



Zukunftswerkstatt Innovative Versorgung 2025 Gesundheit gemeinsam gestalten

Inhaltsverzeichnis

Einleitung	3
Begrüßung und Eröffnung durch Britta Müller, Ministerin für Gesundheit und Soziales des Landes Brandenburg	4
Begrüßung und Eröffnung durch Dr. Ina Czyborra, Senatorin für Wissenschaft, Gesundheit und Pflege Berlin	5
Impulsvortrag – Krankenhausversorgung vor dem Umbruch – Chancen der Ambulantisierung	6
Best Practice-Beispiele aus der Region – Strukturveränderungen der ambulant-stationären Versorgung am Beispiel des Krankenhauses Seelow	9
Best Practice-Beispiele aus der Region – Teleneurologisch-ambulante Versorgung in Brandenburg und Mecklenburg-Vorpommern (TENEAM)	10
Best Practice-Beispiele aus der Region – Stay@home – Treat@home	11
Workshop 1 – Strukturen für die ambulant-stationäre Versorgung	12
Abschrift Post-its Workshop 1 – Strukturen	14
Workshop 2 – Instrumente für die ambulant-stationäre Versorgung	16
Abschrift Post-its Workshop 2 – Instrumente	19

Einleitung

Die „Zukunftswerkstatt Innovative Versorgung“ ist seit 2014 eine zentrale Dialogplattform und kreative Ideenschmiede für Akteure der Gesundheitsversorgung in der Hauptstadtregion.

Expertinnen und Experten aus der medizinischen, pflegerischen und therapeutischen Versorgung ebenso wie aus der Selbsthilfe, aus Krankenkassen und der Sozialberatung kommen zusammen, um durch Vorträge und Best Practices zu lernen und Inspiration zu erhalten, sowie in Workshops die bestehenden Herausforderungen zu diskutieren und Lösungsansätze für aktuelle Problemstellungen zu finden. So können Impulse für eine moderne, bedarfsorientierte und sektorübergreifende Versorgung in Berlin und Brandenburg entstehen.

Ziel der Veranstaltung ist es, gemeinsam neue Perspektiven zu eröffnen, Kooperationen zu stärken und innovative Wege zu finden, die die Versorgung in Metropole und ländlichem Raum nachhaltig verbessern.

Das Thema 2025: Ambulant und stationär gemeinsam denken und entwickeln

Das Gesundheitssystem steht vor der aktuellen Herausforderung, die Ambulantisierung als Teil der Krankenhausreform umzusetzen – allerdings ist diese darin systemisch gar nicht ausreichend enthalten. Mit Blick auf ein Gesamtsystem müssen ambulante und stationäre Versorgung als zusammenhängende Einheit gedacht und entwickelt werden. Damit dies gelingt, sollten Strukturen, Prozesse und Verantwortlichkeiten so aufeinander abgestimmt sein, dass Patienten nahtlos betreut werden können und die Leistungserbringung sektorübergreifend im Vordergrund steht. Voraussetzung dafür sind klare Schnittstellen, verbindliche Kommunikationswege, gemeinsame Qualitätsstandards und regionale Kooperationen zwischen allen Beteiligten. Zudem muss auch über die Abrechnung ein Anreizsystem entwickelt werden, das Flexibilität und Effizienz fördert und belohnt. So kann ein Versorgungssystem entstehen, das wirtschaftlich, patientennah und zukunftsfähig ist. Bei der Zukunftswerkstatt am 7. November 2025 trafen durch die teilnehmenden Personen zahlreiche Perspektiven und profunde Erfahrungen aufeinander und boten damit eine optimale Grundlage für einen fruchtbaren Austausch und eine gemeinsame Weiterentwicklung der drängenden Themen. Es wurde deutlich, dass sowohl internationale Beispiele aus anderen Gesundheitssystemen als auch regionale Pilotprojekte eine wichtige Inspiration für eine Neuausrichtung liefern können.

Begrüßung und Eröffnung durch Britta Müller, Ministerin für Gesundheit und Soziales des Landes Brandenburg



Zum Auftakt der Zukunftswerkstatt betonte Frau Ministerin Müller die Notwendigkeit, die Gesundheitsversorgung angesichts demografischer, struktureller und fachlicher Herausforderungen weiterzuentwickeln. Gerade für ein Flächenland wie Brandenburg sei es zentral, die Versorgungsqualität unabhängig vom Wohnort sicherzustellen.

Die Ministerin ordnete die Krankenhausreform als Chance ein, die Versorgung stärker entlang tatsächlicher Versorgungsbedarfe und -wege zu organisieren. Dabei gehe es nicht um eine Gegenüberstellung von ambulanter und stationärer Versorgung, sondern um ein stärkeres Zusammendenken beider Bereiche. Mit dem Begriff der „stambulanten Versorgung“ werde dieser Paradigmenwechsel auf den Punkt gebracht: Nicht die Frage nach dem Versorgungssektor stehe im Mittelpunkt, sondern die Frage, was medizinisch notwendig, qualitativ hochwertig und für die Patientinnen und Patienten am besten sei. Ziel sei eine wohnortnahe, gut vernetzte, effiziente und zugleich menschliche Versorgung.

Ein weiterer zentraler Aspekt sei die sektorenübergreifende Planung und Steuerung. Ambulante und stationäre Versorgung dürften nicht länger getrennt betrachtet werden, sondern müssten gemeinsam geplant und aufeinander abgestimmt werden, insbesondere in ländlichen Regionen. Brandenburg unterstütze daher Initiativen auf Bundesebene, die eine stärkere Vernetzung an Krankenhausstandorten ermöglichen. Ergänzt werde dieser Ansatz durch den Einsatz interprofessioneller Teams, deren Zusammenarbeit Behandlungsqualität, Patientensicherheit und Zufriedenheit steigere. Um neue Versorgungsformen erproben zu können, werde ein geeigneter rechtlicher Rahmen gefordert, etwa durch Öffnungsklauseln für Modellregionen.

Für die Weiterentwicklung der Versorgung sei zudem eine solide Datenbasis notwendig. Brandenburg nutze erstmals systematisch Daten, um ambulante Potenziale zu identifizieren, regionale Leistungsprofile abzustimmen und Versorgungsentscheidungen faktenbasiert zu treffen. Dabei solle nicht mehr allein in Strukturen wie Betten gedacht werden, sondern in funktionalen Versorgungsangeboten.

Ein zentrales Signal sei der Beschluss des gemeinsamen Landesgremiums nach § 90a SGB V aus dem Vorjahr gewesen, mit dem ein Einstieg in eine sektorenübergreifende regionale Versorgungsplanung beschlossen worden sei. Damit habe Brandenburg deutlich gemacht, dass Versorgung künftig stärker aus einem Guss gedacht und gemeinsam verantwortet werden solle. Die Kommunen spielten dabei eine Schlüsselrolle, da sie die regionalen Bedarfe und Strukturen besonders gut kennen würden.

