

BMC Managed
Care

REGIONAL



AOK Bayern
Die Gesundheitskasse.

BMC-SPOTLIGHT SÜDWEST

REGIONALBUDGETS ALS HEBEL FÜR VERSORGUNGSGESTALTUNG

Mittwoch, 29. Juli 2026 in Nürnberg



DIE MAUERN MÜSSEN WEG!

BRÜCHE IN DER VERSORGUNG



Sektoren

Ambulante und stationäre Versorgung, Pflege, Rehabilitation und soziale Unterstützung sind getrennt organisiert. Übergänge werden nicht systematisch gestaltet.



Steuerung

Bedarfsplanung, Sicherstellung, Verantwortung, Finanzierung und Vergütung folgen getrennten Logiken.



Professionen

Interprofessionelle Zusammenarbeit bleibt zu oft in getrennten Rollen, Zuständigkeiten und Vergütungsregeln gefangen.



Daten

Daten liegen an vielen Stellen vor, werden aber nicht zu einem Gesamtbild von Bedarfen, Versorgungslücken und Ergebnissen zusammengeführt.

Die Region wird zum Gestaltungsraum.

Sie verbindet Versorgung, Professionen und Daten und eröffnet Raum für neue Verträge, Finanzierungsmodelle und Lösungen vor Ort.

DIE REGIONALE LÜCKE

NEUORDNUNG DER REGIONALEN EBENE

Daseinsvorsorge



Rahmen

Bund und Länder
setzen rechtliche und
finanzielle
Rahmenbedingungen.



Region

Kommunen und Regionen
erkennen Bedarfe,
koordinieren Angebote und
gestalten Infrastruktur.



Um-
setzung

**Öffentliche & private
Träger**
erbringen die Leistungen vor
Ort.



Gesundheitsversorgung



Rahmen

**Bund, Länder &
Selbstverwaltung**
regeln Leistungsansprüche,
Planung und Finanzierung



**Keine verbindliche regionale
Ebene**



Um-
setzung

**Praxen, Kliniken, Pflege,
Reha**
versorgen vor Ort – meist in
getrennten Strukturen

Wie schaffen wir eine handlungsfähige regionale Ebene?

WIE REGIONALISIERUNG GELINGEN KANN

DER BMC-RAHMEN FÜR HANDLUNGSFÄHIGE REGIONEN

Bottom-up starten: Regionale Partner entwickeln Lösungen aus den Bedarfen vor Ort.

Gestaltungsspielraum: Neue Versorgungs- und Organisationsmodelle rechtssicher ermöglichen.

Qualität und Versorgungsziele: Bedarfe, Wirkung und Patientennutzen messen und vergleichen.

Regionalbudgets: Koordination, Prävention und bessere Ergebnisse wirtschaftlich belohnen.

Regionalverträge: Ziele, Partner und Verantwortung verbindlich zusammenführen.

BESSER REGIONAL

Wie die Regionalisierung der Gesundheitsversorgung gelingen kann

22. Mai 2023

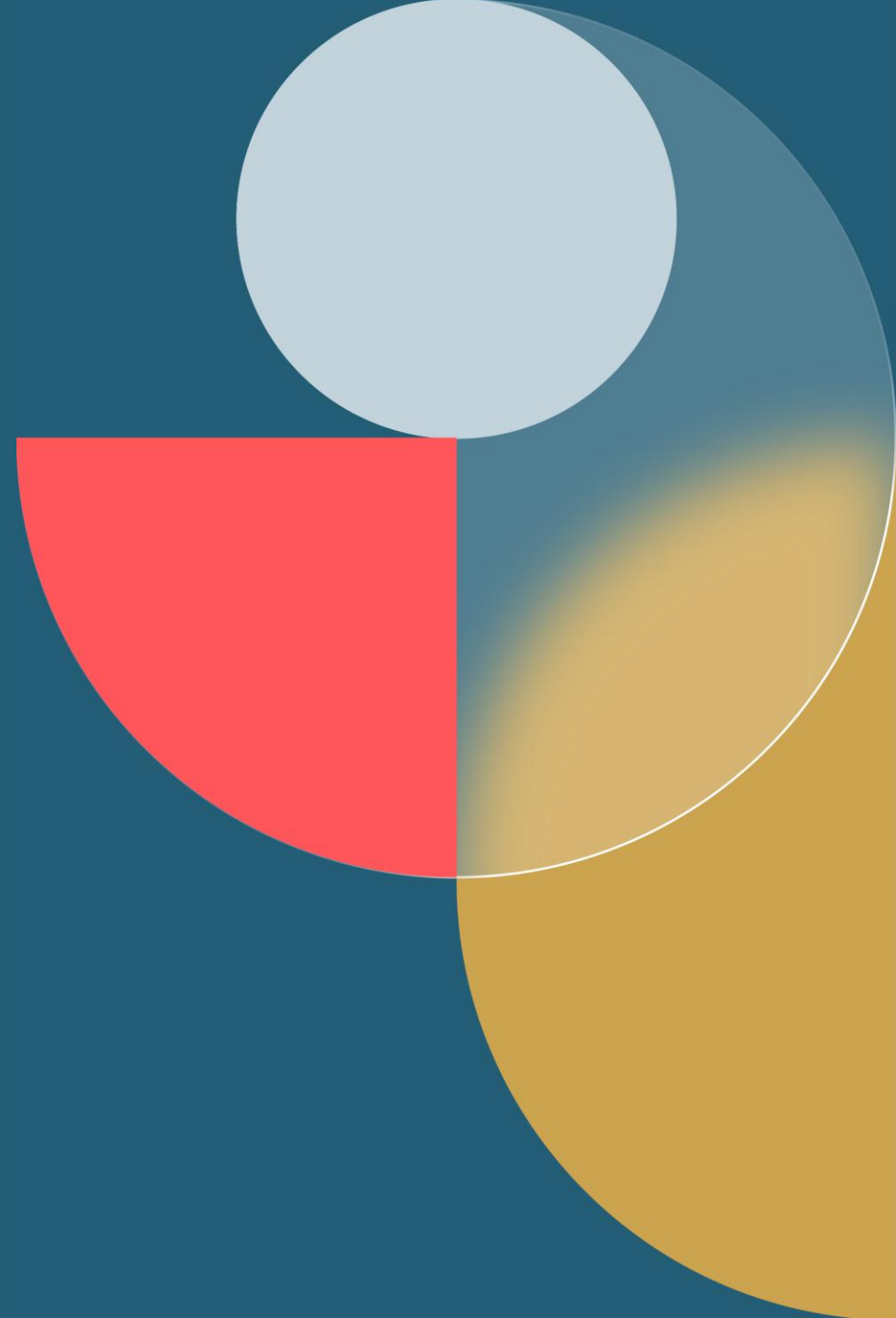
Bundesverband Managed Care e.V.
Vorstand: Prof. Dr. Lutz Hager, PD Dr. Ursula Hahn, Franz Knieps,
Dr. Bernadette Klapper, Dr. Carola Reimann, Antonia Rollwage, Nicole Schläutmann
Friedrichstr. 156 · 10117 Berlin · +49 30 28 09 44 80
bmcev@bmcev.de · www.bmcev.de

BMC Managed
Care

BMC KONGRESS 2027

13. – 15. Januar | Berlin

JETZT EARLY BIRD TICKET SICHERN!





[https://www.bmcev.de/
kontakt/newsletter/](https://www.bmcev.de/kontakt/newsletter/)

**ABONNIEREN SIE UNSEREN
NEWSLETTER UND BLEIBEN SIE
ZU ALL UNSEREN AKTIVITÄTEN
AUF DEM LAUFENDEN**



WIR DANKEN UNSEREN PARTNERN UND SPONSOREN



AOK Bayern
Die Gesundheitskasse.



Daiichi-Sankyo

Johnson
& Johnson



Inspired by **patients.**
Driven by **science.**

AGENDA

12:30 Uhr | Eröffnung von Prof. Dr. Lutz Hager: „Regionalisierung der Versorgung“

**12:45 Uhr | Keynote von Prof. Dr. Franz Benstetter:
„Prospektive regionale Gesundheitsbudgets: Theorie & Praxisbeispiel“**

**13:15 Uhr | Beitrag von Dr. Irmgard Stippler:
„Impulse und Erwartungen an eine regionale Versorgungssteuerung“**

**13:25 Uhr | Gruppentische: Chancen, Voraussetzungen & Implementierungsstrategien
für Regionalbudgets**

14:10 Uhr | Netzwerkpause

14:45 Uhr | Podiumsdiskussion: Regionalbudgets als Hebel für Versorgungsumgestaltung

15:30 Uhr | Wrap Up

PROSPEKTIVE REGIONALE GESUNDHEITSBUDGETS: THEORIE & PRAXISBEISPIEL

Prof. Dr. Franz Benstetter
Technische Hochschule Rosenheim





BMC-Spotlight Südwest: Regionalbudgets als Hebel für Versorgungsumgestaltung

Nürnberg, 29.07.2026

**Prospektive regionale Gesundheitsbudgets:
Theorie & internationale Praxisbeispiele**

Prof. Dr. Franz Benstetter | TH Rosenheim

Agenda

1

Hinführung und Einordnung

2

Integrierte Versorgung und Vergütungssysteme

3

Regionalbudgets: Internationale Erfahrungen

4

Implikationen für Deutschland

5

Fazit

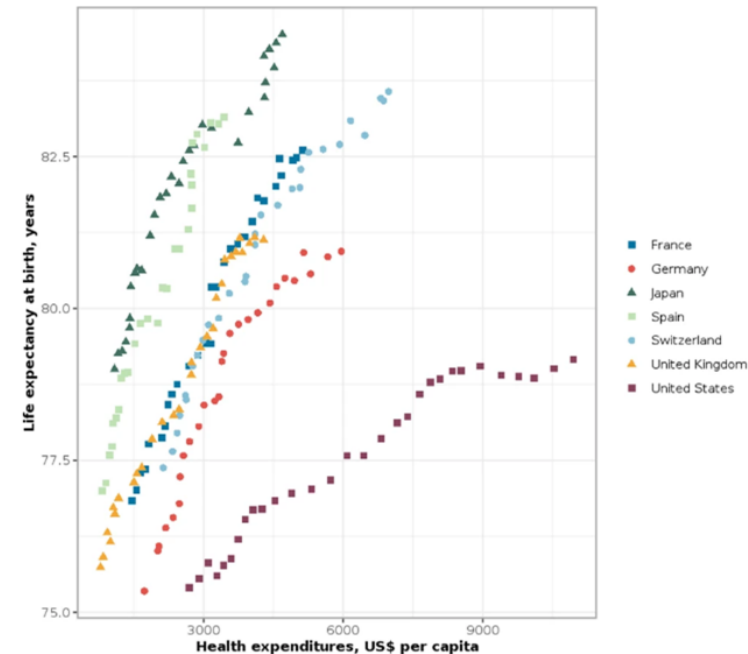
Herausforderungen des deutschen Gesundheitswesens

