

Versorgungsbedarfsanalysen Brandenburg

Gesamtbericht für alle Versorgungsgebiete



STUDIEN
BERICHT

Versorgungsbedarfsanalysen Brandenburg

Gesamtbericht für alle Versorgungsgebiete

Martin Albrecht
Marc Kurepkat
Monika Sander
Stefan Loos
Luisa Grundmann
Steffen Bohm
Alexander Lenk

Mit Mitarbeit von:
Sebastian Irps
Heinz-Werner Priess

Ergebnisbericht für alle Versorgungsgebiete
für die Wirtschaftsförderung Brandenburg (WFBB)
im Auftrag des Ministeriums für Gesundheit und Soziales (MGS)
Berlin, April 2025

Autoren

Dr. Martin Albrecht

Luisa Grundmann

Dr. Marc Kurepkat

Dr. Stefan Loos

Dr. Monika Sander

IGES Institut GmbH

Friedrichstraße 180

10117 Berlin

Steffen Bohm

Dr. Alexander Lenk

AGENON Gesellschaft für Forschung und

Entwicklung im Gesundheitswesen mbH

Kaunstraße 21

14163 Berlin

Inhalt

1.	Hintergrund und Ziele	8
2.	Methodisches Vorgehen	10
3.	Bevölkerung und Bevölkerungsentwicklung	16
3.1	Altersstruktur der Bevölkerung	16
3.2	Bevölkerungsentwicklung bis 2030	17
4.	Vollstationäre Krankenhausversorgung	20
4.1	Versorgungsstrukturen	20
4.1.1	Versorgungskapazitäten	20
4.1.2	Erreichbarkeit von Krankenhäusern mit Notfallversorgung	26
4.2	Patientenströme: Wohnort vs. Behandlungsort	28
4.3	Demografische Fortschreibung des Versorgungsbedarfs der Wohnbevölkerung	30
4.4	Ambulantisierungspotenziale	34
4.5	Ergebnisse aus Experteninterviews und regionalen Arbeitsgruppen zur stationären Krankenhausversorgung	39
5.	Notfall- und Akutversorgung	45
5.1	Rettungsdienst	45
5.2	Ergebnisse aus Experteninterviews und regionalen Arbeitsgruppen zur Notfall- und Akutversorgung	46
6.	Ambulante vertragsärztliche Versorgung	50
6.1	Kapazitäten in der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung	50
6.1.1	Kapazitäten gemäß Bedarfsplanung	50
6.1.2	Sonderauswertung der Kassenärztlichen Vereinigung Brandenburgs	53
6.1.3	Fazit zu ambulanten vertragsärztlichen Versorgungskapazitäten	56
6.2	Demografische Fortschreibung des Versorgungsbedarfs der Wohnbevölkerung	57
6.3	Ergebnisse aus Experteninterviews und regionalen Arbeitsgruppen zur ambulanten vertragsärztlichen Versorgung	59
7.	Versorgung pflegebedürftiger Personen	63
7.1	Anzahl pflegebedürftiger Personen und Inanspruchnahme von Leistungen	63
7.2	Angebotskapazitäten im Bereich der Pflege	64
7.3	Ergebnisse aus Experteninterviews und regionalen Arbeitsgruppen zur Versorgung pflegebedürftiger Personen	67
8.	Ergebnisse der Vertiefungsphase im Versorgungsgebiet 4 (Lausitz-Spreewald)	70
8.1	Zielsetzung, Themenauswahl und Vorgehen	70
8.2	Ergebnisse der Arbeitsgruppe „Ambulantisierung“	74
8.2.1	Konkretisierung von Ambulantisierungspotenzialen	75

8.2.2	Entwicklungsrahmen für regionale Ambulantisierungsprozesse	88
8.3	Ergebnisse der Arbeitsgruppe „Ärztliche Weiterbildung und Nachwuchssicherung“	94
8.3.1	Termine und Teilnehmende	94
8.3.2	Zu bearbeitende Themenfelder	95
8.3.3	Ergebnisse	96
8.4	Ergebnisse der Arbeitsgruppe „Rettungsdienst/Akut- und Notfallversorgung und Patiententransporte“	103
8.4.1	Übersicht der Lösungsansätze	104
8.4.2	Konkretisierung und Bewertung der Lösungsansätze	105
9.	Zusammenfassende Übersicht der Lösungsansätze	115
	Anhang	121
	Literaturverzeichnis	123
	Abbildungen	5
	Tabellen	6

Abbildungen

Abbildung 1:	Thematische Arbeitsabschnitte der regionalen Versorgungsbedarfsanalysen	10
Abbildung 2:	Darstellung der Versorgungsgebiete und Landkreise sowie der Krankenhäuser im Land Brandenburg	14
Abbildung 3:	Altersstruktur der Bevölkerung in den Versorgungsgebieten, Brandenburg und Deutschland, 2022	16
Abbildung 4:	Bettendichte in den Versorgungsgebieten im regionalen Vergleich (2023)	22
Abbildung 5:	Bettendichte in Brandenburg im bundesweiten Vergleich (2023)	23
Abbildung 6:	Bettendichte (nur Somatik) in den Versorgungsgebieten im regionalen Vergleich (2023)	24
Abbildung 7:	Bettendichte (nur Somatik) in Brandenburg im bundesweiten Vergleich (2023)	25
Abbildung 8:	Erreichbarkeit von Krankenhäusern mit Notfallversorgung für die Einwohnerinnen und Einwohner der Versorgungsgebiete, 2023	27
Abbildung 9:	Anzahl bemessungsrelevanter Einsätze je 1.000 Einwohnerinnen und Einwohner sowie Anteil bemessungsrelevanter Einsätze mit Notarzteinsatz im regionalen Vergleich, 2021	46
Abbildung 10:	Altersstruktur der Hausärztinnen und Hausärzte im regionalen Vergleich, 2022	54
Abbildung 11:	Anzahl Pflegebedürftiger je 1.000 Einwohnerinnen und Einwohner in den Versorgungsgebieten und in Brandenburg, 2021	63
Abbildung 12:	Anteil der Leistungsempfängerinnen und -empfänger nach Leistungsart und Region, 2021	64
Abbildung 13:	Ansatz zur inhaltlichen Strukturierung der Arbeitsgruppen in Versorgungsgebiet 4	74
Abbildung 14:	Anzahl ambulantisierbarer Krankenhausfälle nach Diagnosekapitel im Versorgungsgebiet 4	76
Abbildung 15:	Anzahl ambulantisierbarer Krankenhausfälle mit Erkrankungen der Verdauungsorgane in den Kliniken in Cottbus und Spree-Neiße, 2023	78
Abbildung 16:	Patientencharakteristika der ambulantisierbaren Fälle mit Erkrankungen der Verdauungsorgane sowie Wohn- und Behandlungsort in Cottbus und Spree-Neiße, 2023	80

Abbildung 17:	Art und Häufigkeit stationärer Behandlungsleistungen ambulantisierbarer Fälle mit Erkrankungen der Verdauungsorgane sowie Wohn- und Behandlungsort in Cottbus und Spree-Neiße, 2023	81
Abbildung 18:	Entwicklungsrahmen für Ambulantisierung	89
Abbildung 19:	Einschätzung der Arbeitsgruppe zur Wirksamkeit von Lösungsansätzen	114

Tabellen

Tabelle 1:	Veränderung der Altersstruktur in den Versorgungsgebieten, 2022-2030 (Vorausschätzung)	18
Tabelle 2:	Stationäre Versorgungskapazitäten in den Versorgungsgebieten, 2023	21
Tabelle 3:	Krankenhausfälle in den Versorgungsgebieten nach Wohn- und Behandlungsort, 2022	29
Tabelle 4:	Stationärer Versorgungsbedarf der Wohnbevölkerung der Versorgungsgebiete (Krankenhausfälle und Krankenhaustage), 2022 und 2030 (Fortschreibung auf Basis Bevölkerungsvorausschätzung)	31
Tabelle 5:	Stationärer Versorgungsbedarf der Wohnbevölkerung der Versorgungsgebiete nach Altersgruppen, 2022 und Veränderung bis 2030 (Fortschreibung auf Basis Bevölkerungsvorausschätzung)	33
Tabelle 6:	Ambulantisierungspotenziale in der stationären Versorgung der Wohnbevölkerung in den Versorgungsgebieten nach Regionen, 2022	35
Tabelle 7:	Potenziell ambulantisierbare stationärer Behandlungsfälle der Einwohnerinnen und Einwohner in den Versorgungsgebieten nach den Ansätzen AOP-Gutachten, ASK-Konzept und PSK-Konzept, 2022	38
Tabelle 8:	Hausärztliche Versorgungssituation im regionalen Vergleich gemäß Bedarfsplanung, 2023	51
Tabelle 9:	Allgemein fachärztliche Versorgungssituation (Arztdichte) nach Fachgruppen im regionalen Vergleich gemäß Bedarfsplanung, 2023	52
Tabelle 10:	Altersstruktur der Fachärztinnen und Fachärzte im regionalen Vergleich, 2022	55
Tabelle 11:	Demografische Fortschreibung des ambulanten Versorgungsbedarfs, 2022 und 2030	58

Tabelle 12:	Kapazitäten im Bereich der Pflege in den Versorgungsgebieten, 2021	66
Tabelle 13:	Terminliche Abfolge der Arbeitsgruppensitzungen im VG 4	72
Tabelle 14:	Verteilung der ambulantisierbaren Krankenhausfälle mit Erkrankungen der Verdauungsorgane auf die Kliniken in Cottbus und Spree-Neiße, 2023	79
Tabelle 15:	Art und Häufigkeit der von den Kliniken in Cottbus/Spree-Neiße ambulant durchgeführten Prozeduren gemäß § 115b SGB V (AOP) bei Erkrankungen der Verdauungsorgane, 2022	82
Tabelle 16:	Zuordnung von EBM-Positionen gemäß Anhang 2 zu den häufigsten gruppierungsrelevanten stationären Prozeduren der ambulantisierbaren Fälle mit Erkrankungen der Verdauungsorgane	84
Tabelle 17:	EBM-Gebührenordnungspositionen für die häufigsten stationären OPS-Leistungen bei ambulantisierbaren Fällen mit Erkrankungen der Verdauungsorgane sowie Wohn-/Behandlungsort in Cottbus/ Spree-Neiße (2023)	85
Tabelle 18:	Häufigkeit der 13 ausgewählten EBM-Leistungen bei Versicherten der AOK Nordost in Cottbus und Spree-Neiße nach Region und Arztgruppen, 2022	86
Tabelle 19:	Häufigkeit der 13 ausgewählten EBM-Leistungen bei Versicherten der AOK Nordost in Cottbus und Spree-Neiße nach Leistungsarten und Fachgebieten, 2024	87
Tabelle 20:	Vertragsärztliche Versorgungskapazitäten in Cottbus und Spree-Neiße in den beteiligten Arztgruppen, 2022	88
Tabelle 21:	Sitzungstermine und Teilnehmende der AG 2 - Weiterbildung und Sicherung ärztlicher Behandlungskapazitäten	94
Tabelle 22:	Übersicht der Lösungsansätze für die regionale Versorgung in Brandenburg	117
Tabelle 23:	Ausgewählte Indikatoren zum Vergleich der Versorgungsgebiete	121

1. Hintergrund und Ziele

Das IGES Institut wurde zusammen mit AGENON von der Wirtschaftsförderung Land Brandenburg GmbH (WFBB) Ende September 2023 mit dem Projekt „Erstellung von Versorgungsbedarfsanalysen für die Gesundheitsregionen Brandenburgs sowie Initiierung, Organisation und inhaltliche Begleitung von regionalen Dialogforen und Projektgruppen an jeweils unterschiedlichen Krankenhausstandorten“ beauftragt. Gefördert wird das Projekt aus Mitteln, die das Ministerium für Gesundheit und Soziales (MGS)¹ aus dem Sonderförderprogramm des Landes „Krisenbewältigung Krankenhäuser“ als Teil des Brandenburg-Paketes für die Begleitung und Umsetzung von etwaig notwendigen Transformationsprozessen krisenbetroffener Krankenhäuser bereitstellt.