Abschließend betonte die Ministerin die gemeinsame Verantwortung aller Beteiligten für eine zukunftsfähige Gesundheitsversorgung. Ambulantisierung und stambulante Versorgung seien mehr als eine Strukturreform. Sie stünden für eine neue Versorgungskultur, geprägt von Kooperation, Qualität und regionaler Verantwortung. Brandenburg wolle diesen Wandel aktiv mitgestalten und erwarte vom Bund dafür verlässliche gesetzliche und finanzielle Rahmenbedingungen. Ambulantisierung dürfe kein Sparprogramm sein, sondern müsse zu einer spürbaren Verbesserung der Versorgung führen. Die Zukunftswerkstatt biete einen wichtigen Raum für fachlichen Austausch, um Perspektiven zusammenzuführen und Impulse für die weitere Entwicklung der Versorgung in Brandenburg und der Hauptstadtregion zu setzen.

Auf einen Blick

Ambulante und stationäre Versorgung werden zukünftig stärker zusammengedacht („stambulant“), um Versorgungsangebote besser aufeinander abzustimmen.

Eine zukunftsfähige Gesundheitsversorgung erfordert eine enge sektorenübergreifende Zusammenarbeit aller beteiligten Akteure.

Regionale Bedarfe spielen eine zentrale Rolle bei der Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen.

Begrüßung und Eröffnung durch Dr. Ina Czyborra, Senatorin für Wissenschaft, Gesundheit und Pflege Berlin



Wir stehen vor großen Herausforderungen, die wir nur gemeinsam meistern können. Deswegen freue ich mich, Sie alle hier willkommen zu heißen. Allen ist klar, dass es so wie bisher nicht weitergehen kann. In der Medizin erleben wir enorme Fortschritte, aber das klassische Krankenhausmodell steht unter Druck. Wir wollen eine hervorragende Versorgung, auch im ländlichen Raum. Berlin und Brandenburg haben in ihren Strukturen unterschiedliche Herausforderungen, doch Landesgrenzen dürfen vernünftige Versorgungsreformen nicht behindern.

Bei allen Versorgungsformen, die entstehen könnten, stoßen wir natürlich auch immer auf die Frage der Finanzierung. Das Themenfeld reicht weit – bis hin zur psychosozialen Versorgung, die oft eine Voraussetzung dafür ist, dass Gesundheitsleistungen überhaupt wirken können. Entscheidend ist, dass wir die vorhandene Infrastruktur

intelligenter nutzen. Es geht um Zugänge, nicht um Besitz. Die strikte Trennung von ambulant und stationär ist medizinisch unsinnig. Wir brauchen eine gemeinsame Nutzung stationärer Ressourcen und ambulante Strukturen, die stärker verzahnt sind – auch mit Rehabilitation und Prävention.

Im System ist genug Geld vorhanden, doch es führt zugleich zu Unter- und Überversorgung. Berlin und Brandenburg sind als gemeinsamer Metropolraum eng miteinander verbunden. Eine gesunde Metropole braucht ein starkes Umland, denn gutes Leben muss überall möglich sein. Gleichwertige Lebensverhältnisse sind gesetzlich verankert, sektorenübergreifende Versorgung ist dafür zwingend notwendig.

Dabei geht es um Pragmatismus und konkrete Lösungen vor Ort. Wir müssen alle Beteiligten mitnehmen – denn Veränderung löst auch Ängste aus. Unser Ziel ist ein effizienteres, gerechteres System, das sich an den Menschen und ihren Bedarfen orientiert.

Auf einen Blick

Senatorin Dr. Ina Czyborra fordert eine sektorenübergreifende, pragmatische Gesundheitsversorgung über Landesgrenzen hinweg. Ambulant und stationär sollen vernetzt, Ressourcen intelligenter genutzt und gleichwertige Lebensverhältnisse in Stadt und Land gesichert werden.

Impulsvortrag

Krankenhausversorgung vor dem Umbruch – Chancen der Ambulantisierung

Prof. Dr. Boris Augurzky, hcb GmbH, Rhön Stiftung, Universität Duisburg-Essen



Ausgangslage und Herausforderungen

Unsere aktuelle Situation ist im internationalen Vergleich eine Ausnahme. Vor einem Jahr war ich in einer Klinik in Antalya, ein neues Haus mit 1.000 Betten. In den ersten neun Monaten wurden 900.000 Fälle behandelt, davon nur etwa 30.000 stationär. Das Krankenhaus ist also v.a. eine ambulante Einrichtung. Oder Madrid: In einem Stadtteil wird über ein Stadtteilbudget eine effiziente Versorgung der Bevölkerung erreicht.

Im europäischen Vergleich hat das deutsche Gesundheitswesen die höchsten Ausgaben, etwa 12,5% des BIP, die allerdings keinen adäquaten Ertrag bringen; die Lebenserwartung liegt nur in der unteren Hälfte.

Deutschland steht aktuell vor einem gravierenden demografischen Umbruch: Zwei Menschen gehen in Rente, während nur einer nachrückt. Gleichzeitig sind die Deglobalisierung, eine veraltete Infrastruktur und geopolitische Spannungen enorme Belastungen. Zudem schrumpft der volkswirtschaftliche Kuchen, was zu Verteilungskämpfen führt.

Die wirtschaftliche Lage der Krankenhäuser ist kritisch: Der Anteil verlustschreibender Häuser steigt und Insolvenzen nehmen zu. Auch die Krankenkassen verzeichnen Rekorddefizite und mussten ihre Zusatzbeiträge stark erhöhen.

Ohne Reformen könnten die Sozialabgaben bis 2035 auf über 50 Prozent steigen. Der Koalitionsvertrag 2025 strebt eine Stabilisierung der Beitragssätze an. Im Gegensatz zur Renten- und Pflegeversicherung scheint es aber nur bei der Krankenversicherung überhaupt noch eine Chance zu geben, den Beitragssatz zu stabilisieren. In der Altenhilfe kommt ein „Tsunami“ Ende der 30er Jahre auf uns zu.

Dazu müssen wir effizienter werden durch bessere Strukturen und Prozesse. Und wir müssen die Bedarfe senken – durch Prävention, Gesundheitskompetenz und Ambulantisierung. In der Altenhilfe könnten wir diesbezüglich auch noch einiges tun, um dem Tsunami entgegenzuwirken.

