

Konzeptvergleich zur regionalen Gesundheitsversorgung



Impressum

© Bertelsmann Stiftung

Januar 2026

Bertelsmann Stiftung
Carl-Bertelsmann-Straße 256
33311 Gütersloh
www.bertelsmann-stiftung.de

Verantwortlich
Marion Grote-Westrick
Rosemarie Wehner

Autoren
Andreas Schmid, Sarah Gubitz

Zitationshinweis
Schmid, Andreas und Sarah Gubitz (2026),
Konzeptvergleich zur regionalen Gesundheitsversorgung.
Hrsg. Bertelsmann Stiftung, Gütersloh.

Layout
Dietlind Ehlers

Bildbachweis
© Benni Janzen

DOI-Nummer
10.11586/2026002

Konzeptvergleich zur regionalen Gesundheitsversorgung

Andreas Schmid
und Sarah Gubitz

Inhalt

Hintergrund und Zielstellung	5
Vorgehen und Analysematrix	6
Kurzportraits ausgewählter Konzepte	7
Implikationen	9
Konzeptvergleich anhand von zehn Dimensionen	11
1 Leistungsumfang	11
2 Leistungserbringung	13
3 Patienten	15
4 Kostenträger	16
5 Rechtliche Grundlage	17
6 Vergütung	18
7 Finanzierung	21
8 Regelungsbefugnisse der Selbstverwaltung	24
9 Steuerungsmechanismen	28
10 Weitere Kostenträger (PKV, Beihilfe, SGB XI etc.)	29
Fazit	31
Anhang	32
Abkürzungsverzeichnis	32
Literaturverzeichnis	33

Hintergrund und Zielstellung

Mittlerweile existiert eine große Zahl verschiedener Konzepte, die einen regionalen Versorgungsansatz verfolgen. Die Bandbreite der Konzepte ist groß und reicht von eher fokussierten Versorgungskonzepten an Sektorengrenzen bis zu ganzheitlichen regionalen Versorgungsmodellen. Einige bleiben auf einer eher abstrakten Ebene, andere geben Hinweise für die konkrete operative Umsetzung. Keines der Konzepte hat es bisher jedoch in einer Weise in die Regelversorgung geschafft, als dass von einem Durchbruch die Rede sein könnte. Der bisherige Regulierungsrahmen setzt den Bemühungen offensichtlich Grenzen, die außerhalb von Modellinitiativen nicht überwunden werden können. Auch wurde trotz entsprechender Initiativen in der letzten Legislaturperiode keine gesetzliche Grundlage für eine stärker regionale Ausgestaltung der Gesundheitsversorgung geschaffen.

Ziel des vorliegenden Beitrags ist es, einen Einblick in die diversen Facetten der existierenden Konzepte zu geben. Dabei gilt es u.a. zu sichten, in welchem Umfang und in welcher Tiefe sich die einzelnen Konzepte mit der Anschlussfähigkeit an die fortbestehende Regelversorgung beschäftigten. Entsprechend soll ein Schwerpunkt der Analyse auf regulatorischen und ordnungspolitischen Aspekten liegen.

Es handelt sich nicht um eine systematische Review mit Anspruch auf Vollständigkeit, sondern eine explorative Annäherung, um die Breite des Themas zu illustrieren. Der limitierte Umfang der Unterlage sowie das Ziel, Impulse für eine weiterführende Diskussion zu setzen, erzwingen eine deutlich verkürzte Darstellung und subjektive Auswahl einzelner Aspekte der verschiedenen Konzepte.

Vorgehen und Analysematrix

In Abstimmung mit dem Auftraggeber wurden zehn Konzepte zur Gestaltung regionaler Gesundheitsversorgung identifiziert. Für eine systematische Sichtung der Konzepte wurden zehn Dimensionen festgelegt, die für die inhaltliche Beschreibung der Konzepte sowie die Identifikation möglicher Handlungsbedarfe besonders relevant erscheinen (Analysematrix). Sie werden im Folgenden stichpunktartig beschrieben und stellen die Gliederung für den im Abschnitt „Konzeptvergleich“ anhand von zehn Dimensionen“ aufgeführten Vergleich der Konzepte dar:

1 Leistungsumfang

- 1.1 Einzelne Leistungsbereiche / Sektoren oder umfassend
- 1.2 Regelversorgung ja / nein

2 Leistungserbringung

- 2.1 Verhältnis von Teilnehmern zu Nichtteilnehmern
- 2.2 Planungssicherheit zur Absicherung von Investitionen

3 Patienten

- 3.1 Optionale oder verpflichtende Teilnahme
- 3.2 Umgang mit Opt-out

4 Kostenträger

- 4.1 Teilnahme der Krankenkassen freiwillig/verpflichtend
- 4.2 Form der Beteiligung

5 Rechtliche Grundlage

- 5.1 Neue rechtliche Grundlagen
- 5.2 Bestehender Rechtsrahmen

6 Vergütung

- 6.1 Etablierte Vergütungsmodelle vs. selbstorganisiert
- 6.2 Selektivvertraglich
- 6.3 Investitionen (gemeinschaftlich?)

7 Finanzierung

- 7.1 Allgemein
- 7.2 Bereinigung zwischen den Sektoren
- 7.3 Bereinigung zwischen Teilnehmern / Nichtteilnehmern
- 7.4 Morbiditätsorientierter Risikostrukturausgleich (Morbi-RSA)

8 Regelungsbefugnisse der Selbstverwaltung

- 8.1 Bedarfsplanung / Sicherstellung
- 8.2 Qualitätssicherung

9 Steuerungsmechanismen

- 9.1 Wettbewerb
- 9.2 Planung zentral / dezentral

10 Weitere Kostenträger

- 10.1 Private Krankenversicherung (PKV)
- 10.2 Beihilfe, SGB XI etc.

Neben der Anwendung des Analyserasters wurden Hintergrundgespräche mit Expertinnen und Experten geführt. Ferner kam es in regelmäßigen Abständen zu einem intensiven Austausch mit dem Auftraggeber.

Kurzportraits ausgewählter Konzepte

In Abstimmung mit dem Auftraggeber wurden zehn Konzepte ausgewählt. Der ausführliche Vergleich der Konzepte ist dem Abschnitt „Konzeptvergleich anhand von zehn Dimensionen“ zu entnehmen. In der folgenden Darstellung werden nur einzelne Aspekte aufgegriffen, die für die Ableitung der Impulse aus dem jeweiligen Konzept besonders relevant waren. Die Reihenfolge der Konzepte orientiert sich an der Chronologie ihrer Veröffentlichung, beginnend mit dem aktuellsten Konzept.

Mögliche Interessenkonflikte: Die Autoren weisen darauf hin, dass sie an der Erstellung der Konzepte ⑥ Intersektorale Gesundheitszentren, ⑦ PORT-Gesundheitszentren und ⑨ Regionale Gesundheitsbudgets aktiv beteiligt waren.

1 AOK-BUNDESVERBAND, 2024

Gesundheitsregionen: Sektorenunabhängige Versorgung gestalten

Dieses Konzept erarbeitet sehr detailliert die rechtlichen Anpassungsbedarfe. Der Fokus liegt allerdings auf einer sektorenunabhängigen Versorgung, die natürlich auch in eine Region wirkt, aber keinen ganzheitlichen regionalen Versorgungsansatz erzwingt. Die neuen Versorgungskomponenten ergänzen den Status quo.

2 BMC, 2023

Besser Regional: Wie die Regionalisierung der Gesundheitsversorgung gelingen kann

Dieses Konzept setzt einen klaren Fokus auf regional gedachte und organisierte Versorgung, die deutlich vom Status quo abweicht. Mögliche Lösungsansätze z.B. für Vergütungsmodelle werden skizziert, ohne diese jedoch zu operationalisieren. Es handelt sich um ein Impulspapier, keine Blaupause.

3 VDEK, 2022

Effiziente Strukturen für die Gesundheitsversorgung vor Ort: Ambulant und stationär zusammengedacht (Fokus: Kapitel Modell „Regionale Gesundheitszentren“)

Das Konzept stellt regionale Gesundheitszentren in den Fokus. Ein erweiterter Landesausschuss übernimmt punktuell eine sektorenübergreifende Planungsfunktion für dieses Leistungsangebot. Die Vergütung ergänzt den Status quo um einzelne Komponenten. Eine grundsätzliche Neustrukturierung regionaler Versorgung wird damit nicht angestrebt.

4 OPTIMEDIS, 2022

Integrierte Versorgung – Jetzt!

An diesem Konzept hat ein breites Autorenkollektiv mitgewirkt. Entsprechend viele Facetten werden thematisiert. Der Anspruch an eine grundlegende Neugestaltung regionaler Versorgung ist groß. Es werden für kritische Punkte Diskussionsimpulse formuliert sowie eigene Lösungsvorschläge unterbreitet. Für die Umsetzung wären zum Teil weitreichende gesetzliche Änderungen notwendig, die nicht explizit formuliert werden.

5 RHÖN STIFTUNG (VORMALS STIFTUNG MÜNCH), 2021

Wirtschaften für Gesundheit: Gesundheitsprämien für Regionen – Forderungskatalog

Das Konzept der Rhön Stiftung ist weniger ein ausformuliertes Konzept als vielmehr ein Impuls dafür, experimentelle Pilotregionen zu etablieren, die sich mit großen Freiheitsgraden ausgestattet vom Status quo lösen können. Es bleibt jedoch bei einer allgemeinen Zielformulierung.

6 KBV, 2021 UND 2018

Zwei Konzeptteile:

- **IGZ konkret: Erweiterte Ambulante Versorgung (EAV) – Umsetzung und Implikationen**
- **Intersektorale Gesundheitszentren (IGZ): Ein innovatives Modell der erweiterten ambulanten Versorgung zur Transformation kleiner ländlicher Krankenhausstandorte**

Die Gutachten zu Intersektoralen Gesundheitszentren entwickeln ein Versorgungsmodell, dessen Innovation primär in einer bettenführenden, aber dem ambulanten Sektor zugeordneten Versorgungseinheit besteht. Im zweiten Gutachten wird umfassend dargelegt, welche Rolle derartige IGZ in einer Region einnehmen könnte und welche Potenziale darin liegen. Es handelt sich jedoch nicht um eine grundlegende Konzeption regionaler Versorgung.

7 ROBERT BOSCH STIFTUNG, 2020

Drei Konzeptteile:

- **Vision und Umsetzung eines PORT-Gesundheitszentrums**
- **Vom PORT-Gesundheitszentrum zur regionalen Primärversorgung**
- **Perspektiven für die Vergütung von PORT-Gesundheitszentren**

Die in den Gutachten konkretisierten PORT-Zentren sollen neben konkreten neuen Leistungsangeboten in einer Region eine stärkere Vernetzung der Akteure ermöglichen und eine katalytische Wirkung entfalten. Zwar erfolgt vor der Errichtung eine umfassende regionale Bedarfsanalyse, um das Angebot möglichst passgenau zu gestalten. Es erfolgt aber zunächst keine fundamentale Neugestaltung der regionalen Versorgung. Das Zentrum soll vielmehr als Nukleus und Impuls für weitere Entwicklungen dienen.

8 SACHVERSTÄNDIGENRAT GESUNDHEIT, 2020

Sektorenübergreifende Versorgungsplanung (Kapitel 13)

Teil 2 des Gutachtens widmet sich der sektorenübergreifenden Versorgung, in Kapitel 13 der sektorenübergreifenden Versorgungsplanung. Es werden Empfehlungen formuliert, wie diese Planung auf regionaler Ebene und aus einer Hand erfolgen kann. Hierzu gehört auch die Schaffung eines regionalen Planungsgremiums. Der Fokus liegt jedoch klar auf der Bestimmung notwendiger Versorgungskapazitäten, eine weitergehende Bestimmung regionaler Versorgungsstrukturen erfolgt nicht.

9 RHÖN STIFTUNG (VORMALS STIFTUNG MÜNCH), 2020

Prospektive regionale Gesundheitsbudgets: Internationale Erfahrungen und Implikationen für Deutschland

Das Konzept versucht, über regionale Budgets den regionalen Akteuren neue Freiheitsgrade in der Gestaltung der Versorgung zu ermöglichen. Der Anreiz hierzu erfolgt primär über die Neugestaltung der Vergütung, die jedoch auf bestehende Vergütungsmodalitäten aufsetzt, um eine Anschlussfähigkeit zur bestehenden Versorgung zu gewährleisten. Der Ansatz hat fundamentalen Charakter, lässt die konkrete Ausgestaltung in der Region jedoch offen und adressiert deutlich, dass vor einer großflächigen Implementierung in Pilotprojekten Erfahrungswerte gesammelt werden sollten.