Ziel ist die Gegenüberstellung des aktuellen und des demografisch fortgeschriebenen zukünftigen Versorgungsbedarfs in den für die Krankenhausplanung maßgeblichen fünf Versorgungsregionen des Landes Brandenburg. Als weiterer Einflussfaktor auf den zukünftigen Versorgungsbedarf wurde die Ambulantisierung stationärer Leistungen betrachtet. Die Versorgungsbedarfsanalyse soll auch die Erfassung von erprobten und evaluierten Versorgungsinnovationen und digitalen Unterstützungsmöglichkeiten in der medizinischen, pflegerischen und rehabilitativen Versorgung umfassen. Auf Grundlage einer sektorenübergreifenden Bestandsaufnahme bestehender Strukturen und Kapazitäten der Gesundheitsversorgung in den Regionen wurden gemeinsam mit den Akteurinnen und Akteuren vor Ort alternative Lösungen zur Bedarfsabdeckung diskutiert und weiterentwickelt. Die Ergebnisse des Projekts dienen der Unterstützung des Krankenhausplanungsprozesses im Kontext der umzusetzenden Krankenhausreform.

Im vierten Quartal des Jahres 2023 wurde das Projekt zunächst in dem brandenburgischen Versorgungsgebiet 4 (Lausitz-Spreewald) umgesetzt. Zu dieser Projektphase wurde im März 2024 ein Ergebnisbericht vorgelegt.² Ab dem zweiten Quartal 2024 bis Jahresende fanden entsprechende Projektphasen in den weiteren vier Versorgungsgebieten (VG 1, 2, 3 und 5) statt, während sich im Versorgungsgebiet 4 eine Vertiefungsphase anschloss.

In das Projekt wurden alle in den Versorgungsgebieten relevanten Akteurinnen und Akteure der Gesundheitsversorgung sowohl auf der Ebene der Landkreise und kreisfreien Städte als auch auf der Ebene der Versorgungsgebiete sowie des Landes Brandenburg insgesamt eingebunden, um die regionalen Spezifika zu berücksichtigen und bereits vorhandene Ideen/Projektansätze zur Versorgungsgestaltung aufzunehmen und weiterzuentwickeln.

¹ Die Beauftragung der Versorgungsbedarfsanalysen wurde vom ehemaligen Ministerium für Soziales, Gesundheit, Integration und Verbraucherschutz des Landes Brandenburg (MSGIV) vorgenommen. Durch die Umressortierung nach der Landtagswahl lautet die neue Bezeichnung Ministerium für Gesundheit und Soziales (MGS).

² Albrecht, M. et al. (2024). Versorgungsbedarfsanalysen Brandenburg. Gesamtbericht für das Versorgungsgebiet 4 Lausitz-Spreewald.

Maßnahmen zur Einbindung der Akteurinnen und Akteure waren:

- ♦ die Einrichtung von (virtuellen) Regiestellen für jedes Versorgungsgebiet als zentrale Anlaufpunkte für die regionalen Akteurinnen und Akteure,
- ♦ die Durchführung einer Dialogveranstaltung für alle Akteurinnen und Akteure zu Projektbeginn in jedem Versorgungsgebiet,
- ♦ die Durchführung von regionalen Arbeitsgruppensitzungen in den Landkreisen bzw. kreisfreien Städten der Versorgungsgebiete,
- ♦ die Durchführung einer zweiten Dialogveranstaltung für jedes Versorgungsgebiet zur Diskussion vorläufiger Ergebnisse und
- ♦ die Durchführung von qualitativen leitfadengestützten Interviews in den Regionen mit Vertreterinnen und Vertretern der stationären und ambulanten Gesundheitsversorgung, der Pflege, der Krankenkassen, der Kassenärztlichen Vereinigung Brandenburg sowie der Kommunen.

Die themenbezogenen Vertiefungen für das Versorgungsgebiet 4 hatten zum Ziel, regionalspezifische Ideen/Projektansätze mit Blick auf die aktuellen und zukünftigen Herausforderungen für die Versorgung vor Ort weiterzuentwickeln. Die folgenden drei Themen wurden dafür in Abstimmung mit dem MGS festgelegt:

1. (Neu-)Justierung der stationären Versorgung bei zunehmender Ambulantisierung (u. a. wo / von wem könnten ambulantisierte Fälle versorgt werden?)
2. Entlastung und Sicherung (vertragsärztlicher) Behandlungskapazitäten inkl. Weiterbildung/Nachwuchssicherung
3. Rettungsdienst/Akut- und Notfallversorgung und Patiententransporte

Alle bereits in der ersten Projektphase in Versorgungsgebiet 4 im Rahmen der Dialogveranstaltungen und Arbeitsgruppen angesprochenen Personen wurden über die drei Vertiefungsthemen und die Möglichkeit zur Teilnahme an den diesbezüglichen Arbeitsgruppen informiert. Die Akteurinnen und Akteure wurden gebeten, sich über die Regiestelle mit ihrer Themenpräferenz zurückzumelden. Akteure, die sich nicht zurückgemeldet haben, wurden noch einmal themenspezifisch angesprochen und zu den Veranstaltungsterminen eingeladen.

Für jede Arbeitsgruppe wurde initial ein inhaltlicher Input von IGES/AGENON geliefert und im Dialog mit den Akteurinnen und Akteuren vor Ort das weitere Vorgehen entwickelt und abgestimmt.

Die Versorgungsbedarfsanalysen wurden durch die Kassenärztliche Vereinigung (KV) Brandenburg, die AOK Nordost und die IKK Brandenburg und Berlin, auch Gesellschafter der Arbeitsgemeinschaft Innovative Gesundheitsversorgung in Brandenburg (IGiB GbR), sowie die Knappschaft unterstützt, die den Zugang zu ihren Versorgungsdaten und deren Nutzung für Analysezwecke ermöglichten.

2. Methodisches Vorgehen

Ziel der Versorgungsbedarfsanalysen ist es, den Status quo der ambulanten und stationären Versorgung und – als Grundlage für die Weiterentwicklung von Projektansätzen und -ideen – den Einfluss der demografischen Entwicklung und der Ambulantisierung auf den Versorgungsbedarf in den kommenden Jahren aufzuzeigen. Die Ergebnisse bilden die Grundlage dafür, innovative Versorgungsansätze zu identifizieren sowie regionalspezifische Projektansätze aufzunehmen und weiterzuentwickeln, die geeignet sind, eine qualitätsgesicherte und wohnortnahe Versorgung der Bevölkerung mit Blick auf die ermittelten Entwicklungstendenzen und die begrenzten (personellen) Ressourcen zukünftig sicherzustellen.

Für die regionalen Versorgungsbedarfsanalysen wurden folgende Arbeitsschritte durchgeführt (Abbildung 1):

Abbildung 1: Thematische Arbeitsabschnitte der regionalen Versorgungsbedarfsanalysen

1. Entwicklung des Versorgungsbedarfs 2022-2030 • demografische Fortschreibung • Ambulantisierungspotenzial 2. Patientenströme: Wohnort vs. Behandlungsort	Leistungs- inanspruch- nahme
3. Versorgungskapazitäten • aktuelle Situation (inkl. Erreichbarkeit) • Perspektive: Leistungsgruppen	Leistungs- angebot
4. Innovative Versorgungsansätze und Themenfelder im Fokus der Akteure vor Ort • Priorisierung und Potenzialbewertung • sektorenübergreifende Perspektive	Anpassungs- bedarf

Quelle: IGES/AGENON

Im Hinblick auf die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen wurde die Veränderung des zukünftigen Bedarfs in der stationären Versorgung (vom Jahr 2022 als Referenzjahr bis zum Jahr 2030) aufgrund von zwei maßgeblichen Einflussfaktoren – Demografie und Ambulantisierung – projiziert. Für die ambulante (vertragsärztliche) Versorgung wurde der zukünftige Bedarf ausschließlich im Hinblick auf den demografiebedingten Einfluss bis zum Jahr 2030 fortgeschrieben. Da die regionale Leistungsinanspruchnahme auch von der Patientenmobilität beeinflusst wird, wurden für die stationäre und die ambulante Versorgung die gegenwärtigen Patientenströme dargestellt, d. h. es wurde dargestellt, zu welchen Anteilen sich die Wohn- und Behandlungsorte der Patienten auf die einzelnen Regionen Brandenburgs verteilen.

Der heutigen Leistungsinanspruchnahme und ihren grundlegenden Entwicklungstendenzen bis zum Jahr 2030 wurden die aktuellen stationären, ambulanten

(vertragsärztlichen) und pflegerischen Versorgungskapazitäten (Leistungsangebot) gegenübergestellt. Für die Krankenhausversorgung wurde zudem die Erreichbarkeit der Standorte ermittelt und das Leistungsangebot in der Logik zukünftiger Leistungsgruppen dargestellt, die infolge der Krankenhausreform als neue Planungsgröße eingeführt werden.

Aus der Gegenüberstellung der zukünftigen Entwicklungstendenzen des regionalen Versorgungsbedarfs und des gegenwärtigen Leistungsangebots lässt sich ein vielfältiger Anpassungsbedarf in den unterschiedlichen Bereichen der Gesundheitsversorgung und ihrem sektorenübergreifenden Zusammenwirken ableiten. Dies betrifft beispielsweise – und mit besonderer Tragweite in den Regionen Brandenburgs – die Ambulantisierung bislang stationärer Leistungen als maßgeblicher Entwicklungstrend der Zukunft sowie die zunehmende Verknappung von Fachpersonal. Weitere Themenfelder, die im Fokus der Akteurinnen und Akteure vor Ort stehen, wurden ergänzt. Mit Blick auf zukünftige Anpassungserfordernisse wurden innovative Versorgungsansätze im Rahmen eines umfassenden Scoping Reviews ausgewählt, welche die spezifischen regionalen Herausforderungen in den Versorgungsgebieten adressieren. Darüber hinaus wurden, soweit vorhanden bzw. von den Akteurinnen und Akteuren vor Ort eingebracht, Projektansätze einbezogen, die in den Versorgungsgebieten bereits konzipiert, entwickelt und/oder erprobt wurden.

Datenbasierte Analysen

Im Folgenden werden ausgewählte Aspekte des methodischen Vorgehens der datenbasierten Analysen detaillierter beschrieben.

Demografische Fortschreibung des Versorgungsbedarfs

Die demografische Fortschreibung des Versorgungsbedarfs zeigt auf, wie hoch die Inanspruchnahme stationärer und ambulanter Versorgungsleistungen wäre, wenn das aktuelle Versorgungsniveau und die aktuelle Leistungsstruktur unverändert blieben. Das heißt, es wurde die aktuelle alters-, geschlechts- und leistungsspezifische Inanspruchnahme der Gesundheitsversorgung auf Basis der prognostizierten regionalen Bevölkerungsentwicklung fortgeschrieben. Für letztere wurden die aktuellen Bevölkerungsvorausschätzungen des Landesamtes für Bauen und Verkehr (LBV) aus dem Jahr 2021 für das Jahr 2030 zugrunde gelegt.³ Konkret wurden die Variablen der Inanspruchnahme (stationär: Anzahl der Behandlungsfälle bzw. -tage, ambulant: Anzahl der Patientinnen und Patienten bzw. Fälle, jeweils differenziert nach Diagnosen) mit den prognostizierten Bevölkerungszahlen differenziert nach Altersgruppen und Geschlecht fortgeschrieben. Bei dem so ermittelten

³ Hierbei wurde auf dem Ist-Wert für das Jahr 2022 aufgesetzt (an Stelle des Schätzwertes für 2022) und der Wert für 2030 auf dieser Basis mithilfe der geschätzten prozentualen Veränderungen für den Zeitraum 2022 bis 2030 gemäß der mittleren Variante ermittelt (vgl. Kapitel 3.2).

zukünftigen Versorgungsbedarf⁴ im Jahr 2030 wird die Veränderung allein aus den vorausberechneten demografischen Veränderungen in den betrachteten Regionen in Bezug auf Bevölkerungszahl sowie veränderten Alters- und Geschlechtsstrukturen abgeleitet. Es handelt sich demnach um eine isolierte Darstellung des Einflussfaktors Demografie auf den zukünftigen Versorgungsbedarf – unter sonst gleichen Bedingungen. Damit hat die Betrachtung vor allem eine analytische Funktion und nicht den Charakter einer Prognose.