Krankenhausreform

Das Krankenhausverbesserungsgesetz (KHVVG) soll mittelfristig helfen, die Strukturen zu optimieren. Es setzt auf Spezialisierung, Zentralisierung, Vorhaltefinanzierung und die Bildung von Leistungsgruppen. Manche kleine Kliniken können zu ambulant-stationären Gesundheitszentren (Level 1i) weiterentwickelt werden. Für die Zentralisierung und Umwandlung von solchen Kliniken werden mit dem Transformationsfonds erhebliche Investitionsmittel bereitgestellt.

Doch Änderungen, die das Krankenhausausführungsgesetz (KHAG) vornimmt, schwächen die Wirkung des KHVVG, da sie mehr Ausnahmen erlauben und Mindestvoraussetzungen aufweichen. Die Folge ist eine Abschwächung des Anreizes zur Strukturoptimierung und eine fortbestehende wirtschaftliche Schiefelage vieler Häuser.

Ambulantisierung

Die Ambulantisierung ist kein neues Thema, aber aktueller denn je. Beispiele wie Kaiser Permanente in den USA zeigen, was möglich ist: Nach Hüftoperationen liegt die durchschnittliche Verweildauer dort bei 0,6 Tagen, in Deutschland bei zehn. Die Wiederaufnahmeraten sind deutlich niedriger – ein Beleg für Effizienz und Qualität. Entschei-

dend ist das Vergütungssystem: Solange stationäre Leistungen lukrativer sind, bleibt der Wandel aus.

Wie könnte eine Lösung aussehen? Budgets für ausgewählte Leistungssegmente, die direkt zwischen Krankenhäusern und Krankenkassen über definierte ambulantsensitive Leistungen vereinbart würden, würden den Krankenhäusern die Freiheit geben, selbst zu entscheiden, welchen Fall sie ambulant und welchen stationär erbringen. Zudem sollen die Hybrid-DRG eine sektorengleiche Vergütung schaffen – unabhängig davon, ob die Behandlung ambulant oder stationär erfolgt. Parallel dazu setzen auch die neuen Vorhaltebudgets Anreize zur Ambulantisierung. Die „große Budgetvariante“ sieht schließlich vor, sämtliche Leistungen in einer Region gemeinsam aus einem Topf zu finanzieren und damit Versorgung ganzheitlich zu steuern. Solche Ansätze erfordern regionale Kooperationen und Transparenz. Sie fördern die Ambulantisierung und Effizienz im System.

Um Effizienz zu erreichen, muss ambulante Versorgung am Krankenhaus mitgedacht werden – organisatorisch, räumlich und finanziell. Nur wenn ambulante Prozesse

wirtschaftlich tragfähig sind, können sie sich durchsetzen. Hybrid-DRG, also sektorengleiche Vergütung, und Budgetmodelle sind dabei Hebel.

Langfristig muss es um eine Versorgung entlang des gesamten Patientenpfads gehen, unabhängig vom Versorgungssektor. Neue Behandlungsmodelle müssen den Fokus auf Prävention legen und Digitalisierung und künstliche Intelligenz nutzen.

Auf einen Blick

Prof. Dr. Boris Augurzky plädiert in seinem Vortrag für eine tiefgreifende Strukturreform des Gesundheitswesens: Ambulantisierung über neue Vergütungsmodelle, Reduktion der Bedarfe und effizienter Einsatz der knappen Ressource Personal. Ziel ist eine zukunftsfähige, wirtschaftlich stabile Versorgung mit Fokus auf Qualität, Prävention, und integrierte Patientenpfade.



Gesundheit gemeinsam gestalten

Ambulante und stationäre Versorgung werden zukünftig stärker zusammengedacht (= „stambulant“). Statt der Frage nach dem Versorgungssektor muss die tatsächliche medizinische Notwendigkeit für die bestmögliche Versorgung der Patientinnen und Patienten in den Mittelpunkt rücken. Diese Versorgung sollte wohnortsnah, gut vernetzt, effizient und zugleich menschlich sein. Es geht um mehr als eine Strukturreform: Ambulantisierung und stambulante Versorgung sollen zu einer neuen Versorgungskultur führen, geprägt von Kooperation, Qualität, und regionaler Verantwortung.

Best Practice-Beispiele aus der Region

Strukturveränderungen der ambulant-stationären Versorgung am Beispiel des Krankenhauses Seelow

Katja Thielemann, Geschäftsführerin Krankenhaus Märkisch-Oderland GmbH



Für Seelow bedeutet das: Wir transformieren unser Krankenhaus zu einem Gesundheitscampus, der stationäre und ambulante Strukturen intelligent verbindet. Wir entwickeln uns zu einem zentralen Ort regionaler Gesundheitsversorgung und bauen ein Netzwerk mit starken Partnern auf. Wir erhalten Innere Medizin, Notfallversorgung sowie Allgemein- und Unfallchirurgie, erweitern ambulante Angebote und schaffen ein ambulantes OP-Zentrum. Ergänzend richten wir Kurzzeitpflege und eine Überwachungseinheit ein. Im MVZ bündeln wir hausärztliche und fachärztliche Leistungen, um Versorgung aus einer Hand zu ermöglichen. Dieser Transformationsprozess gelingt nur gemeinsam – mit Kostenträgern, Politik und allen Beteiligten vor Ort. Veränderung ist notwendig, um die medizinische Qualität langfristig zu sichern. Unser Anspruch ist klar: Trotz Strukturwandel soll Seelow ein starker, moderner und verlässlicher Gesundheitsstandort bleiben und damit auch Vorbild für andere Standorte sein.

Viele Kliniken, insbesondere im ländlichen Raum, stehen wirtschaftlich unter Druck. Fallpauschalen, Fachkräftemangel und hohe Kosten gefährden die Versorgung. Wir brauchen eine grundlegende Reform der Krankenhauslandschaft; am Standort Seelow gestalten wir diesen Wandel aktiv mit. Ziel der Reform ist es, Qualität zu steigern, Leistungen zu spezialisieren, die ambulante Versorgung zu stärken und zu entbürokratisieren. Dabei darf der ländliche Raum nicht abgehängt werden, denn eine wohnortnahe medizinische Grundversorgung muss für alle erreichbar bleiben.

Auf einen Blick

Katja Thielemann beschreibt den Wandel des Krankenhauses Seelow zu einem modernen Gesundheitscampus mit vernetzter ambulanter und stationärer Versorgung. Ziel ist es, Qualität und Erreichbarkeit zu sichern. Zugleich ist der Standort ein Vorbild für neue regionale Gesundheitsstrukturen.