Studie des Bundesinstituts für Bevölkerungsforschung und Max-Planck-Instituts (2023)

Geringe Lebenserwartung trotz hoher Ausgaben

- Im Vergleich zu anderen westeuropäischen Ländern relativ geringe Lebenserwartung in Deutschland
- Widerspruch zu den vergleichsweise hohen Gesundheitsausgaben
- International viele Todesfälle durch Herz-Kreislauf-Erkrankungen (Lebensstil, unzureichende Prävention)
- Zu späte Diagnosen erschweren eine erfolgreiche Behandlung

From: The underwhelming German life expectancy



Health expenditures per capita (in USD) and life expectancy at birth in Germany and selected high-income countries, 1990–2019

Gesundheitsausgaben pro Kopf (US\$) und Lebenserwartung bei Geburt, 1990–2019 – Deutschland im Vergleich

Quelle: Jasilionis et al. (2023)

Hohe Ausgaben, fragmentierte Versorgung, aber unterdurchschnittliche Lebenserwartung – ein zentrales Argument für integrierte, koordinierte und regionale Versorgungsmodelle

Strukturelle Herausforderungen im deutschen Gesundheitswesen

Vor dem Hintergrund des am 10. Juli 2026 von Bundestag und Bundesrat verabschiedeten GKV-Beitragsstabilitätsgesetzes gewinnt die Frage nach strukturellen Reformen der Versorgung zunehmend an Bedeutung.

Gesetzesentwicklung im Zeitverlauf

GVSG-STRANG

Juni 2023 · Referentenentwurf

PVZ, Gesundheitsregionen, Kioske enthalten

April 2024 · Referentenentwurf

PVZ und Regionen gestrichen

2024/25 · Finales GVSG

Nur Entbudgetierung, PVZ/Regionen entfallen

FINANZREFORM-STRANG

September 2025 · FinanzKommission Gesundheit

Von Ministerin Warken eingesetzt

30. März 2026 · FKG-Bericht I

66 kurzfristige Empfehlungen

10. Juli 2026 · GKV-Beitragsstabilitätsgesetz

Bundestag & Bundesrat: strikte einnahmeorientierte Ausgabenpolitik

Ende 2026 · FKG-Bericht II

Strukturreformen inkl. Primärversorgung → mögliches Zeitfenster für PVZ/Regionen

Aktuelle Berichterstattung

Ärzte Zeitung Online · 24.07.2026

„Momentum nutzen“: Ärzte, Krankenkassen und Kliniken fordern wirksame Strukturreformen

Süddeutsche Zeitung · 23.07.2026

1900 Krankenhäuser – und trotzdem nicht gesünder

Süddeutsche Zeitung · 22.07.2026

„Gesundheitssystem ist in der Defensive“

Frankfurter Rundschau · 22.07.2026

Noch längere Wartezeiten?

Frankfurter Allgemeine Zeitung · 21.07.2026

Standpunkt: Bitte nicht stören, wir reformieren uns gerade kaputt

Das Kostendämpfungsgesetz ist beschlossen – Strukturreformen sind nun gefordert. Gerade jetzt öffnet sich ein politisches Zeitfenster.

Wettbewerbliche Verzerrungen an den Schnittstellen zu den Sektoren in der GKV

Strukturelle Unterschiede stationär vs. ambulant

Vergütungssysteme

DRG's, Sonderentgelte › EBM, Selektivverträge

Mengenvorgaben

Fallzahlen › diverse Praxisbudgets (Fachärzt:innen)

Investitionsfinanzierung

Klinikbudget, Steuermittel › einzelne Praxis

Qualitätssicherung

eher extern › eher intern/Genehmigungen

Bedarfsplanung

Landeskrankenhausplan › Zulassungsausschüsse

Resultierende Verzerrungen im Wettbewerb

Keine Anreize zur Kooperation

⇒ „Jeder lebt in seiner eigenen Welt“

⇒ Ineffektive sektorale Konkurrenz

Unangemessene Angebotskapazitäten

⇒ Parallelstrukturen statt Schwerpunktbildung

⇒ Regionale Fehlverteilung (u. a. Ballungsgebiete vs. Land)

Unzureichende Koordination

⇒ Unkoordinierte, hohe Inanspruchnahme

⇒ Fehlende strukturierte Patientenpfade

Insbesondere bei älteren, mehrfacherkrankten Patient:innen: fehlende Prioritätensetzung und unkoordinierte Behandlung

Der Integrationsindex nach Toth: 24 OECD-Länder im Vergleich

Dimensionen der Integration/Segregation: Integration Versicherer/Leistungserbringer, Integration Primär-/Sekundärversorgung, Gatekeeping, Wahlfreiheit der Patient:innen (bzgl. Leistungserbringer) und Organisation der hausärztlichen Praxis.

Integrations-index	OECD-Länder (Gesundheitssysteme)	Kategorie
5	Portugal, Spanien 	Hochintegrierte Systeme
4,5	Neuseeland, Großbritannien 	
4	 Dänemark, Irland, Israel	
3,5	Italien, Norwegen	Moderat integrierte Systeme
3	Australien, Griechenland, Schweden	
2,5	Polen	Gemischt integr./getr.
2	Niederlande, USA	Moderat getrennte Systeme
1,5	 Kanada	
1	 Japan, Schweiz, Türkei	Relativ hochgradig getrennt
0	 Deutschland, Österreich, Belgien, Frankreich, Südkorea	Hochgradig getrennte Systeme

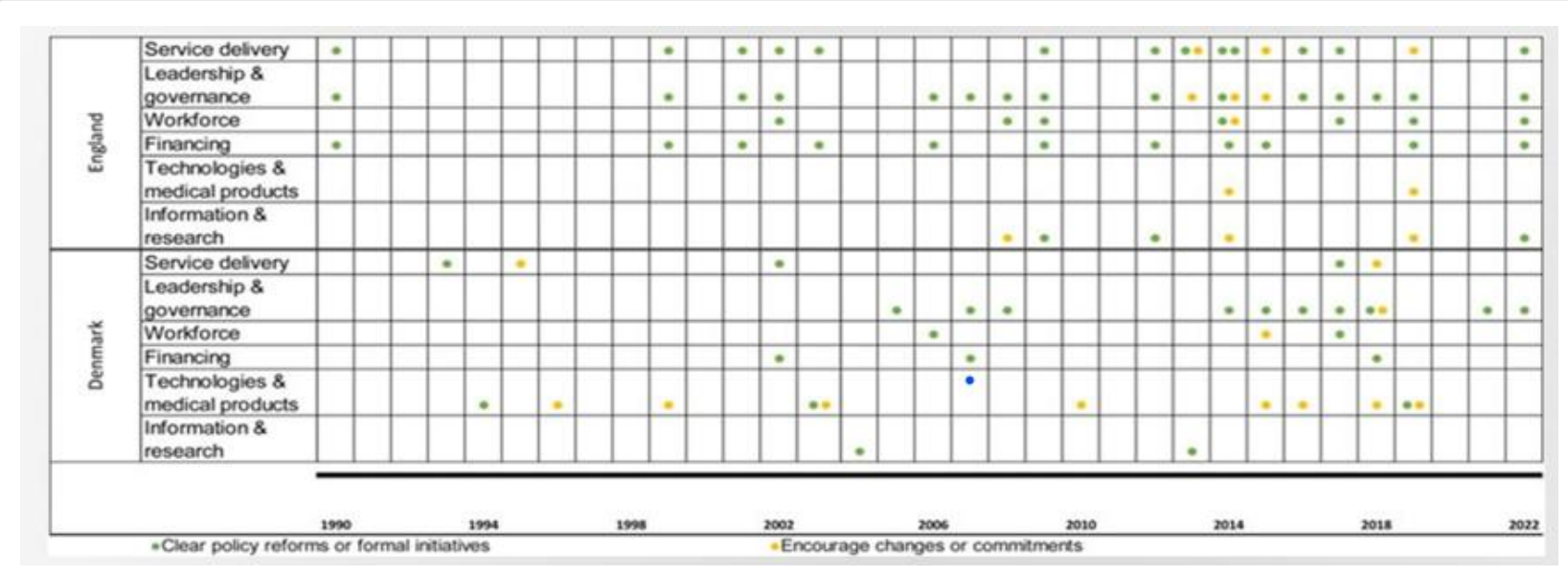


Quelle: Bertelsmann Stiftung (2018)

www.selfie2020.eu (letzter Zugriff: 18.07.2026) · Quellen: Toth , F. (2020) sowie Leijten et al. (2018)

Integrierte Versorgung in England und Dänemark als Beispiele für hochintegrierte Beveridge-Systeme

Bereiche der integrierten Versorgung (SELFIE-Rahmen)



#SmartHealthSystems:

Dänemark

Digital Health Index

Score: 72,5

Rank 3

- > Digitalisierung des Gesundheitssektors im Einklang mit Strategien zur Digitalisierung der Wirtschaft und öffentlicher Dienste
- > Digital Health als Teil des Aufgabenspektrums verschiedener, koordinierter Behörden (Terminologie-Zentrum, Gesundheitsdatenbehörde, MedCom, sundhed.dk)
- > Zentraler Log-In zu allen digitalen öffentlichen Diensten für Patienten und Ärzte
- > sundhed.dk kombiniert qualitätsgesicherte Gesundheitsinformationen mit Zugang zu persönlichen Gesundheitsdaten
- > Elektronische Medikationsakte, ePA und E-Rezepte (100% Nutzung) in der Routineversorgung
- > Patienten können in ihren Regionen Termine bei Ärzten und in Krankenhäusern online buchen
- > Zwischen Hausarzt und Stationsarzt kann die Shared Medication Record (eine Art Patientenkurzakte) ausgetauscht werden
- > 63,6% der Krankenhäuser tauschen über ePAs Patientendaten aus

Gemeinsamkeiten

- Reformen in allen Bereichen des SELFIE-Modells; Strukturreformen v. a. Mitte der 2000er Jahre
- Integration als durchgängiges Thema
- Tendenz zu formellen Vereinbarungen (z. B. standardisierte Patientenfzade) plus Transparenz- und Rechenschaftspflicht

Unterschiede (England)

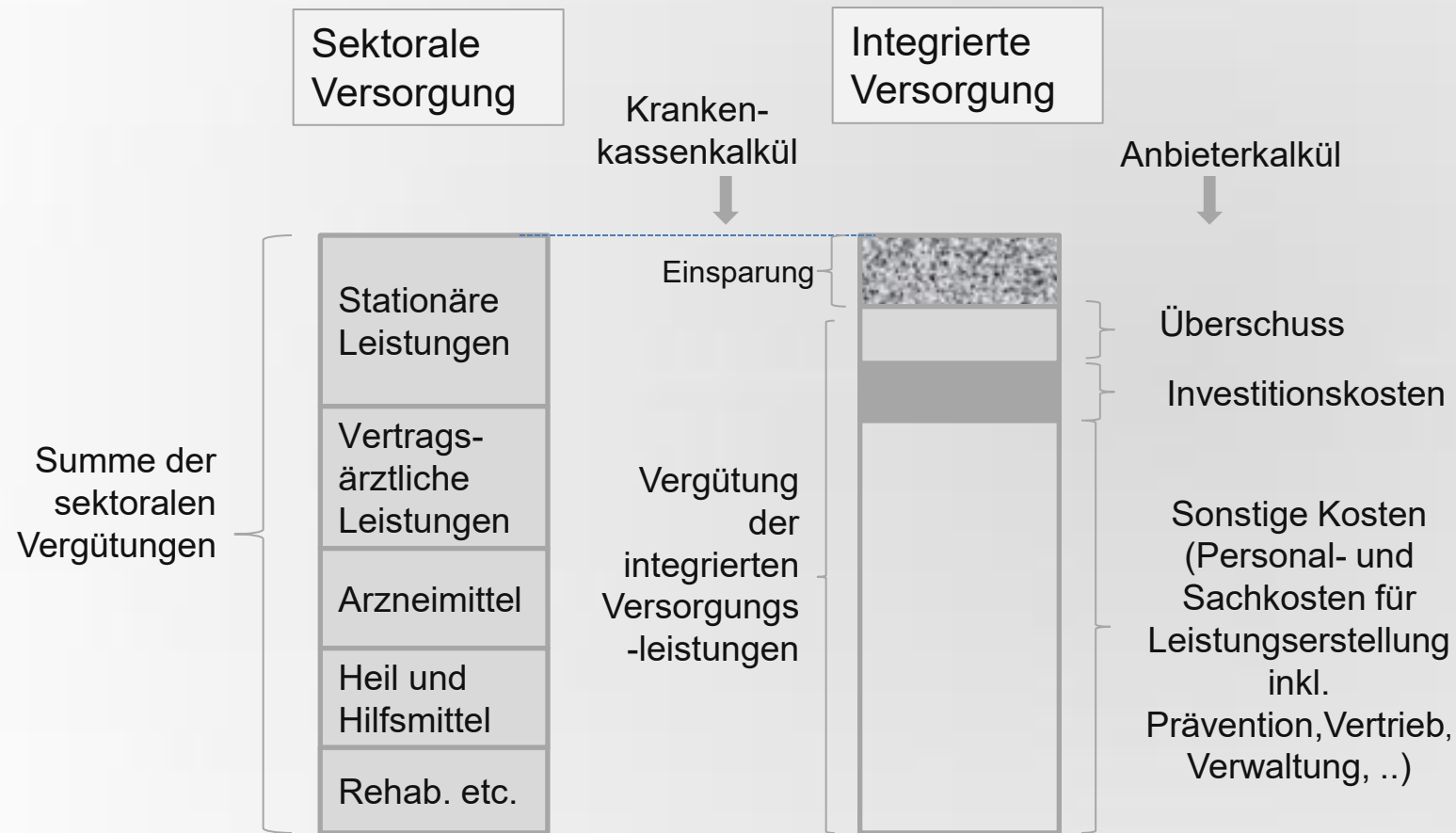
- Konkrete nationale Zielsetzungen (z. B. 2020: Reduktion der Einweisungen um 106.000)
- (Lokale) Pilotansätze innerhalb eines nationalen Ordnungsrahmens
- P4P-Ansätze (Pay for Performance)

Vergleichstabelle: Tsiachristas et al. 2023, S. 357

Agenda



Definition Integrierte Versorgung: Monetäre Kalküle der Krankenkassen und integrierten Versorger



Definition:
Integrierte Versorgung

- von lat. "**integrare**" = wiederherstellen
- **Rechtliche Perspektive:** § 140a Abs. 1 S. 2 SGB V (Selektivvertrag)
- **Managementperspektive:** virtuelle Integration sektoral gegliederter Versorgungseinheiten zu einem nutzerorientierten Versorgungsnetzwerk (Leijten et al., 2018)
- **Historisch** mit Managed Care in den USA verknüpft (z.B. Versorgungsmodell Kaiser Permanente)

Grundlagen zur Vergütung mit Regionalbudgets (Capitation-Modellen, Kopfpauschalen)

Versicherungsrisiken und Verhaltensanreize aus der Leistungserbringerperspektive

Versicherungsrisiken: Abfederung durch Risikomodelle



Anreize & Qualität: Steuerung durch Daten

Quelle: Bestetter, F. (2002) sowie Benstetter et al. (2020)

Grundlagen zur Vergütung mit Capitation Modellen: Vergütungsformen und Risikoverteilung

Perspektive der Leistungserbringer (ohne angebotsinduzierte Nachfrage)

	DRGs	Capitation/Regionalbudgets
Aggregiertes Risiko (Morbiditätsrisiko)	Hohes Einkommensrisiko	Geringes Einkommensrisiko, aber Kostenrisiko
Individualrisiko: Anzahl der Behandlungen	Hohes Einkommensrisiko	Geringes Einkommensrisiko
Individualrisiko: Komplexität	Geringeres Kostenrisiko	Hohes Kostenrisiko

Quelle: Bestetter, F. (2002) sowie Benstetter et al. (2020)

Regionalbudgets: Internationale Erfahrungen



Grundlagen zur Vergütung mit regionalen Budgets

Capitation-Modelle: Funktionsweise, Chancen und Herausforderungen

Capitation-Modelle (Regionalbudgets)

- Pauschalierte Vergütung je Versicherten statt je Behandlungsfall
- Erstrecken sich im Idealfall auf alle Versicherten einer Region
- Übertragen einen Teil der finanziellen Risiken vom Versicherer auf Leistungserbringer
- Vergütung vorab pauschal oder im Abgleich mit einer Benchmark vereinbart
- Verändern Versorgungsstruktur entlang des Patient Journey
- Eng gekoppelt an Vorkehrungen zur Qualitätssicherung

Chancen

- Anreize zur Optimierung von Qualität und Wirtschaftlichkeit
- Bedarfs- statt sektorengrenzenorientierte Organisation der Leistungserbringung
- Belohnung von Prävention und Koordination
- Mehr Gestaltungsfreiheit

Herausforderungen

- Ausgewogene Verteilung finanzieller Risiken zwischen Leistungserbringern und Kostenträgern
- Qualitätsanreize stark genug gegen exzessive Kostenvermeidung
- Transparente und zuverlässige Evaluation

Agenda



Beispiel Spanien



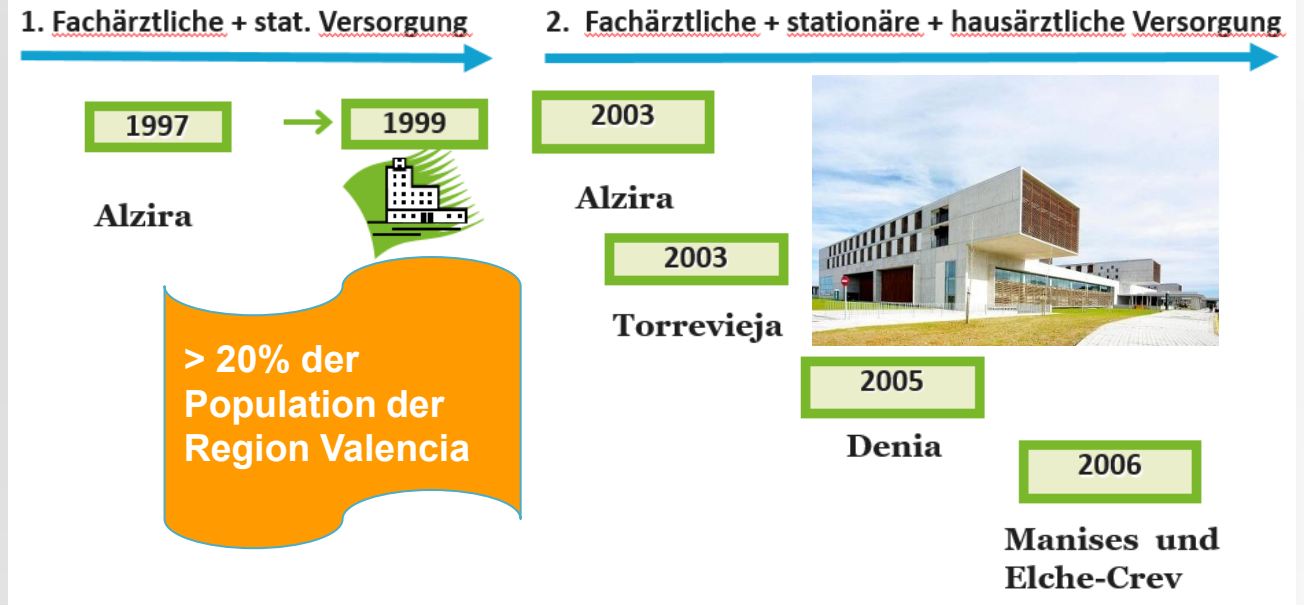
Integriertes Versorgungsmodell mit Regionalbudgets (Capitation)