Ambulantisierung

Für die stationäre Versorgung wurde die demografische Fortschreibung der Inanspruchnahme durch die Ermittlung des längerfristig realisierbaren Ambulantisierungspotenzials ergänzt. Methodische Grundlage hierfür bildete das im Rahmen des AOP-Gutachtens aufgezeigte und detailliert beschriebene Ambulantisierungspotenzial (vgl. Albrecht et al. 2022). Auf Basis der aktuellen stationären Leistungsdaten für stationäre Patienten mit Wohn- und Behandlungsort in Brandenburg wurden die Fälle ermittelt, bei denen eine durch das AOP-Gutachten als prinzipiell ambulant durchführbare Leistungen (gemäß OPS) als maßgeblich (d. h. gruppierungsrelevant) dokumentiert wurde und bei denen keiner der anhand der Daten überprüfbar, durch das AOP-Gutachten empfohlenen Kontextfaktoren zur Begründung einer stationären Versorgung vorlag. Bei den Kontextfaktoren handelt es sich um Begleitumstände, die sich sowohl aus dem Leistungskontext (z. B. Durchführung weiterer Leistungen bei demselben Fall) als auch aus Patientenmerkmalen (z. B. Art der Erkrankung, Pflegebedürftigkeit) ergeben können. Das Ambulantisierungspotenzial wurde – analog zur demografischen Fortschreibung – in Form von Fallzahlen und Behandlungstagen, differenziert nach Diagnosekapiteln (und ergänzend für die stationäre Versorgung nach Leistungsgruppen) dargestellt. Die ermittelten Werte kennzeichnen ein Potenzial und abstrahieren von den konkreten regionalen Voraussetzungen der Realisierbarkeit. Diese waren Gegenstand der Expertengespräche und Diskussionen in den Arbeitsgruppen.

Datengrundlagen

Für die Versorgungsbedarfsanalyse wurden verschiedene Informations- und Datenquellen genutzt. Eine wesentliche Quelle bildeten die Daten der Statistischen Ämter zur Krankenhausversorgung, die teilweise öffentlich verfügbar waren, teilweise im Rahmen von Sonderauswertungen zur Verfügung gestellt wurden. Als weitere öffentlich verfügbare Quellen wurden für die ambulante Versorgung die Daten der Bedarfsplanung der KV Brandenburg, für die stationäre Akutversorgung der aktuelle Krankenhausplan des Landes Brandenburg sowie die Qualitätsberichte der Krankenhäuser in der Region und für die Versorgung pflegebedürftiger Personen die Pflegestatistik des Landes Brandenburg genutzt. Auch das Brandenburger Ministerium für Gesundheit und Soziales (MGS) stellte für die Versorgungsbedarfsanalysen Daten gemäß § 21 KHEntgG zur Krankenhausversorgung, Daten

⁴ Der Versorgungsbedarf wird im Rahmen dieser Modellierung aus Vereinfachungsgründen mit der Inanspruchnahme von Krankenhausleistungen gleichgesetzt. Damit bleiben Fragen zu einer möglichen Unter-, Über- oder Fehlversorgung ausgeblendet.

zu den Krankenhauskapazitäten und zur regionalen Versorgung von Pflegebedürftigen (nach SGB XI) sowie die Rettungsdienststatistik zur Verfügung. Insbesondere für durch die vorigen Quellen nicht abgedeckte Versorgungsaspekte konnten Routinedatenauswertungen von den unterstützenden Krankenkassen genutzt werden. Daten zur vertragsärztlichen Versorgung wurden von der KV Brandenburg (KVBB) bereitgestellt.

Im Folgenden werden zu Beginn jedes Kapitels zunächst die zentralen Ergebnisse der Datenauswertungen für die Regionen Brandenburgs dargestellt. Die regionale Betrachtung erfolgt dabei auf Ebene der fünf Versorgungsgebiete des Landes Brandenburg (Abbildung 2):

- ◆ Versorgungsgebiet 1 Prignitz-Oberhavel,
- ◆ Versorgungsgebiet 2 Uckermark-Barnim,
- ◆ Versorgungsgebiet 3 Havelland-Fläming,
- ◆ Versorgungsgebiet 4 Lausitz-Spreewald,
- ◆ Versorgungsgebiet 5 Oderland-Spree.

Der Vergleich umfasst die regionalen Bevölkerungsdaten sowie die Versorgungsbereiche Krankenhaus (inkl. Notfall- und Akutversorgung), Vertragsärzte und Pflege. Eine kleinräumigere Betrachtung auch auf Ebene der Landkreise und Gemeinden findet sich in den Ergebnisberichten zu den einzelnen Versorgungsgebieten und den landkreisbezogenen Ergebnisdarstellungen.

Abbildung 2: Darstellung der Versorgungsgebiete und Landkreise sowie der Krankenhäuser im Land Brandenburg



Quelle: MGS, 2021

Interviews und Arbeitsgruppensitzungen

In allen fünf Versorgungsgebieten zusammengekommen wurden insgesamt elf Dialogforen sowie – der Anzahl der Landkreise und der kreisfreien Städte entsprechend – 18 Arbeitsgruppensitzungen ergänzt um zusätzlich neun themenvertiefende Arbeitsgruppensitzungen im Versorgungsgebiet 4 (Lausitz-Spreewald) durchgeführt. Im Verlauf des gesamten Vorhabens in den Jahren 2023 und 2024 wurden Interviews mit mehr als 80 Akteurinnen und Akteuren aus der Versorgung vor Ort geführt. Schließlich wurden Vertreterinnen und Vertreter der AOK Nordost, der IKK Brandenburg und Berlin, der KNAPPSCHAFT und der KV Brandenburg interviewt, die die Projektdurchführung auf der Basis eines Letter of Intent insbesondere mit der Bereitstellung von Daten unterstützt haben.

Im Rahmen der Arbeitsgruppen wurden u. a. die folgenden wesentlichen Einflussfaktoren diskutiert

- ♦ mögliche Effekte eines zunehmenden Fachkräftemangels beim medizinischen Personal,
- ♦ Veränderungen der rechtlichen Rahmenbedingungen für die stationäre Versorgung im Rahmen der (zum Zeitpunkt der Projektdurchführung geplanten bzw. noch nicht beschlossenen) Krankenhausreform,
- ♦ das Potenzial innovativer bzw. digitaler Versorgungsansätze.

Bei den Interviews, die im Jahr 2024 für die Versorgungsgebiete 1, 2, 3 und 5 durchgeführt wurden, wurde das Vorgehen im Vergleich zum Vorgehen im Jahr 2023 im Versorgungsgebiet 4 – Lausitz-Spreewald abgewandelt: Zum einen wurden die Interviews im Anschluss an die AG-Sitzungen und nicht im Vorlauf der AG-Sitzungen geführt. Dieses Vorgehen wurde gewählt, um den Akteurinnen und Akteuren vor Ort die Möglichkeit zu eröffnen, sich über eigene Interviewwünsche proaktiv und – soweit gewünscht – ggf. auch zu mehreren im Rahmen eines Gruppeninterviews einzubringen. Den lokalen Akteurinnen und Akteuren sollte so Gelegenheit gegeben werden, Aspekte, die in den AG-Sitzungen aus ihrer Sicht nicht oder nur kurzfristig angesprochen werden konnten, anzusprechen bzw. zu vertiefen und eigene Sichtweisen einzubringen. Die Interviews wurden anhand der folgenden Leitfragen strukturiert:

- ♦ Wie wird die Versorgungssituation vor Ort durch den/die Interviewpartner beurteilt?
- ♦ Welche innovativen Versorgungsansätze werden vor Ort bereits umgesetzt und welche wären aus Sicht des/der Interviewpartner/s geeignet, um die Versorgungssituation zu verbessern?
- ♦ Welches sind die zentralen Herausforderungen, die bewältigt werden müssen?

Diese Leitfragen dienen auch als Struktur für die inhaltsanalytische Auswertung. Im vorliegenden Gesamtbericht werden diese Ergebnisse nach Themenkomplexen versorgungsgebietsübergreifend zusammengefasst und den einzelnen Versorgungsbereichen zugeordnet.

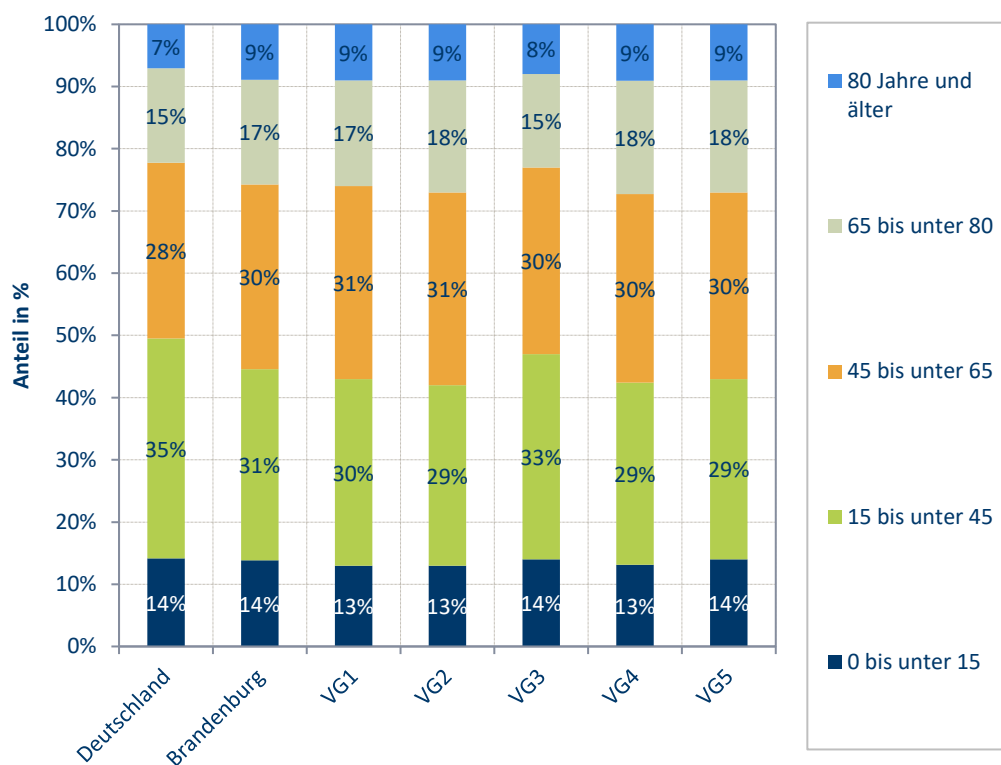
Der vorliegende Gesamtbericht enthält des Weiteren die Zusammenfassung der Ergebnisse der neun vertiefenden Arbeitsgruppen im Versorgungsgebiet 4 zu den drei Vertiefungsthemen (Kapitel 8).

3. Bevölkerung und Bevölkerungsentwicklung

3.1 Altersstruktur der Bevölkerung

Zum Ende des Jahres 2022 lebten insgesamt 2.573.135 Personen in Brandenburg. Davon waren rd. 14 % jünger als 15 Jahre, rd. 26 % waren über 65 Jahre alt (Abbildung 3). Im Vergleich der einzelnen Versorgungsgebiete des Landes Brandenburg zeigten sich keine großen Unterschiede. Lediglich das Versorgungsgebiet 3 (Havelland-Fläming) wies mit 23 % einen niedrigeren Anteil von über 65-Jährigen auf. Der Anteil der Personen im Alter von 15 bis unter 45 Jahre war mit 33 % hingegen etwas höher als in den anderen Versorgungsgebieten. Für alle Versorgungsgebiete Brandenburgs lag der Anteil der über 65-Jährigen höher als im Durchschnitt Deutschlands (22 %). Der Anteil der unter 45-Jährigen war in den einzelnen Versorgungsgebieten geringer als im Bundesdurchschnitt.

Abbildung 3: Altersstruktur der Bevölkerung in den Versorgungsgebieten, Brandenburg und Deutschland, 2022



Quelle: IGES/AGENON auf Basis von Daten des Statistischen Bundesamtes (Destatis), 2023 | Stand: 22.11.2023 sowie Daten des Statistischen Berichts Bevölkerung der kreisfreien Städte und Landkreise im Land Brandenburg 2022, Amt für Statistik Berlin-Brandenburg, Juni 2023.