Best Practice-Beispiele aus der Region

Teleneurologisch-ambulante Versorgung in Brandenburg und Mecklenburg-Vorpommern (TENEAM)

Dr. med. Steffen Heider, Oberarzt Neurophysiologie Medizinische Universität Lausitz – Carl Thiem



Derzeit stehen wir vor einem wachsenden Fachärztemangel, auch in der Neurologie. In Brandenburg und Mecklenburg-Vorpommern sind 35-40% der ambulant tätigen Neurologen über 60 Jahre alt, viele Regionen sind schon heute unterversorgt. Mit TENEAM wollen wir neue Wege der wohnortnahen Versorgung gehen. Wenn ein Hausarzt bei einem Patienten neurologischen Behandlungsbedarf feststellt, aber in absehbarer Zeit kein Termin verfügbar ist, kann er diesen direkt in das Programm einschließen. Die erste teleneurologische Untersuchung findet zeitnah in der Hausarztpraxis statt, bei Bedarf folgen weitere Konsultationen – auch von zu Hause aus. So lassen sich Krankenhauseinweisungen vermeiden und die Versorgung verbessern.

Das Projekt wird von einem breiten Netzwerk getragen: den Universitätskliniken Berlin, Greifswald und Cottbus, Hausärzteverbänden, dem Berufsverband Deutscher Neurologen, mehreren Krankenkassen, Telemedizinpartnern und Patientenorganisationen. Nach einer erfolgreichen Pilotphase mit 55 teilnehmenden Praxen ist TENEAM inzwischen offiziell gestartet. Geplant ist, in den nächsten zwei Jahren rund 200 Hausarztpraxen und mehr als 8.000 Patienten einzubeziehen.

TENEAM schafft digitale Vernetzung zwischen Hausärzten und Neurologen, stärkt die regionale Versorgung und setzt die Empfehlungen des Wissenschaftsrats für die Universitätsmedizin Lausitz um. Ziel ist, dass telemedizinische Neurologie bald ein selbstverständlicher Bestandteil der Regelversorgung wird – als greifbares Beispiel dafür, wie Digitalisierung den Zugang zu medizinischer Expertise auch in ländlichen Regionen sichern kann.

Auf einen Blick

Dr. med. Steffen Heider präsentierte, wie das Projekt TENEAM per Telemedizin Hausärzte und Neurologen vernetzt, um Fachärztemangel und Versorgungslücken zu begegnen. Ziel ist eine wohnortnahe, digitale Neurologie als fester Bestandteil der Regelversorgung.

Best Practice-Beispiele aus der Region

Stay@home – Treat@home

Dr. Irmgard Landgraf, Ärztin und Vorstandsmitglied des Hausärzteverbandes Berlin und Brandenburg sowie der Ärztekammer Berlin



Als Folge des demografischen Wandels haben wir immer mehr multimorbide und auch pflegebedürftige Menschen, immer mehr Gesundheitsdaten und einen zunehmenden Bedarf an interdisziplinärer Vernetzung. Gleichzeitig verlieren wir in den nächsten Jahren viele Hausärzte. Bereits heute sind bundesweit 5.000 Hausarztsitze unbesetzt, in Berlin allein 150. Das führt zu langen Wartezeiten in den Praxen bei gleichzeitigem Bedarf an häufigeren Hausbesuchen – eine enorme Belastung für die Praxen.

Unser Lösungsansatz setzt genau hier an. Stay@home – Treat@home wurde als Projekt von Ärzten für Ärzte entwickelt und unterstützt eine qualifizierte ambulante Versorgung Pflegebedürftiger in der Häuslichkeit. Herzstück ist das Digitale interaktive Gesundheitstagebuch (DiG), das Patientendaten transparent und nutzerfreundlich verfügbar macht – für Patienten, Angehörige, für mich als Hausärz-

tin und – ganz wichtig – auch für konsultierte KV-Bereitschaftsärzte. Bei akuten gesundheitlichen Beschwerden können diese durch die Verfügbarkeit der aktuellen Gesundheitsdaten bedarfsgerecht beraten, ärztliche und auch pflegerische Versorgung vor Ort organisieren und auch konsiliarisch fachärztliche Unterstützung über die telemedizinische Ambulanz der Charité hinzuziehen. So werden unnötige Krankenhauseinweisungen vermeidbar. Gleichzeitig erleichtert der Datenaustausch über das DiG das Behandlungscontrolling und die Zusammenarbeit zwischen Hausärzten und KV-Bereitschaftsärzten.

Mit Stay@home – Treat@home wollen wir Gesundheitsprobleme früh erkennen, Versorgung vernetzen und Patienten so lange wie möglich sicher zu Hause versorgen. Dafür brauchen wir mehr Prävention, höhere Gesundheitskompetenz, bessere Vernetzung interdisziplinär und transsektoral, sowie Datentransparenz für alle Versorgungsebenen. Digitale Transformation ist kein Selbstzweck, sondern ein Weg, Versorgung leichter und besser zu machen.

Auf einen Blick

Mit Stay@home – Treat@home präsentierte Dr. Irmgard Landgraf ein digitales Versorgungskonzept zur Stärkung der häuslichen Pflege. Das Digitale interaktive Gesundheitstagebuch (DiG) vernetzt Patienten, Ärzte und Pflege, fördert Prävention und vermeidet unnötige Krankenhausaufenthalte.

Workshop 1

Strukturen für die ambulant-stationäre Versorgung

Moderation: Daniela Teichert, Vorstandsvorsitzende der AOK Nordost

Im Workshop 1 wurden die bereits vorhandenen und die zukünftig notwendigen Strukturen für eine ambulant-stationäre Versorgung analysiert und diskutiert. Einen Impuls zum Auftakt setzte Julia Silzle mit ihrem Vortrag zu ProReVers.

Einführungsvortrag durch Julia Silzle (AGENON)



Prospektive regionale sektorenübergreifende Versorgungsplanung (ProReVers)

ProReVers ist ein konzeptionelles Versorgungsprojekt in Prignitz & Ostprignitz-Ruppin mit den folgenden drei Zielen:

- Entwicklung & Erprobung von Instrumenten und Verfahren für eine regionalbezogene, sektorenübergreifende Versorgungsplanung
- Entwicklung von Designs und Analysen für Simulationen, um eine empirische Wissensbasis aufzubauen
- Erarbeitung von Vorschlägen für Planungsroutinen – ggf. werden gesetzliche Anpassungen vorgeschlagen

Es wurden vier Bereiche für die Ausarbeitung identifiziert:

1. Patiententransport & Rettungsdienst
2. Hausärztliche & fachärztliche Versorgung
3. Ambulantisierung
4. Versorgungsinnovation

Beispiel 1: Die Gesundheitskompetenz in der Projektregion liegt weit unter dem Bundesdurchschnitt. Der ärztliche Notdienst ist beispielsweise nicht sehr bekannt. Lösungsansätze sind Informationskampagnen und eine Kostenbeteiligung bei unsachgemäßer Inanspruchnahme.