10 FRIEDRICH-EBERT-STIFTUNG, 2017

Patient First! Für eine patientengerechte sektorenübergreifende Versorgung im deutschen Gesundheitswesen

Die sektorenübergreifende Versorgung steht im Fokus dieses Beitrags und zeigt auf verschiedenen Ebenen Hürden und Lösungsansätze. Die regionale Perspektive wird nur im Kontext der Bedarfsplanung und damit einhergehender regionaler Anpassungsbedarfe aufgegriffen. Viele der angesprochenen Hemmnisse für intersektorale Versorgungsansätze behindern jedoch auch regionale Konzepte, die bei entsprechender Ausgestaltung auch sektorenübergreifend gedacht und umgesetzt werden sollen.

Implikationen

Nach umfassender Sichtung der im vorgehenden Abschnitt dargestellten Projekte sowie verschiedener Hintergrundgespräche und Diskussionen zeigt sich, dass sich die betrachteten Konzepte inhaltlich vielfach überschneiden, da die adressierten Problemfelder überlappen.

Die heterogene Verwendung des Begriffs „regionales Versorgungskonzept“ in den verschiedenen Initiativen und Konzepten erschwert die Entwicklung eines einheitlichen Verständnisses. Es erscheint daher sinnvoll, zwischen drei grundlegenden Stoßrichtungen zu differenzieren (vgl. Abbildung 1). Ansätze der ersten Stoßrichtung argumentieren generell in Richtung

einer stärker sektorenübergreifenden Versorgungslogik, ohne zwingend eine regionale Perspektive in den Fokus zu nehmen. Bei Konzepten der zweiten Stoßrichtung wird versucht – z. B. durch die Etablierung einer neuen Versorgungsform oder eines neuen konkreten Versorgungsangebots – eine regionale Wirkung zu erzielen. Bei Konzepten der dritten Stoßrichtung wird ein fundamentalerer Ansatz verfolgt, der eine regionale Neugestaltung der Versorgung anstrebt. Auch innerhalb dieser drei Kategorien ist die Varianz groß. Es wird im Weiteren unterstellt, dass das primäre Interesse auf den eher fundamental wirkenden regionalen Ansätzen liegt, ohne die anderen Ebenen aus der Betrachtung auszuschließen.

ABBILDUNG 1: Drei primäre Stoßrichtungen der Konzepte



Der Blick in die Konzepte zeigt, dass die Frage der Vergütung von elementarer Bedeutung ist. Dabei variiert der Umgang mit dem Thema. Kein Konzept kann mit dem Instrumentarium der Regelversorgung die Herausforderungen regionaler Versorgung zufriedenstellend lösen. Ursache sind entweder Versorgungsformen oder Versorgungsangebote, die bislang nicht in der Regelversorgung vorgesehen sind, oder Leistungen, die nicht durch die in der tradierten Logik vorgesehenen Berufsgruppen erbracht werden sollen. All dies knüpft regelmäßig an Vergütungsfragen an. Am konkretesten werden Papiere, die eine konkrete Versorgungsform neu etablieren wollen, z.B. das Konzept der AOK. Auch das Konzept zu PORT-Zentren diskutiert explizit verschiedene Optionen, konstatiert jedoch, dass es aufgrund der jeweiligen Vor- und Nachteile keine klar dominante Lösung gibt. Die Lösungsformel ist dann regelhaft der Selektivvertrag (z.B. im IGZ-Konzept), der jedoch aufgrund diverser Hürden – etwa fehlender langfristiger Planungssicherheit, mangelnder Marktdurchdringung bei Patienten, Kostenträgern und Leistungserbringern, komplexer Opt-in- vs. Opt-out-Regelungen oder hoher Transaktionskosten – eine erhebliche Umsetzungshürde darstellt.

Besonders weitreichende Konzepte, die auf eine grundlegende Neugestaltung der Versorgung abzielen (z.B. BMC, Optimedis oder das Regionalbudget der Rhön Stiftung), formulieren eher grundsätzliche Anforderungen, deren Operationalisierung jedoch noch erhebliche Detailarbeit erfordert und entsprechend vor allem für Pilotprojekte mit ausreichenden Ressourcen geeignet ist.

Vergütung ist dabei häufig nur der obenauf liegende Themenpunkt, mit dem zahlreiche weitere regulatorische Themen verknüpft sind: Struktur- und Prozessvorgaben für die Qualitätssicherung, resultierende Budgetfragen bei den Kostenträgern sowie Prüfpflichten verschiedenster Organe und vieles mehr. Der Wunsch nach auf die Region zugeschnittenen und am individuellen Bedarf sowie an den vorhandenen Ressourcen orientierten Lösungen wird durch diese allgemeingültigen Ansätze häufig begrenzt. Einzelne Konzepte, wie etwa das von Optimedis, gehen tiefer auf diese Problematik ein; andere schlagen für einzelne Problemberiche Lösungen vor, beispielsweise der SVR oder auch die AOK durch die Etablierung regionaler Planungsorgane. Diese verfügen jedoch in der Regel nur über einen begrenzten Kompetenzbereich – meist mit einem Fokus auf die Bedarfsplanung.

Konzeptvergleich anhand von zehn Dimensionen

Auf Basis der in Abschnitt „Vorgehen und Analysematrix“ dargestellten Analysematrix wurden die in Abschnitt „Kurzportraits ausgewählter Konzepte“ dargestellten Konzepte gesichtet. Es handelt sich nicht um eine systematische Review mit Anspruch auf Vollständigkeit, sondern eine explorative Annäherung, um die Breite des Themas zu illustrieren.

Die betrachteten Konzepte überschneiden sich inhaltlich vielfach, da die adressierten Problemfelder überlappen. Durch die Aufteilung in zehn einzelne Dimensionen wurde versucht, verschiedene Facetten explizit zu benennen.

Die Reihenfolge spiegelt eine subjektive Priorisierung durch die Autoren wider. Sie reflektiert, wie spezifisch die jeweiligen Konzepte auf die regionale Versorgungsgestaltung einwirken und wie groß die von ihnen adressierten Hürden für die Umsetzung neuer Versorgungskonzepte in der Praxis sind.

1 Leistungsumfang

1.1 Einzelne Leistungsbereiche/Sektoren oder umfassend

① AOK-BUNDESVERBAND, 2024

Umfassender Leistungsumfang durch Regionale sektorenunabhängige Versorgung (RegioSV) mit drei Versorgungselementen:

- 1) **Primärversorgungszentren (PVZ):** umfassende hausärztliche Versorgung, medizinisch-pflegerische Leistungen; je nach regionalem Bedarf: grundversorgende Fachärzte, weitere Gesundheitsprofessionen, soziale Beratungsangebote usw.
- 2) **Sektorenübergreifende Versorger (SV):** pflegerische (24-h-)Versorgung, ärztliche Expertise nur im Bedarfsfall; Möglichkeit ambulanter Versorgungsangebote, ambulanter Notfallversorgung und reiner pflegerisch-therapeutischer Versorgung.
- 3) **Gesundheitskioske (GK):** niedrigschwellige Gesundheitsangebote auch für vulnerable Gruppen, Beratungs- und Unterstützungsangebote, v.a. koordinative Leistungen.

② BMC, 2023

Umfassend, Fokus auf Primärversorgung mit Populationsbezug.

③ VDEK, 2022

Sektorenübergreifend, Modelle für Regionale Gesundheitszentren mit Fokus auf Primärversorgung (RGZ), Krankenhausstrukturen und Notfallversorgung.

④ OPTIMEDIS, 2022

Umfassend (sektorenübergreifend, ambulant, stationär) durch Gründung von Regionalen Integrationseinheiten (RIE): Organisationen, die eine integrative Steuerung von Prävention, Kuration, Rehabilitation und Pflege leisten. Eingebettet in innovative Gesundheitsregionen, wobei die Region die unterste Einheit für die Entwicklung von Gesundheit und die Sicherung der Versorgung ist. Fokus liegt zunächst auf dem SGB V, Integration anderer Sozialleistungsträger später möglich.

⑤ RHÖN STIFTUNG (VORMALS STIFTUNG MÜNCH), 2021

Mindestens ambulante und stationäre Leistungen, in Startphase überwiegend nur Leistungen des SGB V. Die Berücksichtigung von Kurzzeitpflege und Rehabilitation ist wünschenswert.

⑥ KBV, 2021 UND 2018

Regionale Grundversorgung mit Schwerpunkt auf allgemeinmedizinische, internistische und weitere konservative Angebote im IGZ. Das IGZ-Modell ist sektorenübergreifend konzipiert mit integrierter Struktur.

- 1) **Klassisch ambulant:** praxisbasierte hausärztliche Einheit mit vernetzter fachspezialistischer Versorgung.
- 2) **Erweiterte Ambulante Versorgung (EAV):** bettenführende Einheit zur medizinischen und pflegerischen Versorgung mit Kurzzeitbetreuung (3 bis 5 Nächte).

⑦ ROBERT BOSCH STIFTUNG, 2020

Primärversorgung.

⑧ SACHVERSTÄNDIGENRAT GESUNDHEIT, 2020

Sektorenübergreifende Versorgungsplanung aus einer Hand (sektorenübergreifend, ambulant, stationär).

⑨ RHÖN STIFTUNG (VORMALS STIFTUNG MÜNCH), 2020

Umfassend.

⑩ FRIEDRICH-EBERT-STIFTUNG, 2017

Umfassend (ambulant, stationär, nachgelagert auch Reha und Pflege).

1.2 Regelversorgung ja/nein

① AOK-BUNDESVERBAND, 2024

Keins der drei Versorgungselemente ist als solches als Einrichtung in der Regelversorgung etabliert. Einzelne Leistungsbestandteile sind kollektivrechtlich etabliert (haus- und fachärztliche Versorgung, ambulante Notfallversorgung usw.).

② BMC, 2023

Weitgehend Regelversorgung, über Regelversorgung hinausgehend: Koordination, Analyse von Bedarf und Angebot, umfassende Prävention.

③ VDEK, 2022

Weitgehend Regelversorgung, über Regelversorgung hinausgehend:

RGZ: bestimmte (ärztliche) Koordinierungs- und Kooperationsleistungen sowie (nichtärztliche) Case-Management-Leistungen.

④ OPTIMEDIS, 2022

Ziel ist die Reform der Regelversorgung hin zu einer integrierten, sektorenübergreifenden Versorgung. Es erfolgt keine explizite Nennung von bestehenden Regelversorgungsbestandteilen – ein Großteil der rein medizinischen Versorgung sollte hier subsumiert sein.

⑤ RHÖN STIFTUNG (VORMALS STIFTUNG MÜNCH), 2021

Nicht explizit genannt, betont wird aber, dass sektorenübergreifende Versorgungsmodelle und innovative Ansätze wie Prävention, stationsersetzende Leistungen und integrierte Versorgung (IV) im aktuellen System unzureichend umgesetzt sind.

⑥ KBV, 2021 UND 2018

Leistungsbestandteile des IGZ sind teilweise in der Regelversorgung abgebildet, insbesondere im Bereich der klassischen ambulanten Versorgung über Haus- und Fachärzte. Die EAV, welche über die klassische ambulante Regelversorgung hinausgeht und auch eine bettenführende Einheit umfasst, ist dagegen nicht regulärer Bestandteil der Regelversorgung, sondern muss aktuell über Verträge der Integrierten Versorgung (§ 140a SGB V) abgebildet werden.

7 ROBERT BOSCH STIFTUNG, 2020

Überwiegend Regelversorgung, über Regelversorgung hinausgehend: z. B. Bedarfsanalyse, umfassende Assessments von Risikogruppen, PORT-spezifische Koordination, u. a. Netzwerkaufbau und -pflege, Leistungen der Community Health Nurse.

8 SACHVERSTÄNDIGENRAT GESUNDHEIT, 2020

Nicht diskutiert (Kapitel 13 thematisiert primär die sektorenübergreifende Kapazitätsplanung, nicht die (Neu-)Gestaltung von Versorgungsstrukturen).

9 RHÖN STIFTUNG (VORMALS STIFTUNG

MÜNCH), 2020

Aktuell nur selektivvertraglich oder als Modellvorhaben umsetzbar, empfohlen wird eine Integration in das SGB V.

10 FRIEDRICH-EBERT-STIFTUNG, 2017

Weitgehend Regelversorgung, allerdings sind einige Bestandteile nicht systematisch und flächendeckend umgesetzt, zum Teil auch nicht umfassend/adäquat vergütet (integrierte Koordination, Telemedizin und E-Health-Anwendungen).

3 VDEK, 2022

Die Kooperation mit Leistungserbringern außerhalb der Gesundheitszentren bleibt im Bedarfsfall uneingeschränkt möglich und kann u.a. durch die Nutzung von Telekonsilien ebenfalls unbürokratisch und aufwandsarm gestaltet werden.