3.2 Bevölkerungsentwicklung bis 2030

Grundlage der Versorgungsbedarfsanalysen bildet die Bevölkerungsvorausschätzung des Landesamtes für Bauen und Verkehr aus dem Jahr 2021 in der mittleren Variante.⁵ Basisjahr dieser Vorausschätzung ist das Jahr 2019. Die tatsächliche Bevölkerungsentwicklung bis zum Jahr 2022 wich in der Region jedoch hiervon ab. Daher wurden für die Versorgungsbedarfsanalysen die Veränderungsraten der Bevölkerung im Zeitraum 2022 bis 2030 gemäß der Vorausschätzung des Landesamtes für Bauen und Verkehr auf den tatsächlichen Bevölkerungsstand Ende des Jahres 2022 angewendet.

Für das Jahr 2030 wird gemäß dem beschriebenen Vorgehen eine weitgehend unveränderte Bevölkerungszahl in den Versorgungsgebieten 2 und 5 geschätzt (+ 0,2 % bzw. -0,1 %). Für die Versorgungsgebiete 1 und 4 wird hingegen von leichten Rückgängen der Bevölkerung um 2,3 % bzw. 2,6 % ausgegangen. Für das Versorgungsgebiet 3 ergibt sich ein Anstieg um 3,0 %.

Die Bevölkerungsvorausschätzung zeigt darüber hinaus große Verschiebungen in der Altersstruktur: Während die Vorausschätzung sinkende Bevölkerungszahlen in den Altersgruppen unter 65 Jahren und über 80 Jahren in fast allen Versorgungsgebieten ergibt, erhöht sich die Bevölkerungszahl in der Altersgruppe 65 Jahre bis unter 80 Jahre in allen Versorgungsgebieten. Der höchste Anstieg in dieser Altersgruppe wird für das Versorgungsgebiet 3 geschätzt (+31,2 %). Im Versorgungsgebiet 4 steigt in dieser Altersgruppe die Bevölkerung lediglich um 23,6 %. In Versorgungsgebiet 3 sinkt die Bevölkerungszahl bis zum Jahr 2030 für alle anderen Altersgruppen am wenigsten im Vergleich zu den anderen Versorgungsgebieten. Für die Altersgruppe 15 bis unter 45 Jahre ergibt sich sogar eine leichte Zunahme (1,3 %).⁶

Hieraus resultieren auch größere Unterschiede beim Altenquotienten, also dem Verhältnis der Bevölkerung ab 65 Jahren zur Bevölkerung im erwerbsfähigen Alter zwischen 20 und 65 Jahren, zwischen den Versorgungsgebieten. Dieser liegt im Jahr 2022 im Versorgungsgebiet 4 bereits bei 51 %. Für das Jahr 2030 wird hier ein Anstieg des Altenquotienten auf 64 % geschätzt. Im Versorgungsgebiet 3 liegt der Altenquotient sowohl für das Jahr 2022 als auch für das Jahr 2030 deutlich darunter (40 % bzw. 48 %). In den weiteren Versorgungsgebieten wird bis zum Jahr 2030 mit einem Anstieg des Altenquotienten auf 60 % gerechnet.

⁵ Für kleinräumige Schätzungen verwendet das Landesamt ausschließlich die mittlere Variante. Auf Landes- und Kreisebene können auch eine untere und eine obere Variante verwendet werden, die sich allein durch Abweichungen beim Wanderungssaldo unterscheiden (Zuwanderung aus dem Ausland und/oder aus Berlin). Auf Basis dieser Varianten ergeben sich teilweise deutliche Abweichungen von der mittleren Variante, ihre Eintrittswahrscheinlichkeit ist aus Sicht des Landesamtes aber geringer (LBV 2021).

⁶ Für jedes Versorgungsgebiet wurde die Bevölkerungsvorausschätzung bis auf die Ebene von Gemeinden aufgeschlüsselt. Dabei zeigten sich Bevölkerungszunahmen in den an Berlin angrenzenden Gemeinden und Rückgänge in den berlinfernen Gemeinden.

Tabelle 1: Veränderung der Altersstruktur in den Versorgungsgebieten, 2022-2030 (Vorausschätzung)

Altersgruppen	VG 1		VG 2		VG 3		VG 4		VG 5		Brandenburg	
	Bevölke- rung 2022	Δ bis 2030	Bevölke- rung 2022	Δ bis 2030	Bevölke- rung 2022	Δ bis 2030	Bevölke- rung 2022	Δ bis 2030	Bevölke- rung 2022	Δ bis 2030	Bevölke- rung 2022	Δ bis 2030
bis unter 15 Jahre	52.673	-7,4%	41.808	-3,0%	119.868	-2,1%	78.081	-5,4%	59.550	-3,0%	351.980	-3,9%
15 bis unter 45 Jahre	116.903	-6,2%	90.776	-0,8%	272.500	1,3%	175.163	-3,9%	129.876	-2,0%	785.218	-1,8%
45 bis unter 65 Jahre	122.885	-12,7%	94.910	-11,2%	245.667	-4,5%	181.323	-13,0%	134.338	-7,2%	779.123	-9,1%
65 bis unter 80 Jahre	68.118	30,3%	55.547	26,9%	125.845	31,2%	109.191	23,6%	77.946	29,0%	436.647	28,2%
80 Jahre und älter	33.888	-8,9%	26.653	-6,2%	64.031	-6,9%	56.382	-12,0%	39.213	-9,9%	220.167	-9,0%
insgesamt	394.467	-2,3%	309.694	0,2%	827.911	3,0%	600.140	-2,6%	440.923	-0,1%	2.573.135	0,0%

Quelle: IGES/AGENON auf Basis von Daten des Landesamtes für Bauen und Verkehr, 2021 (Bevölkerungsvorausschätzung, mittlere Variante) sowie Daten des Statistischen Berichts Bevölkerung der kreisfreien Städte und Landkreise im Land Brandenburg, 2022, Amt für Statistik Berlin-Brandenburg, Juni 2023.

Bei den vorausgeschätzten Veränderungen der regionalen Bevölkerungszahl gilt zu berücksichtigen, dass diese auch innerhalb der Versorgungsgebiete (auf Landkreis- und mehr noch auf Gemeindeebene) teilweise sehr stark variieren. Dabei ist in den berlinnahen Regionen mit deutlich dynamischeren Bevölkerungsentwicklungen zu rechnen als in den berlinfernen Regionen. Alle Versorgungsgebiete verfügen über an Berlin angrenzende Regionen.⁷

⁷ In den Ergebnisberichten zu den einzelnen Versorgungsgebieten und den landkreisbezogenen Ergebnisdarstellungen werden die vorausgeschätzten Bevölkerungsentwicklungen kleinräumiger dargestellt, so dass die Unterschiede zwischen den berlinnahen und -fernen Regionen ersichtlich werden.

4. Vollstationäre Krankenhausversorgung

4.1 Versorgungsstrukturen

4.1.1 Versorgungskapazitäten

Für die stationäre Akutversorgung standen im Versorgungsgebiet 3 im Jahr 2023 Krankenhäuser an insgesamt 18 Standorten zur Verfügung. In den Versorgungsgebieten 1 und 2 gab es im gleichen Jahr jeweils 10 Krankenhausstandorte. Die Anzahl aufgestellter Betten reichte von knapp 1.500 Betten im Versorgungsgebiet 2 und knapp 3.500 im Versorgungsgebiet 3 in der Somatik und von etwa 1.700 bis über 4.000 zuzüglich der Betten in der stationären psychiatrischen bzw. psychosomatischen Versorgung (Tabelle 2). Damit liegen die Kapazitäten etwas unterhalb der in dem aktuellen Krankenhausplan aufgeführten Bettenzahlen.

Unter den Fachabteilungen hat in allen Versorgungsgebieten die Innere Medizin im den größten Planbetten-Anteil (zwischen 31 % und 32 %). Weitere Planbettenkapazität entfällt in großen Anteilen auf die Fachabteilungen Chirurgie und Orthopädie sowie auf die Psychiatrie und Psychotherapie/-somatik und die Geriatrie. In Versorgungsgebiet 2 macht die Abteilung für Neurologie 17 % der Planbetten-Anteile aus.

Die durchschnittliche Bettenauslastung bezogen auf die Planbetten lag im Jahr 2023 zwischen 60 % im Versorgungsgebiet 5 und 70 % im Versorgungsgebiet 1.

Tabelle 2: Stationäre Versorgungskapazitäten in den Versorgungsgebieten, 2023

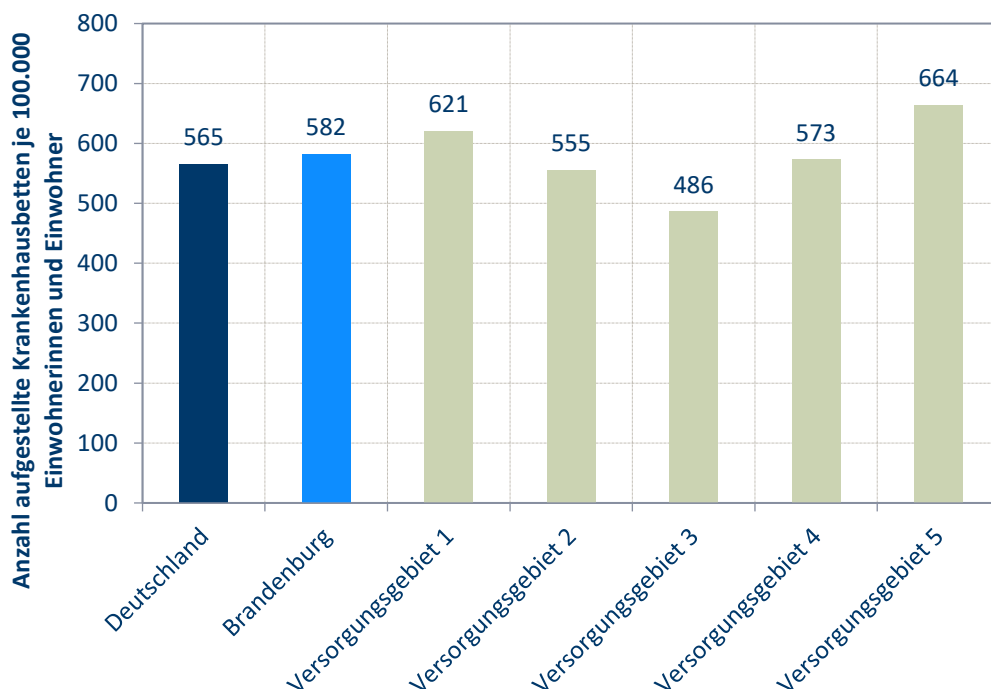
	Versorgungsgebiet 1	Versorgungsgebiet 2	Versorgungsgebiet 3	Versorgungsgebiet 4*	Versorgungsgebiet 5
Anzahl Krankenhausstandorte	10	10	18	15	11
Anzahl aufgestellte Betten (ohne/mit PSY/PSM)	2.089/ 2.448	1.460/ 1.719	3.429/ 4.024	2.794/ 3.489	2.631/ 2.926
Anzahl Planbetten (ohne/mit PSY/PSM)	2.226/ 2.629	1.613/ 1.894	3.815/ 4.444	3.009/ 3.722	2.687/ 3.002
Fachabteilungsstruktur (TOP Planbetten-Anteile)	31% Innere Medizin	32% Innere Medizin	31% Innere Medizin	31% Innere Medizin	31% Innere Medizin
	28% CHI/Ortho	17% Neurologie	17% CHI/Ortho	21% CHI/Ortho	19% CHI/Ortho
	15% PSY/PSM	15% PSY/PSM	14% Geriatrie	16% PSY/PSM	12% Geriatrie
	10% Geriatrie	13% CHI/Ortho	10% PSY/PSM	7% Geriatrie	11% Neurologie
	6% Neurologie	6% Geriatrie	9% Neurologie	5% Neurologie	8% PSY/PSM
Bettenauslastung (Planbetten inkl. PSY/PSM)	70%	68%	67%	61%	60%

Quelle: IGES/AGENON auf Basis von Daten des MGS

Anmerkung: * Angaben für Versorgungsgebiet 4 basieren auf Daten des MGS für das Jahr 2022

Die Bettendichte in Brandenburg lag im Jahr 2023, bezogen auf die Anzahl der aufgestellten Betten im Jahresmittel, insgesamt bei 582 Krankenhausbetten je 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner und damit über dem Durchschnitt für Deutschland (565) (Abbildung 4). Zwischen den einzelnen Versorgungsgebieten zeigten sich dabei große Unterschiede. So wiesen die Versorgungsgebiete 1 und 5 mit 621 bzw. 664 aufgestellten Betten je 100.000 Einwohnerinnen und Einwohnern eine deutlich überdurchschnittliche Bettendichte auf, während die Bettendichte im Versorgungsgebiet 3 mit 486 deutlich geringer war als im Landes- und Bundesdurchschnitt.