Ausgangslage: Herausforderungen

- in der Finanzierung,
- In der Infrastruktur,
- in der Versorgungsqualität
- und bei den Wartezeiten



Implementierung und Entwicklung der Konzessionen in der Region Valencia



Quelle: Eigene Darstellung auf Basis der Informationen der Konzessionen Alzira, Torreveija, Denia, Manises und Elche

Quelle: Benstetter, F.; Lauerer, M.; Negele, R. und Schmid, A. (2020)

Konzessionsmodelle in der Valencia-Region und ausgewählte Beispiele

Konzessionsmodell Valencia-Region

- Seit 2002: vollständiger Transfer von Finanz- und Verantwortungen an 17 Regionalregierungen
- 5 regionale Konzessionsmodelle nach Public-Private-Partnership-Prinzip auf Capitation-Basis
- Capitation-Anpassung anhand medizinischer Inflation und Einwohnerzahl
- Langfristige Versorgungsverträge (i.d.R. 15 Jahre, mit Verlängerungsoption)
- Integrierte Versorgung mit digitalem Informations- und Kommunikationssystem

Quelle: Benstetter, F.; Lauerer, M.; Negele, R. und Schmid, A. (2020)

Beispiel: „La Ribera“ (Alzira)

- Erstes Konzessionsmodell auf Capitation-Basis
- Aufbau eines neuen Krankenhauses
- IV-Modell in 2 Schritten: (1) fachärztliche + stationäre Versorgung, (2) zusätzlich hausärztliche Versorgung

Beispiel: „Marina Salud“ (Denia)

- Konzessionsmodell für integrierte Gesamtversorgung (IV)
- Neubau Krankenhaus & Umbau Bestandsklinik zur Rehaklinik
- Präventions- und Disease-Management-Programme via elektronischer Gesundheitsakte

Funktionsweise, Wirkung und Erfolgsfaktoren des Capitation-Modells in der Valencia-Region

Anreize zur Kosteneinsparung

- Pro-Kopf-Budget deutlich unter regionalem Durchschnitt (Alzira 2006: ca. 25%)
- Spiegelt Effizienzanspruch der Regionalregierung
- EBITDA gesetzlich auf 7,5% p.a. begrenzt

Anreize zur Qualitätssteigerung

- Prinzip „Money Follows the Patient“ & Qualitätswettbewerb zwischen Regionen
- Zusatzeinnahmen durch hohe medizinische Qualität möglich
- Indikatorensets für Prozess- und Ergebnisqualität, stetig weiterentwickelt

Effekte

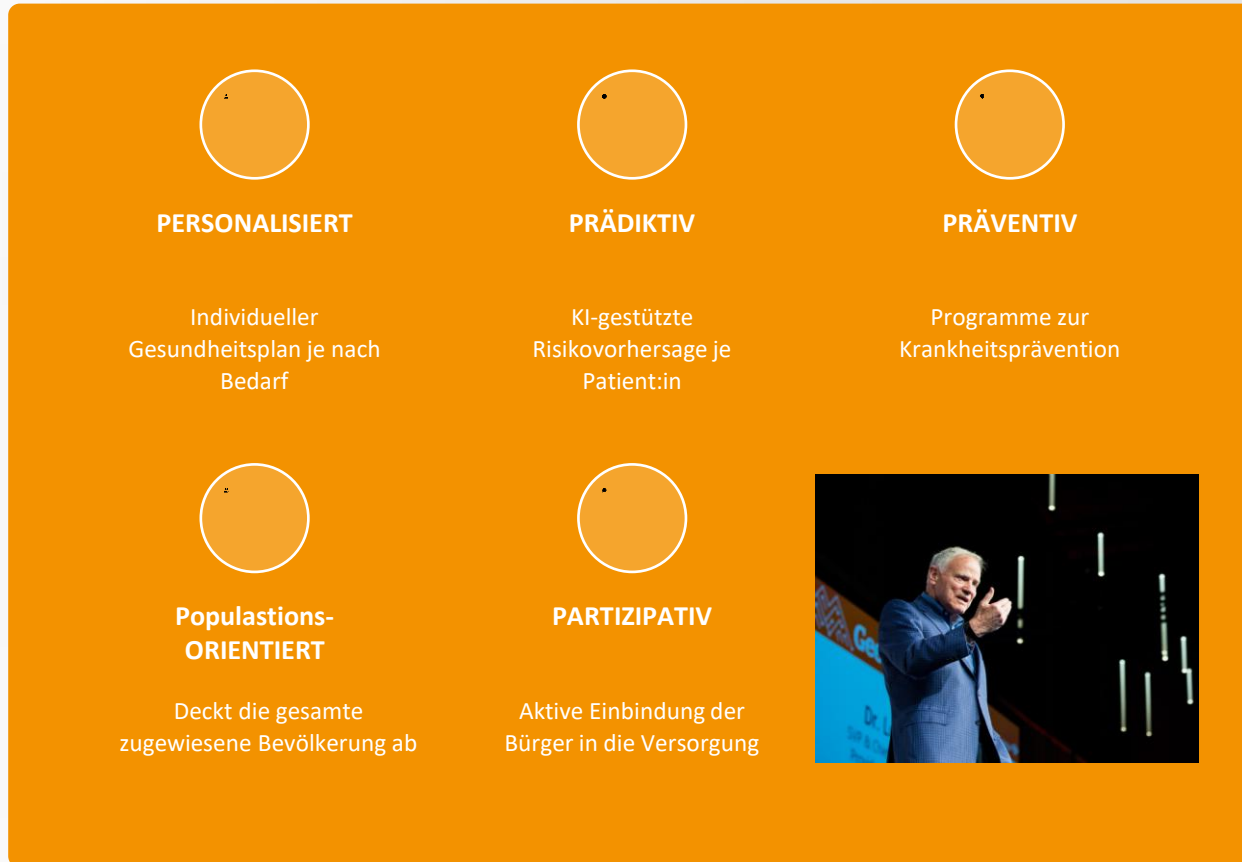
- Signifikante Kosteneinsparungen erzielt, weiterer wissenschaftlicher Nachweis nötig
- Höhere Patientenzufriedenheit & kürzere Wartezeiten als im öffentlichen System
- Heterogene Ergebnisse bei definierten Qualitätskriterien

Quelle: Benstetter, F., Lauerer, M., Negele, R. und Schmid, A. (2020)

Treiber und Erfolgsfaktoren

- Regionalisierung & professionelle Unterstützung der Regionalregierung (PPIP) als Schlüssel
- Digitale Technologien (z. B. EPA), Skalen-/Verbundeffekte und Fixkostendegression treiben Effizienz & Qualität
- Akzeptanz der Bevölkerung bei gesichertem Zugang, Qualität und staatlicher Aufsicht

Strategieausweitung Ribera Salud: 5P-Medizin nach Leroy Hood



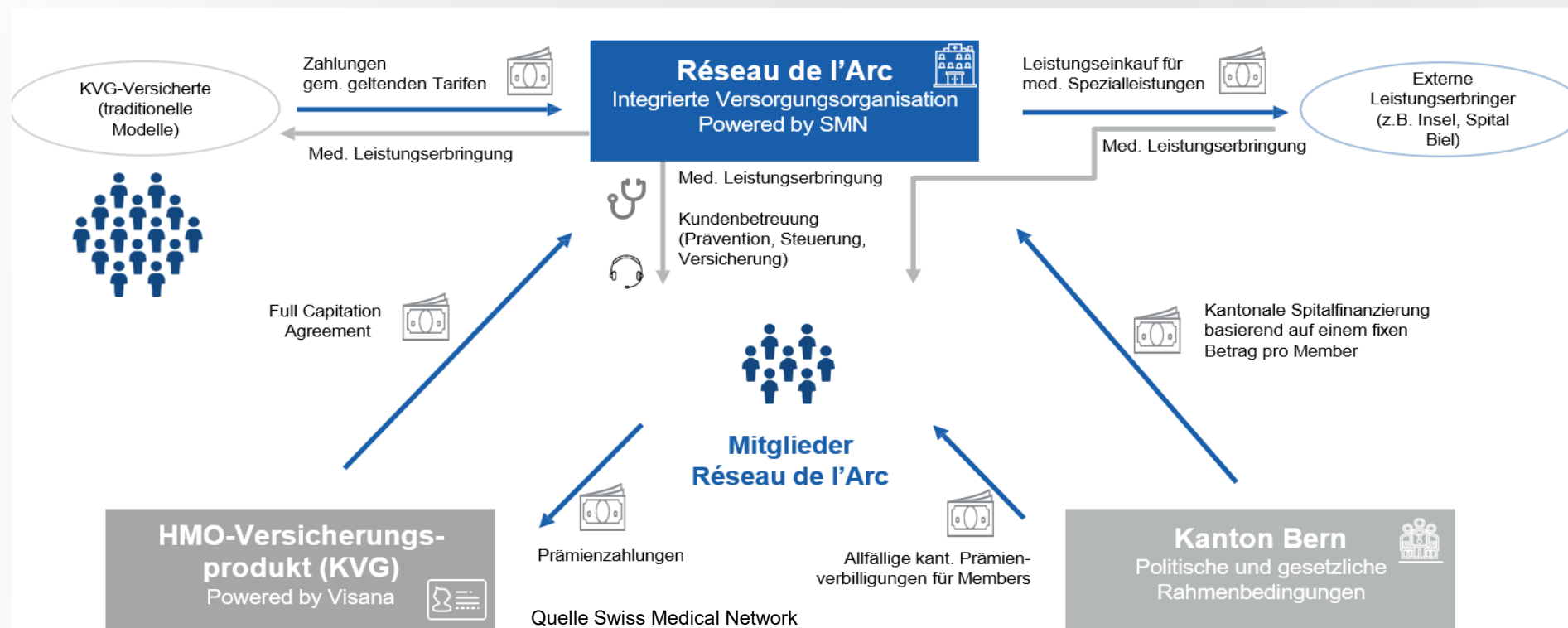
Datengetriebene, prädiktive Versorgung verschiebt den Point of Care zunehmend ins häusliche Umfeld.