4 OPTIMEDIS, 2022

Nicht näher diskutiert. Beschrieben wird aber, dass immer mit einem Drittel von Aktiven zu rechnen sein wird, die sich nicht beteiligen (es bleibt weiter die Freiheit bestehen, nach der klassischen sektoralen Einzelform zu arbeiten).

5 RHÖN STIFTUNG (VORMALS STIFTUNG

MÜNCH), 2021

Idealerweise nehmen alle Leistungserbringer der Region teil. Die Teilnahme soll jedoch nicht verpflichtend sein. Leistungserbringung in Kooperation mit Leistungserbringern außerhalb der Region ist möglich. Freie Arzt- und Krankenhauswahl bleiben bestehen.

6 KBV, 2021 UND 2018

Empfohlen wird eine enge Einbindung und Abstimmung mit nichtteilnehmenden Leistungserbringern, um die regionale Versorgung zu stärken. Versorger, die nicht direkt im IGZ tätig sind, können über Kooperationen, Überweisungen oder telemedizinische Konsile eingebunden werden. Das frühzeitige Einbinden aller Akteure kann die Befürchtungen hinsichtlich möglicher Doppelstrukturen auffangen und stattdessen ein konstruktives Miteinander ermöglichen. Klare Zuständigkeiten und Kooperationsvereinbarungen sind notwendig, um Konflikte oder Konkurrenzsituationen zwischen teilnehmenden und nichtteilnehmenden Leistungserbringern zu vermeiden.

7 ROBERT BOSCH STIFTUNG, 2020

Zusammenarbeit ist nicht erzwingbar. Es empfiehlt sich, im Dialog zu bleiben und nach Lösungen zu suchen, ggf. ist ein späteres Zusammenkommen möglich.

8 SACHVERSTÄNDIGENRAT GESUNDHEIT, 2020

Nicht diskutiert (Kapitel 13 thematisiert primär die sektorenübergreifende Kapazitätsplanung, nicht die (Neu-)Gestaltung von Versorgungsstrukturen).

2 Leistungserbringung

2.1 Verhältnis von Teilnehmern zu Nichtteilnehmern

1 AOK-BUNDESVERBAND, 2024

RegioSV: nicht näher diskutiert: beschrieben wird vielmehr die Relevanz der Zusammenarbeit und die Notwendigkeit etwa von Kooperationsvereinbarungen/rechtlichen Regelungen. Kein Anspruch der Leistungserbringer auf Vertragsabschluss.

2 BMC, 2023

Versorgungspartner können freie Gestalterkoalitionen bilden, Anschluss an die subsidiären Strukturen vor Ort. Versorgungspartner entwickeln gemeinsam mit Kranken- und Pflegekassen ein Konzept für eine zukunftsgerichtete Gesundheitsversorgung in ihrer Region.

9 RHÖN STIFTUNG (VORMALS STIFTUNG MÜNCH), 2020

Durch die Interpretation des Regionalbudgets als Trägerbudget wird das Problem zum Teil umgangen.

10 FRIEDRICH-EBERT-STIFTUNG, 2017

Erläutert wird die Notwendigkeit einer interdisziplinären Zusammenarbeit/eines disziplinübergreifenden Handelns.

2.2 Planungssicherheit zu Absicherung von Investitionen

1 AOK-BUNDESVERBAND, 2024

Nicht diskutiert.

2 BMC, 2023

Die Kosten für Aufbau und Betrieb neuer Organisationsformen können in die (neuen) Vergütungsformen einbezogen werden.

3 VDEK, 2022

Nicht diskutiert.

4 OPTIMEDIS, 2022

Eine knappe Startfinanzierung kann sich als ein Engpassfaktor herausstellen. (Kleine) Regionale Integrationseinheiten (RIE) ohne großen Kapitalhintergrund könnten gezwungen werden, zu wenig zu investieren und folglich eine sehr langsame Erfolgskurve zu erzielen. Daher: Start-up-Finanzierung und nachhaltige Stabilisierung des Gesundheitsfonds „Zukunftsfoonds Innovative Gesundheitsregionen“ (siehe Punkt „Finanzierung“). Betont wird, dass das Modell von den Regionalen Integrationseinheiten (RIE) und ihren Gesellschaftern erheblichen Mut und eine hohe betriebswirtschaftliche Risikobereitschaft erfordert.

5 RHÖN STIFTUNG (VORMALS STIFTUNG MÜNCH), 2021

Zur finanziellen Absicherung von Investitionen wird eine Mindestvertragslaufzeit von zehn Jahren vorgenommen, um Planungssicherheit zu gewährleisten. Zudem sollen Investitionsfördermittel bereitgestellt werden, mindestens in der Höhe der bisherigen Mittel aus dem Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG). Der Investitionsbedarf kann sich aus der Zwischenfinanzierung bisheriger Fixkosten, durch zu schaffende Voraussetzungen für die Organisation der innovativen Versorgungsansätze für die präventive Aktivierung der regionalen Akteure und Versicherten oder durch erforderliche bauliche Maßnahmen ergeben.

6 KBV, 2021 UND 2018

IV-Verträge, über die vorübergehende EAV-Leistungen zu vergüten sind, unterliegen einer hohen Planungsunsicherheit. Dies beeinträchtigt die Investitionssicherheit erheblich. Gefordert wird ein gesetzlich geregeltes und adäquates Vergütungsmodell, welches auch eine fundierte Kalkulation betriebswirtschaftlicher Risiken ermöglicht.

7 ROBERT BOSCH STIFTUNG, 2020

Durch die gesicherten Einnahmen aus dem KV-System sowie gegenüber der PKV abrechenbaren Leistungen ist eine stabile Refinanzierung sichergestellt, welche es erlaubt, Investitionskosten eines „klassischen“ MVZ zu amortisieren. Die PORT-spezifischen Investitionskosten (z. B. Bedarfsanalyse, erhöhter Koordinationsaufwand) sind dabei überschaubar und generieren keine wiederkehrenden Zahlungsverpflichtungen.

8 SACHVERSTÄNDIGENRAT GESUNDHEIT, 2020

Nicht diskutiert.

9 RHÖN STIFTUNG (VORMALS STIFTUNG MÜNCH), 2020

Wird als Forderung formuliert.

10 FRIEDRICH-EBERT-STIFTUNG, 2017

Nicht diskutiert.

3 Patienten

3.1 Optionale oder verpflichtende Teilnahme

① AOK-BUNDESVERBAND, 2024

RegioSV: Teilnahme ist optional, Zugang für Versicherte aller Krankenkassen möglich durch gesetzliches Beitrittsrecht und die Erstreckungsbefugnis auf alle Krankenkassen. Keine Teilnahmeverklärung notwendig.

② BMC, 2023

Teilnahme erfordert keine zusätzliche Einschreibung, Einheimische können weiterhin Leistungen außerhalb der Region in Anspruch nehmen; vice versa Bewohner von außerhalb der Region. Ziel: 70 Prozent der Versicherten in der Region sollen erreicht werden.

③ VDEK, 2022

Keine Einschreibung notwendig.

④ OPTIMEDIS, 2022

Die Teilnahme ist freiwillig, Einschreibung ist nicht erforderlich, Das Konzept setzt bewusst auf Freiwilligkeit, um Zwangsmaßnahmen zu vermeiden und die Akzeptanz zu erhöhen. Ziel ist es, allmählich einen Großteil bzw. die gesamte Bevölkerung einer Region zu erreichen.

⑤ RHÖN STIFTUNG (VORMALS STIFTUNG MÜNCH), 2021

Sowohl ein aktives Einschreibemodell zur Stärkung der Patientenautonomie sowie eine automatische Teilnahme aller Versicherten ist denkbar.

⑥ KBV, 2021 UND 2018

Freiwillig, Einschreibung in IV-Vertrag (Übergangslösung zur Finanzierung der EAV-Leistungen) notwendig. Notwendige Zustimmung des Patienten zur Versorgung in der bettenführenden Einheit gilt dabei als wichtige Voraussetzung für den erfolgreichen Betrieb des IGZ.

⑦ ROBERT BOSCH STIFTUNG, 2020

Im Grundmodell ist keine Einschreibung erforderlich, das Zentrum bildet ein zusätzliches Angebot ab. Dies kann sich ändern, wenn als Vergütungsmodell eine Variante des Regionalbudgets gewählt wird.

⑧ SACHVERSTÄNDIGENRAT GESUNDHEIT, 2020

Nicht diskutiert (Kapitel 13 thematisiert primär die sektorenübergreifende Kapazitätsplanung, nicht die (Neu-)Gestaltung von Versorgungsstrukturen).

⑨ RHÖN STIFTUNG (VORMALS STIFTUNG MÜNCH), 2020

Verschiedene Varianten werden diskutiert. Am innovativsten wäre die Variante einer impliziten Einschreibung (datenbasierte Zuordnung des Patienten zu einem primären Versorger bei Erhalt der freien Wahl eines Leistungserbringens).

⑩ FRIEDRICH-EBERT-STIFTUNG, 2017

Vorgesehen ist ein regional differenziertes Einschreibesystem, in dem alle Patienten eine koordinierende Primärversorgungspraxis wählen. Über Wahltarife der Krankenkassen wird ein Anreiz für die Versicherten zur Bindung an eine koordinierende Praxis geschaffen. Es bleibt die Möglichkeit erhalten, sich nicht für eine Einschreibung und eine koordinierende Praxis zu entscheiden.

3.2 Umgang mit Opt-out

① AOK-BUNDESVERBAND, 2024

Gegeben, da keine Einschreibung – und damit kein Austritt – notwendig.

② BMC, 2023

Nicht diskutiert/nicht relevant.

③ VDEK, 2022

Nicht diskutiert/nicht relevant.

④ OPTIMEDIS, 2022

Patienten müssen das System jederzeit verlassen können.

⑤ RHÖN STIFTUNG (VORMALS STIFTUNG MÜNCH), 2021

Nicht diskutiert.

⑥ KBV, 2021 UND 2018

Nicht diskutiert.

7 ROBERT BOSCH STIFTUNG, 2020

Im Grundmodell nicht erforderlich, für die Variante Regionalbudget nicht explizit formuliert.

8 SACHVERSTÄNDIGENRAT GESUNDHEIT, 2020

Nicht diskutiert (Kapitel 13 thematisiert primär die sektorenübergreifende Kapazitätsplanung, nicht die (Neu-)Gestaltung von Versorgungsstrukturen).

9 RHÖN STIFTUNG (VORMALS STIFTUNG

MÜNCH), 2020

Erfolgt beispielsweise durch die Inanspruchnahme eines nichtteilnehmenden Versorgers in einer anderen Region.

10 FRIEDRICH-EBERT-STIFTUNG, 2017

Eingeschriebene Patienten: Bei besonderen Umständen (Umzug, gestörte Arzt-Patienten-Beziehung) kann auch ein früherer Wechsel der Primärversorgungspraxis im Ausnahmefall erfolgen.

3 VDEK, 2022

Verpflichtend/Teil der Regelversorgung.

4 OPTIMEDIS, 2022

Die Teilnahme ist grundsätzlich freiwillig. Krankenkassen können Verträge nach § 140a SGB V mit den RIE abschließen und dabei IGR-Standardvarianten nutzen. Es gibt jedoch Anreize zur Teilnahme, insbesondere durch finanzielle Vorteile aus dem „Zukunftsfoonds Innovative Gesundheitsregionen“ und potenzielle Einsparungen. Falls eine RIE bereits eine hohe Abdeckung in der Bevölkerung erreicht, könnte eine Allgemeinverbindlichkeit in Betracht gezogen werden, wodurch weitere Krankenkassen zur Teilnahme verpflichtet werden könnten. Die Allgemeinverbindlichkeit ist allerdings an spezifische Voraussetzungen geknüpft.

5 RHÖN STIFTUNG (VORMALS STIFTUNG

MÜNCH), 2021

Krankenkassen sind zur Teilnahme verpflichtet.

6 KBV, 2021 UND 2018

EAV: Freiwillig. Um die gesamte Patientenpopulation abdecken zu können, ist es notwendig, den IV-Vertrag mit allen in der Region in relevantem Umfang vertretenen Krankenkassen abzuschließen. Klassisch ambulante Versorgung: verpflichtend/Teil der Regelversorgung.

7 ROBERT BOSCH STIFTUNG, 2020

Ist abhängig vom Umgang mit den zusätzlichen, nicht von der Regelversorgung abgedeckten Leistungen. Es werden verschiedene Modelle diskutiert und die jeweiligen Vor- und Nachteile benannt. Keine Lösung ist ideal, Zielkonflikte bleiben bestehen.

