

Nr. 1, 2026

Regionale Gesundheitsversorgung

Ein Vergleich unterschiedlicher Konzepte

- **Wenig regionale Verantwortung:** Die Versorgung ist institutionell zersplittert, eine populationsorientierte Steuerung bisher kaum möglich
- **Vielfalt ohne System:** Jedes Konzept liefert wichtige Impulse, doch ein gemeinsames Verständnis von „Gesundheitsregion“ fehlt
- **Gleiche Ziele, unterschiedliche Wege:** Fast alle Konzepte wollen integrierte Versorgung – unterscheiden sich jedoch in Verbindlichkeit, Finanzierung und Steuerung
- **Daten, Governance, Kooperation:** Gesundheitsregionen benötigen gemeinsame Ziele, integrierte Daten und klare Verantwortungsgemeinschaften
- **Politischer Handlungsbedarf:** Regionale Versorgung braucht verbindliche rechtliche, datenbezogene und finanzielle Grundlagen

Autorinnen



Marion Grote Westrick
Senior Project Manager
marion.grotewestrick@bertelsmann-stiftung.de



Rosemarie Wehner
Senior Project Manager
rosemarie.wehner@bertelsmann-stiftung.de

Das deutsche Gesundheitswesen ist leistungsfähig, aber strukturell zersplittert. Die Versorgung wird durch Sektoren, Kassen und Trägerschaften organisiert – doch selten entlang regionaler Krankheitslast und Bedarfe. Vielerorts stoßen die bestehenden Strukturen an ihre Grenzen. Trotz hoher Ausgaben und vielfältiger Reformen gelingt es nur unzureichend, die Potenziale der Digitalisierung zu heben und eine flächendeckende, koordinierte und patientenzentrierte Versorgung für die Bevölkerung vor Ort sicherzustellen.

Strukturen an der Grenze

Besonders deutlich zeigen sich die Probleme auf dem Land – also dort, wo die Wege lang sind und die Dichte an Angeboten gering ist. Hier fehlen Hausärztinnen und Hausärzte, Pflegekräfte und Fachpraxen. Zudem führen starre Sektoren-grenzen zu Brüchen: ambulant, stationär, rehabilitativ – jede Ebene funktioniert weitgehend isoliert. Das erschwert den Informationsfluss, führt zu Doppeluntersuchungen und verhindert eine abgestimmte Therapie. Gleichzeitig ist die Versorgung ungleich verteilt: In einigen städtischen Regionen bestehen Überkapazitäten, andernorts bleibt sie lückenhaft. Immer klarer wird: Das deutsche Gesundheitssystem braucht neue Formen der Organisation – näher an den Menschen, stärker vernetzt, regional verankert.

Regionale Gesundheitsplanung und -steuerung kann ein Ansatz sein, um zentrale systemische Probleme gezielter anzugehen. Wenn Versorgung regional organisiert und mit digitalen Komponenten unterlegt wird, lassen sich Prozesse enger aufeinander abstimmen, Ressourcen besser koordinieren und Bedarfe passgenauer adressieren.

Praxisnahe Lösungen und politische Initiativen

In den vergangenen Jahren sind zahlreiche Ansätze entstanden, um Versorgung stärker intersektoral und regional auszurichten – von

„Gesundheitskiosk“ und „Gesundheitsregion Plus“ über „PORT-Zentrum“ bis hin zu regionalen Gesundheitskonferenzen und Praxisnetzen. Auch politisch treibt man das Thema seit Jahren voran: Parteien und Bundesländer haben eigene Modelle vorgelegt. Beispiele sind das Gesundheitsregionen-Konzept von Bündnis90/Die Grünen oder die Initiativen von Landesregierungen in Bayern, Brandenburg, Nordrhein-Westfalen und Niedersachsen.

Der ursprüngliche Entwurf des Gesetzes zur Stärkung der Gesundheitsversorgung in der Kommune (Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetz – GVSG) der früheren Ampelkoalition sah mehrere Maßnahmen zur Stärkung der regionalen Versorgung vor. Im schließlich im März 2025 in Kraft getretenen GVSG ist jedoch nur ein Teil davon übrig geblieben, etwa die erleichterte Möglichkeit für Kommunen, Medizinische Versorgungszentren (MVZ) zu gründen.