Quelle: Ribera Salud – <https://www.riberasalud.com/> (Abruf 26.07.2026) sowie Hood, L. & Flores, M. (2012)

Beispiel Schweiz



Beispiel Schweiz: Réseau de l'Arc – Finanzflüsse



Managed Care in der Schweiz, Basis:

- Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) ermöglicht besondere Versicherungsformen (Art. 62)
- Liberaler und flexibler Rahmen, der Versicherern und Leistungserbringern Spielraum für Verhandlungen lässt
- HMOs, Hausarztmodelle, Listenmodelle, Telemedizinische Modelle



Schweiz: Versicherungsprodukt VIVA

Auf einen Blick

Pflichten

Versorgungsgebiet

Nützliche Informationen

Ihre Pflichten im Überblick

Für Versicherte im VIVA-Gesundheitsplan bestehen folgende Pflichten:

- **Erstkonsultation**
Bei medizinischen Anliegen wenden Sie sich immer an Ihren persönlichen Ansprechpartner und halten sich an den vereinbarten Behandlungsplan (Zeitrahmen und Leistungserbringer).
- **Bezug von Generika/Biosimilars**
Sie verpflichten sich zum Bezug von Generika und Biosimilars. Originalpräparate werden nur dann vergütet, wenn es für die entsprechende Wirkstoffgruppe kein Generikum/Biosimilar gibt oder wenn der Patient aus ausgewiesenen medizinischen Gründen auf das Originalpräparat angewiesen ist.
- **Einsicht in medizinische Unterlagen**
Sie verpflichten sich bei Eintritt in den VIVA-Gesundheitsplan, vorhandene medizinische Unterlagen mit dem gewählten koordinierenden Leistungserbringer zu teilen sowie diesem Auskunft über Ihren Gesundheitszustand zu erteilen.
- **Teilnahme an speziellen Programmen**
Versicherte mit einer chronischen Krankheit können vom koordinierenden Leistungserbringer zur Teilnahme an Disease- und Chronic-Care-Management-Programmen verpflichtet werden.

Ausnahmen

In folgenden Fällen wählen Sie Ihre Leistungserbringer selber:

- medizinische Notfälle
- gynäkologische Untersuchungen und Behandlungen
- zahnärztliche Behandlungen

Wichtig: Notfallbehandlungen sowie gynäkologische Untersuchungen und Behandlungen sind dem koordinierenden Leistungserbringer innert 30 Tagen zu melden.

Quelle: <https://www.visana.ch/de/privatkunden/gesundheit/grundversicherung/viva>



Allgemeine Vertragsbedingungen (AVB)
Krankenpflegeversicherung
VIVA - Gesundheitsplan (KVG)

Häufige Fragen

Ist VIVA eine Krankenversicherung? 

Wenn ich Mitglied bei VIVA werde, brauche ich noch eine Krankenversicherung? 

Gibt es VIVA nur im Jurabogen? 

Was ist die integrierte Versorgung? 

Was geschieht, wenn Sie sich nicht an Ihre Pflichten halten? 

Ziel des VIVA - Gesundheitsplans ist, dass alle medizinischen Leistungen innerhalb der gewählten Gesundheitsorganisation oder bei angeschlossenen Partnern bezogen werden. Nur dann ist eine effiziente Behandlung ohne Doppelspurigkeiten gewährleistet. Folgende Fälle werden als Regelverstoss geahndet:

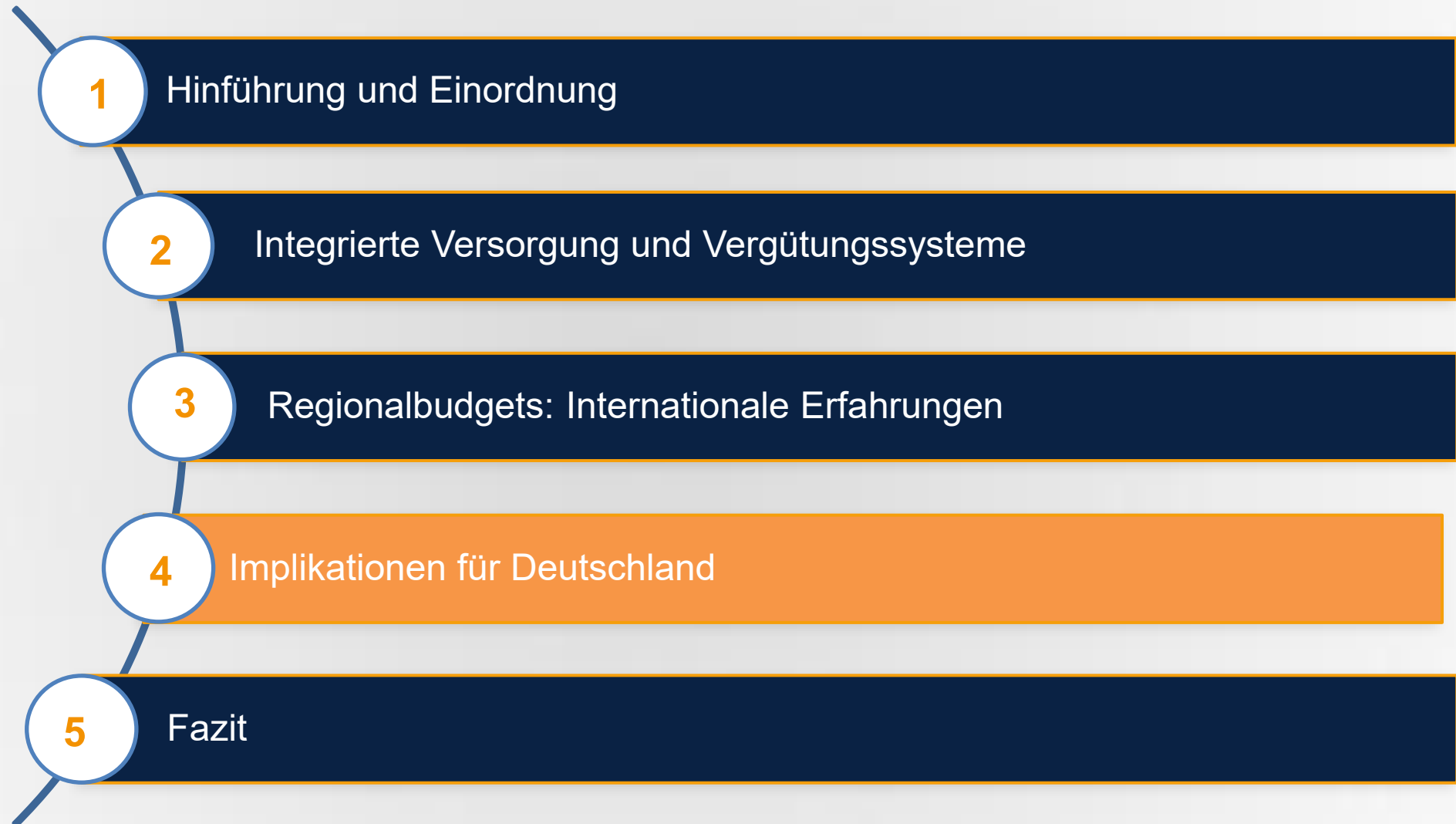
- Sie beziehen eine medizinische Leistung ohne Absprache mit Ihrem koordinierenden Leistungserbringer ausserhalb der gewählten Gesundheitsorganisation.
- Sie beziehen ohne Vorliegen eines medizinischen Grundes ein Originalmedikament obwohl es für dieses ein Generikum/Biosimilar gibt.

Bei einem Regelverstoss gibt es Sanktionen in vier Stufen:

1. Mahnung
2. Leistungskürzung um 50 Prozent
3. Leistungskürzung um 100%
4. Umteilung vom VIVA-Gesundheitsplan in die ordentliche Grundversicherung. Dies hat den Verlust des Prämienrabattes und damit eine Mehrprämie zur Folge.

Kann ich als VIVA-Mitglied mit einer halbprivaten oder privaten Spitalzusatzversicherung das Spital frei wählen? 