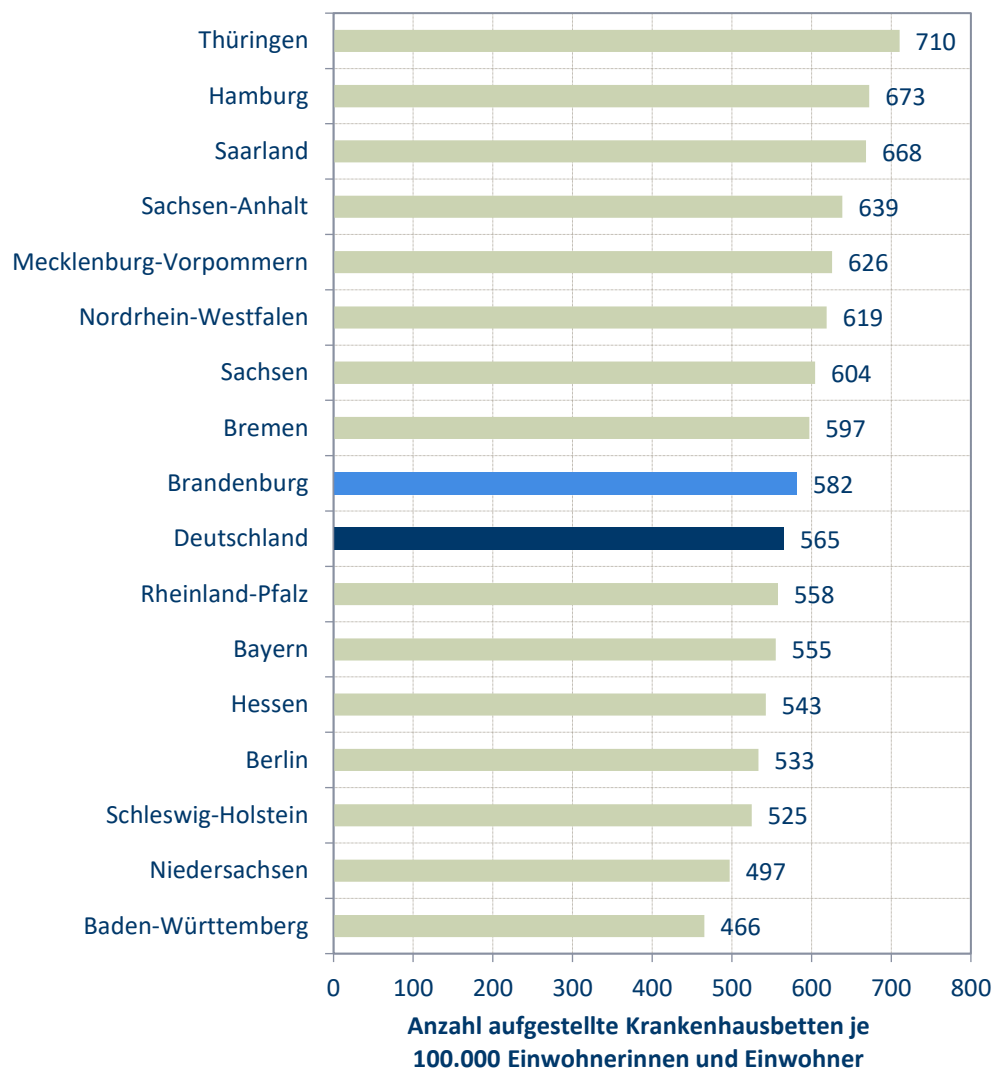
Abbildung 4: Bettendichte in den Versorgungsgebieten im regionalen Vergleich (2023)



Quelle: IGES/AGENON auf Basis von Daten des MGS und des Statistischen Bundesamtes

Im bundesweiten Vergleich der Bettenkapazitäten liegt Brandenburg im Mittelfeld aller Bundesländer (Abbildung 5). Mit 582 aufgestellter Krankenhausbetten je 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner ist die Bettendichte in Brandenburg leicht höher als im Durchschnitt Deutschlands (565). Der Vergleich der Bettendichte in Deutschland zeigt dabei starke Unterschiede zwischen den einzelnen Bundesländern. So kommen in Thüringen auf 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner 710 Krankenhausbetten, während in Krankenhäusern in Baden-Württemberg nur 466 aufgestellte Betten vorhanden sind.

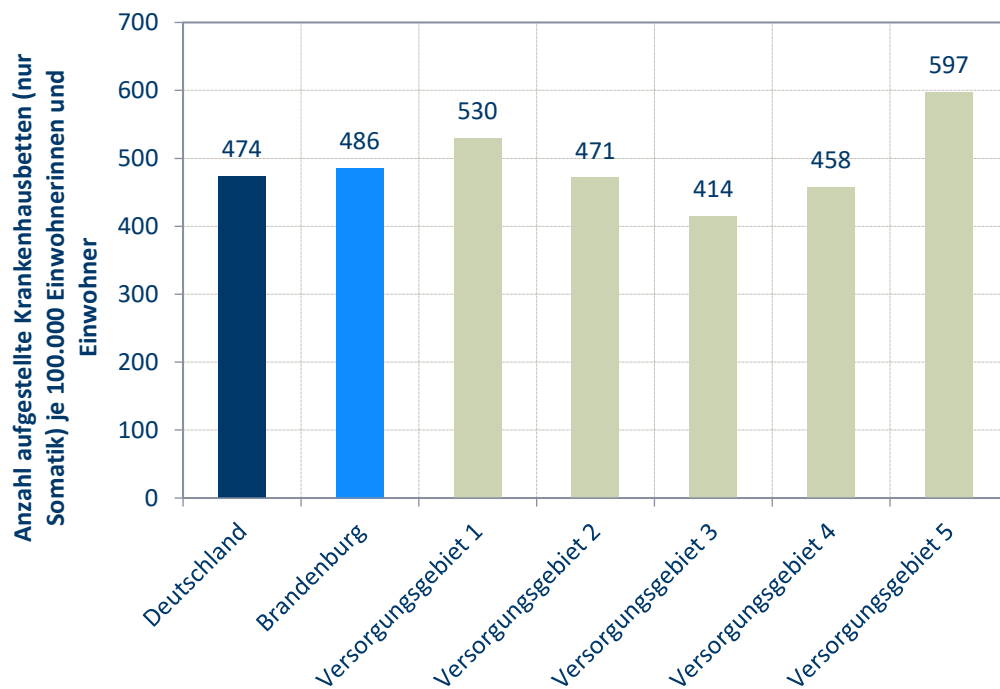
Abbildung 5: Bettendichte in Brandenburg im bundesweiten Vergleich (2023)



Quelle: IGES/AGENON auf Basis von Daten des MGS und des Statistischen Bundesamtes

Betrachtet man nur die Bettenkapazitäten in den somatischen Bereichen, zeigen sich ähnliche Unterschiede zwischen den einzelnen Versorgungsgebieten und im Vergleich zum landesweiten Durchschnitt (Abbildung 6). Für das Jahr 2023 lag die Bettenkapazität in der Somatik im Versorgungsgebiet 5 mit einer Bettendichte von 597 deutlich über dem Durchschnitt, während die Bettendichte insbesondere im Versorgungsgebiet 3 mit 414 den Durchschnitt Brandenburgs und Deutschlands deutlich unterschritt.

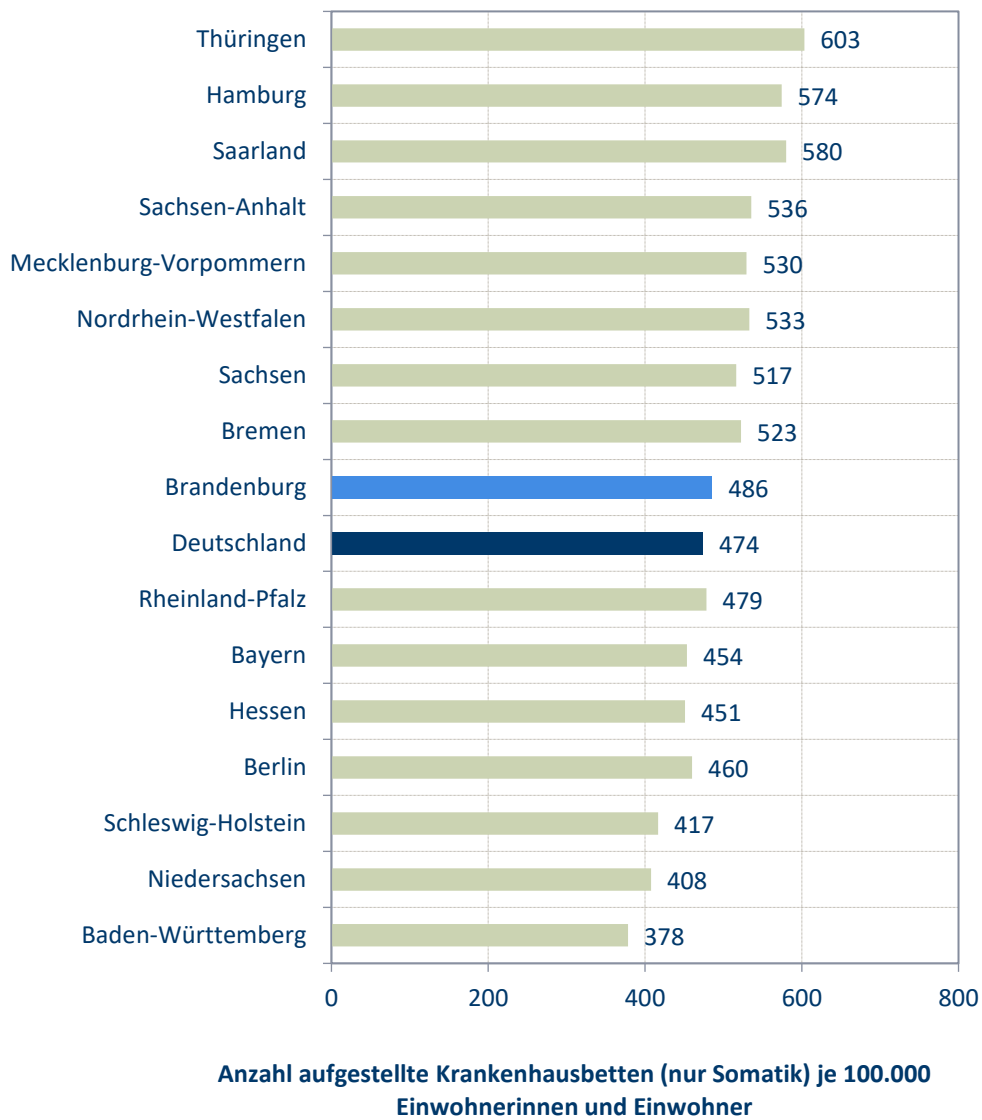
Abbildung 6: Bettendichte (nur Somatik) in den Versorgungsgebieten im regionalen Vergleich (2023)



Quelle: IGES/AGENON auf Basis von Daten des MGS und des Statistischen Bundesamtes

Auch der Vergleich der Bundesländer fällt bei der Betrachtung der ausschließlich somatischen Bettenkapazität ähnlich aus (Abbildung 7). Brandenburg liegt hier ebenfalls mit 486 aufgestellten Krankenhausbetten je 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner an neunter Stelle aller Bundesländer. Die Bettendichte liegt dabei leicht höher als im Durchschnitt Deutschlands (474). Zwischen den einzelnen Bundesländern reicht die Spannweite der Bettendichte von 378 in Baden-Württemberg bis zu 603 in Thüringen.