Konzepte mit unterschiedlicher Breite und Tiefe

Viele der praxisnahen Lösungsansätze und politischen Ideen greifen auf Modelle und Konzepte zur regionalen Versorgung zurück, die Verbände, Stiftungen und wissenschaftliche Einrichtungen bereits vor einigen Jahren entwickelt haben. Um diese Ansätze systematisch zu erfassen, hat die Unternehmensberatung Oberender AG um den Autor Prof. Dr. Andreas Schmid und die Autorin Sarah Gubitz zehn davon im Auftrag der Bertelsmann Stiftung analysiert (vgl. Übersicht Konzepte).

Für ihre Analyse hat die Oberender AG die Konzepte anhand von zehn Kriterien verglichen. Tabelle 1 (Seite 4) gibt einen kompakten Überblick über die Ergebnisse.

Je nach Kriterium weisen die analysierten Konzepte Gemeinsamkeiten und Unterschiede auf. Gemeinsam ist vielen die Idee, Gesundheit stärker als regionale Gemeinschaftsaufgabe zu verstehen:

Übersicht Konzepte

SVR **Sektorenübergreifende Versorgungsplanung** – Das Jahresthemen 2019 widmet sich im Kapitel 13 der sektorenübergreifenden Versorgung auf regionaler Ebene aus einer Hand. Hierzu gehört die Schaffung eines regionalen Planungsgremiums, welches die notwendigen Versorgungskapazitäten bestimmen soll. Eine weitergehende Bestimmung regionaler Versorgungsstrukturen erfolgt nicht (Sachverständigenrat Gesundheit 2019).

FES **Patient First! Für eine patientengerechte sektorenübergreifende Versorgung im deutschen Gesundheitswesen** – Die sektorenübergreifende Versorgung steht im Fokus dieses Konzepts und zeigt auf verschiedenen Ebenen Hürden und Lösungsansätze. Die regionale Perspektive wird 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 (Friedrich-Ebert-Stiftung 2017).

AOK **Gesundheitsregionen: Sektorenunabhängige Versorgung gestalten** – Dieses Konzept erarbeitet sehr detailliert die rechtlichen Anpassungsbedarfe. Ziel ist eine sektorenunabhängige Versorgung, die auch regional wirkt, aber keinen ganzheitlichen regionalen Versorgungsansatz erzwingt. Die neuen Versorgungskomponenten ergänzen den Status quo (AOK-Bundesverband 2024).

VDEK **Effiziente Strukturen für die Gesundheitsversorgung vor Ort: Ambulant und stationär zusammengedacht** – Im Fokus steht die Etablierung Regionaler Gesundheitszentren (RGZ). Ein erweiterter Landesausschuss soll punktuell eine sektorenübergreifende Planungsfunktion

für dieses Leistungsangebot übernehmen. Die Vergütung ergänzt den Status quo um einzelne Komponenten. Eine grundsätzliche Neustrukturierung regionaler Versorgung wird nicht angestrebt (Verband der Ersatzkassen 2022: Kapitel Modell „Regionale Gesundheitszentren“).

KBV **Intersektorale Gesundheitszentren (IGZ): Ein innovatives Modell der erweiterten ambulanten Versorgung zur Transformation kleiner ländlicher Krankenhausstandorte und IGZ konkret: Erweiterte Ambulante Versorgung (EAV) – Umsetzung und Implikationen** – Die Gutachten zu Intersektoralen Gesundheitszentren entwickeln ein Versorgungsmodell, dessen Innovation primär in einer bettenführenden, dem ambulanten Sektor zugeordneten Versorgungseinheit besteht. Im zweiten Gutachten wird dargelegt, welche Rolle die IGZ in einer Region einnehmen könnten und welche Potenziale darin liegen. Es handelt sich nicht um eine grundlegende Konzeption regionaler Versorgung (Kassenärztliche Bundesvereinigung 2018 und 2021).

RBS **PORT-Gesundheitszentrum: 1) Vision und Umsetzung eines PORT-Zentrums, 2) Vom PORT-Zentrum zur regionalen Primärversorgung, 3) Perspektiven für die Vergütung von PORT-Zentren (2020)** – 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. Vor der Errichtung erfolgt eine umfassende regionale Bedarfsanalyse, um das Angebot möglichst passgenau zu gestalten. Eine fundamentale Neugestaltung der regionalen Versorgung erfolgt nicht (Robert Bosch Stiftung 2020).