8 SACHVERSTÄNDIGENRAT GESUNDHEIT, 2020

Nicht diskutiert (Kapitel 13 thematisiert primär die sektorenübergreifende Kapazitätsplanung, nicht die (Neu-)Gestaltung von Versorgungsstrukturen).

9 RHÖN STIFTUNG (VORMALS STIFTUNG

MÜNCH), 2020

Beide Varianten werden diskutiert.

10 FRIEDRICH-EBERT-STIFTUNG, 2017

Nicht näher diskutiert. Es scheint, als sei eine Teilnahme verpflichtend.

4 Kostenträger

4.1 Teilnahme der Krankenkassen freiwillig/verpflichtend

1 AOK-BUNDESVERBAND, 2024

RegioSV: Die Teilnahme der Krankenkasse ist grundsätzlich freiwillig und allen Krankenkassen möglich. Es gilt eine Erstreckungsbefugnis auf alle Kassen, ab einer Versicherungsabdeckung von 70 Prozent eines KV-Bezirkes, wodurch es de facto Teil der Regelversorgung wird.

2 BMC, 2023

Regionale Kontrahierung für Krankenkassen als wesentliches Ziel. Teilnehmende Krankenkassen sollen ein Quorum von 70 Prozent der Versicherten in der Region erreichen. Alle übrigen Krankenkassen lassen den Regionalvertrag gegen sich gelten – oder können zu einem späteren Zeitpunkt ihren Beitritt erklären.

4.2 Form der Beteiligung

1 AOK-BUNDESVERBAND, 2024

RegioSV: Krankenkassen können Verträge über die RegioSV abschließen und weiteren Verträgen nachträglich beitreten. Verträge der RegioSV haben eine langfristige Perspektive.

2 BMC, 2023

Regionalverträge zwischen Krankenkassen und den regionalen Versorgungspartnern (nach Unterstützungs-erklärung der Landesebene, die Konzept prüft).

3 VDEK, 2022

Teil der Regelversorgung.

4 OPTIMEDIS, 2022

Krankenkassen finanzieren die Gesundheitsregion über einen „Zukunftsfoonds Innovative Gesundheitsregionen“. Sie erhalten daraus Zu- bzw. Abschläge auf die regulären Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds. Sie haben Public-Reporting-Pflichten. Organisation und Umsetzung über „Regionale Integrationsverträge“ (RIV) nach § 140a SGB V zwischen Krankenkassen und jeweiligen RIE.

5 RHÖN STIFTUNG (VORMALS STIFTUNG

MÜNCH), 2021

Nicht diskutiert.

6 KBV, 2021 UND 2018

EAV: Verhandlung und Abschluss von IV-Verträgen.

Klassisch ambulant: Teil der Regelversorgung.

7 ROBERT BOSCH STIFTUNG, 2020

Je nach Vergütungsmodell über Verträge zur besonderen Versorgung nach § 140a SGB V oder als Teil der Regel-versorgung.

8 SACHVERSTÄNDIGENRAT GESUNDHEIT, 2020

Krankenkassen sind Teil des Landesausschusses und mitverantwortlich für die Budgets und Sicherstellung der Versorgung.

9 RHÖN STIFTUNG (VORMALS STIFTUNG

MÜNCH), 2020

Je nach Variante, Verhandlung und Abschluss von Verträgen zur Besonderen Versorgung bzw. Modell-vorhaben.

10 FRIEDRICH-EBERT-STIFTUNG, 2017

Beteiligt in den Planungskonferenzen auf Landesebene. Für die spezialisierten fachärztlichen Leistungen erfolgen einheitliche und gemeinsame Verhandlungen und Vertragsabschlüsse der Krankenkassen mit den Leistungs-anbietern über die Verteilung der geplanten Leistungs-volumina.

5 Rechtliche Grundlage

5.1 Neue rechtliche Grundlagen

1 AOK-BUNDESVERBAND, 2024

Weitreichende gesetzliche Neuerungen sind notwendig. Detailliert erarbeitet wurden konkrete Gesetzestext-Vorschläge zu folgenden Punkten: § 123 SGB V neu: eigenständige Rechtsgrundlage für die RegioSV im Rahmen von Kooperationen zwischen Krankenkasse, Pflegekassen und Kommunen. Die RegioSV soll nicht in die bestehende Regelung zur Besonderen Versorgung (§ 140a SGB V) integriert werden, da sie sich in Zielset-zung und Mechanismen unterscheidet zwischen § 73a SGB V Primärversorgungszentrum, § 123a SGB V Sekto-renübergreifende Versorger und § 11a SGB V Gesund-heitskiosk.

2 BMC, 2023

Gesetzliche Neuerungen sind notwendig, primär in Form von Regionalverträgen durch Schaffung eines neuen § 140b SGB V mit deutlich mehr Gestaltungsspielraum als bestehende § 140a-SGB-V-Verträge. Wesentliche Neuerung v.a. durch neue Vergütungsmodelle.

3 VDEK, 2022

Gesetzliche Neuerungen sind notwendig, primär in Form des Ausbaus des erweiterten Landesausschusses zum sektorenübergreifenden Planungsgremium.

4 OPTIMEDIS, 2022

Zum Teil sind weitreichende gesetzliche Neuerungen notwendig, die nicht explizit formuliert werden.

5 RHÖN STIFTUNG (VORMALS STIFTUNG

MÜNCH), 2021

Die Zielformulierung des Konzeptes ist sehr allgemein, es werden keine wesentlichen Neuerungen explizit formuliert.

6 KBV, 2021 UND 2018

Gesetzliche Neuerungen werden gewünscht, sind aber – außer hinsichtlich der bisher nur selektiv-vertraglich lösbar Vergütung der bettenführenden Einheit – nicht zwingend erforderlich. Dies betrifft Vergütungsformate für EAV-Leistungen, Anpassung der sektoralen Budgets, Regelungen für das Zulassungsverfahren neuer Vertragsarztsitze u.a.

7 ROBERT BOSCH STIFTUNG, 2020

Gesetzliche Neuerungen sind in geringem Umfang notwendig zur Vergütung neuer Leistungsangebote (SGB V). Sollte die Option einer sozialgesetzbuch-übergreifenden Primärversorgungspauschale verfolgt werden, müssten auch jenseits des SGB V Änderungen im Sozialgesetzbuch erfolgen.

8 SACHVERSTÄNDIGENRAT GESUNDHEIT, 2020

Gesetzliche Neuerungen sind notwendig zur sektorenübergreifenden Versorgungsplanung, v.a. zur Schaffung eines regionalen Planungsgremiums.

9 RHÖN STIFTUNG (VORMALS STIFTUNG MÜNCH), 2020

Gesetzliche Neuerungen zur verpflichtenden Beteiligung der Krankenkassen, beispielsweise in Anlehnung an § 73 SGB V, werden empfohlen.

10 FRIEDRICH-EBERT-STIFTUNG, 2017

Zum Teil sind weitreichende gesetzliche Neuerungen notwendig, v.a. in den Bereichen Vergütung, Bedarfsplanung und Einführung einer einheitlichen Versicherung.

5.2 Bestehender Rechtsrahmen

1 AOK-BUNDESVERBAND, 2024

Geht über den bestehenden Rechtsrahmen zum Teil deutlich hinaus.

2 BMC, 2023

Geht über den bestehenden Rechtsrahmen zum Teil deutlich hinaus.

3 VDEK, 2022

Bewegt sich weitgehend im bestehenden Rechtsrahmen.

4 OPTIMEDIS, 2022

Geht über den bestehenden Rechtsrahmen zum Teil deutlich hinaus.

5 RHÖN STIFTUNG (VORMALS STIFTUNG MÜNCH), 2021

Die Zielformulierung des Konzeptes ist sehr allgemein, Aussagen zum Rechtsrahmen lassen sich schwer ableiten.

6 KBV, 2021 UND 2018

Bewegt sich weitgehend im bestehenden Rechtsrahmen.

7 ROBERT BOSCH STIFTUNG, 2020

Bewegt sich weitgehend im bestehenden Rechtsrahmen.

8 SACHVERSTÄNDIGENRAT GESUNDHEIT, 2020

Keine weitere Aussage möglich, da Kapitel 13 primär die sektorenübergreifende Kapazitätsplanung thematisiert, nicht die (Neu-)Gestaltung von Versorgungsstrukturen.

9 RHÖN STIFTUNG (VORMALS STIFTUNG MÜNCH), 2020

Im Übergang bzw. für Pilotregionen Nutzung von Verträgen.

10 FRIEDRICH-EBERT-STIFTUNG, 2017

Geht über den bestehenden Rechtsrahmen zum Teil deutlich hinaus.

6 Vergütung

6.1 Etablierte Vergütungsmodelle vs. selbstorganisiert

1 AOK-BUNDESVERBAND, 2024

PVZ: Vergütung wird durch den Bewertungsausschuss festgelegt. Vertragspartner auf regionaler Ebene haben Gestaltungsspielraum. Vergütungssystematik kann dabei ganz oder in Teilen von den Regelungen für die vertragsärztlichen Leistungen abweichen. Die Vertragspartner der Gesamtvergütung haben den Behandlungsbedarf nach § 87a Abs. 3 S. 2 SGB V entsprechend zu bereinigen. Damit wären beispielsweise eine Pauschale für die interprofessionelle Teamarbeit oder Globalbudgets möglich.

GK: nicht thematisiert.

SV: Tagespauschalen für pflegerische und therapeutische Leistungen. Für ärztliche Leistungen (lt. Leistungsbeschreibung nur im Bedarfsfall) ergänzende Vergütung nach EBM.

2 BMC, 2023

Freiheit für flexible und anreizkompatible Vergütungsformen schaffen, neben Leistungsvergütungen können auch andere Formen der Vergütung (etwa qualitäts-, erfolgs- oder populationsorientiert) vereinbart werden: Partner können bestehende Vergütungen entsprechend neugestalten (z. B. Abrechnung von Leistungen im Verbund oder Behandlungsteam ermöglichen, Abrechnungsvoraussetzungen für bestehende Positionen von Vergütungsordnungen ändern oder deren Inhalte erweitern).

3 VDEK, 2022

RGZ: Für die Regelversorgung: reguläre EBM-Vergütung; zusätzliche Vergütung der Koordination und des Case Management.

Case-Management-Leistungen: neue EBM-Leistungen ohne Mengenbegrenzung.

4 OPTIMEDIS, 2022

Die Vergütung der in dieser Region erbrachten gesundheitlichen Leistungen kann wie bisher auf der Grundlage des EBM und des DRG-Systems erfolgen. Es sind prinzipiell aber auch eigene sektoral und/oder transsektoral differenzierte Vergütungsregelungen in der Region denkbar, die andere oder zusätzliche Anreize setzen und auch ohne Budgetierungen auskommen und denen sich dann die jeweiligen Netzwerkpartner freiwillig anschließen können. Auch wenn das Modell ohne zentrale Neuverhandlungen bei der Vergütung auskommt, würden die Public Reportings eine optimale Grundlage für zukünftige Value-basierte Anpassungen bei der Regelvergütung schaffen.

5 RHÖN STIFTUNG (VORMALS STIFTUNG MÜNCH), 2021

Regionale Gesundheitsprämien. Zwei Varianten:

- › **Variante 1:** vorab definiertes Budget, das ein Gesundheitsträger/ eine Gesundheitsallianz von den Krankenkassen erhält, um die Gesamtversorgung zu erbringen bei voller Gestaltungsfreiheit und unter Korrekturen von Wettbewerb und Ergebnisqualitätszielen.
- › **Variante 2:** retrospektive wirtschaftliche Erfolgsmes sung, wobei Leistungserbringer für die Versicherten mit Wohnort in der definierten Region weiterhin durch die Krankenkassen auf herkömmliche Weise vergütet werden, bei neuartigen Leistungen nach einem mit der Allianz vereinbarten Satz. Anschließend werden die in der Region angefallenen Gesamtkosten mit den Gesamtkosten verglichen, die für diese Versicherten in der Normalsituation zu erwarten gewesen wären.

6 KBV, 2021 UND 2018

Klassisch ambulant: etablierte Vergütung.

7 ROBERT BOSCH STIFTUNG, 2020

Verschiedene Vergütungssysteme sind denkbar, im Zuge der Ausarbeitung werden nur Denkmotive in verschiedene Richtungen formuliert:

- › **Option 1:** Primärversorgungspauschale – SGB-übergreifend,
- › **Option 2:** Sektorenübergreifendes Regionalbudget,
- › **Option 3:** Patientenpauschale und Strukturzuschlag.