Agenda



Implikationen

Zentrale Handlungsfelder im Überblick



Quelle: Benstetter, F.; Lauerer, M.; Negele, R. und Schmid, A. (2020)

Implikationen

Vertiefung der vier zentralen Handlungsfelder

Schrittweise Implementierung

- Radikaler Wechsel der Vergütung in Deutschland meist nicht möglich
- Stufenweiser Start über Pilotregionen, wachsende Risikoübernahme
- Richtiges Tempo: Überforderung vermeiden, aber kritische Größe erreichen

Versorgungssteuerung über Qualität

- Monetäre Anreize schaffen Qualitätswettbewerb der Leistungserbringer
- Teilnahme der Versicherten am Regionalmodell soll qualitätsgetrieben erfolgen
- Public Reporting & qualitätsbasierte Vergütung als flankierende Instrumente

Evaluation und Transparenz

- Transparente Zieldefinition und proaktive Kommunikation
- Garantie einer unabhängigen, früh geplanten Evaluation
- Langzeitbeobachtung zur Identifikation von Folgeeffekten

Quelle: Benstetter, F.; Lauerer, M.; Negele, R. und Schmid, A. (2020)

Digitale Infrastruktur

- Integrierte Versorgung braucht schnelle Kommunikation mit hoher Informationsqualität
- Status quo: uneinheitliche Datenstandards im deutschen Gesundheitssystem
- Standardisierte Schnittstellen für Datenaustausch fehlen bislang

Bayern: Die Bausteine existieren bereits

„In Bayern bestehen bereits verlässliche rechtliche und operative Versorgungsbausteine – von Budgetmodellen bis hin zu innovativen Selektivverträgen.“



§64b-Modelle

kbo-Isar-Amper-Klinikum:
prospektives, sektorenübergreifendes
Budget mit externer Evaluation (seit
Jan. 2026)



Besondere Versorgungs- und Vergütungsverträge

Kontinuierliche Weiterentwicklung
und sektorübergreifende
Etablierung in den letzten Jahren



Gesundheitsregionen

Bayerische „Gesundheitsregionen
plus“ – flächendeckend in
zahlreichen Landkreisen etabliert



Innovationsfondsprojekte

Zahlreiche regionale Vernetzungs-
und Versorgungsprojekte mit
bayerischer Beteiligung



Ärztetzwerke

Erfolgreiche Netze wie QuE
Nürnberg und weitere etablierte
Praxisnetze



Hausarztzentrierte Versorgung

BHÄV-Verträge zur HZV mit allen
Krankenkassenverbänden



Förderarchitektur

Versorgungsassistent(in) in der
Hausarztpraxis (VERAH) , Primary Care
Management (PCM), etc.



Integrierte Versorgungsplanung

Eine integrierte Bedarfsplanung im
Zuge der regionalen Umsetzung des
KHVVG sichert die Verknüpfung
ambulanter und stationärer Strukturen

Bayern muss kein Regionalbudget neu erfinden – es gilt, diese existierenden Bausteine in einer konkreten Modellregion zu einem integrierten Gesamtmodell zusammenzuführen.

Hinweis: Der BHÄV unterhält HZV-Verträge nicht nur mit der AOK, sondern auch mit weiteren Kassenverbänden– vergleichbare § 64b-/Qualitätsvertrags-Aktivitäten weiterer Kassen stärken die kassenartenübergreifende Dimension zusätzlich.

Agenda



Kernaussagen aus Modellierung, internationalem Vergleich und Handlungsempfehlung

1 Sektorale Trennung führt zu unzulänglicher Koordination und inadäquaten Angebotskapazitäten

2 Erfolgsschlüssel für IV-Modelle: feste Population, Bürgerbeteiligung und eigenständig gemanagte Organisationen

3 Regionalbudgets erfordern vorab eine systematische Bedarfs- und Risikostrukturanalyse

4 Digitale Informations- /Kommunikationsinfrastruktur und datenbasierte Steuerung sind Voraussetzung

5 Capitation-Modelle sind vielversprechend für effektive, evidenzbasierte, sektorenübergreifende Versorgung

6 Internationale Erfahrung (Spanien): weniger stationäre Leistungen, kürzere Wartezeiten, bessere Outcomes und Zufriedenheit

7 Länderstudien liefern wichtige Erkenntnisse für die strategische und operative Projektplanung und -durchführung

8 Es gibt nicht die eine ideale Lösung: Wichtig ist, eigene Erfahrungen in der Einführung regionaler Versorgungsmodelle zu sammeln

9 Bayern muss nichts neu erfinden – bestehende Bausteine, Kompetenzen und Erfahrungen in einer Modellregion zusammenführen

Anderson, M., Pitchforth, E., Edwards, N., Alderwick, H., McGuire, A. & Mossialos, E. (2022): United Kingdom: health system review. Health Systems in Transition, 24(1), 1–194. Online verfügbar unter: <https://eurohealthobservatory.who.int/publications/i/united-kingdom-health-system-review-2022> [letzter Zugriff: 26.07.2026].

Benstetter, F., Negele, D., Lauerer, M. & Schmid, A. (2020): Prospektive regionale Gesundheitsbudgets – Internationale Erfahrungen und Implikationen für Deutschland. medhochzwei Verlag, Heidelberg.

Bertelsmann Stiftung (Hrsg.), Kostera, T. & Thranberend, T. (2018): SPOTLIGHT Gesundheit: #SmartHealthSystems. Online verfügbar unter: <https://www.bertelsmann-stiftung.de/de/publikationen/publikation/did/spotlight-gesundheit-smarthealthsystems> [letzter Zugriff: 26.07.2026].

Christiansen, T. & Vrangbæk, K. (2018): Hospital centralization and performance in Denmark – Ten years on. Health Policy, 122(4), 321–328.

Department of Health & Social Care UK (o. J.): Online verfügbar unter: <https://www.gov.uk/government/organisations/department-of-health-and-social-care> [letzter Zugriff: 26.07.2026].

Hood, L. & Flores, M. (2012): "A personal view on systems medicine and the emergence of proactive P4 medicine: predictive, preventive, personalized and participatory." New Biotechnology, 29(6), 613–624.

Jasilionis, D., van Raalte, A. A., Klüsener, S. & Grigoriev, P. (2023): The underwhelming German life expectancy. European Journal of Epidemiology, 38(8), 839–85.

Leijten, F. R. M., Struckmann, V., van Ginneken, E., Cypionka, T., Kraus, M., Reiss, M., Tsiachristas, A., Boland, M., de Bont, A., Bal, R., Rutten-van Mölken, M. & SELFIE consortium (2018): The SELFIE framework for integrated care for multi-morbidity: development and description. Health Policy, 122(1), 12–22.

NHS England (2021a): Integrated Care Systems: Design Framework. Online verfügbar unter: <https://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2021/06/B0642-ics-design-framework-june-2021.pdf> [letzter Zugriff: 26.07.2026].

NHS England & NHS Improvement (2021b): Integrated Care Systems: Guidance. Online verfügbar unter: <https://www.england.nhs.uk/publication/integrated-care-systems-guidance/> [letzter Zugriff: 26.07.2026].

Toth, F. (2020): Integration vs separation in the provision of health care: 24 OECD countries compared. Health Economics, Policy and Law, 15(2), 160–172.

Tsiachristas, A., Vrangbæk, K., Gongora-Salazar, P. & Kristensen, S. R. (2023): Integrated care in a Beveridge system: experiences from England and Denmark. Health Economics, Policy and Law, 18(4), 345–361.

Kontakt Daten

Prof. Dr. Franz Benstetter
Professor für Sozialversicherungen und
Gesundheitsökonomie

Technische Hochschule Rosenheim
Hochschulstr.1
franz.benstetter@th-rosenheim.de



IMPULSE UND ERWARTUNGEN AN EINE REGIONALE VERSORGUNGSSTEUERUNG

Dr. Irmgard Stippler
AOK Bayern



Impulse und Erwartungen an eine regionale Versorgungssteuerung

BMC-Spotlight Südwest | 29. Juli 2026

Dr. Irmgard Stippler
Vorstandsvorsitzende

AOK Bayern. Die Gesundheitskasse.

Versorgungsbedarf trifft auf wachsende Herausforderungen



Ziel: Qualitätsgesicherte, flächendeckende, bezahlbare Versorgung



Herausforderungen:

- Demografie
- Sektorentrennung
- Medizintechnischer Fortschritt
- Mengensteuerung
- Ressourcenbegrenzung
- Fokus auf Behandlung statt Vermeidung von Erkrankungen

Anspruch ist qualitätsgesicherte, flächendeckende, bezahlbare Versorgung für alle



Welche Chancen liegen in der
regionale Versorgungssteuerung?

Welche Verantwortung übernehmen
regionale Akteure?

Welche **Rolle**
haben
Kassen?

Wie lassen sich
Rationalisierungspotentiale heben?