BMC **Besser Regional: Wie die Regionalisierung der Gesundheitsversorgung gelingen kann** – Dieses Konzept setzt einen 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 (Bundesverband Managed Care 2023).

OPTIMEDIS **Integrierte Versorgung – Jetzt!** – Dieses Konzept eines breiten Autorenkollektivs fordert eine grundlegende Neugestaltung regionaler Versorgung und thematisiert viele Facetten. 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 (Optimedis 2022).

Stiftung Münch (StM) **Wirtschaften für Gesundheit: Gesundheitsprämien für Regionen – Forderungskatalog** – Der Forderungskatalog 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 (Rhön Stiftung [vormals Stiftung Münch] 2021).

Stiftung Münch (StM) **Prospektive regionale Gesundheitsbudgets: Internationale Erfahrungen und Implikationen für Deutschland** – Das Konzept versucht, den Akteuren über regionale Budgets neue Freiheitsgrade in der Versorgungsgestaltung zu ermöglichen. Der Anreiz hierzu erfolgt primär über eine Neugestaltung der Vergütung, die auf bestehende Modalitäten aufsetzt, um eine Anschlussfähigkeit zu gewährleisten. Der Ansatz hat fundamentalen Charakter, lässt die konkrete Ausgestaltung in der Region aber offen (Rhön Stiftung [vormals Stiftung Münch] 2020).

- Sektorenübergreifende Kooperation statt Silos (AOK, BMC, OPTIMEDIS, VDEK, RBS)
- Dezentralisierung von Steuerung und Verantwortung auf Kreisebene (AOK, BMC, OPTIMEDIS)
- Gemeinsame Datenbasis als Grundlage für Steuerung und Planung (BMC, OPTIMEDIS, STM)
- Mehr Outcome-Orientierung statt Vergütung von Leistungsmengen (OPTIMEDIS, STM, AOK)
- Multiprofessionelle Teams und Einbindung von Pflege, Sozialdiensten (RBS, KBV, AOK, OPTIMEDIS)
- Kommunale Beteiligung und bürgernahe Gestaltung (AOK, BMC, RBS, TEILWEISE OPTIMEDIS)

TABELLE 1: Vergleich der zehn Konzepte anhand von zehn Kriterien

	SVR	FES	AOK	VDEK	KBV	RBS	BMC	OPTIMEDIS	STM 2021	STM 2020
Leistungsumfang										
umfassend	●	●					●	●		●
teils sektorbezogen				●	●	●				●
Leistungserbringer										
offene Netzwerke			●				●	●		
ärztlich dominiert				●	●					
multiprofessionell						●				
Patienten										
optionale Teilnahme	●	●		●			●	●	●	
Teilnahme mit Opt-out										●
Pflichtteilnahme	●			●						
Kostenträger										
freiwillige Teilnahme			●		●		●	●		
Pflichtteilnahme				●						
Rechtliche Umsetzung										
neue Gesetze erforderlich	●	●	●			●	●	●		●
im bestehenden Rahmen möglich				●	●					●
Vergütung										
selbstorganisiert/selektivvertraglich			●			●	●	●	●	
kollektivvertraglich	●			●	●					
Finanzierung										
integriert			●				●	●	●	●
getrennt				●	●					
Regelungsbefugnisse der Selbstverwaltung										
regionalisiert			●				●	●		
zentralistisch				●	●					
Steuerungsmechanismen										
Kooperation			●							
Netzwerkgovernance/Wettbewerb							●	●		
Planung/Sicherstellung	●			●	●					
Weitere Kostenträger										
integriert			●	●		●	●	●	●	
GKV-fokussiert	●			●						

Quelle: Eigene Darstellung auf Basis des Berichts von Oberender AG 2025

| Bertelsmann Stiftung

Gleichzeitig weisen die Konzepte aber auch große Unterschiede in der Ausgestaltung der regionalen Versorgung auf. Die deutlichsten Unterschiede zwischen den Konzepten gibt es hinsichtlich Governance, Rechtsrahmen, Verbindlichkeit, Finanzierung, Patientensteuerung und Digitalisierung, wie Abbildung 1 (Seite 5) verdeutlicht.