8 SACHVERSTÄNDIGENRAT GESUNDHEIT, 2020

Angleich der Honorierungssysteme; es braucht eine Anpassung im Schnittstellenbereich (ambulant/stationär) als auch für rein ambulante und rein stationäre Leistungen. Vergütung als sektorenunabhängige, leistungsspezifische Pauschalvergütung in Anlehnung an Hybrid-DRGs. Zur weiteren Ausgestaltung der Vergütung an den Schnittstellen kann der jährlich aktualisierte, zwischen dem GKV-SV, der DKG und der KBV vereinbarte Katalog zu ambulant durchführbaren Leistungen genutzt werden.

Zusammenfassend: sektorenübergreifende Fallpauschalen unabhängig vom Ort der Leistungserbringung, orientiert am DRG-System. Reduzierung der Anreize zur Mengenausweitung durch Aufwertung pauschaler Vergütungselemente.

9 RHÖN STIFTUNG (VORMALS STIFTUNG)

MÜNCH), 2020

Etablierte Abrechnungswege bleiben bestehen, innerhalb der regionalen Organisation entsteht jedoch eine weitere Ebene der Umverteilung, die von den Partnern selbst zu gestalten ist und insbesondere den Umgang mit einem auf Ebene der Gesamtorganisation entstandenen Überschuss oder Defizit zu verfahren ist.

10 FRIEDRICH-EBERT-STIFTUNG, 2017

Hausärztliche Grundversorgung: dreigliedrige Vergütung; kontaktunabhängige Koordinierungspauschale (für jeden eingeschriebenen Patienten) + jährliche Behandlungspauschale + Einzelleistung.

Außerdem: Abschaffung des Quartalsbezugs.

Spezialisierte fachärztliche Versorgung – Differenzierung nach Erkrankungsclustern:

- 1) **planbare Interventionen:** sektorengleiche Vergütung, welche Vorbereitung, Durchführung und Nachbereitung umfasst; z. B. über IV-Verträge. Zudem Berücksichtigung besonderer pflegerische Bedarfe anhand von Pflegegraden,
- 2) schwere akute oder langfristige Erkrankungen und
- 3) **lebenslange chronische Erkrankungen:** ebenso sektorengleiche Vergütung; sektorenübergreifend einheitliche Fallpauschalen oder Leistungskomplexpauschalen, die zeitraumbezogen abgestuft differenziert werden können. Für besonders seltene oder förderungswürdige Leistungen können diese durch Einzelleistungen ergänzt werden.

6.2 Selektivvertraglich

1 AOK-BUNDESVERBAND, 2024

Die Vergütung erfolgt im Regelfall nicht über Selektivverträge (Ausnahme: bei sozialraumbezogener Versorgung im PVZ).

2 BMC, 2023

Können weiterhin unterhalten werden.

3 VDEK, 2022

Nicht diskutiert.

4 OPTIMEDIS, 2022

Selektivverträge werden problematisiert (haben wettbewerblichen Charakter, eignen sich nicht für eine flächendeckende Versorgung, erzeugen bei paralleler Existenz mit Regelversorgung erhöhtem administrativen Aufwand).

5 RHÖN STIFTUNG (VORMALS STIFTUNG)

MÜNCH), 2021

Nicht diskutiert.

6 KBV, 2021 UND 2018

EAV: Fallpauschalen im Rahmen von IV-Verträgen nach § 140a SGB V als Übergangslösung zur Finanzierung der EAV-Leistungen (wesentliche Kritikpunkte: hohe Transaktionskosten, mangelnde Standardisierung und die daraus resultierende geringe Planungssicherheit). Hinsichtlich einer perspektivischen, flächendeckenden Verbreitung der IGZ sind neue Vergütungsformate zu fordern, welche intersektorale Strukturen auf gesetzlicher Ebene fördern und durch Aufnahme in den Bundesmantelvertrag auch langfristige Vergütungssicherheit garantieren, d. h. innerhalb des etablierten kollektivvertraglich abgesicherten Vergütungssystems.

7 ROBERT BOSCH STIFTUNG, 2020

Bei Option 2 wären selektivvertragliche Regelungen notwendig, Option 1 würde grundlegende Änderungen im Sozialgesetzbuch erfordern, Option 3 wäre auf Basis einer Erweiterung des EBM möglich, hätte aber auch mit Abstand die geringste Reichweite.

8 SACHVERSTÄNDIGENRAT GESUNDHEIT, 2020

Nicht diskutiert (Kapitel 13 thematisiert primär die sektorenübergreifende Kapazitätsplanung, nicht die (Neu-)Gestaltung von Versorgungsstrukturen).

9 RHÖN STIFTUNG (VORMALS STIFTUNG)

MÜNCH), 2020

Für die Bildung des virtuellen Budgets sowie weitere Elemente wie Vereinbarungen zur Qualitätssicherung ist eine vertragliche Regelung zu finden.

10 FRIEDRICH-EBERT-STIFTUNG, 2017

Ist vorgesehen, auch, dass selektivvertraglich tätige Institutionen einen relevanten Versorgungsteil übernehmen können. Benannt sind explizit IV-Verträge zur Vergütung von planbaren Interventionen innerhalb der spezialisierten fachärztlichen Versorgung.

6.3 Investitionen (gemeinschaftlich?)

1 AOK-BUNDESVERBAND, 2024

Nicht diskutiert.

2 BMC, 2023

Die Kosten für Aufbau und Betrieb neuer Organisationsformen können in die (neuen) Vergütungsformen einbezogen werden.

3 VDEK, 2022

Nicht direkt diskutiert, ggf. durch genannte Anschubfinanzierung durch öffentliche Haushalte denkbar.

4 OPTIMEDIS, 2022

Nicht explizit diskutiert, ggf. im Sinne der Anschubfinanzierung denkbar.

5 RHÖN STIFTUNG (VORMALS STIFTUNG

MÜNCH), 2021

siehe Punkt „Leistungserbringer“.

6 KBV, 2021 UND 2018

Aktivierung notwendiger Investitionsmittel für Gebäude etc. wird unkritisch gesehen; problematisch ist jedoch die fehlende Planungssicherheit für Ärzte, die sich in der EAV engagieren wollen.

7 ROBERT BOSCH STIFTUNG, 2020

Die Verantwortung für die Investitionen liegt beim Betreiber.

8 SACHVERSTÄNDIGENRAT GESUNDHEIT, 2020

Nicht diskutiert (Kapitel 13 thematisiert primär die sektorenübergreifende Kapazitätsplanung, nicht die (Neu-)Gestaltung von Versorgungsstrukturen).

9 RHÖN STIFTUNG (VORMALS STIFTUNG

MÜNCH), 2020

Müssen durch Leistungserbringer gemeinschaftlich erbracht werden.

10 FRIEDRICH-EBERT-STIFTUNG, 2017

Nicht diskutiert.

7 Finanzierung

7.1 Allgemein

1 AOK BUNDESVERBAND, 2024

RegioSV: Budget der Krankenkassen für die Region

GK: paritätische Aufteilung der Aufwendungen zu gleichen Teilen zwischen Kommunen und Krankenkassen (GKV und PKV – siehe dazu Punkt „10 Weitere Kostenträger“). Krankenkassen sind zur Finanzierung eines GK nur dann verpflichtet, sofern sich die kommunalen Träger in gleicher Höhe an den Kosten beteiligen. Kassenartenübergreifende Finanzierungsverpflichtung. Für belastete Kommunen Refinanzierungen durch die Länder oder den Bund (z.B. durch steuerfinanzierte Zuschüsse oder Förderprogramme) sowie auch finanzielle Kompensationen für die GKV.

2 BMC, 2023

Sollte einer transparenten Investitionslogik folgen, die sowohl Akteure vor Ort anzieht als auch den Rückfluss von Erträgen vorsieht; finanziert sich aus den bestehenden Quellen.

SGB V- und SGB XI-Bereich: Eine Vielzahl von Förder- und Finanzierungsmöglichkeiten kann aus regionalem Bezug kommen, u. a. Präventionsmittel (z. B. im Rahmen der Landesvereinbarungen), Strukturmittel (KH-Strukturfonds, KH-Investitionsfinanzierung), Innovationsfonds. Im Bereich der ambulanten und stationären Vergütung können regionale Verträge Möglichkeiten aus bestehenden und neuen Instrumenten erschließen, z. B. geplante KH-Vorhaltevergütung, KH-Budgetverhandlungen, Finanzierung von Ärztenetzen, Honorarverträge mit KVen etc.

Finanzierungsquellen außerhalb SGB V und XI: Struktur- und Wirtschaftsförderung; neue Quelle: „Regio-Investitionsfonds“ (Erschließung öffentlicher Investitionen).

3 VDEK, 2022

Reguläre GKV-Finanzierung für bestehende und neue EBM-Leistungen; Anschubfinanzierung durch öffentliche Haushalte; Auftragsleistungen durch die Kommunen.

④ OPTIMEDIS, 2022

Gründung eines eigenständigen „**Zukunftsfo**nd **Innovative Gesundheitsregionen**“ auf der Basis von „**Weissen Bundesanleihen**“ (an Gesundheit ausgerichtete Bundeswertpapiere) analog den „**Grüner Bundeswertpapieren**“ (ab 2020 in Deutschland ausgegeben). Er finanziert Strukturreformen und ermöglicht in diesem Rahmen die Anschubfinanzierung für die Gesundheitsregion.

Funktionsweise: Für die ersten sechs Jahre ab Vertragschluss erhalten die Krankenkassen bei Abschluss der „**IGR-Standardvarianten**“ einen zusätzlichen Aufschlag auf die Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds von Versicherten, die daran in den jeweiligen Regionen teilnehmen können. Der Aufschlag soll für die ersten drei Jahre 3 Prozent und für die nächsten drei Jahre 1 Prozent der Zuweisungen des jeweiligen Vorjahres betragen. Der Betrag selbst errechnet sich als Prozentsatz auf die Gesamtsumme der Zuweisungen, die die Krankenkasse im jeweiligen Vorjahr für die in der jeweiligen Region lebenden Versicherten aus dem Gesundheitsfonds erhalten hat. Genutzt werden die Zuweisungen und ihre Morbiditäts- und Altersadjustierungen, um ein einfaches Berechnungsmodell zu haben. In seiner absoluten Höhe würde er sich insofern pro Region und Anzahl der Versicherten und dem Ausmaß ihrer Morbidität und ihres Alters unterscheiden. Die darauffolgenden vier Jahre erhalten sie keinen Aufschlag und für die Jahre 11 bis 20 zahlen die Krankenkassen für insgesamt zehn Jahre jeweils 2 Prozent der Zuweisungen der Versichertenanzahlen sowie deren Morbidität der jeweiligen Vorjahre zurück.

⑤ RHÖN STIFTUNG (VORMALS STIFTUNG MÜNCH), 2021

Nicht diskutiert.

⑥ KBV, 2021 UND 2018

Klassisch ambulant: reguläre Finanzierung;
EAV: IV-Verträge übergangsweise.

⑦ ROBERT BOSCH STIFTUNG, 2020

Je nach gewählter Option – s.o.

⑧ SACHVERSTÄNDIGENRAT GESUNDHEIT, 2020

Krankenkassen und ggf. Länder sind Kostenträger.
Finanzströme müssen bei einer sektorenübergreifenden Versorgung neugestaltet werden.

⑨ RHÖN STIFTUNG (VORMALS STIFTUNG MÜNCH), 2020

Krankenkassen.

⑩ FRIEDRICH-EBERT-STIFTUNG, 2017

Wird nicht trennscharf mit dem Punkt „**Vergütung**“ erläutert.

7.2 Bereinigung zwischen den Sektoren

① AOK-BUNDESVERBAND, 2024

Die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung ist nach Maßgabe der Vorgaben des je am Vertrag nach teilnehmenden Leistungserbringer arztgruppenbezogen pauschaliert, um die Leistungen zu bereinigen. Eine Bereinigung insbesondere der vertragsärztlichen Gesamtvergütung ist vorzusehen, damit es nicht zu Doppelfinanzierungen kommt.

② BMC, 2023

Nicht diskutiert.

③ VDEK, 2022

Nicht diskutiert.

④ OPTIMEDIS, 2022

Nicht diskutiert.

⑤ RHÖN STIFTUNG (VORMALS STIFTUNG MÜNCH), 2021

Nicht diskutiert.

⑥ KBV, 2021 UND 2018

Klassisch ambulant: reguläre Finanzierung;
EAV: IV-Verträge übergangsweise.

⑦ ROBERT BOSCH STIFTUNG, 2020

Nicht diskutiert.

⑧ SACHVERSTÄNDIGENRAT GESUNDHEIT, 2020

Nicht diskutiert (Kapitel 13 thematisiert primär die sektorenübergreifende Kapazitätsplanung, nicht die (Neu-)Gestaltung von Versorgungsstrukturen).

9 RHÖN STIFTUNG (VORMALS STIFTUNG**MÜNCH), 2020**

Wird als ggf. zu klären angesprochen, nicht aber explizit ausgearbeitet.