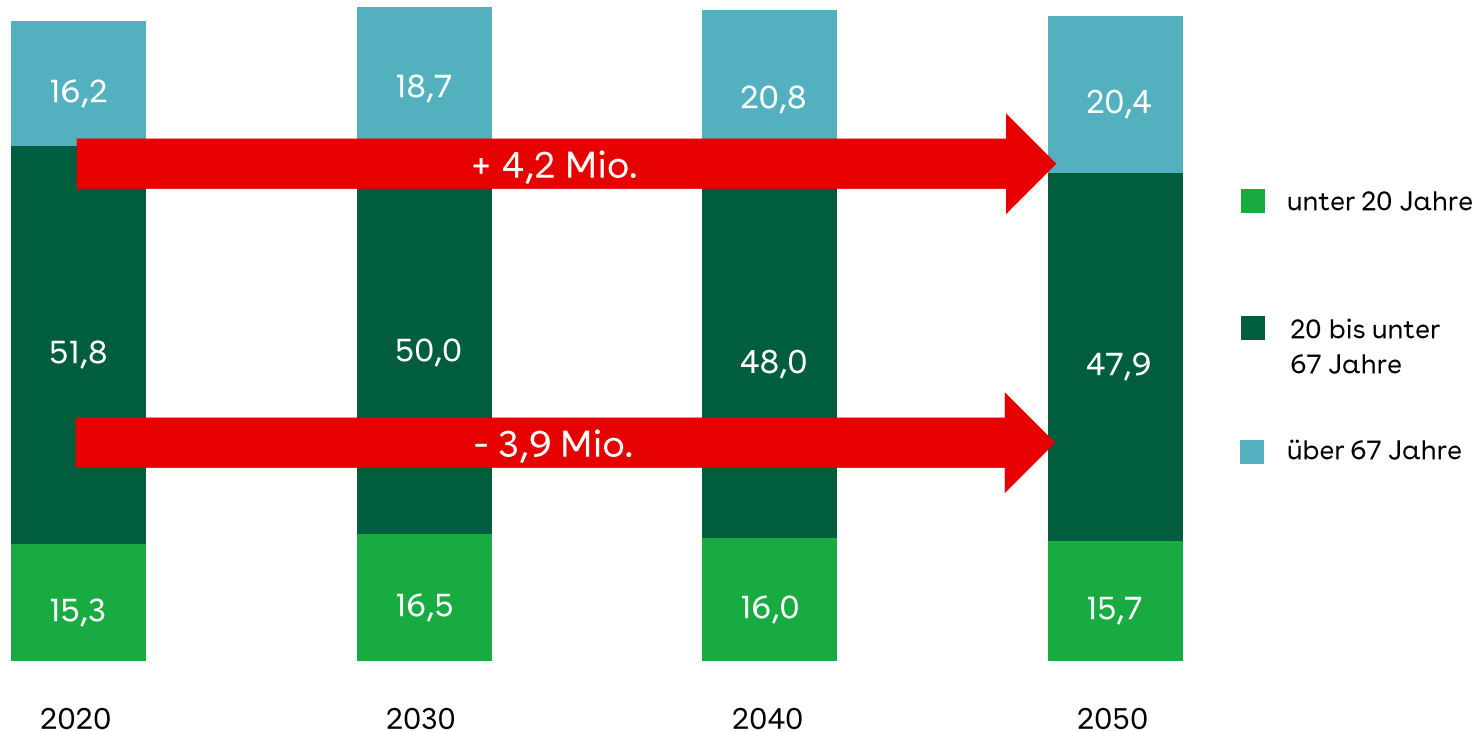
Wie lässt sich
Qualität
sichern?

Wie lässt sich
Rationierung
vermeiden?



Versorgungsbedarf steigt aufgrund einer alternden Bevölkerung

Bevölkerungsentwicklung und Altersstruktur
in Millionen 2020 - 2050

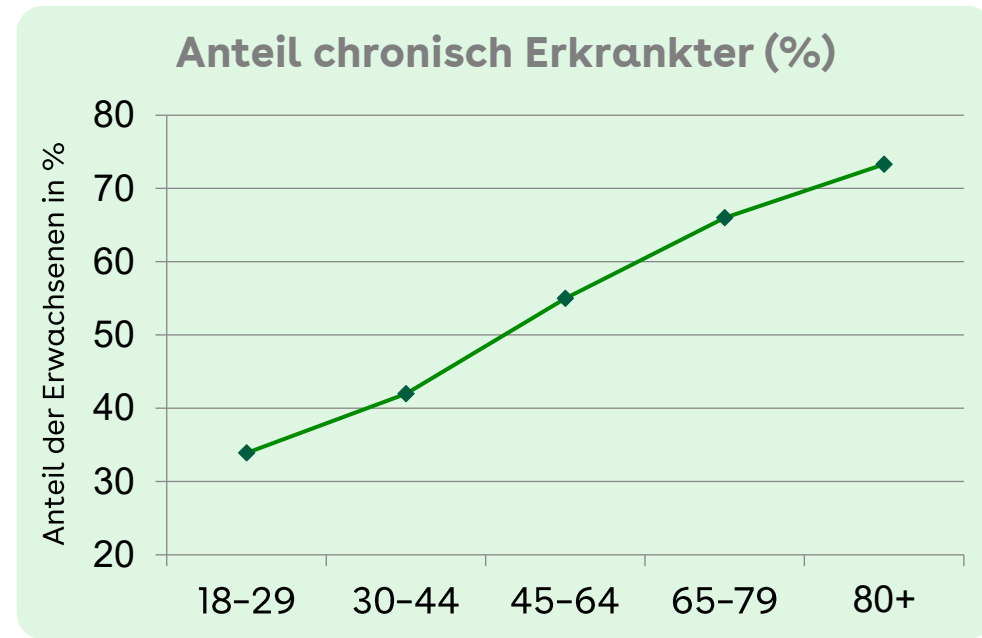
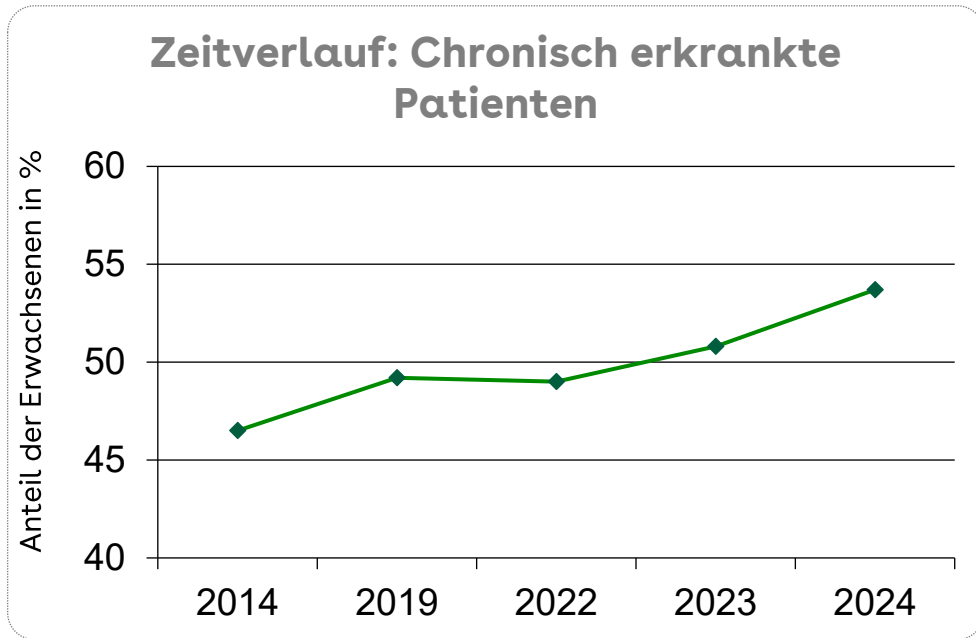


Quelle: eigene Darstellung nach Statistisches Bundesamt (2024): 15. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung, Variante 2: G2-L2-W2 | Gemeinsamer Bundesausschuss, Prof. Josef Hecken (2026)

Alterung führt nicht primär zu mehr Krankheitsfällen, sondern zu:

- Komplexeren Krankheitsverläufen
- Mehrbedarf an koordinierter Behandlung und langfristiger Betreuung
- Zunahme regionaler Versorgungsunterschiede
- Verschärfung des Fachkräftemangels

Alternde Bevölkerung, steigende Diagnoseraten: Chronische Erkrankungen nehmen kontinuierlich zu



- Chronische Erkrankungen betreffen mittlerweile **mehr als jeden zweiten Erwachsenen** – der Versorgungsbedarf wird mit der Alterung der Bevölkerung weiter steigen.
- Mit zunehmendem Alter steigt das Risiko für chronische Erkrankungen deutlich an – fast **drei von vier Menschen über 80 Jahre** sind betroffen.

Quelle: RKI/GBE Chronisches Kranksein (ab 18 Jahre)

Was sollte regionale Versorgungssteuerung und Stärkung der Gesundheitskompetenzen leisten?

Vier Erwartungen der AOK Bayern im Sinne einer **Versicherten- und Patientenzentrierung**:

1. Bedarf statt Struktur finanzieren

Versorgung orientiert sich an den Gesundheitsbedarfen einer Region.

2. Ambulantisierung stärken

Leistungen dort erbringen, wo sie medizinisch sinnvoll und für Patienten am besten sind.

3. Sektorengrenzen überwinden

Gemeinsame Verantwortung für Versorgung statt getrennter Budgets.

4. Innovation ermöglichen

Regionale Lösungen schneller entwickeln und umsetzen.

Auf bewährten Erfahrungen aufbauen und Versorgungssteuerung konsequent weiterentwickeln



Patienten-
zentrierung



Integrierte
Versorgung



Datenbasierte
Steuerung



Digitale
Vernetzung

Beispiele:

- § 64b-Modelle
- Gesundheitsregionen^{PLUS}
- Arztnetze
- Regionale Versorgungsnetzwerke
- Qualitätsverträge
- Sektorübergreifende Versorgungsplanung
- Patientenbegleitung
- ReGen (= Forschungsprojekt zur Verbesserung der sektorenübergreifenden medizinischen Versorgung)
- Sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen

Unser Anspruch: Regionale Projekte – Wir gestalten Versorgung vor Ort mit



Versorgungsbedarfs-
analysen



Gesundheitsberichte,
Gesundheitsatlas^{PRO}



Patientenbegleitung



Pflegeberatung
analog und digital



Selbsthilfe



Prävention vor Ort
und digital



Regionale Projekte
und Kooperationen



**Wir sind
Gesundheitspartnerin
in den Regionen**

Die AOK Bayern schafft mehr Nähe für alle. Lokal und digital.

Versorgung zu den Menschen bringen.

Lokale und digitale
Vorsorge- und
Präventionsan-
gebote für eine
personalisierte
Gesundheits-
förderung

Unterstützung in
individuellen
Lebenslagen und
sorgende Netz-
werkstrukturen
mit Qualitäts-
fokus

Qualitäts- und
bedarfsgesichert,
digital unter-
stützte Bereit-
stellung von
Gesundheitslei-
stungen über
lokale
Versorgungs-
netze

Beratung zu den Menschen bringen.