Abbildung 7: Bettendichte (nur Somatik) in Brandenburg im bundesweiten Vergleich (2023)



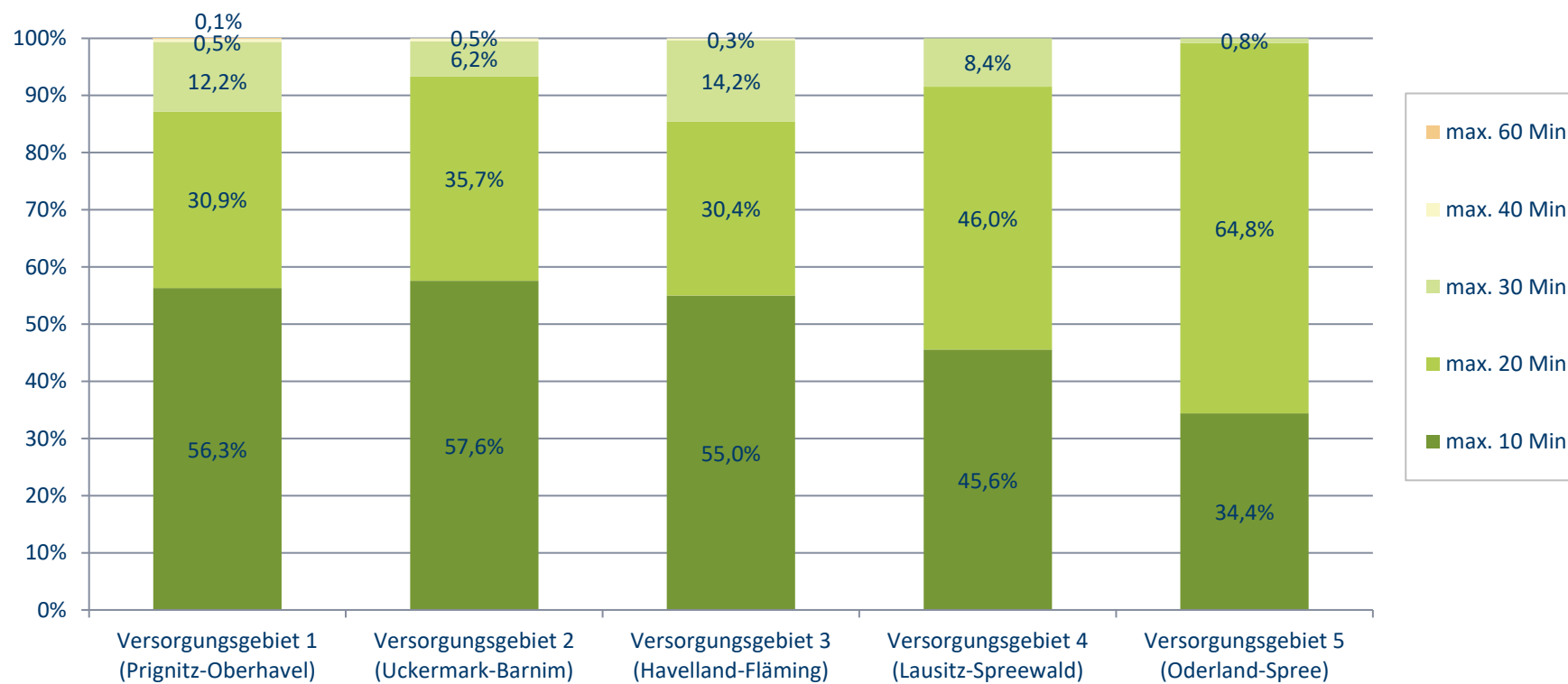
Quelle: IGES/AGENON auf Basis von Daten des MGS und des Statistischen Bundesamtes

4.1.2 Erreichbarkeit von Krankenhäusern mit Notfallversorgung

Die überwiegende Mehrheit der Bevölkerung in Brandenburg konnte im Jahr 2023 mit einem PKW innerhalb von maximal 30 Minuten ein Krankenhaus mit Notfallversorgung erreichen (Abbildung 8).⁸ Lediglich im Versorgungsgebiet 3 mussten 0,3 %, in Versorgungsgebiet 2 ca. 0,5 % und in Versorgungsgebiet 1 ca. 0,6 % mehr als 30 Minuten und maximal 60 Minuten zum nächsten Haus mit Notfallversorgung fahren. In den Versorgungsgebieten 4 und 5 erreichte die gesamte Bevölkerung ein Krankenhaus mit Notfallversorgung innerhalb von 30 Minuten. In den Versorgungsgebieten 1, 2 und 3 erreichte mehr als die Hälfte der Einwohnerinnen und Einwohner ein Krankenhaus mit Notfallversorgung in maximal 10 Minuten.

⁸ Die Erreichbarkeitsanalysen wurde mithilfe der HERE Isoline Routing API V8 durchgeführt. Berechnet wurden zunächst acht PKW-Fahrzeit-Isochronen (10, 15, 20, 25, 30, 40, 45 und 60 Minuten) um die Krankenhausstandorte und in den benachbarten Bundesländern. Anschließend wurde ermittelt, welche Gemeinden (genauer: Gemeindemittelpunkte) im Versorgungsgebiet in welchen Isochronen liegen. Für die Darstellung der Erreichbarkeit des nächstgelegenen Krankenhauses von einer Gemeinde aus wurde jeweils die Isochrone mit der kürzesten Fahrzeit verwendet, in der ein Gemeindemittelpunkt liegt. Die Geokoordinaten der Gemeinden wurden dem Gemeindeverzeichnis des Statistischen Bundesamtes, die Geokoordinaten der Krankenhäuser den strukturierten Qualitätsberichten der Krankenhäuser entnommen. Für die Identifizierung der Krankenhäuser mit einem Leistungsangebot der Notfallversorgung bzw. der Geburtshilfe wurde für die Krankenhäuser in Berlin, Brandenburg und Mecklenburg-Vorpommern eine entsprechende Information der AOK Nordost, für Krankenhäuser in Sachsen-Anhalt Informationen aus dem Landeskrankenhausplan verwendet. Für erreichbarkeitsrelevante Krankenhäuser in anderen Bundesländern wurde des Leistungsangebot mithilfe der strukturierten Qualitätsberichte und der Internet-Seiten der Standorte ermittelt.

Abbildung 8: Erreichbarkeit von Krankenhäusern mit Notfallversorgung für die Einwohnerinnen und Einwohner der Versorgungsgebiete, 2023



Quelle: IGES/AGENON, eigene Berechnungen auf Basis von Daten des MGS, des Statistischen Bundesamtes und der strukturierten Qualitätsberichte der Krankenhäuser

4.2 Patientenströme: Wohnort vs. Behandlungsort

Für das gegenwärtige regionale Versorgungsgeschehen relevant ist nicht nur der Versorgungsbedarf der regionalen Bevölkerung mit Wohnort in dem jeweiligen Versorgungsgebiet, sondern alle in der Region behandelten Patientinnen und Patienten unabhängig von ihrem Wohnort. Gleichzeitig sind diejenigen Patientinnen und Patienten zu berücksichtigen, die sich in einem Krankenhaus außerhalb des Versorgungsgebiets behandeln lassen. Die folgenden Darstellungen von Patientenströmen zeigen die jeweiligen Anteile der in ein Versorgungsgebiet von außerhalb „zuströmenden“ sowie der aus einem Versorgungsgebiet „wegströmenden“ Patientinnen und Patienten.

Hierbei zeigen sich für die stationäre Versorgung deutliche Unterschiede zwischen den einzelnen Versorgungsgebieten sowohl im Hinblick auf „zuströmende“ als auch „wegströmende“ Patientinnen und Patienten. So wurden im Jahr 2022 fast 71 % der stationären Fälle von Patienten mit Wohnort im Versorgungsgebiet 4 auch in Krankenhäusern dieser Region behandelt, im Versorgungsgebiet 5 waren es nur rd. 59 % (Tabelle 3). Gleichzeitig gab es im Versorgungsgebiet 4 den geringsten Anteil an „zuströmenden“ Patientinnen und Patienten: Hier entfielen knapp 88 % der in den Krankenhäusern der Region behandelten Fälle auf Patientinnen und Patienten mit Wohnort in demselben Versorgungsgebiet. Im Versorgungsgebiet 1 lag der entsprechende Anteilswert bei nur rd. 74 %.

Da sich die Datengrundlage für die Darstellung der Patientenströme (Daten des Statistischen Bundesamtes), für die demografische Fortschreibung des Versorgungsbedarfs der Wohnbevölkerung in den Versorgungsgebieten (Daten des Statistischen Landesamtes) sowie für die Darstellung des Ambulantisierungspotenzials in den Versorgungsgebieten (Daten des MGS) unterscheidet, zeigen sich Abweichungen in der Gesamtzahl der Krankenhaustage und -fälle in den einzelnen Abschnitten des Kapitels 4. So enthalten die Daten des MGS nur Fälle mit Wohn- und Behandlungsort in Brandenburg, bilden also nur eine Teilgruppe ab. Ein direkter Vergleich der Krankenhaustage und -fälle, wie sie in den einzelnen Abschnitten dargestellt werden ist nicht möglich.

Tabelle 3: Krankenhausfälle in den Versorgungsgebieten nach Wohn- und Behandlungsort, 2022

Region	VG 1	VG 2	VG 3	VG 4	VG 5
Anzahl stationärer Fälle (Wohnortbezug)	87.732	68.473	155.061	129.032	94.716
Anteil Fälle mit Behandlungsort im gleichen Versorgungsgebiet	67,8%	60,8%	67,3%	70,7%	59,4%
Anzahl stationärer Fälle (Behandlungsortbezug)	73.219	54.386	121.558	101.826	82.996
Anteil Fälle mit Wohnort im gleichen Versorgungsgebiet	74,3%	76,6%	85,9%	87,9%	81,3%

Quelle: IGES/AGENON auf Basis von Daten des Statistischen Bundesamtes (Sonderauswertung) für Wohnortperspektive und des MGS für Behandlungsortperspektive; die unterschiedlichen Datenquellen gehen mit Abweichungen der Fallzahlen für die Konstellationen mit dem jeweiligen Versorgungsgebiet als Wohn- und Behandlungsort einher.

Anmerkung: Krankenhausfälle ohne psychiatrische Versorgung gemäß § 17d KHG

4.3 Demografische Fortschreibung des Versorgungsbedarfs der Wohnbevölkerung

Eine allein auf der regionalen Bevölkerungsvorausschätzung basierende Fortschreibung der aktuellen Inanspruchnahme akutstationärer Versorgung ergibt für die Versorgungsgebiete insgesamt leicht steigende Fallzahlen im Jahr 2030 bzw. eine Zunahme der Krankenhaustage (Tabelle 4). Für das Versorgungsgebiet 3 (Havelland-Fläming) resultiert aus der Fortschreibung die größte Zunahme der Zahl der Krankenhausfälle (+5,2 %) und -tage (+6,4 %), für das Versorgungsgebiet 4 (Lausitz-Spreewald) hingegen die geringsten Veränderungen (-0,1 % bzw. +0,4 %).

Tabelle 4: Stationärer Versorgungsbedarf der Wohnbevölkerung der Versorgungsgebiete (Krankenhausfälle und Krankenhaustage), 2022 und 2030 (Fortschreibung auf Basis Bevölkerungsvorausschätzung)

Versorgungsgebiet	2022		2030 (Schätzung)		Veränderung	
	Fälle	Tage	Fälle	Tage	Fälle	Tage
Versorgungsgebiet 1 (Prignitz-Oberhavel)	92.895	705.985	94.078	723.998	+1,3%	+2,6%
Versorgungsgebiet 2 (Uckermark-Barnim)	73.683	525.741	75.530	544.960	+2,5%	+3,7%
Versorgungsgebiet 3 (Havelland-Fläming)	165.509	1.290.061	174.124	1.371.998	+5,2%	+6,4%
Versorgungsgebiet 4 (Lausitz-Spreewald)	136.677	1.011.785	136.577	1.016.217	-0,1%	+0,4%
Versorgungsgebiet 5 (Oderland-Spree)	100.471	739.088	103.034	765.442	+2,6%	+3,6%
Brandenburg	569.235	4.272.660	583.503	4.422.615	+2,5%	+3,5%

Quelle: IGES/AGENON auf Basis von Daten des Statistischen Landesamtes (Sonderauswertung) und des LBV (Bevölkerungsvorausschätzung)

Anmerkung: Im Unterschied zu Tabelle 3 umfassen die Angaben auch Krankenhausfälle mit psychiatrischer Versorgung.