10 FRIEDRICH-EBERT-STIFTUNG, 2017

Nicht diskutiert.

7.3 Bereinigung zwischen Teilnehmern / Nichtteilnehmern

1 AOK-BUNDESVERBAND, 2024

Die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung ist nach Maßgabe der Vorgaben des je am Vertrag teilnehmenden Leistungserbringers arztgruppenbezogen pauschaliert, um die Leistungen zu bereinigen. Eine Bereinigung insbesondere der vertragsärztlichen Gesamtvergütung ist vorzusehen, damit es nicht zu Doppelfinanzierungen kommt.

2 BMC, 2023

Nicht diskutiert.

3 VDEK, 2022

Nicht diskutiert.

4 OPTIMEDIS, 2022

Nicht diskutiert.

5 RHÖN STIFTUNG (VORMALS STIFTUNG**MÜNCH), 2021**

Nicht diskutiert.

6 KBV, 2021 UND 2018

Klassisch ambulant: reguläre Finanzierung; EAV: IV-Verträge übergangsweise.

7 ROBERT BOSCH STIFTUNG, 2020

Nicht diskutiert.

8 SACHVERSTÄNDIGENRAT GESUNDHEIT, 2020

Nicht diskutiert (Kapitel 13 thematisiert primär die sektorenübergreifende Kapazitätsplanung, nicht die (Neu-)Gestaltung von Versorgungsstrukturen).

9 RHÖN STIFTUNG (VORMALS STIFTUNG**MÜNCH), 2020**

Nicht diskutiert.

10 FRIEDRICH-EBERT-STIFTUNG, 2017

Nicht diskutiert.

7.4 Morbiditätsorientierter Risikostrukturausgleich (Morbi-RSA)

1 AOK-BUNDESVERBAND, 2024

Siehe Punkt „7.3 Bereinigung zwischen Teilnehmern/ Nichtteilnehmern“

2 BMC, 2023

Höherer finanzieller Bedarf bedingt durch Morbidität oder Deprivation wird durch den Morbi-RSA automatisch berücksichtigt.

3 VDEK, 2022

Nicht diskutiert.

4 OPTIMEDIS, 2022

Morbiditätsadjustierung in den Weißen Bundesanleihen berücksichtigt.

5 RHÖN STIFTUNG (VORMALS STIFTUNG**MÜNCH), 2021**

Nicht diskutiert.

6 KBV, 2021 UND 2018

EAV-Vergütung durch MGV nicht geeignet, da dies zu inadäquater Benachteiligung der niedergelassenen Vertragsärzteschaft führen würde. EAV daher durch IV-Verträge.

7 ROBERT BOSCH STIFTUNG, 2020

Nicht diskutiert.

8 SACHVERSTÄNDIGENRAT GESUNDHEIT, 2020

Nicht diskutiert (Kapitel 13 thematisiert primär die sektorenübergreifende Kapazitätsplanung, nicht die (Neu-)Gestaltung von Versorgungsstrukturen).

⑨ RHÖN STIFTUNG (VORMALS STIFTUNG

MÜNCH), 2020

Wird als ggf. zu klären angesprochen, nicht aber explizit ausgearbeitet.

⑩ FRIEDRICH-EBERT-STIFTUNG, 2017

Nicht diskutiert.

8 Regelungsbefugnisse der Selbstverwaltung

8.1 Bedarfsplanung/Sicherstellung

① AOK-BUNDESVERBAND, 2024

RegioSV: Bedarfsplanung durch Vertragspartner für die Planungsbereiche nach § 101 Abs. 1 und § 103 Abs. 4 SGB V Vertragspartner der RegioSV, ansonsten KVen außerhalb der Sprechzeiten.

PVZ: Bedarf wird im Landesausschuss festgestellt und im Bedarfsplan festgeschrieben.

Stellungnahme zum Bedarfsplan: erweiterter Landesausschuss. Der Bedarf kann dabei auch aus Versorgungsproblemen resultieren, die nicht allein auf den ärztlichen Versorgungsgrad zurückzuführen sind. In einer korrespondierenden Änderung ist festzulegen, dass die Bedarfsplanungs-Richtlinie des G-BA Vorgaben zur Bedarfsfeststellung, Regionsabgrenzung sowie inhaltlichen Ausrichtung und Anrechnung von Primärversorgungszentren vorsehen muss. Sicherstellung liegt beim Zulassungsausschuss.

süV: Bedarfsplanung durch sektorenübergreifendes Planungsgremium.

GK: Bedarfsbestimmung durch Landesministerium, GKV-SV erstellt Rahmenempfehlung zur Bedarfs-ermittlung. Standortbestimmung dann durch Kommunen und Krankenkassen. Sicherstellung durch Landesministerium, indem es Krankenkassen und Kommunen dazu verpflichtet, gemeinschaftlich einen GK in entsprechenden Regionen zu errichten und die finanzielle Trägerschaft zu übernehmen.

② BMC, 2023

Bedarfsplanung durch umfangreichen Datenpool, zentrales, öffentliches Public-Health-Regio-Register; Validierung der Bedarfe durch Landesebene.

③ VDEK, 2022

- 1) G-BA definiert Kriterien für die Region (zunächst: Regionen mit bestehender oder drohender Unterversorgung im hausärztlichen Bereich),
- 2) RGZ wird durch erweiterten Landesausschuss ausgeschrieben,
- 3) Bewerbung der Betreiber,
- 4) erweiterten Landesausschuss wählt Betreiber aus,
- 5) RGZ entstehen (d.h. Ausschreibung, Vergabe und Sicherstellung durch erweiterten Landesausschuss).

④ OPTIMEDIS, 2022

Rolle der KVen, der Krankenhausgesellschaften, die Rolle der Ärztekammern und der anderen Kammer sowie die der Organisationen der Heilberufe bleiben in dem Konzeptvorschlag unverändert. Die Bedarfsplanung, die Vergütungsverhandlungen und alle anderen Aufgaben auf Landes- oder Bundesebene werden nicht tangiert.

Weiter wird beschrieben: „Kommunale Gesundheitskonferenz 2.0“ (setzt sich zusammen aus dem jeweiligen Gesundheitsausschuss der lokalen demokratischen Bürgervertretung sowie Vertretern der gesundheitlichen Akteure, wie z. B. KVen, Ärztekammer, Krankenhausträger, Selbsthilfe- und Patientenvertretung, Kassen, Bildungseinrichtungen, lokale Gewerbetreibende) hat umfangreiche Rechte, Aufgaben und Befugnisse mit eigenem Budget und eigener Geschäftsstelle. Erstellt Analysen zu Versorgungsbedarfen und Problemfeldern. Empfiehlt dem Landkreis bzw. der Gebietskörperschaft potenzielle Vertragspartner (RIE) für Krankenkassen. Grundlage der Empfehlung sind Daten und Vergleiche von einer im Bundesamt für Soziale Sicherung angesiedelten „Versorgungssicherungsagentur“ sowie Analysen zu Versorgungsbedarfen.

Rolle G-BA: Gründung eines Beirats „Innovative Gesundheitsregionen“: wirkt bei Entwicklung der „IGR-Standardvarianten“ mit und erarbeitet Empfehlungen für die Weiterentwicklung der Integrierten Versorgung und für die Ausgestaltung einer „Versorgungssicherungsagentur“.

5 RHÖN STIFTUNG (VORMALS STIFTUNG)

MÜNCH, 2021

Auf Bundeslandebene sollte die Krankenhausplanung mit der Sicherstellung der ambulanten Versorgung zusammengeführt werden. Dabei ist die Konzentration auf wenige Partner im Planungsgremium anzuraten. Diesem sollten die Landeskrankenhausegesellschaft, die Kassenärztliche Vereinigung, die Krankenkassen und das Bundesland angehören. Hilfreich wäre es auch, die Akteure des Rettungsdienstes einzubinden. Denkbar wären auch ein Vorschlagsrecht von und eine Diskussionspflicht mit kommunalen Gebietskörperschaften und Patientenvertretungen.

6 KBV, 2021 UND 2018

Änderung der Sicherstellungsverantwortlichkeit:

Der klassische Verantwortungsbereich der KVen erweitert sich in Hinblick auf die Sicherstellung der EAV, welche auch vormals stationäre Leistungen abbildet (intersektorale Leistungsverschiebung → IGZ im ambulanten Sektor verankert). Während sich die IGZ-Ärzte zum großen Teil aus bereits niedergelassenen Ärzten der Region zusammensetzen, sind weitere Zulassungen für die Deckung des zusätzlichen intersektoralen Versorgungsbedarfs zu generieren. Denn die zunehmende Ambulantisierung sowie das neu generierte Angebot der EAV bedingen einen Anstieg der Leistungsmenge im ambulanten Sektor.

Im Rahmen der aktuellen Bedarfsplanung sind zusätzliche Vertragsarztsitze in gesperrten Planungsbereichen jedoch nur über ungeeignete Einzelfalllösungen (z. B. Ermächtigungen oder Sonderbedarfzulassungen) generierbar. Um ausreichende Planungssicherheit für die Gründung und den Betrieb des IGZ zu garantieren, ist es dabei unerlässlich, die gesetzlichen Anforderungen an die Bedarfsplanungs-Richtlinie sowie das Zulassungsrecht so zu verändern, dass bereits frühzeitig im Planungsprozess weitgehende Planungssicherheit herrscht. Eine Neuausrichtung der Bedarfsplanung sollte dabei sektorenübergreifende Elemente beinhalten.

7 ROBERT BOSCH STIFTUNG, 2020

Bedarfsplanung und Sicherstellungsauftrag für die ambulante ärztliche Versorgung wie im Status quo bei der Selbstverwaltung. Deutliche Stärkung der Rolle der Kommune (Moderator, Planung der Angebote, Bedarfsanalyse usw.)

8 SACHVERSTÄNDIGENRAT GESUNDHEIT, 2020

Bedarfsplanung: Weiterentwicklung der bisherigen Angebotskapazitätsplanung, die getrennt für den ambulanten und den stationären Sektor erfolgt:

- 1) **Konzept einer sektorenübergreifenden Bedarfsanalyse und Kapazitätsplanung:** Morbiditätsanalyse, Leistungs- und Kapazitätsplanung, Überprüfung durch Landesgremien.
- 2) **Konzept einer sektorenübergreifend hybriden Bedarfsanalyse und Kapazitätsplanung:** Aufteilung des Leistungskataloges durch den G-BA: Eindeutig ambulant: Landesausschuss, Zulassungsausschuss.

- **Hybrid:** Landesgremium.
- **Eindeutig stationär:** Landesministerium, Krankenhaus.
- **Sicherstellung:** Regionale, nach § 90a SGB V konstituierte, aber weiterentwickelte Gremien in einer zukünftig dem G-BA ähnlichen Zusammensetzung. Zur Umsetzung der mit der Planung verbundenen Aufgaben sollte dem Gremium eine Geschäftsstelle eingerichtet werden. Der Einbezug regional relevanter Interessengruppen kann zu einer realistischeren und bedarfsgerechteren Planung beitragen.

9 RHÖN STIFTUNG (VORMALS STIFTUNG)

MÜNCH, 2020

Nicht diskutiert.

10 FRIEDRICH-EBERT-STIFTUNG, 2017

Bedarfsplanung:

- **Allgemein:** Rahmenvorgaben für die Bedarfsplanung erfolgen durch den G-BA auf Bundesebene, die Ausgestaltung erfolgt durch Planungskonferenzen auf der Landesebene (Länder, KVen, Krankenkassen, Krankenhausgesellschaften) mit Letztentscheidungsrecht der Länder. Andere Leistungserbringer (Reha, Pflege, weitere Beteiligte durch Selektivverträge) sind mit zu beteiligen.
- **Hausärztliche Grundversorgung:** wird auf eine zu versorgende Bevölkerungszahl ausgerichtet – 100 Tausend Einwohner als Richtwert (statt divergierende Raumordnungsgrößen) + regionale Gegebenheiten als Korrekturfaktor.
- **Kinderärztliche Versorgung:** wird wie die hausärztliche Grundversorgung für eine zu versorgende Bevölkerungszahl der bis 18-Jährigen entwickelt (bisher: Einordnung unter die allgemeine fachärztliche Versorgung).
- **Fachärztliche Versorgung:** wird je nach Versorgungsart unterteilt in grundversorgende, spezialisierte ambulante Facharztangebote sowie aus krankheitsspezifischen oder pflegerischen Gründen notwendige stationäre Leistungen und wird entsprechend differenziert berechnet.
- **Abbau von Überversorgung:**
 - 1) Einführung einer einheitlichen Versicherung für GKV- und PKV-Versicherte.
 - 2) Vertragsarztsitze fallen nach Praxisaufgabe des Sitzinhabers an die mit der Sicherstellung beauftragten Institutionen zurück.
- **Sicherstellung:** verbleibt grundsätzlich bei den bisher dafür zuständigen Institutionen (KV haus- und fachärztliche ambulante Grundversorgung).
- **Land:** alleinig stationär zu erbringenden Leistungen. Für die spezialisierten fachärztlichen Leistungen erfolgen einheitliche und gemeinsame Verhandlungen und Vertragsabschlüsse der Krankenkassen im Land mit den Leistungsanbietern über die Verteilung der geplanten Leistungsvolumina.