Lokale
Ansprechpartner
für Service,
Vorsorge,
Versorgung und
Pflege

Hybrid/Lokal/
Digital mit
Unterstützung
von
zugeschalteten
Spezialisten
qualitativ hoch-
wertige Beratung

Digitale Services
jederzeit
verfügbar für die
Menschen, die
Onlineangebote
nachfragen

Arbeit zu den Menschen bringen.

Größtes
Geschäfts-
stellennetz mit
persönlichen
Ansprech-
partnern für
Versicherte,
Unternehmen und
Versorger

Bayernweite,
virtuelle Teams
von Spezialisten
und neue
Zusammenarbeit
stärken Qualität
und schaffen
Standards

Lokale
gesellschaft-
liche Verant-
wortung und
Unterstützung
von Netzwerken/
aktive Selbst-
verwaltung

Regionale Verankerung garantieren, **Flexibilität** im
Service sichern, **Skaleneffekte** nutzen, **Effizienzen** heben

Drei Gedanken für die weitere Diskussion

01

Wir **brauchen** eine gemeinsame Vision für regionale Versorgung.

02

Wir **verfügen bereits** über zahlreiche wertvolle Erfahrungen und Bausteine.

03

Jetzt kommt es **darauf an**, daraus gemeinsam tragfähige Zukunftsmodelle zu entwickeln.



Die entscheidende Frage ist nicht, **ob** wir Versorgung regionaler organisieren können.

Die entscheidende Frage ist, **wie** wir die vorhandenen Erfahrungen so nutzen, dass die Menschen vor Ort spürbar davon profitieren.

Vielen Dank

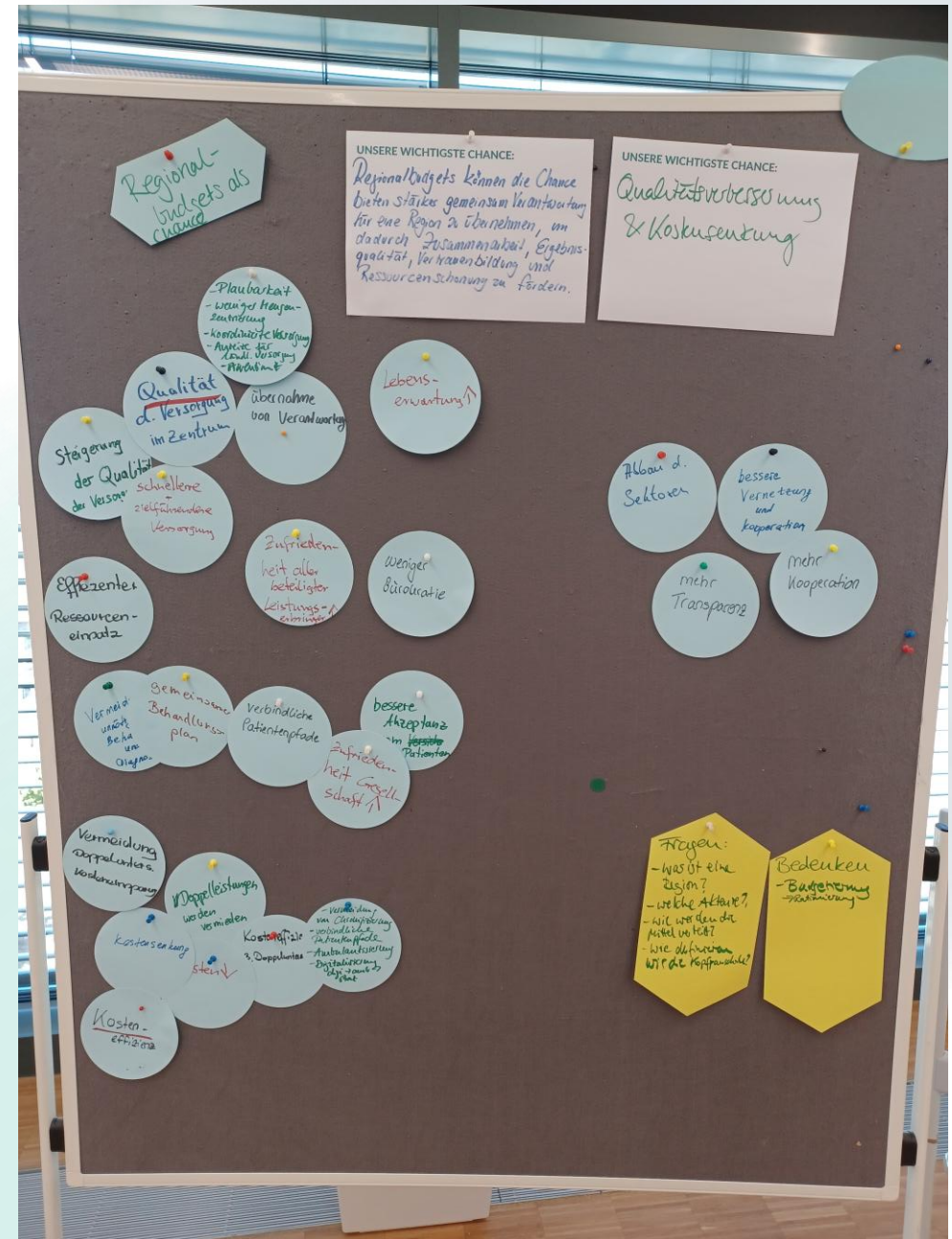
Dr. Irmgard Stippler

Vorstandsvorsitzende
AOK Bayern
Carl-Wery-Straße 28
81739 München

FINDEN SIE IHREN THEMENTISCH

-  **NEULING: THEMENTISCH 1-3**
-  **INTERMEDIATE: THEMENTISCH 4-5**
-  **EXPERTE: THEMENTISCH 6**

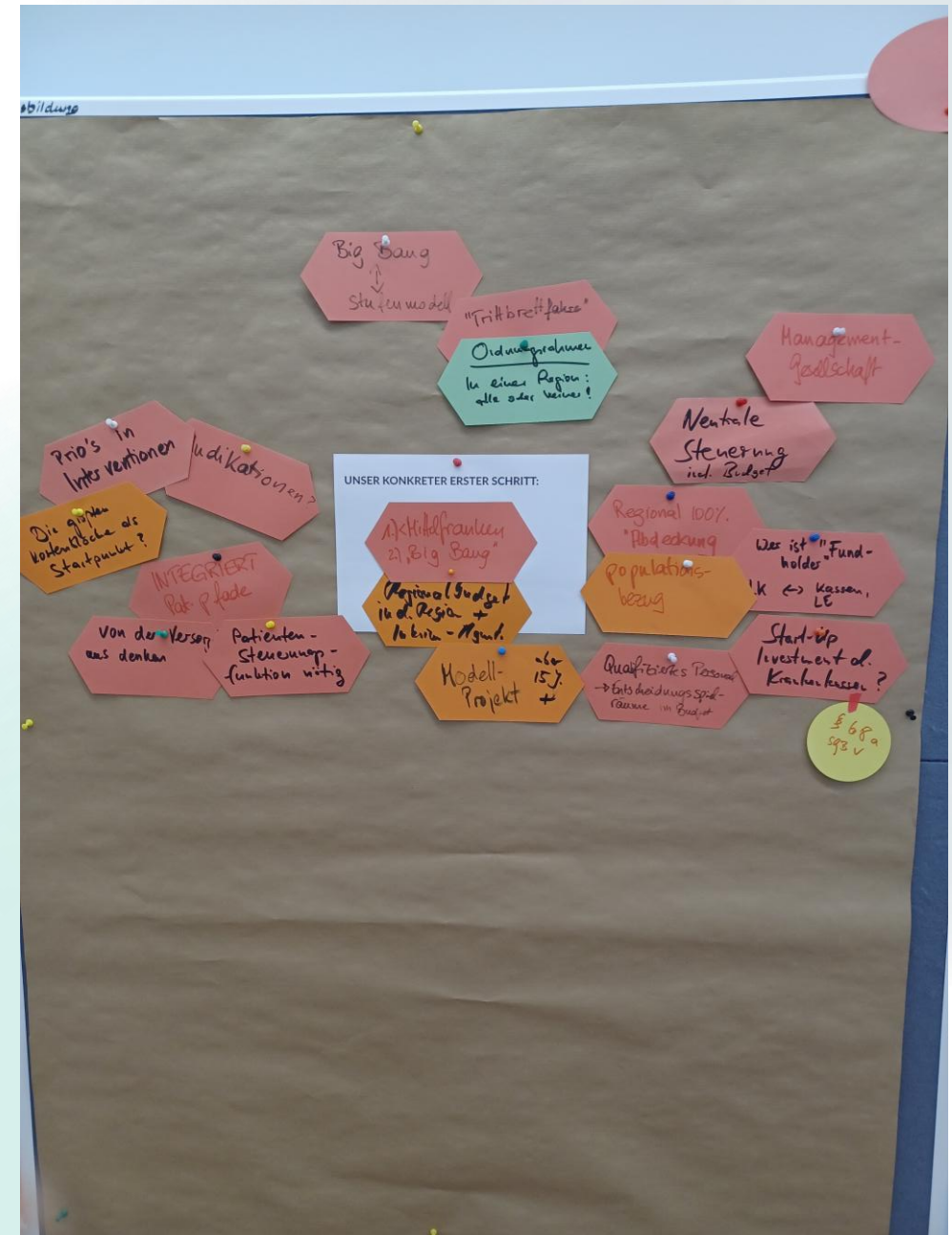
ERGEBNISSE INTERMEDIATE



ERGEBNISSE NEULING



ERGEBNISSE EXPERTE



PODIUMSDISKUSSION

REGIONALBUDGETS ALS HEBEL FÜR VERSORGUNGSUMGESTALTUNG



**PROF. DR. FRANZ
BENSTETTER**
(Technische Hochschule
Rosenheim)



SEBASTIAN GRUBER
(Landkreis Freyung-Grafenau)



DR. ANDREAS LIPÉCZ
(Gesundheitsnetz QuE)



DR. IRMGARD STIPLER
(AOK Bayern)