Insgesamt lassen sich die Konzepte nach Einschätzung der Oberender AG drei übergeordneten Kategorien zuordnen (siehe Abbildung 2, Seite 5):

- Sektorenübergreifende Ansätze ohne expliziten regionalen Fokus
- Versorgungsangebote mit regionaler Wirkung
- Konzepte zur grundlegenden Neugestaltung der Versorgung einer Region

Diese Systematisierung zeigt: Im Kern geht es weniger darum, ob regionale Versorgung kommen soll, sondern wie tiefgreifend sie gestaltet werden muss. Zwischen kleinräumigen Anpassungen und einer umfassenden Transformation und Neuordnung liegen sehr unterschiedliche Vorstellungen darüber vor, wer künftig steuert, finanziert und Verantwortung trägt.

Die Ansätze der ersten beiden Kategorien können sich teilweise sinnvoll ergänzen. Sie adressieren konkrete Herausforderungen wie Versorgungsdefizite oder fehlende Koordination vor Ort. Die Konzepte der dritten Kategorie hingegen beschreiben ein deutlich umfassenderes Bild: eine Versorgung, die die Verantwortung für die Gesundheit der gesamten Bevölkerung trägt und dafür entsprechende Entscheidungs- und Vergütungsbefugnisse erhält.

Was bedeutet „regionale“ Versorgung?

Die Kategorisierung der Konzepte zeigt: Es gibt viele Vorstellungen davon, wie regionale Versorgung aussehen könnte – doch es fehlt an der gemeinsamen Ausgangsbasis. Denn eine zentrale Frage bleibt bisher unbeantwortet: Was ist mit „regionale“ Versorgung überhaupt gemeint?

Tatsächlich ist „Regionalität“ im deutschen Gesundheitswesen kein klar umrissener Begriff. Sie kann sich auf Kommunen, Landkreise, Raumordnungsregionen, Versorgungsnetzwerke oder Bevölkerungsgruppen beziehen – je nach Perspektive und Zielsetzung. Gerade diese Unscharfe verhindert Fortschritt: Wenn es uneindeutig, überlappend und sogar widersprüchlich bleibt, wer für was und wen Verantwortung trägt, kann keine wirksame Steuerung entstehen.

Im Kern sollte regionale Versorgung also die Übernahme gemeinsamer Verantwortung für die

ABBILDUNG 1: **Gegensätze zwischen den Konzepten**

Governance

Zentral-planerisch : Regional-autonom
SVR, VDEK OPTIMEDIS, BMC

Rechtsrahmen

Experimentierklauseln : Starre SGB-Struktur
AOK, BMC KBV, SVR

Verbindlichkeit

Freiwillige Kooperation : Gesetzliche Pflicht
BMC, OPTIMEDIS VDEK, KBV

Finanzierung

Regionalbudgets : Sektorale Budgets
AOK, STM, OPTIMEDIS SVR, KBV

Patientensteuerung

Einschreibung/Opt-out : Pflichtversorgung
AOK, BMC VDEK, SVR

Digitalisierung

Hoch : Gering
OPTIMEDIS, BMC KBV, SVR, FES

Quelle: Eigene Darstellung auf Basis
des Berichts von Oberender AG 2025

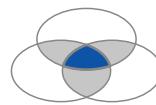
| BertelsmannStiftung

ABBILDUNG 2: **Kategorien von regionalen Versorgungskonzepten**

Sektorenübergreifende Ansätze ohne expliziten regionalen Fokus

Die Konzepte zielen auf eine bessere Abstimmung zwischen ambulanten, stationären und weiteren Versorgungsbereichen zur Bedarfsplanung und Sicherstellung, ohne jedoch spezifische regionale Steuerungsstrukturen zu etablieren.

SVR, FES



Versorgungsangebote mit regionaler Wirkung

Die Konzepte verankern Versorgung stärker auf regionaler und kommunaler Ebene, indem sie Kooperationen fördern und einzelne Leistungsbereiche zusammenführen.

AOK, VDEK, KBV, RBS



Grundlegende Neugestaltung der Versorgung einer Region

Die Konzepte denken die Versorgungsstrukturen umfassend neu – mit regionaler Gesamtverantwortung für Bevölkerung, Qualität, Outcomes und Budget.