8.2 Qualitätssicherung

1 AOK-BUNDESVERBAND, 2024

RegioSV: Qualitätsanforderungen vom G-BA und von Bundesmantelverträgen gelten als Mindestvoraussetzungen. Qualitätssicherung wird in den RegioSV-Verträgen geregelt.

PVZ: G-BA legt Struktur- und Prozessanforderungen in Richtlinie fest (Qualifikation, Mindestausstattung usw.).

süV: Krankenhausplanungsbehörden (können dies bei Bedarf an Dritte, wie KVen oder den Medizinischen Dienst, übertragen).

GK: Die kommunalen Träger und Krankenkassen sind verpflichtet, Verträge zum Betrieb und zur Finanzierung der Gesundheitskioske zu schließen. Die Strukturierung der Zusammenarbeit mit weiteren Beteiligten sowie die Zuständigkeit insbesondere für die Koordinierung der Arbeit, die Qualitätssicherung und die Auskunftspflicht gegenüber den Trägern, den Ländern und dem BAS sind zu bestimmen.

2 BMC, 2023

Qualitätsanforderungen werden bundesweit geregelt (z.B. durch einen Unterausschuss „Regionale Versorgung“ im G-BA). Einrichtung eines Kompetenzzentrums regionale Versorgung (im Bundesinstitut für öffentliche Gesundheit oder als eine Neuauflage des Health Innovation Hub), das auch Beratung für Verträge und Umsetzung („Vertragswerkstatt“, „Implementation Lab“ etc.) zur Verfügung stellt. Evaluation auf Regionalebene ist vorgesehen, auch im Vergleich zur Regelversorgung. Evaluation, bei ausbleibenden Verbesserungen keine Verlängerung der Verträge bzw. kein weiterer Mittelfluss.

3 VDEK, 2022

G-BA legt Standards für das RGZ fest: Mindestleistungsumfang, Mindeststandards für die nichtärztlichen Leistungserbringer sowie die räumlichen, technischen und organisatorischen Anforderungen als auch solche, welche die Zusammenarbeit der ärztlichen und nichtärztlichen Leistungserbringer in Standard Operating Procedures in den Regionalen Gesundheitszentren optimieren. Kommunen können zusätzliche Anforderungen an die Struktur und das Leistungsspektrum festlegen.

4 OPTIMEDIS, 2022

Steuerung und Qualitätswettbewerb über ein „Monitoring der Innovativen Gesundheitsregionen“, dazu gehören:

- 1) „**Versorgungssicherungsagentur**“: Dem BAS, dem Verwalter des Gesundheitsfonds, wird eine „Versorgungssicherungsagentur“ unterstellt. Diese übernimmt die Aufgabe der öffentlich-rechtlichen Begleitung des „Zukunftslands Innovative Gesundheitsregionen“ und ist Auswerter der regionalen Daten der GKV für die „Kommunalen Gesundheitskonferenzen 2.0“ sowie die RIE.
- 2) „**Public Reporting**“ der Leistungsergebnisse der Krankenkassen: Der Gesetzgeber beauftragt das BAS mit einer Auswertung der Daten hinsichtlich der Veränderung der Morbidität ihrer Versicherten als Basis für ein Public Reporting der Leistungsergebnisse der Krankenkassen.
- 3) Public Reporting der Performance für die regionalen IGR-Verträge (siehe Punkt 9.1 „Wettbewerb“).
- 4) **Qualitätsmessverfahren**: Krankenkassen behalten ihrerseits die Möglichkeit, weitere eigene Qualitätsmessverfahren zu entwickeln bzw. die schon vorliegenden Verfahren weiter auszubauen.

5 RHÖN STIFTUNG (VORMALS STIFTUNG

MÜNCH), 2021

Vergabe von regionalen Gesundheitsbudgets wird an Qualitätsziele geknüpft; Kontrolle der Qualitätsziele durch die Krankenkassen oder eine neutrale Instanz, dafür: Nutzung von statistischen Verfahren auf Basis eines Datennutzungsgesetzes. Außerdem: Sanktionierung von Missbräuchen durch Vergütungsabschläge oder Ausschluss aus der Versorgung.

6 KBV, 2021 UND 2018

Leistungserbringung: Einhaltung des Facharztstandards; Vergütung: Einführung einer derartigen Versorgungsform sollte unabhängig evaluiert werden, um die Qualität des Konzeptes zu sichern und ggf. notwendige Justierungen am Vergütungssystem aufzuzeigen.

7 ROBERT BOSCH STIFTUNG, 2020

Die Kontinuierliche Evaluation und Anpassung ist regelhaft vorgesehen bei Aufnahme des Betriebs eines PORT-Zentrums. Ziel ist allerdings eine deutliche Weiterentwicklung der im Status quo gesetzlich verankerten Qualitätssicherung im ambulanten vertragsärztlichen Bereich, die v.a. Ergebnisqualität ausblendet.

Idealfall: Kooperation mit einem Partner aus der Wissenschaft, Fokus auf Indikatoren der Versorgungsqualität und Organisation inklusive entsprechendes Monitoring, Verankerung im QM sowie konsequentes strategisches und operatives Controlling.

8 SACHVERSTÄNDIGENRAT GESUNDHEIT, 2020

Die Versorgungsqualität sollte durch sektorenübergreifende Qualitätssicherungsverfahren (QS-Verfahren) überprüft werden, bei denen auch die pflegerische und die rehabilitative Versorgung miteinbezogen werden sollte. Durchführung der Ergebnisbewertung durch Landesarbeitsgemeinschaften bestehend aus KVen, Landeskrankenhausgesellschaften und Verbänden der Krankenkassen. Unterstützung durch Fachkommissionen aus Experten aus dem ambulanten und stationären Bereich. Insgesamt gilt es, die Qualitätssicherung noch zu entwickeln.

9 RHÖN STIFTUNG (VORMALS STIFTUNG

MÜNCH), 2020

Wird explizit adressiert und als zwingend zusätzlich zu regelndes Element aufgenommen. Vorgeschlagen wird ein – im Detail zu definierendes – Set verschiedener Indikatoren.

10 FRIEDRICH-EBERT-STIFTUNG, 2017

Einheitliche, d.h. sektorenübergreifende QS mit gleichen Standards für die ambulante und stationäre Versorgung, später Einbeziehung von Reha und Pflege – Entwicklung durch das IQTIG. Außerdem, die Entwicklung einer sektorenübergreifenden gemeinsamen Klassifikation für alle Leistungserbringer durch InEK, InBA, DIMDI.

9 Steuerungsmechanismen

9.1 Wettbewerb

1 AOK-BUNDESVERBAND, 2024

Fokus auf Planung und Koordination.

2 BMC, 2023

Direkter Wettbewerb über die Wahlmöglichkeiten bzw. die freie Inanspruchnahme/Wahl der Region für Versicherte. Auch indirekter Wettbewerb um Fördermittel, Qualitätszuschläge etc. ist denkbar.

3 VDEK, 2022

Nicht diskutiert.

4 OPTIMEDIS, 2022

In den RIE soll ein Wettbewerb um „Outcome“ und „Value“ entstehen. Grundlage dafür ist das systematische Public Reporting der Performance für die regionalen IGR-Verträge. Berichtspflicht in der regionalen Öffentlichkeit und Vergleich auf nationaler Ebene.

5 RHÖN STIFTUNG (VORMALS STIFTUNG

MÜNCH), 2021

Wettbewerb zwischen Regionen ist wichtiges Korrektiv durch freie Wahl des Leistungserbringers innerhalb als auch außerhalb der Region.

Außerdem: Wettbewerb um Patienten durch aktives Public Reporting.

6 KBV, 2021 UND 2018

Das IGZ verfolgt ausdrücklich nicht das Ziel, in Konkurrenz zu Niedergelassenen zu treten und durch neue Versorgungsangebote die Wettbewerbssituation in ländlichen Regionen zu schärfen. Vielmehr sollten Allokationsprobleme der vertragsärztlichen Versorgung zwischen ländlichen und urbanen Räumen adressiert werden. Auch schafft die klassische ambulante Versorgung kein zusätzliches Angebot, sondern stellt lediglich die Zentralisierung dieser Leistungen unter einem Dach dar.

7 ROBERT BOSCH STIFTUNG, 2020

Die parallele Existenz mehrerer PORT-Zentren in unterschiedlicher Trägerschaft in einer Region ist wünschenswert, in vielen dünn besiedelten Regionen allerdings nicht möglich. Das Vergütungssystem kann als Surrogat dienen insbesondere in Regionen, in denen direkter Wettbewerb keine reale Option darstellt.

8 SACHVERSTÄNDIGENRAT GESUNDHEIT, 2020

Nicht diskutiert (Kapitel 13 thematisiert primär die sektorenübergreifende Kapazitätsplanung, nicht die (Neu-)Gestaltung von Versorgungsstrukturen).

9 RHÖN STIFTUNG (VORMALS STIFTUNG

MÜNCH), 2020

Wird im Sinne eines Wettbewerbs zwischen Regionen bzw. Netzwerken explizit vorgeschlagen.

10 FRIEDRICH-EBERT-STIFTUNG, 2017

Es wird thematisiert im Rahmen der IV-Verträge, welche erweitert werden sollen, als Instrument des Qualitätswettbewerbs. Denkbar ist zudem (eigener Gedanke), dass eine sektorengleiche Vergütung Neutralität gegenüber dem bisherigen Preiswettbewerb schafft.

9.2 Planung zentral/dezentral

1 AOK-BUNDESVERBAND, 2024

PVZ: können von Leistungserbringern oder Gemeinschaften von Leistungserbringern nach Kapitel 4 SGB V sowie nach §§ 71 f. SGB XI von KVen sowie Kommunen errichtet werden. Da es in der ambulanten Versorgung keine interprofessionelle Betriebsform gibt, muss korrespondierend die Einführung einer solchen in das SGB V gefordert werden.

GK: Kommunen, gemeinwohlorientierte Organisationen oder Arztnetze können durch Krankenkassen und Kommunen zur Umsetzung und zum Betrieb des GK beauftragt werden.

2 BMC, 2023

Validierung der regionalen Bedarfe durch die Landesebene, sonst nicht näher diskutiert.

3 VDEK, 2022

Nicht diskutiert.

4 OPTIMEDIS, 2022

Die RIE (getragen durch Konsortien von Gesundheitsakteuren, Managementgesellschaft o. Ä., schließt Verträge mit Krankenkassen) organisiert Vernetzung unter den Leistungserbringern, strukturiert Versorgungsabläufe, entwickelt Maßnahmen zur Prävention/Gesundheitsförderung usw., hat zudem Public-Reporting-Pflicht.

5 RHÖN STIFTUNG (VORMALS STIFTUNG MÜNCH), 2021

Regionen können sich eigenständig bilden und einen Antrag auf Pilotregion an ein neu zu gründendes, bundeslandspezifisches Prüfgremium stellen. Antragstellung durch einzelne Leistungserbringer oder „Gesundheitsallianz“.

6 KBV, 2021 UND 2018

Organisatorisch und rechtlich basiert das IGZ in seiner Grundstruktur auf einem Medizinischen Versorgungszentrum (MVZ) nach § 95 SGB V und stellt eine ärztlich geleitete Einrichtung dar (§ 95 Abs. 1. S. 2 SGB V). Das IGZ selbst ist durch eine Betriebsgesellschaft in Form einer GmbH organisiert.

Die IGZ-Betriebsgesellschaft ist für den operativen Betrieb des IGZ verantwortlich: Medizinische und kaufmännische Führung, interne Koordination der primären Leistungserbringung, Tertiär- und Serviceleistungen sowie die externe Koordination mit weiteren Leistungserbringern.

7 ROBERT BOSCH STIFTUNG, 2020

Die Kommunen nehmen eine zentrale Rolle in der Planung ein (ohne zwingend Träger der Einrichtung zu sein); ebenso wie die Selbstverwaltungspartner. Planung erfolgt anhand von geeigneten Planungsregionen.

8 SACHVERSTÄNDIGENRAT GESUNDHEIT, 2020

Nicht diskutiert (Kapitel 13 thematisiert primär die sektorenübergreifende Kapazitätsplanung, nicht die (Neu-)Gestaltung von Versorgungsstrukturen).