Beispiel 2: In der Projektregion gibt es hohe Ambulantisierungspotenziale; für Arztpraxen lohnt sich eine Anpassung

ihrer Räume, der Öffnungszeiten und des Personals bisher nicht bzw. sie ist nicht möglich. Vorschlag: Bestehende Ressourcen der Krankenhäuser nutzen und rechtliche und ökonomische Voraussetzungen dafür schaffen.

Zusammenfassung des Workshop 1

Nach dem Einführungsvortrag wurden Fragen zu drei Hauptthemen in die Runde gestellt. In der Beantwortung und Diskussion wurden diese drei Ebenen z. T. auch miteinander verbunden. Es sind folgende Vorschläge aus dem Workshop entstanden:

1. Handlungsnotwendigkeiten

- Kooperationspartner sollten idealerweise dasselbe Problemverständnis haben.
- Der Gesundheitsversorgungsbereich sollte weniger arztzentriert werden; Assistenzärzte und andere Berufsgruppen brauchen mehr Kompetenzen.
- Die Ausbildung von Ärzten muss gewährleistet bleiben und in die Planungen einfließen.
- Es gibt einen großen Wunsch nach Entbürokratisierung zur Arbeitsentlastung, bei gleichzeitiger Sicherung von Qualität und Transparenz.
- Für eine bessere Patientensteuerung braucht es eine übergreifende Koordination.
- Ebenfalls braucht es eine bessere Koordination ambulanter und stationärer Settings.

2. Problemstellungen der Versorgung (ambulante/stationäre Ansätze)

- Heute gibt es häufig Patienten-Fehlsteuerung (z.B. durch Wettbewerb, freie Arztwahl).
- Hybridverfahren sind aufgrund komplexer Zulassungs- und Qualitätsanforderungen oft nicht abrechenbar.
- Digitale Anwendungen wie KIM werden zu wenig genutzt, u.a. wegen mangelnder Digitalaffinität der Zielgruppen.
- Der hohe Anteil an Leiharbeit, die teurer und weniger effektiv ist, stellt ein strukturelles Problem dar.

3. Umsetzung / Vorgehen / Hürden

- Es bedarf einer frühzeitigen und effektiven Kommunikation zu anstehenden Veränderungen, bevor Standorte umstrukturiert werden oder schließen.

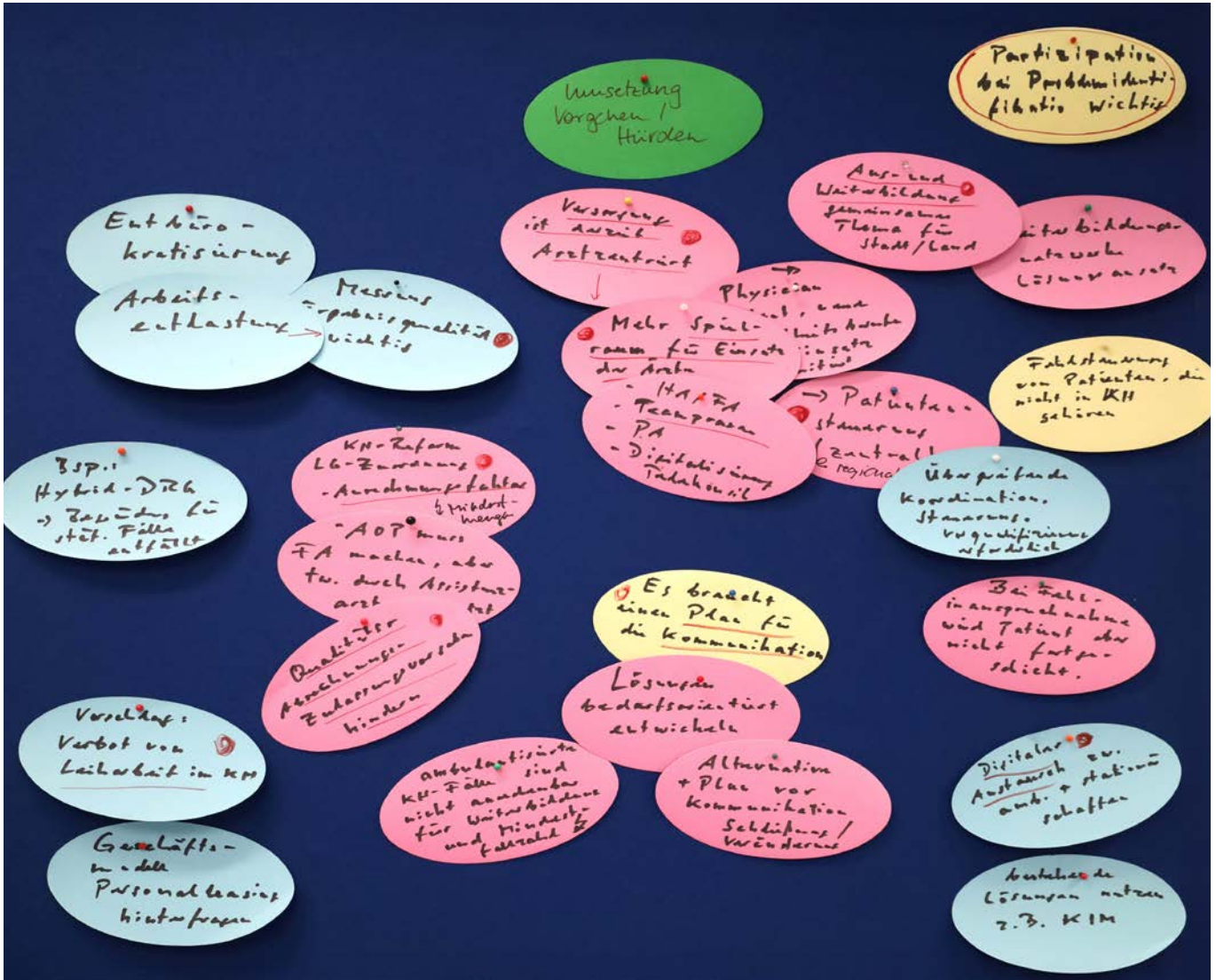


- Veränderungsprojekte beginnen mit guter Kommunikation und Vertrauen.
- Es müssen die positiven Seiten einer Veränderung kommuniziert werden.
- Eine effektivere Nutzung bestehender digitaler Anwendungen wie KIM erfordert Anpassungen bei Prozessen und Zielgruppen.
- Leiharbeit bleibt trotz Problemen notwendig, um Personalausfälle zu kompensieren, und stellt daher eine praktische Umsetzungs- und Steuerungsfrage dar.

Auf einen Blick

Der Workshop 1 betonte den Bedarf an frühzeitiger Planung, klarer Patientensteuerung und besserer Verzahnung von ambulant und stationär. Fehlende Anreize, Wettbewerbsdruck, geringe digitale Nutzung und Engpässe in der Weiterbildung erschweren stabile Strukturen. Regionale Kooperation und sektorengleiche Ansätze wurden als zentrale Zukunftsbausteine gesehen.