Während der Einfluss der vorausgeschätzten demografischen Entwicklung auf den Gesamtbedarf relativ moderat ausfällt, zeigen sich deutliche stärkere Altersstrukturverschiebungen des stationären Versorgungsbedarfs der Wohnbevölkerung. Bezogen auf die Fallzahlen liegt der – allein auf Basis der Bevölkerungsvorausschätzung projizierte – Bedarf im Jahr 2030 in der Altersgruppe 65 bis unter 80 Jahre deutlich höher, in der angrenzenden Altersgruppen (45 bis unter 65) dagegen für alle Versorgungsgebiete deutlich unter dem Niveau des Jahres 2022 (Tabelle 5). Die Zuwächse in der Altersgruppe 65 bis unter 80 Jahre liegen für die Versorgungsgebiete zwischen +27,4 % (VG 4) und +33,1 % (VG 1). Die Fortschreibung in der Altersgruppe 45 bis unter 65 Jahre ergibt für Versorgungsgebiet 3 (Havelland-Fläming) einen Rückgang um rund 8 %, in den anderen Versorgungsgebieten ist der Rückgang in dieser Altersgruppe doppelt so hoch. Für die jüngeren Altersgruppen (bis unter 45 Jahre) sowie die Gruppe der über 80-jährigen ist der mindernde Effekt auf die Fallzahlen insgesamt weniger stark.

Tabelle 5: Stationärer Versorgungsbedarf der Wohnbevölkerung der Versorgungsgebiete nach Altersgruppen, 2022 und Veränderung bis 2030 (Fortschreibung auf Basis Bevölkerungsvorausschätzung)

Alters- gruppen	VG 1		VG 2		VG 3		VG 4		VG5		Brandenburg	
	Fälle 2022	Δ bis 2030	Fälle 2022	Δ bis 2030	Fälle 2022	Δ bis 2030	Fälle 2022	Fälle 2022	Fälle 2022	Δ bis 2030	Fälle 2022	Δ bis 2030
bis unter 15 Jahre	6.934	-8,7%	6.123	-5,4%	14.658	-2,9%	11.794	-6,8%	7.666	-5,4%	47.175	-5,4%
15 bis un- ter 45 Jahre	15.011	-7,7%	11.782	-2,0%	30.218	-0,4%	21.344	-4,6%	15.415	-2,9%	93.770	-3,2%
45 bis un- ter 65 Jahre	24.822	-16,3%	18.933	-15,5%	41.460	-7,9%	33.343	-16,3%	24.986	-15,2%	143.544	-13,6%
65 bis un- ter 80 Jahre	25.256	+33,1%	20.517	+29,6%	42.637	+32,8%	38.148	+27,4%	27.937	+32,5%	154.495	31,0%
80 Jahre und älter	20.872	-6,6%	16.328	-4,4%	36.536	-4,2%	32.048	-10,4%	24.467	-7,5%	130.251	-6,8%
Gesamt	92.895	+1,3%	73.683	+2,5%	165.509	+5,2%	136.677	-0,1%	100.471	+2,6%	569.235	2,5%

Quelle: IGES/AGENON auf Basis von Daten des Statistischen Landesamtes (Sonderauswertung) und des LBV (Bevölkerungsvorausschätzung)

Anmerkung: Im Unterschied zu Tabelle 3 umfassen die Angaben auch Krankenhausfälle mit psychiatrischer Versorgung.

4.4 Ambulantisierungspotenziale

Als eine weitere Einflussgröße des zukünftigen Versorgungsbedarfs wurde neben der demografischen Entwicklung das Ambulantisierungspotenzial für die Versorgungsgebiete ermittelt. Geschätzt wurde der Anteil an gegenwärtig stationär versorgten Fällen bzw. an stationären Behandlungstagen, die mit Perspektive auf das Jahr 2030 in ambulante Versorgungsformen überführt werden könnten und somit längerfristig keinen stationären Versorgungsbedarf mehr begründen. Dies schließt explizit nicht aus, dass diese ambulantisierbaren Fälle teilweise Aufenthalte über Nacht mit Überwachung erfordern, aber eben nicht innerhalb einer „klassischen“ vollstationären Struktur mit einer 24/7-Vorhaltung (fach-)ärztlicher Kapazitäten. Grundlage für die Schätzung bildet das AOP-Gutachten des IGES Institut, das im Jahr 2022 im Auftrag der GKV-Selbstverwaltung gemäß § 115b Abs. 1a SGB V vorgelegt wurde. Das darin aufgezeigte Ambulantisierungspotenzial wird leistungsspezifisch beschrieben und umfasst neben Operationen und Eingriffen auch das Potenzial stationärer ersetzender nicht-operativer, konservativer Behandlungen unter Berücksichtigung leistungskontext- und patientenbezogener Faktoren, die eine stationäre Durchführung weiterhin begründen können.

Auf Basis detaillierter Daten der Krankenhausversorgung wurde das Ambulantisierungspotenzial gemäß den Empfehlungen des AOP-Gutachtens unter weitgehender Berücksichtigung der dort ebenfalls vorgeschlagenen Kontextfaktoren für die Versorgungsgebiete ermittelt. Die Methodik zur Ermittlung der Ambulantisierungspotenziale basiert auf den mit dem AOP-Gutachten für eine Erweiterung des AOP-Katalogs vorgeschlagenen OPS- und DRG-Leistungen (ausführlich vgl. Albrecht et al. 2022 i. V. m. [Gutachten nach § 115b Abs. 1a SGB V, Annex OPS-Empfehlungen](#)). In einem ersten Schritt wurden sämtliche Fälle ermittelt, für die in den zugrunde liegenden Daten mindestens eine der Leistungen des aktuellen AOP-Katalogs oder der darüber hinaus hierfür gemäß Gutachten empfohlenen Leistungen als fallprägend (gruppierungsrelevant) dokumentiert wurde. Für diese Fallauswahl wurde in einem zweiten Schritt die Kontextprüfung durchgeführt. Hierbei wurde geprüft, für welche Fälle mindestens einer der mit dem AOP-Gutachten vorgeschlagenen Kontextfaktoren vorliegt, insoweit sich die Kontextfaktoren mit den zugrunde liegenden Daten abbilden lassen. Dies gilt primär für die über Diagnose- und Leistungskontextinformation (ICD, OPS, DRG, Beatmungstunden) abbildbaren und damit für den Großteil der Kontextfaktoren.⁹ Das Ambulantisierungspotenzial umfasst alle Behandlungsfälle, für die keiner der geprüften Kontextfaktoren in den Daten bestätigt wurde. Zusätzlich wurde das Ambulantisierungspotenzial auf Fälle der Altersgruppe nach Vollendung des 16. Lebensjahres und vor Vollendung des 84. Lebensjahres beschränkt. Im Krankenhaus verstorbene Patientinnen und Patienten wurden bei den Fallzahlen nicht berücksichtigt.

⁹ Zu den Kontextfaktoren, die aufgrund fehlender Operationalisierung nicht geprüft wurden, zählen komplexe Kombinationen von AOP-Leistungen, Frailty und soziale Begleitumstände. Ausführlich vgl. [Gutachten nach § 115b Abs. 1a SGB V, Annex Kontextprüfung](#) (Abruf: 09.01.2025)

Die Ermittlung des Ambulantisierungspotenzials (inkl. Kontextprüfung) setzt fallbezogene § 21-Daten als Grundlage voraus. Die hierfür verwendeten Daten des MGS schränken – im Unterschied zu den Daten der Krankenhausstatistik der Statistischen Ämter – die Erfassung der Krankenhausversorgung auf solche Fälle ein, deren Wohn- und Behandlungsort innerhalb Brandenburgs liegen. Im konkreten Kontext heißt das: Während die Gesamtfallzahl für das jeweilige Versorgungsgebiet, die der demografischen Fortschreibung zugrunde gelegt wurde (Kapitel 4.3), alle stationären Behandlungen der Wohnortbevölkerung des Versorgungsgebiets unabhängig vom Behandlungsort (inkl. derjenigen außerhalb Brandenburgs) umfasst, basiert die Ermittlung der Ambulantisierungspotenziale auf einer geringeren Gesamtfallzahl, da die Datengrundlage keine Fälle mit Wohnort in dem jeweiligen Versorgungsgebiet, aber Behandlungsort außerhalb Brandenburgs enthält.

Demnach ergibt sich perspektivisch ein Ambulantisierungspotenzial in den Versorgungsgebieten als Anteil der stationären Fallzahlen zwischen 25 % im Versorgungsgebiet 3 und 29 % in den Versorgungsgebieten 1, 2 und 5. Da es sich bei den ambulantisierbaren Fällen typischerweise um leichtere Fälle (geringere Schweregrade) mit entsprechend kürzeren Verweildauern handelt, sind diese Potenziale gemessen als Anteile an den Krankenhaustagen prozentual deutlich geringer (zwischen 12 % und 15 %).

Tabelle 6: Ambulantisierungspotenziale in der stationären Versorgung der Wohnbevölkerung in den Versorgungsgebieten nach Regionen, 2022

Region	Im Jahr 2022		davon potenziell ambulant		Anteil ambulant an Krankenhaustagen	
	Fälle	Tage	Fälle	Tage	Fälle	Tage
Versorgungsgebiet 1	63.017	408.277	18.346	62.921	29%	15%
Versorgungsgebiet 2	44.285	251.872	13.036	35.712	29%	14%
Versorgungsgebiet 3	113.225	749.544	27.961	91.718	25%	12%
Versorgungsgebiet 4	99.345	610.798	26.347	86.257	27%	14%
Versorgungsgebiet 5	75.096	481.020	21.461	68.192	29%	14%
Brandenburg	353.967	2.260.452	95.610	312.102	27%	14%

Quelle: IGES/AGENON, eigene Berechnungen auf Basis AOP-Gutachten und von Daten des MGS

Anmerkung: Krankenhausfälle ohne psychiatrische Versorgung gemäß § 17d KHG sowie ohne teil- und vorstationäre Fälle und Überlieger und ausschließlich mit Behandlungsort in Brandenburg

Ambulante Potenziale nach Zugang gemäß ASK- und Zugang gemäß PSK-Konzept

Für die Bestimmung bislang stationär in Krankenhäusern behandelter, potenziell stattdessen aber ambulant behandelbarer Patienten liegen Ergebnisse über zwei weitere, methodisch unterscheidbare Zugänge vor:

- ♦ Zielsetzung des von Sundmacher et al.¹⁰ entwickelten methodischen Zugangs sog. ambulant-sensitiver Krankenhausfälle (ASK) ist es, Krankenhausfälle zu identifizieren, die durch eine optimierte ambulante Versorgung potenziell vermeidbar gewesen wären. Das ASK-Konzept zielt im Unterschied zum AOP-Konzept somit vielfach auf stationäre Fallgruppen ab, für die oftmals eine hohe Fallschwere respektive eine hohe Behandlungskomplexität als Folge einer suboptimalen ambulanten Versorgung charakteristisch ist.
- ♦ Davon ausgehend, dass potenziell vermeidbare Krankenhausfälle von Pflegeheimbewohnern über das ASK-Konzept insbesondere aufgrund von Unterschieden im Erkrankungsspektrum und im Versorgungssetting wie auch im Versorgungsbedarf nur unzureichend abgebildet werden können, wurde von Valk-Draad et al.¹¹ der methodische Zugang sog. Pflegeheim-sensitiver Krankenhausfälle (PSK) entwickelt. Kern des *PSK-Konzeptes* ist es in Analogie zum ASK-Konzept, Krankenhausfälle von Pflegeheimbewohnern zu identifizieren, die bei optimierter Versorgung im Pflegeheim potenziell vermeidbar gewesen wären.

Auch die Ansätze gem. ASK- und PSK-Konzept können so operationalisiert werden, dass potenziell vermeidbare Fälle für Einwohnerinnen und Einwohner der betrachteten Region jeweils anhand der vom MGS in anonymisierter Form bereitgestellten Daten nach § 21 KHEntgG (§ 21er-Daten) quantifiziert werden können.