BMC, OPTIMEDIS, STM



Gesundheitsversorgung einer definierten Bevölkerung in einem abgegrenzten Gebiet, ggf. auch auf unterschiedlichen Gebietsebenen, bedeuten. Dies erfordert gemeinsame Ziele, verbindliche Entscheidungsstrukturen, klare Zuständigkeiten und Verantwortung für Qualität, Ressourcen und Ergebnisse auf unterschiedlichen Ebenen.

Genau hier steht das deutsche Gesundheitssystem aber vor strukturellen Herausforderungen, die teilweise vom System selbst gelöst werden können, teilweise jedoch große Anpassungen erfordern, die an der Architektur des Systems ansetzen.



Die Studie finden Sie zum Download unter:
<https://www.bertelsmann-stiftung.de/de/publikationen/publikation/did/konzeptvergleich-regionale-gesundheitsversorgung>



Herausforderungen für mehr populationsorientierte regionale Gesundheitsversorgung

1. Unterschiedliche Regionsgrößen

Hoheitliche Aufgaben sind in Deutschland traditionell nach dem Subsidiaritätsprinzip auf Gemeinden, Kreise, Länder und den Bund verteilt. Die regionalen Zuschnitte dieser Verwaltungsebenen entstanden überwiegend aus historisch-kulturellen Gründen – weniger mit der Absicht, homogene Verwaltungseinheiten zu schaffen.

Gerade die großen Unterschiede in der Bevölkerungszahl sowohl zwischen den 16 Bundesländern als auch zwischen den 401 Kreisen zeigen das Problem: Einige kreisfreie Städte und Landkreise haben ähnlich viele Einwohner wie kleine Bundesländer. Zugleich gibt es viele kleine Kreise, die eine vollumfängliche regionale Gesundheitsver-

sorgung kaum selbst stemmen könnten. Eine regionale, bevölkerungsbezogene Versorgung nach einheitlichen Steuerungsregeln lässt sich unter diesen Bedingungen nur schwer organisieren.

Soll regionale Gesundheitsversorgung ernsthaft gestaltet werden, rückt die Frage nach alternativen Zuschnitten in den Fokus, die mehr strukturelle Homogenität erlauben – etwa Bezirksregierungen und Regionen in großen, bevölkerungsreichen Flächenländern oder Raumordnungsregionen.

Auch die zehn untersuchten Konzepte setzen auf unterschiedliche Zuschnitte: Einige orientieren sich an Landkreisen (AOK UND OPTIMEDIS), andere an gemeindenahen Lebenswelten oder Primärversorgungsregionen mit 30.000 bis 50.000 Ein-

wohnern (RBS, KBV). Wieder andere schlagen flexible Versorgungsräume vor, die mindestens 25.000 Einwohner bzw. 150.000 – 200.000 Einwohner umfassen (BMC, STM).

2. Überlappende, dysfunktionale Rollenverteilung

Auch in Bezug auf die gesundheitspolitische Verantwortung und Zuständigkeit ist das deutsche Gesundheitssystem stark fragmentiert, weil Bund, Länder, Kassenärztliche Vereinigungen (KVen), Krankenkassen und Kommunen jeweils nur Teilbereiche steuern: Der Bund setzt über das SGB V, das SGB XI und den G-BA den übergeordneten Rahmen und reguliert auf Bundesebene, übernimmt aber keine regionale Versorgungsplanung.

Auf Landesebene verantworten die Bundesländer Krankenhausplanung und Krankenkassenaufsicht, die KVen sind z.T. für die ambulante Versorgung zuständig. Die Krankenkassen finanzieren und steuern großenteils sektorale und – mit Ausnahme der AOK – ohne territoriale Gebietslogik oder bevölkerungsbezogene Verantwortung. Die Kreise und Kommunen sind für den Öffentlichen Gesundheitsdienst, die Pflegeinfrastruktur und Sozialdienste verantwortlich, haben aber kaum Einfluss auf die medizinische Versorgung.

Dadurch existiert in Deutschland keine konsistente regionale Steuerungsebene, die ambulante, stationäre, pflegerische und soziale Versorgung gemeinsam für eine definierte Bevölkerung plant und verantwortet. Verantwortungsinstanzen für die regionale Gesundheitsversorgung sind im deutschen Gesundheitssystem nicht verankert.