9 RHÖN STIFTUNG (VORMALS STIFTUNG MÜNCH), 2020

Nicht diskutiert.

10 FRIEDRICH-EBERT-STIFTUNG, 2017

Die operative Planung wird nicht näher thematisiert, verwiesen wird aber z. B. auf die Rolle der Kommune hinsichtlich der Pflegeplanung.

10 Weitere Kostenträger (PKV, Beihilfe, SGB XI etc.)

10.1 Private Krankenversicherung (PKV)

1 AOK-BUNDESVERBAND, 2024

GK: Die PKV ist mitverantwortlicher Kostenträger, aber nicht in die institutionelle Finanzierung eingebunden. Sie muss separate Vergütungsvereinbarungen treffen. Anteil der Finanzierung richtet sich nach dem Anteil privat Versicherter in der jeweiligen Region.

2 BMC, 2023

Neben der GKV sollten auch jene Leistungsträger in die Finanzierung eingebunden werden, die an der regionalen Versorgung beteiligt sind. Ihr Finanzierungsanteil sollte dabei dem Anteil ihrer Leistungen im Regionalvertrag entsprechen – und kann von Region zu Region unterschiedlich sein.

3 VDEK, 2022

Nicht diskutiert.

4 OPTIMEDIS, 2022

Die Trennung zwischen GKV und PKV wird als besondere Herausforderung benannt. Das Konzept zieht die PKV explizit nicht mit ein.

Gründe: unterliegt nicht dem Ausgleichsverfahren des Gesundheitsfonds, nur 10 Prozent Bevölkerungsabdeckung.

Mögliche Ansätze sollten diskutiert werden:

- 1) Freie Verträge der PKV-Unternehmen mit den jeweiligen Regionalen Integrationseinheiten (die geringe Menge an Versicherten, Transaktionskostenaufwand und die Komplexität der hohen Vielzahl an speziellen Tarifen sprechen aber dagegen).
- 2) PKV-Unternehmen bilden eigene Servicegesellschaften, die ihrerseits standardisierte Verträge mit den regionalen Konsortien abschließen (ähnlich den Servicegesellschaften der BKKen).
- 3) Beteiligung der PKV-Unternehmen am „Zukunfts-fonds Innovative Gesundheitsregionen“.

5 RHÖN STIFTUNG (VORMALS STIFTUNG

MÜNCH), 2021

Nicht diskutiert.

6 KBV, 2021 UND 2018

PKV als regelhafter Kostenträger für ambulante Leistungen mittels GOÄ im IGZ benannt.

7 ROBERT BOSCH STIFTUNG, 2020

SGB V: Fokus auf die GKV und den vertragsärztlichen Bereich, die PKV nicht explizit diskutiert.

8 SACHVERSTÄNDIGENRAT GESUNDHEIT, 2020

Nicht diskutiert (Kapitel 13 thematisiert primär die sektorenübergreifende Kapazitätsplanung, nicht die (Neu-)Gestaltung von Versorgungsstrukturen).

9 RHÖN STIFTUNG (VORMALS STIFTUNG

MÜNCH), 2020

Nicht diskutiert.

10 FRIEDRICH-EBERT-STIFTUNG, 2017

Einführung einer einheitlichen Versicherung für GKV-/PKV-Versicherte.

10.2 Beihilfe, SGB XI etc.

1 AOK-BUNDESVERBAND, 2024

Nicht diskutiert.

2 BMC, 2023

Nicht diskutiert.

3 VDEK, 2022

Nicht diskutiert.

4 OPTIMEDIS, 2022

Die Integration anderer Sozialleistungsträger bleibt eine Herausforderung.

5 RHÖN STIFTUNG (VORMALS STIFTUNG

MÜNCH), 2021

Nicht diskutiert.

6 KBV, 2021 UND 2018

Regionale Akteure aus den Bereichen Reha/Pflege sind relevante Kooperationspartner, aber nicht Teil der Kernleistung im IGZ. Die Klärung der organisationsrechtlichen Einbettung in vorhandene Strukturen ist ein elementarer Aspekt, um neue Bruchstellen und Doppelstrukturen zu vermeiden.

7 ROBERT BOSCH STIFTUNG, 2020

Andere Kostenträger im Kontext der Vergütung als verantwortlich genannt (vorrangig bei Primärversorgungspauschale als sozialleistungsträgerübergreifende Lösung).

8 SACHVERSTÄNDIGENRAT GESUNDHEIT, 2020

Nicht diskutiert (Kapitel 13 thematisiert primär die sektorenübergreifende Kapazitätsplanung, nicht die (Neu-)Gestaltung von Versorgungsstrukturen).

9 RHÖN STIFTUNG (VORMALS STIFTUNG

MÜNCH), 2020

Alle gesetzlichen Sozialleistungsträger sind zur Teilnahme verpflichtet, von Krankenkasse bis hin zur Gesetzlichen Renten- und Unfallversicherung, wenn Rehabilitationsdienstleistungen integriert werden.

10 FRIEDRICH-EBERT-STIFTUNG, 2017

Nicht diskutiert.

Fazit

Die Auseinandersetzung mit den zehn ausgewählten Konzepten zeigt, dass sich unter dem Begriff „regionale Versorgungskonzepte“ Ansätze mit sehr unterschiedlicher Stoßrichtung und Reichweite subsumieren lassen. Für die weitere Auseinandersetzung wird es wichtig sein, den Begriff weiter zu schärfen und für die Arbeit der Stiftung zuzuspitzen.

Es zeigt sich auch, dass jene Konzepte eine deutlich höhere Umsetzungsreife aufweisen, welche auf eher konkrete Versorgungsformen abzielen. Hierfür existieren häufiger konkrete Vorschläge für neue gesetzliche Regelungen – zum Teil mit Formulierungsvorschlägen – als bei weitreichenderen Konzepten.

Anhang

Abkürzungsverzeichnis

AOK	Allgemeine Ortskrankenkasse	Morbi-RSA	Morbiditätsorientierter Risikostrukturausgleich
AOK BV	AOK Bundesverband	MVZ	Medizinisches Versorgungszentrum
BAS	Bundesamt für Soziale Sicherung	QM	Qualitätsmanagement
BKK	Betriebskrankenkasse	QS	Qualitätssicherung
BMC	Bundesverband Managed Care	QS-Verfahren	Qualitätssicherungsverfahren
DIMDI	Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information	PKV	Private Krankenversicherung
DKG	Deutsche Krankenhausgesellschaft	PORT	Patientenorientierte Zentren zur Primär- und Langzeitversorgung
DRG	Diagnosis Related Group	PVZ	Primärversorgungszentrum
EAV	Erweiterte Ambulante Versorgung	RegioSV	Regionale sektorenunabhängige Versorgung
EBM	Einheitlicher Bewertungsmaßstab	RGZ	Regionales Gesundheitszentrum
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss	RIE	Regionale Integrationseinheiten
GK	Gesundheitskiosk	RIV	Regionale Integrationsverträge
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung	SGB	Sozialgesetzbuch
GKV-SV	GKV-Spitzenverband	süV	sektorenübergreifende Versorgungseinrichtung
GOÄ	Gebührenordnung für Ärzte	SV	Sektorenübergreifender Versorger
IGR	Integrierte Gesundheitsregionen	vdek	Verband der Ersatzkassen
IGZ	Intersektorales Gesundheitszentrum		
InBA	Institut des Bewertungsausschusses		
InEK	Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus GmbH		
IQTIG	Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen		
IV	Integrierte Versorgung		
KBV	Kassenärztliche Bundesvereinigung		
KH	Krankenhaus		
KHG	Krankenhausfinanzierungsgesetz		
KV	Kassenärztliche Vereinigung		
MGV	Morbiditätsbedingte Gesamtvergütung		

Literaturverzeichnis

Alle Abrufe von Online-Quellen erfolgten am 23.1.2026.

AOK Bundesverband (Hrsg.) (2024). „Gesundheitsregionen: Sektorenunabhängige Versorgung gestalten“. Positionspapier. Berlin. <https://www.aok.de/pp/bv/pm/positionspapier-gesundheitsregionen/>

Bundesverband Managed Care (BMC) (Hrsg.) (2023). „Besser Regional: Wie die Regionalisierung der Gesundheitsversorgung gelingen kann“. Berlin. <https://www.bmcev.de/wp-content/uploads/2023-05-22-BMC-Positionspapier-Besser-regional.pdf>

Friedrich-Ebert-Stiftung (FES) (Hrsg.) (2017). „Patient First! Für eine patientengerechte sektorenübergreifende Versorgung im deutschen Gesundheitswesen“. Bonn. <https://collections.fes.de/publikationen/ident/fes/13280>

Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) (Hrsg.) (2021). „Erweiterte Ambulante Versorgung (EAV) – Umsetzung und Implikationen“. IGZ konkret. Tübingen und Bayreuth. https://epub.uni-bayreuth.de/id/eprint/5662/1/2021-04-30_IGZ%20konkret%20Gutachten_FINAL.pdf

Optimedis (Hrsg.) (2022). „Integrierte Versorgung – Jetzt!“ Hamburg. https://optimedis.de/files/Zukunftskonzept/Buch_Auftaktartikel_Integrierte_Versorgung_Jetzt_Entwurf.pdf

Rhön Stiftung (vormals Stiftung Münch) (Hrsg.) (2021). „Wirtschaften für Gesundheit: Gesundheitsprämien für Regionen – Forderungskatalog“. Bad Neustadt a. d. Saale. https://www.stiftung-muench.org/wp-content/uploads/2021/11/Ref.Komm_.pdf

Rhön Stiftung (vormals Stiftung Münch) (Hrsg.) (2020). *Prospektive regionale Gesundheitsbudgets: Internationale Erfahrungen und Implikationen für Deutschland und Wirtschaften für Gesundheit: Gesundheitsprämien für Regionen – Forderungskatalog*. Heidelberg.

Robert Bosch Stiftung (RBS) (Hrsg.) (2020). „Vom PORT-Zentrum zur regionalen Primärversorgung“. Stuttgart. https://www.bosch-health-campus.de/sites/default/files/publications/pdf/2024-03/Vom_PORT-Gesundheitszentrum_zurRegionalen_Prim%C3%A4rversorgung.pdf

Robert Bosch Stiftung (RBS) (Hrsg.) (2020). „Perspektiven für die Vergütung von PORT-Zentren“. Stuttgart. https://www.bosch-health-campus.de/sites/default/files/publications/pdf/2024-03/Perspektiven_f%C3%BCr_die_Verg%C3%BCitung_von_PORT-Gesundheitszentren.pdf

Robert Bosch Stiftung (RBS) (Hrsg.) (2020). „Vision und Umsetzung eines PORT-Zentrums“. Stuttgart. https://www.bosch-health-campus.de/sites/default/files/publications/pdf/2024-03/Vision_und_Umsetzung_eines_PORT-Gesundheitszentrums.pdf

Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (Hrsg.) (2018). *Jahresgutachten 2018: Bedarfsgerechte Steuerung der Gesundheitsversorgung. Kapitel 12 „Sektorenübergreifende Versorgungsplanung“*. Berlin. https://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/Gutachten/Gutachten_2018/Gutachten_2018.pdf

Schmid, Andreas, Jan Hacker, Florian Rinsche und Franziska Distler (2018). *Intersektorale Gesundheitszentren (IGZ): Ein innovatives Modell der erweiterten ambulanten Versorgung zur Transformation kleiner ländlicher Krankenhausstandorte*. Hrsg. Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV). Bayreuth. <https://epub.uni-bayreuth.de/id/eprint/3852/1/Endversion%20IGZ%20Gutachten%20-%20Epub.pdf>

Verband der Ersatzkassen (vdek) (Hrsg.) (2022). „Effiziente Strukturen für die Gesundheitsversorgung vor Ort: Ambulant und stationär zusammengedacht. Kapitel „Modell „Regionale Gesundheitszentren““. Berlin 2022. [20220708_Effiziente_Strukturen_f%C3%BCr_die_Gesundheitsversorgung_vor_Ort.pdf](https://www.vdek.de/Downloads/2022/20220708_Effiziente_Strukturen_f%C3%BCr_die_Gesundheitsversorgung_vor_Ort.pdf)

Bertelsmann Stiftung
Carl-Bertelsmann-Straße 256
33311 Gütersloh
Telefon +49 5241 81-0
www.bertelsmann-stiftung.de

Marion Grote-Westrick
Senior Project Manager
Programm Gesundheit
Telefon +49 5241 81-81271
marion.grotewestrick@bertelsmann-stiftung.de

Rosemarie Wehner
Senior Project Manager
Programm Gesundheit
Telefon +49 5241 81-81463
rosemarie.wehner@bertelsmann-stiftung.de