Abschrift Post-its Workshop 1 – Strukturen



Obenstehende Tafel ist das im Plenum vorgestellte Ergebnis. Für die Dokumentation wurden alle Karten aus dem Workshop komplett transkribiert, je Tafel/Thema.

Problemstellungen der Versorgung ambulanter/stationärer Ansätze

- Krankenhausreform, LG-Zuordnung, Anrechnungsfaktor, Mindestmengen
- AOP muss FA machen, aber teilweise durch Assistenzarzt umgenutzt
- Qualitäts-, Abrechnungs-, Zulassungsvorgaben hindern
- Mehr Spielraum für Einsatz der Ärzte:
 - HA/FA
 - Teampraxen
 - PA
 - Digitalisierung
- Versorgung ist derzeit arztzentriert
- Physician Assistent und Gesundheitsberufe im Einsatz limitiert
- Indikationsspezifische Patientenreisen – Alternativversorgung erforderlich
- Weiterbildungsnetzwerk – Lösungsansatz

- ProReVers:
 - Zeitmanagement
 - Verfügbarkeit der Leistung
 - WTransportwesen – Verfügbarkeit
 - Soziale Indikation
 - Definition ambulante Versorgung mit/ohne Übernachtung
- Nachsorge nicht ausreichend betrachtet
- Übergreifende Koordination. Steuerung. Vorqualifizierung erforderlich
- Digitalen Austausch zwischen ambulant und stationär schaffen.
- Bestehende Lösungen nutzen, z. B. KiM
 - Beobachtungsbetten in der Peripherie sinnvoll bei ambulanter Struktur
 - Fälle müssen abrechenbar sein
 - Vorhaltung von OP-Strukturen im Notfall bei bestimmten FA ... – siehe Kaiser permanente Betreuung vor OP
 - Ländliche Region gemeinsame Nutzung von technischer Infrastruktur
 - Vorschlag: Hybride OP-Struktur ist nach Bedarf vor Ort
 - Zukunftsfest = wirtschaftlich tragbar
- Akteure müssen sich öffnen – Kooperation
- Strukturelle Veränderungsbereitschaft wichtig
- Handlungsnotwendigkeit Mitarbeiter mitnehmen und halten
- Wertschätzung fehlt gefühlt – Frustration
- Es braucht einen Plan für die Kommunikation
- Verlorenes Vertrauen ist schwer zurückzugewinnen
- Ambulantisierte Krankenhausfälle sind nicht anwendbar für Weiterbildung und Mindestfallzahl
- Gefühle 30-40% der Fälle „fehlgeleitet“
- Gesundheitskompetenz großes Thema – in Berlin größer als in Brandenburg
- Patientensteuerung (zentral)
- Bei Fehlinanspruchnahme wird Patient aber nicht fortgeschickt
- außer in vertrautem System (z. B. Arztersatz)
- Beispiel: in London werden General Practitioner zugeordnet
- Nicht nur Verantwortung einzelner, sondern zentraler
- Ländliche Vorsorge: Finanzanreize vs. Ethik (Behandlungsdauer)
- Aus- und Weiterbildung gemeinsames Thema für Stadt/Land
- Ehrliche Auseinandersetzung mit den Problemen vor Ort
- Lösungen bedarfsorientiert entwickeln
- Alternativen und Plan vor Kommunikation von Schließungs/Veränderung

Handlungsnotwendigkeiten

- Partizipation bei Problemerkennung wichtig
- Regulatorik und Anreize fehlen
- Fallsteuerung von Patienten die nicht ins Krankenhaus gehören
- Nutzung vorhandener Strukturen für Veränderung
- Regionen brauchen schnelle Lösungen
- Bestehende Regelungen ausreizen
- Regulatorik und Anreize fehlen
- Not ist Anreiz

Umsetzung Vorgehen/Hürden

- Entbürokratisierung
- Arbeitsentlastung
- Beispiel Hybrid-DRG: Begründung für stationäre Fälle entfällt
- Messung Ergebnisqualität wichtig
- Vorschlag: Verbot von Leiharbeit in Krankenhäusern
- Geschäftsmodell Personalleasing hinterfragen

Workshop 2

Instrumente für die ambulant-stationäre Versorgung

Moderation: Michael Zaske, Abteilungsleiter Gesundheit im Ministerium für Gesundheit und Soziales, unterstützt durch Claudia Natho und Isabel Eichmann

Im Workshop 2 wurden auf vier Ebenen verschiedene Instrumente für die Weiterentwicklung der ambulant-stationären Versorgung betrachtet und diskutiert. Die drei ersten Themen wurden durch einen professionellen Impuls oder Praxisbeispiele eingeleitet.



1 Digitalisierung

Der Input wurde durch **Dr. med. Steffen Heider** beigesteuert, der auf seinem Vortrag zu TENEAM vom Vormittag aufbaute. Er beschrieb, wie technologische Lösungen wie das TENEAM-Terminal Arbeit abnehmen, eine erste Abklärung ermöglichen und somit Ängste bei den Patienten reduzieren, da nicht monatelang im Ungewissen auf einen Termin gewartet werden muss. Aus seiner Sicht wäre es wünschenswert, wenn die geeignete Technik dafür in jeder Praxis vorhanden wäre. Im Projekt TENEAM sind die

Geräte völlig autark über zwei SIM-Karten mit dem Netz verbunden, sie brauchen also nur Strom und keine weitere technische Infrastruktur.

Plenum zur Digitalisierung

Der folgende Austausch drehte sich in der Hauptsache um die notwendigen Grundlagen in der technischen und im Know-how auf Anwenderseite. Zahlreiche Forderungen und Vorschläge wurden eingebracht:

- In jeder Arztpraxis sollte geeignete Technik vorhanden sein, um digital kommunizieren zu können. Vorhandene Systeme wie KiS und KiM sollten verpflichtend genutzt werden („KiS me KiM“).
- Ebenfalls wäre es wünschenswert, Praxen zu verpflichten, eine Webseite und eine E-Mail-Adresse zu haben.
- Der Datenaustausch mit Hausärzten ist sehr wichtig für Krankenhäuser – schützt vor Überdiagnostik und spart.
- Patienten müssen in den Prozess der Digitalisierung einbezogen und über die richtigen Kanäle angesprochen werden. Softwaresysteme müssen auf Qualität und Anwenderfreundlichkeit geprüft werden.
- Vorgaben für Schnittstellenstandards müssen funktionieren und dürfen nicht protektionistisch ausgehebelt werden.
- Die Notfallversorgung muss eingebunden werden.
- Auch Telemedizin sollte regional gedacht werden, damit nicht Patienten aus Brandenburg in Baden-Württemberg versorgt werden.
- Weitere Themen wurden angerissen, wie Künstliche Intelligenz, EPA und Strukturverbesserungen.