Das Beispiel des NHS England zeigt, wie in einem bestehenden Gesundheitssystem die Logik einer bevölkerungsbezogenen Gesundheitsversorgung durch regionale Governance-Ebenen und Kooperation stärker Eingang finden kann – durch klare Governance-Strukturen und verbindliche Kooperation:

- **Neighbourhood-Ebene:** In Deutschland ließe sich diese vor allem über eine stärkere Primärversorgung und engere kommunale Einbindung abbilden. Die Konzepte von KBV UND RBS machen Vorschläge auf dieser Ebene.
- **Place-Ebene:** Entspräche in Deutschland am ehesten den Kreisen. Hier könnten regionale Gesundheitskonferenzen eine zentrale Rolle spielen. Die Konzepte von OPTIMEDIS, BMC, STM UND AOK zielen auf diese Ebene ab.
- **Integrated Care System-Ebene:** Vergleichbar wäre in Deutschland die Ebene der Raumordnungsregionen, Regierungsbezirke oder der § 90a-Gremien – weiterhin eingebettet in die föderale Landesstruktur. Auf diese Ebene beziehen sich die Konzepte von SVR UND FES. Regionale Versorgungsverantwortung – und der damit verbundene Gestaltungsanspruch – können und sollten auch in Deutschland auf unterschiedlichen Ebenen klarer verankert werden.

3. Fehlende regionale Zielsetzung

Im derzeit fragmentierten Gesundheitssystem fehlen klare Governance-Strukturen, die Verantwortung für die Gesundheit und Versorgung einer regionalen Bevölkerung übernehmen. Es gibt weder verbindliche, messbare regionale Planungs- und Versorgungsziele noch klare

NHS England: Integrated Care Systems (ICS) als regionale Verantwortungsgemeinschaften

Seit Juli 2022 sind im NHS England regionale Integrated Care Systems (ICS) gesetzlich eingeführt worden. Sie bauen auf bestehenden Partnerschaften zwischen Gesundheits- und Pflegesystem einerseits und Kommunalverwaltung und Zivilgesellschaft andererseits auf.

Die ICS decken ganz England regional ab und setzen sich aus den drei Ebenen Neighbourhood – Place – System zusammen. Die Einteilung nach Bevölkerungsgrößen als Orientierungsrahmen nutzt, um Steuerungs- und Versorgungsebenen sinnvoll abzugrenzen.

Neighbourhood (ca. 30 bis 50 Tsd. Menschen)

- Integrierte, multidisziplinäre Teams
- Gestärkte Primärversorgung durch Netzwerke aus Praxen mit Gesundheits- und Sozialdiensten
- Gesundheitsförderung und Prävention
- Soziale Angebote (z. B. „Social Prescribing“) unter Nutzung von Ressourcen aus der Kommune und der Zivilgesellschaft

Place (ca. 250 bis 500 Tsd. Menschen)

- Integration von Krankenhaus-, Verwaltungs- und Primärversorgungsteams und -diensten
- Entwicklung neuer Anbietermodelle für „antizipierende“ Versorgung
- Modelle für Vermeidung von Krankenhauseinweisungen und Entlassmanagement

Integrated Care Systems (ICS) (ca. 1 bis 3 Mio. Menschen)

- Strategie und Planung für das gesamte ICS
- Entwicklung von Governance- und Berichtsstrukturen im gesamten ICS
- Umsetzung strategischer Veränderungen
- Leistungs- und Budgetsteuerung
- Verbreitung von Best Practices zur Reduzierung unerklärbarer Versorgungs- und Outcome-Unterschiede

Zuständigkeiten, die über die Zielerreichung Rechenschaft ablegen.

Dabei lässt sich aus den zehn analysierten Konzepten sowie aus internationalen Population-Health-Ansätzen und Reformerfahrungen – etwa in Dänemark und England – gut ableiten, wofür regionale Versorgung stehen sollte:

- Gesundheit der Bevölkerung fördern und verbessern
- Behandlungsqualität und Versorgungsergebnisse steigern
- Ungleichheiten bei Outcomes, Erfahrungen und Zugang reduzieren
- Ressourcen effizient und nachhaltig einsetzen
- Soziale und wirtschaftliche Entwicklung unterstützen

4. Mangelnde Versorgungstransparenz

Ohne Daten keine Steuerung: Voraussetzung für wirksame regionale Verantwortung ist eine integrierte Datengrundlage. Bisher liegen viele Bevölkerungs- und Versorgungsdaten in getrennten Datensilos bei Kassen, KVen, Krankenhäusern oder Kommunen. Nur wenn regionale Akteure auf allen Ebenen Zugriff auf valide, sektorenübergreifende Versorgungsdaten haben, die in regelmäßigen Abständen aktualisiert werden und in einem Dashboard zum regionalen Versorgungsmanagement zusammenfließen, lassen sich Bedarfe erkennen, Maßnahmen evaluieren und Qualität messen.

