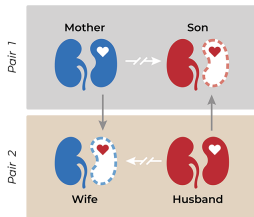
Ifo Institute – Leibniz Institute for Economic Research at the University of Munich

Paired Kidney Exchange

In kidney paired exchange, you have a donor willing to donate a kidney on your behalf, but you are incompatible with the donor or want to try to find a better match. With kidney paired exchange, your donor will donate their kidney to another recipient in exchange for a compatible kidney for you.

In the example at right, the first pair, a mother and her son, are incompatible. The second pair, a husband and his wife, are also incompatible. In this exchange, the mother donates to the wife of the second pair and the husband donates to the son in the first pair; this is called a loop.

Kidney paired exchange was originally created to overcome donor-recipient incompatibility; however, as a kidney patient with a compatible donor, you may want to participate in a paired exchange to find a donor who is a better match for you, while still allowing your donor to



Ziel des Vortrags

- Wir haben eines der teuersten Gesundheitssysteme Europas – und gleichzeitig massive Schnittstellenprobleme zwischen ambulant und stationär.
- Wir werfen einen spieltheoretisch-analytischen Blick auf die Interaktion:
- Ziel:
 - welche Rollen die Akteure spielen,
 - verstehen, warum rationale Akteure ineffiziente Ergebnisse produzieren,
 - Auswege andenken.
- Sektorenübergreifende Versorgung krankt in Deutschland nicht an den Akteuren, sondern an einer Entscheidungsstruktur mit falschen Anreizen.

Sektorenübergreifende Versorgung:

Warum trotz guter Absichten nicht immer das beste Ergebnis herauskommt

Erläutert am Beispiel des Gemeinsamen Landesgremiums nach § 90a SGB V

Akteure und Interessen

- Land (politische Zielsetzung, Versorgungssicherheit)
- Kassenärztliche Vereinigung (ambulante Sicherstellung)
- Krankenkassen (Kosten & Beitragssatz)
- Landeskrankenhausgesellschaft (stationäre Kapazitäten)
- Weitere Beteiligte

Ein nicht-kooperatives Verhandlungsspiel ohne verbindliche Auszahlung

Alle sitzen an einem Tisch – aber mit getrennten Interessen.

Das Dilemma

- Alle wollen Kooperation – niemand kann sie erzwingen
- Gemeinsames Optimum: sektorenübergreifende Planung
- Individuelles Optimum: sektorale Interessen schützen
- Ergebnis: am Status Quo orientierte Empfehlungen
- Rationales Verhalten führt zu minimalem Konsens.

Das strategische Dilemma zwischen ambulant und stationärem Akteur

Zwei Akteure: Krankenhäuser und KV

Krankenhaus \ KV	Kooperativ	Ambulant optimiert
Kooperativ	(300,300)	(100, 500)
Kapazitätsoptimiert	(500,100)	(150,150)

Rationales Verhalten erzeugt schlechtes Ergebnis

Das beste gemeinsame Ergebnis entsteht, wenn alle kooperieren. Aber sobald jemand befürchten muss, allein Risiken zu tragen, wird Vorsicht zur rationalen Strategie. Deshalb ist der Status quo stabil.

Die Rolle asymmetrischer Information

Akteur	Gute Information über ...	Wenig Information über ...
KV	Ambulante Auslastung, Niederlassung	Kosten und Kapazitäten der KH
Krankenhäuser	Bettenauslastung, Notfallbelastung	Ambulante Substituierbarkeit, Praxisökonomie
Krankenkassen	Abrechnungsdaten, Fallzahlen	Medizinische Notwendigkeit
Land	Versorgungsziele, politische Risiken	Operative Realität der Leistungserbringung

Gesellschaftlich optimal wäre es, alle Information transparent zu machen – in der Verhandlung ist es aber individuell optimal, die eigene Information nicht zu veröffentlichen und stattdessen für sich selbst zu nutzen.

(Keine) Auswege

Anreize setzen sich auf Dauer durch

- Empfehlungen sind nicht bindend
- Kosten sind sektoral, Nutzen ist gemeinsam
- Abweichung vom Status quo ist riskant
- Kooperation lohnt sich nicht
- Verschleppen kann die bessere Strategie sein

- Mehr Abstimmung
- Mehr Gremien
- Mehr Detailregeln

Ergebnis: Mehr Komplexität – gleiche Anreize.

Verhalten folgt Anreizen, nicht Appellen.

Anreizmechanismen – eine kurze Einordnung

- Akteure reagieren auf Belohnungen und Risiken
- Anreize entstehen durch
 - auszahlungsrelevante Regeln,
 - (gemeinsame) Budgets
 - Verantwortung

- Entscheidungen müssen Konsequenzen haben
- Kooperatives Verhalten sollte belohnt werden
- Rein eigennutzorientiertes Verhalten sollte nicht optimal sein, eventuell sanktioniert werden
- Verschleppen müsste “teuer” werden

Gute Auswege verändern nicht die Akteure, sondern die **Spielregeln**.

Ansatzpunkte

- Bündelung von Verantwortung
- Sichtbarmachung von Kosten und Nutzen
- Ziel: ein System von Regeln, das den Akteuren die richtigen Anreize zu kooperativem Verhalten und Informationsteilung gibt
- Ein mögliches Instrument:
Vergabemechanismen

- Statt:
 - langwieriger Abstimmungen
 - wechselseitiger Blockaden
- Vergibt das Land / ein Gremium:
 - klar definierte Versorgungsaufgaben
 - für eine Region oder Patientengruppe
- An Akteure aus:
 - ambulanter Versorgung
 - stationärer Versorgung
 - angrenzender Versorgungsbereiche

Mini-Beispiel: Regionale Notfallversorgung als Vergabeprojekt

- Ausgangslage:
 - Fragmentierte Zuständigkeiten zwischen KV und Krankenhaus
 - Hoher Koordinationsbedarf, diffuse Verantwortung
- Vergabeidee (gedankliches Beispiel):
 - Land definiert einen klaren Versorgungsauftrag:
 - ▶ 24/7 Notfallversorgung für Region X
 - ▶ inklusive ambulanter Vorsteuerung
 - Konsortium aus Krankenhaus und ambulanten Akteuren bewirbt sich
- Anreizmechanismus:
 - Gemeinsames Budget für die gesamte Versorgung
 - Qualitäts- und Mengenziele vorab definiert
 - Erfolg oder Misserfolg trifft das Konsortium gemeinsam
- Spieltheoretische Wirkung:
 - Koordination wird rational
 - Verantwortung wird gebündelt
 - Abweichung vom kooperativen Verhalten wird unattraktiv

- Mangelnde Effizienz im Gesundheitswesen liegt oftmals nicht am Egoismus der Akteure, sondern an den Mechanismen des Systems selbst
- Wenn wir Akteure ändern wollen, scheitern wir. Wenn wir das Spiel ändern, ändert sich das Verhalten automatisch.
- Sektorenübergreifende Versorgung ist kein Koordinationsproblem – sie ist ein Spieldesignproblem.
- Bessere Institutionen mit geeigneten Anreizen können bessere Entscheidungen fördern
- Die Rolle der Politik besteht im Design solch geeigneter Anreizsysteme
- **Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!**

Podiumsdiskussion: Nutzen und Relevanz von ProReVers für die Versorgungspraxis

Moderation: Marcel Weigand

Sektorenübergreifende Versorgungsplanung im ländlichen Raum

Vielen Dank für Ihre Teilnahme und
auf Wiedersehen!