2 Interprofessionelle Zusammenarbeit

Die Einführung gab **Dr. Carsten Jäger** mit vier konkreten Beispielen für interprofessionelle Zusammenarbeit: Ein erstes Beispiel war ein Ehrenamts-Netzwerk, das sich um ältere Menschen kümmert. Ergebnis ist, dass nicht nur eine stationäre Behandlung vermieden wird, sondern sogar die ambulanten Behandlungen bei Haus- und Fachärzten reduziert werden.

Als weiteres Projekt stellte Dr. Jäger ErwiN (Erweiterte Übertragung von arztentlastenden Tätigkeiten in ArztNetzen) vor, bei dem Pflegekräfte nach einem halben Jahr Zusatzausbildung „heilkundliche Aufgaben in Eigenverantwortung“ übernehmen, also viele Entscheidungen über Hilfsmittel oder Medikation eigenständig treffen dürfen.

Ein drittes Beispiel war das laufende Projekt SEELE in einer palliativmedizinischen Tagesklinik, in der Therapie, Seelsorge, Diagnostik, ärztliche Leistungen an einem Ort angeboten werden.

Und als abschließendes viertes Beispiel wurde AstoR vorgestellt: Die Versorgungsstützpunkte bieten eine Übernachtungsmöglichkeit bis 72 Stunden, eine ärztliche Visite, und sind fachpflegerisch geleitet und besetzt. Eine Möglichkeit

für Menschen, die keine klinische Betreuung mehr brauchen, aber auch noch nicht allein zuhause sein können.

Plenum zur interprofessionellen Zusammenarbeit

Im Plenum wurden die praxisnahen Impulse direkt aufgegriffen, eigenen Erfahrungen gegenübergestellt und durch Hinweise und neue Ideen ergänzt:

- Es braucht sichere Rahmenbedingungen für alle Beteiligten, rechtlich und finanziell.
- Physician Case Management (PCA) und Community Health Nurse (CHN) bieten vorhandene und regionale Lösungen z. B. für ein Dorf oder Quartier.
- Interprofessionelle Zusammenarbeit ist Teamleistung, die gemeinsam etwas Neues und Besseres schafft.
- Die Sicherung der häuslichen Versorgung, auch in Verbindung mit Pflegeheimversorgung, kann unnötige Einlieferungen ins Krankenhaus vermeiden.
- Wie kann das Interesse von Trägern an einer Zusammenarbeit geweckt werden?
- Wie kann bei Innovationsfond-finanzierten Projekten nach der Förderphase der Transfer in einen Regelbetrieb gelingen?

3 Ambulantisierung

Als Input stellte **Catrin Steiniger**, Vorsitzende des Vorstandes der Kassenärztlichen Vereinigung Brandenburg, anhand einer Tabelle verschiedene Instrumente in der ambulanten Bedarfsplanung vor. Sie zeigte auf, wie eine Verlagerung der Finanzen aus dem stationären zum ambulanten Sektor verlaufen könnte, und verwies bezüglich der Regeln auch auf Erfahrungen aus anderen Bundesländern. Sie forderte, es sollten nachhaltige ambulante Strukturen entstehen, über Pilotprojekte hinaus. Des weiteren müsse man Versorgungsplanung und Budgets regional denken. Sie wies darauf hin, dass bei der Zentralisierung von Strukturen auch die Mobilität der Patienten bedacht werden müsse.

Plenum zur Ambulantisierung

- „Kleines Budget“ (wie im Vortrag durch Prof. Augurzky vorgestellt) könnte Lösungen schaffen.
- Fehlversorgungen im Krankenhaus sollen reduziert werden.
- Forderung: Als Zielbild in den Strukturen von morgen denken, nicht in den Strukturen von heute oder gestern.
- Idee eines Pflegebereitschaftsdienstes: Fachpflegekräfte vor Ort, die einfache Tätigkeiten direkt übernehmen

können (Katheterwechsel, Wundversorgung), um die Fahrt ins Krankenhaus zu vermeiden.

- Kernfrage für neue Lösungen: Was ist ambulant günstiger?
- Wer entscheidet, was wann stationär durchgeführt wird?
- Welche Anreize können das System bewegen? Denken in Leistungen.
- Die Bereitschaft, Sachen anders zu machen, ist da. Nur die wirtschaftliche Lösung ist nicht da.
- Beispiel „großes Budget“ ist ebenfalls interessant.
- Ambulantisierung aus Patientensicht denken. Stationär aus Sicht eines (älteren) Patienten: Sehr anstrengend, hohes Risiko.
- Wo müssen Praxen platziert sein, auch im Einkaufszentrum?

4 Bürgerbeteiligung

Im vierten Schwerpunkt zur Bürgerbeteiligung und Patientensicht gab es keine zusätzliche Einleitung. Es wurde betont, dass für eine Entwicklung und Akzeptanz neuer Lösungen und Angebote die Perspektive der Menschen vor Ort essenziell sei.

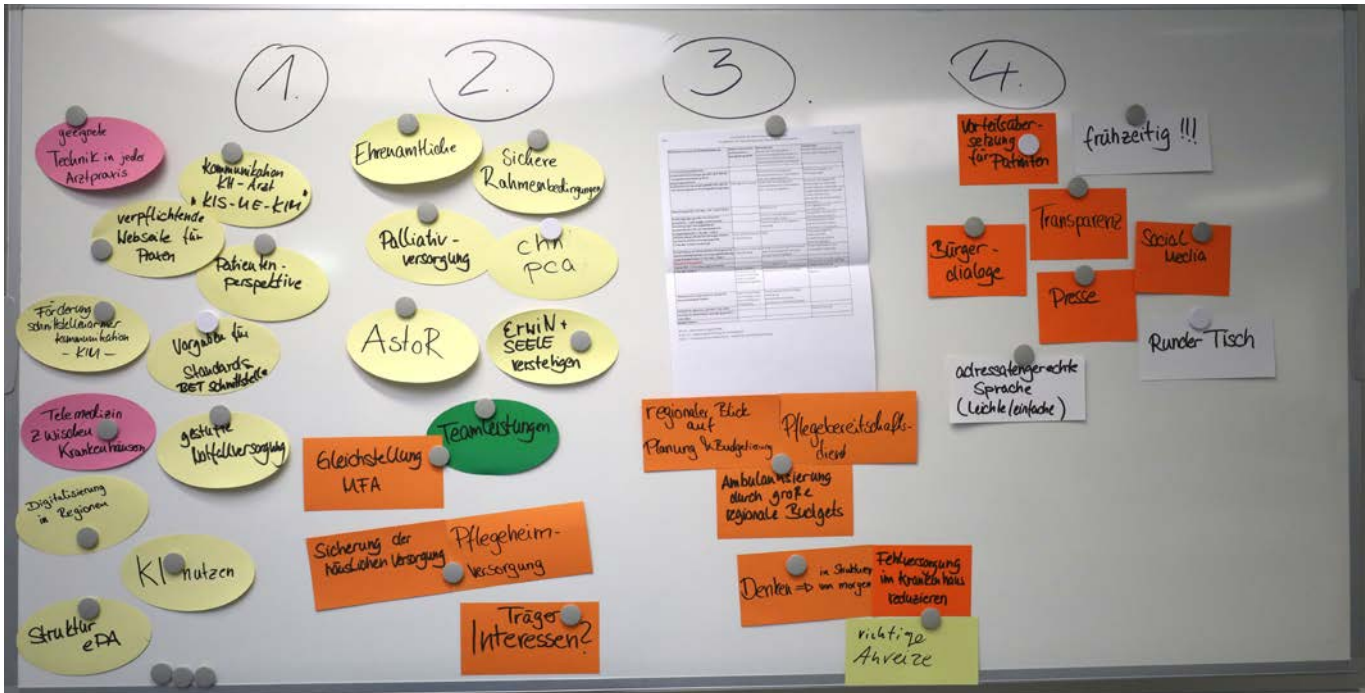
- Wie organisieren wir Veränderungsprozesse am wirkungsvollsten?
- Eine frühzeitige Kommunikation der Vorteile für alle Beteiligten sorgt für Akzeptanz: Nicht Verluste beschreiben, sondern die zukünftigen Möglichkeiten.