Viele von der Oberender AG analysierte Konzepte fordern mehr Transparenz durch eine gemeinsame Datenbasis, um regionale Versorgungsbedarfe besser zu erkennen und Planung und Steuerung gezielter darauf abzustimmen. Tabelle 2 gibt einen Überblick, welche Datenarten für die regionale Versorgungsplanung und -steuerung relevant sein könnten.

5. Fehlende finanzielle Anreize

Damit echte gemeinsame regionale Verantwortung entstehen kann, müssen finanzielle Rahmenbedingungen regionale Kooperation statt sektorales Silodenken belohnen. Doch bisher fehlen den zentralen Institutionen im deutschen Gesundheitswesen systemische Anreize, ihre Planung und Steuerung auf eine gemeinsame regionale Perspektive auszurichten: Bundesländer, Krankenkassen, KVen sowie Praxen und Krankenhäuser agieren überwiegend in ihren jeweiligen gesetzlichen Aufträgen und Budget- oder Geschäftsmodelllogiken.

TABELLE 2: Daten für ein regionales Versorgungsmanagement

Datentyp	Zweck	Datenbeispiele	Quellen
Bevölkerungsdaten	Bevölkerungsstruktur erfassen	Bevölkerungszahl und -dichte, Altersstruktur	Statistische Landesämter, Destatis, Melde- register, INKAR-Datenbank (BBSR)
Sozial- und Umwelt-daten	Wirtschaftliche und soziale Lage analysieren	Einkommen, Bildung, Arbeitslosigkeit, Wohnsituation, Umweltbelastung, Mobilität, geographische Besonderheiten	Mikrozensus, Sozialatlas, Umweltbundesamt, kommunale Sozialberichte
Morbiditäts- und Mortalitätsdaten	Gesundheitszustand und Krankheitsgeschehen erfassen	Mortalitätsraten, Lebenserwartung, vermeidbare Sterbefälle, Rehabilitation, Frühverrentungen, Pflegebedürftigkeit, Prävalenz/Inzidenz von chronischen und Krebserkrankungen	GBE, Robert Koch-Institut (DEGS, KiGGS, GEDA), Krebsregister, Todesursachenstatistik
Versorgungsstrukturdaten	Versorgungsengpässe und regionale Disparitäten erkennen	Zahl/Dichte von Praxen, Krankenhäusern, Apotheken, ambulanten Pflegediensten, Pflegeeinrichtungen	Kassenärztliche Vereinigungen, Krankenhauspläne, Pflegestatistik
Versorgungsdaten	Diagnosen, Inanspruchnahme und Kosten analysieren	Abrechnungsdaten (ICD, OPS, EBM, DRG), Arzneimittelverordnungen, Reha-, Pflege- und Heilmitteldaten, Arbeitsunfähigkeitsdaten	GKV-Routinedaten, Strukturierte Krankenhaus-Qualitätsberichte, InEK-Datenportal, Forschungsdatenzentrum
Patientenberichtete Gesundheitsdaten und Erfahrungen*	PROs und PREs erfassen und analysieren*	Qualitative/quantitative Daten zu Outcomes, Zugang, Prozessen, Koordination etc.	Befragungen, regionale Gesundheitskonferenzen, Fokusgruppen
Gesundheits-relevantes Verhalten	Präventionspotenziale erkennen	Tabak- und Alkoholkonsum, Impfquoten, Verkehrsunfälle	Mikrozensus, Gesundheitsämter, Unfallkassen, Polizeistatistiken

Quelle: Eigene Darstellung (KI-assistiert) auf Basis der AOLG 2003 und LfGA NRW 2025. * Patient-Reported Outcomes und Experiences, PROs und PREs

| BertelsmannStiftung

Ein Weg, diese sektoralen Grenzen aufzubrechen, sind finanzielle Anreize. Ein Beispiel sind regionale Budgets – ein Instrument, das einige der analysierten Konzepte vorschlagen. Solche Budgets könnten eine gemeinsame Verantwortung für die Gesundheit der Bevölkerung schaffen und Anreize für abgestimmtes Handeln setzen.