- Für Bürgerdialoge ist es wichtig, transparent und in einer adressatengerechten Sprache zu kommunizieren
- Die Nutzung verschiedenster Kanäle ist wichtig: Runder Tisch, Social Media, Presse, Broschüren, Fragebögen, persönliche Gespräche.
- Bei gelingender Beteiligung gibt es größere Chancen, Veränderungsprozesse gut zu gestalten.
- Eine frühzeitige Beteiligung ist wichtig, Gestaltungsmöglichkeiten müssen noch bestehen.
- Vertreter vor Ort (Politik, Vereine, Kirche) müssen eingebunden werden.
- Auch an alleinstehende Menschen denken, die keine Familie oder nahestehenden Personen mehr haben. Ebenfalls an behinderte Menschen denken.

Auf einen Blick

Workshop 2 zeigte, wie Digitalisierung, interprofessionelle Teams, Ambulantisierung und Beteiligung der Bürger die Versorgung stärken können. Technik, klare Standards und bessere Vernetzung wurden ebenso gefordert wie rechtliche Sicherheit, neue Rollen für Pflegekräfte und regionale Konzepte. Entscheidend sind passende Anreize, frühzeitige Kommunikation und echte Einbindung der Menschen vor Ort.

Abschrift Post-its Workshop 2 – Instrumente



1 Digitalisierung

- geeignete Technik in jeder Arztpraxis
- verpflichtende Webseite für Praxen
- Kommunikation Krankenhaus – Arzt: KIS–ME–KIM
- Patientenperspektive
- Vorgaben für Standards BET-Schnittstellen
- Förderung schnittstellenarmer Kommunikation – KIM
- Telemedizin zwischen Krankenhäusern
- Gestufte Notfallversorgung
- Digitalisierung in Regionen
- KI nutzen
- Struktur ePA

2 Interprofessionelle Zusammenarbeit

- Ehrenamtliche
- sichere Rahmenbedingungen
- Palliativversorgung
- Physician Case Management (PCA) und Community Health Nurse (CHN)
- ErWiN + SEELE verstetigen
- AstoR
- Teamleistungen

- Gleichstellung MFA
- Sicherung der häuslichen Versorgung
- Pflegeheimversorgung
- Trägerinteressen?

3 Ambulantisierung

- regionaler Blick auf Planung & Budgetierung
- Pflegebereitschaftsdienst
- Ambulantisierung durch große regionale Budgets
- Denken in Strukturen von morgen
- Fehlversorgung im Krankenhaus reduzieren
- richtige Anreize

4 Bürgerbeteiligung

- Vorteilsübersetzung für Patienten
- frühzeitig!!!
- Bürgerdialoge
- Transparenz
- Presse
- Social Media
- Runder Tisch
- adressatengerechte Sprache (leichte/einfache)

Impressum

Herausgeber

Cluster Gesundheitswirtschaft Berlin-Brandenburg – HealthCapital
c/o Wirtschaftsförderung Land Brandenburg GmbH
Babelsberger Straße 21
14473 Potsdam

Autorinnen und Autoren / Redaktion

Die Zukunftswerkstatt Innovative Versorgung 2026 “Gesundheit gemeinsam gestalten” besteht aus den Beiträgen folgender Sprecherinnen, Vortragender, Workshopleiterinnen und -leiter:

Prof. Dr. Boris Augurzky,
hcb GmbH, Rhön Stiftung, Universität Duisburg-Essen

Britta Müller,
Ministerin für Gesundheit und Soziales des Landes
Brandenburg

Dr. Ina Czyborra,
Senatorin für Wissenschaft, Gesundheit und Pflege Berlin

Katja Thielemann,
Geschäftsführerin Krankenhaus Märkisch-Oderland GmbH

Dr. med. Steffen Heider,
Oberarzt Neurophysiologie Medizinische Universität
Lausitz – Carl Thiem

Dr. Irmgard Landgraf,
Ärztin und Vorstandsmitglied des Hausärzteverbandes
Berlin und Brandenburg sowie der Ärztekammer Berlin

© **Alle Rechte vorbehalten, April 2026**

Layout + Grafik

EMBASSY, Berlin

Bildnachweis

Titel: © WFBB, KI-generiert: Inhalt: © Innopilot, Fotograf: Nicolas Uphaus

Ihr Kontakt in Brandenburg:

Wirtschaftsförderung Brandenburg | **WFBB**

Wirtschaftsförderung Land Brandenburg
GmbH (WFBB)
Babelsberger Straße 21, 14473 Potsdam

Ansprechpartnerin:
Claudia Lyhs
Tel. +49 331 – 730 61-254
claudia.lyhs@wfb.de
www.wfb.de

Ihr Kontakt in Berlin:



Berlin Partner für Wirtschaft
und Technologie GmbH
Fasanenstraße 85, 10623 Berlin

Ansprechpartnerin:
Ulrike Braeter
Tel. +49 30 – 463 02-468
ulrike.braeter@berlin-partner.de
www.berlin-partner.de



Finanziert von der
Europäischen Union

Gefördert aus Mitteln des Europäischen Fonds
für Regionale Entwicklung (EFRE) und des
Landes Brandenburg.