HANDLUNGSEMPFEHLUNGEN

Klare Governance-Strukturen für eine regionale Gesundheitsversorgung

Das deutsche Gesundheitssystem ist bisher nicht auf regionale Gesundheitsversorgung ausgelegt. Überlappende und teilweise widersprüchliche Zuständigkeiten führen zu einer systembedingten Verantwortungslosigkeit für die Gesundheit der Bevölkerung vor Ort. Deshalb darf regionale Gesundheitsversorgung kein weiteres Projekt sein, sondern sollte als strukturprägendes Prinzip verstanden werden. Damit regionale Versorgung in der Breite gelingt, braucht es ein gemeinsames Verständnis – und verbindliche Rahmenbedingungen:

Primärversorgung auf kommunaler Ebene stärken

- › Multiprofessionelle Primärversorgungsmodelle wie PORT-Zentren, Intersektorale Gesundheitszentren, Primärversorgungszentren oder kommunale Gesundheitszentren sollten systematisch gefördert und verbindlich in regionale Governance-Strukturen eingebettet werden.

Governance-Strukturen zielorientiert weiterentwickeln

- › Es braucht einen klareren Zuschnitt von Governance-Strukturen auf unterschiedlichen Ebenen, die regionale Gesundheitsversorgung ermöglichen sowie regionale Organisationseinheiten, die Land, Regierungsbezirke, Kreise und Kommunen verknüpfen und gemeinschaftlich Verantwortung tragen.

Populationsbezogene Versorgungsziele definieren

- › Die für die Gesundheitsversorgung einer regionalen Bevölkerung verantwortlichen Institutionen sollten verbindliche Planungs- und Versorgungsziele vereinbaren, gemeinsam an der Umsetzung arbeiten und die Erreichung dieser Ziele regelmäßig und datenbasiert überprüfen.

Regionale Datenplattformen aufbauen

- › Integrierte Daten- und Versorgungsplattformen auf Kreis- und Landesebene müssen alle relevanten Daten bündeln, damit regionale Bedarfsanalysen, Planung und Steuerung evidenzbasiert möglich werden.

Regionales Versorgungsmanagement starten

- › Regionen sollten mit koordinierten Versorgungspfaden, verbindlicher Zusammenarbeit über Sektorengrenzen hinweg und einer systemischen Evaluation beginnen – als Grundlage für Transparenz und kontinuierliche Verbesserung.

SPOTLIGHT GESUNDHEIT ist ein Impulspapier des Programms Gesundheit der Bertelsmann Stiftung. Es erscheint in unregelmäßigen Abständen mehrmals pro Jahr und beschäftigt sich mit aktuellen Themen und Herausforderungen im Gesundheitswesen.

Innovation und Patientenzentrierung sind die Schlüssel für ein zukunftsfähiges und solidarisches Gesundheitssystem. Die Bertelsmann Stiftung setzt sich für Qualität und Sicherheit, nutzenstiftende Digitalisierung, Versorgungsstrukturen zugunsten integrierter regionaler Modelle und die gezielte Förderung von Gesundheitskompetenz ein.

Weitere Informationen:

www.bertelsmann-stiftung.de/gesundheit

Impressum

© Bertelsmann Stiftung,
Gütersloh
Januar 2026

Bildnachweis:

© Benni Janzen und
© peopleimages.com –
stock.adobe.com (Titel),
© Kai Uwe Oesterhelweg
(S. 2)

Herausgeber:

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

Redaktion: Cinthia Briseño
Gestaltung: Dietlind Ehlers
Druck: Giesecke & Devrient
und Medienhaus

Verantwortlich:

Uwe Schwenk
Director des Programms
Gesundheit

ISSN (Print): 2364-4788
ISSN (Online): 2364-5970

Kontakt:

spotlight-gesundheit@bertelsmann-stiftung.de
Tel.: + 49 5241 81-81431