Dabei ist auch hier zu beachten:

- ♦ Die vom MGS bereitgestellten § 21er-Daten beinhalten nur in Brandenburger Krankenhäusern behandelte Fälle. Da keine § 21er-Daten für in anderen Bundesländern behandelte Fälle vorliegen, können Fälle der Einwohnerinnen und Einwohner der Projektregion mit ambulantem Potenzial nicht detektiert werden, die in Krankenhäusern außerhalb der Landesgrenzen von Brandenburg stationär behandelt worden sind.
- ♦ Auch für die Zugänge gem. ASK- und PSK-Konzept wurden DRG-Fälle, aber nicht über das PEPP-Entgeltsystems abgerechnete Fälle analysiert. Dies

¹⁰ Sundmacher L, Schüttig W, Faisst C (2015), Krankenhausaufenthalte infolge ambulant-sensitiver Diagnosen in Deutschland. Fachbereich Health Service Management, Ludwig-Maximilians-Universität München, München

¹¹ Valk-Draad MP, Bohnet-Joschko S (2023), Pflegeheim-sensitive Krankenhausfälle und Ansätze zur Verringerung der Hospitalisierung von Pflegeheimbewohnerinnen und -bewohnern. In: Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz 66 (2), S. 199–211. DOI: 10.1007/s00103-022-03654-4

hat methodische Gründe, die im Vorgehen von Albrecht et al. begründet sind.

Tabelle 7 zeigt potenziell ambulantisierbare stationäre Behandlungsfälle der Einwohnerinnen und Einwohner in den Versorgungsgebieten, basierend auf den unterschiedlichen zuvor genannten methodischen Ansätzen des AOP-Gutachtens, des ASK-Konzepts nach Sundmacher et al. und des PSK-Konzepts nach Valk-Draad et al. Dabei werden die vollstationären Fälle sowie die entsprechenden potenziell ambulantisierbaren Fälle und die daraus berechneten Anteilswerte dargestellt.

Auch wenn sich der methodische Zugang zu potenziell ambulantisierbaren stationären Behandlungsfällen gem. AOP-Gutachten einerseits und gem. ASK-Konzept andererseits unterscheidet, ist damit nicht ausgeschlossen, dass zumindest teilweise die gleichen Fälle als potenziell ambulantisierbar detektiert werden. Ambulante Potenziale nach AOP-Gutachten und ambulante Potenziale nach ASK-Konzept dürfen deshalb auch nicht einfach aufaddiert werden. Die Überschneidungen zwischen dem Zugang gem. AOP-Gutachten und dem Zugang gem. ASK-Konzept auf Fallebene sind ebenfalls in der Tabelle berücksichtigt. Beim PSK-Konzept werden die Zahlen ohne prozentuale Anteile angegeben, da sich die Grundgesamtheit dieses Ansatzes ausschließlich auf Pflegeheimbewohnerinnen und -bewohner bezieht.

Das ambulante Potenzial laut AOP-Gutachten des IGES Institut ist mit rund 29 % in den Versorgungsgebieten Uckermark-Barnim, Oderland-Spree und Prignitz-Oberhavel am höchsten. Nach dem ASK-Konzept ist der Anteil der potenziell ambulantisierbaren Fälle im Versorgungsgebiet Prignitz-Oberhavel am höchsten (19,1 %). Im Versorgungsgebiet Havelland-Fläming liegt das ambulante Potenzial nach beiden Konzepten am niedrigsten (24,3 % bzw. 14,0 %). Die meisten potenziell ambulantisierbaren Fälle im PSK-Konzept finden sich im Versorgungsgebiet Lausitz-Spreewald (783 Fälle).

Die meisten vollstationären Behandlungsfälle entfallen in allen Versorgungsgebieten auf das Diagnosekapitel 9 „Krankheiten des Kreislaufsystems“. Dieses Kapitel weist sowohl die höchste Anzahl an vollstationären Fällen als auch die meisten potenziell ambulantisierbaren Fälle auf, sowohl nach dem Zugang gem. AOP-Gutachten als auch nach dem Zugang gem. ASK-Konzept.

Tabelle 7: Potenziell ambulantisierbare stationärer Behandlungsfälle der Einwohnerinnen und Einwohner in den Versorgungsgebieten nach den Ansätzen AOP-Gutachten, ASK-Konzept und PSK-Konzept, 2022

Kapitelname	Fälle	AOP-Gutachten		ASK-Konzept		Überschnei- dung Fälle AOP und ASK	Fälle PSK- Konzept
		Fälle pot. ambulant	Anteil	Fälle pot. ambulant	Anteil		
Versorgungsgebiet 1 (Prignitz-Oberhavel)	63.017	18.346	28,5%	12.020	19,1%	3.976	538
Versorgungsgebiet 2 (Uckermark-Barnim)	44.285	13.036	28,8%	7.792	17,9%	2.662	54
Versorgungsgebiet 3 (Havelland-Fläming)	113.225	27.961	24,3%	15.692	14,0%	4.359	543
Versorgungsgebiet 4 (Lausitz-Spreewald)	99.345	26.347	26,5%	17.722	17,8%	5.431	783
Versorgungsgebiet 5 (Oderland-Spree)	75.096	21.461	28,6%	13.367	18,0%	4.329	350

Quelle: IGES/AGENON, eigene Berechnungen auf Basis AOP-Gutachten, ASK-Konzept, PSK-Konzept und von Daten des MGS

Anmerkung: Krankenhausfälle ohne psychiatrische Versorgung gemäß § 17d KHG und ausschließlich mit Behandlungsort in Brandenburg

4.5 Ergebnisse aus Experteninterviews und regionalen Arbeitsgruppen zur stationären Krankenhausversorgung

Themenkomplex Marktposition der Krankenhäuser nach KHVVG

Insgesamt haben die aus den zeitlich parallel laufenden Diskussionen zum Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVVG) und die Unsicherheiten über die Effekte des KHVVG auf die einzelnen Einrichtungen und die Versorgung in der Region die Dialoge direkt und mittelbar stark geprägt.

Im Zusammenhang mit dem KHVVG wurde wiederkehrend problematisiert:

- ◆ Aufgrund der Strukturvorgaben insbesondere an die vorzuhaltende notfallmedizinische Expertise wurde befürchtet, dass die Notfallversorgung an vielen Standorten nicht mehr aufrechterhalten werden kann und entsprechend die notfallmedizinische Versorgung der Bevölkerung in der Fläche substanziell gefährdet ist. Das MSGIV hat hierauf reagiert und durch Interventionen in der letzten Phase des Gesetzgebungsprozesses über Ausnahmeregelungen für bestehende Sicherstellungsstandorte im KHVVG zu einer Entschärfung der Situation beigetragen.
- ◆ Vertreterinnen und Vertreter der Fachkliniken kritisierten, dass die Leistungsgruppen zu stark verallgemeinernd konzipiert seien und die speziellen Strukturen von Fachkliniken keine Spiegelung fänden. Befürchtet werden existentielle Schwierigkeiten, da den Anforderungen der vorgesehenen Leistungsgruppen mit der aktuellen Struktur verschiedentlich nicht entsprochen werden könne. Auch hier konnte in der letzten Phase des Gesetzgebungsprozesses eine Entschärfung der Situation erreicht werden, indem die grundsätzliche Möglichkeit im KHVVG verankert wurde, dass verwandte Leistungsgruppen auch in Kooperation erbracht werden können und dies speziell auch für Fachkrankenhäuser („Level F“) gilt.
- ◆ Vertreterinnen und Vertreter kleiner Kliniken befürchteten verschiedentlich, dass sich ihre Marktposition gegenüber großen Häusern durch das KHVVG verschlechtert. Anders als große Häuser seien sie nach KHVVG zur Aufrechterhaltung bestehender Angebote verschiedentlich auf Kooperationen mit ebendiesen größeren Häusern angewiesen.
- ◆ Weiterhin wurde wiederkehrend problematisiert, dass eine Kapazitätsplanung, bei der die Krankenhausfälle (jeweils ausschließlich) einer Leistungsgruppe und damit spezifischen Prozeduren zugeordnet werden, nicht zu der Architektur der Fachabteilungen passen würde, die bei der Behandlung von Patienten zusammenwirken müssten.
- ◆ Eine für die stationäre internistische und chirurgische Basisversorgung in peripheren Regionen durch kleine Krankenhäuser nachteilige Wirkung des KHVVG wurde als Effekt aus den Strukturvorgaben befürchtet: Um die Qualitätsvoraussetzungen für die Leistungsgruppenzuordnung zu

erfüllen, müssten u. a. ärztliche Kapazitäten vorgehalten werden, die allein aus dem stationären Fallaufkommen nicht ausgelastet werden können. Die geforderte Personalvorhaltung könne nur ausgelastet werden, wenn dauerhaft auch eine ambulante Tätigkeit möglich sei. Das aber setze wiederum eine belastbar verlässliche Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung voraus. Die Teilnahme im Rahmen einer Ermächtigung bilde aus betriebswirtschaftlicher Perspektive keine ausreichende Basis, es sei denn, es handele sich entgegen der üblichen Praxis um eine in zeitlicher Hinsicht nicht begrenzte und bezogen auf das Leistungsspektrum um eine einer regulären Zulassung vergleichbare Ermächtigung des Krankenhauses respektive um eine Institutsermächtigung. Eine Teilnahme über eine reguläre Zulassung setze voraus, dass regional keine Zulassungsbeschränkungen bestehen. Bestünden Zulassungsbeschränkungen, könne die Auslastung der gemäß KHVVG-Strukturanforderung vorzuhaltenden Kapazitäten nicht über die Teilnahme an der ambulanten Versorgung verbessert werden. Im Ergebnis sei zu befürchten, dass bedarfsnotwendige „Basis-“ Leistungsgruppen vor Ort nicht mehr angeboten werden können und in der weiteren Folge auch die betriebswirtschaftliche Basis für den stationären Betrieb in Frage stehe. Diese Situation wird konkret im Bereich der Inneren Medizin befürchtet. Hier müsse beachtet werden, dass die Bedarfsplanung auf Raumordnungsregionsebene erfolge und aktuell in keiner Region in Brandenburg Zulassungen möglich seien. Selbst wenn in der Inneren Medizin kein ambulantes Angebot vor Ort bestehe und weite Anfahrtswege von den Patienten in Kauf genommen werden müssten, sei eine Zulassung zur ambulanten Versorgung nicht möglich, obwohl die Kapazitäten im Krankenhaus verfügbar sind. Kapazitäten für die stationäre und für die ambulante Versorgung müssten deshalb regional und zusammen gedacht werden.

Für die Klärung von Fragen zur Umsetzung des KHVVG und zur standortbezogenen Planung wurden seitens des MSGIV für das Jahr 2025 Einzelgespräche und Gebietskonferenzen angekündigt.

Die Entwicklung von Instrumenten und Verfahren für eine sektorenübergreifende regionalbezogene Angebotsplanung ist am Beispiel der Landkreise Prignitz und Ostprignitz-Ruppin aktuell auch Gegenstand eines vom MSGIV begleiteten und aus dem Innovationsfonds gemäß § 92a Absatz 2 SGB V geförderten Vorhabens.¹² Bestandteil des Vorhabens im Jahr 2025 sind regionale Planungskonferenzen, an denen die relevanten Akteurinnen und Akteure für die Versorgung vor Ort beteiligt sein werden. Einen Vorläufer für dieses Projekt bildet das zum 31. Dezember 2020 beendete Innovationsfondsprojekt „StimMT – Strukturmigration im Mittelbereich Templin“, in dessen Folge für die weitere Entwicklung der Versorgung vor Ort das sog. Regionales Strategie- und Steuerungsteam (RSS-Team) gebildet wurde, das sich aus Vertreterinnen und Vertretern des Sana Krankenhauses Templin,

¹² <https://innovationsfonds.g-ba.de/projekte/versorgungsforschung/prorevers.620>

Vertreterinnen und Vertretern des im Zuge des Innovationsfondsprojektes gegründeten Arztnetzes Gesund in Templin (GiT), der Stadt Templin, der KV Brandenburg sowie der AOK Nordost zusammensetzt.¹³

Themenkomplex Ambulantisierung

Die bis auf die Ebene von Landkreisen ermittelten ambulanten Potenziale wurden im Rahmen der Dialogformate und Gespräche nicht grundsätzlich in Frage gestellt. Es wurde aber ergänzend darauf hingewiesen, dass sich angesichts des altersbedingten Ausscheidens von Ärztinnen und Ärzten in der ambulanten Versorgung das Ambulantisierungspotenzial in Form „ambulant-sensitiver Krankenhausfälle“ zusätzlich erhöhen könne.

In den Arbeitsgruppen und in den Interviews wurden insbesondere mit Blick auf eine Erschließung der Ambulantisierungspotenziale bestehende Hemmnisse und zu überwindende Hürden thematisiert.

- ◆ Als wesentlicher Erfolgsfaktor für Ambulantisierung wurden wiederkehrend funktionsfähige Netzwerke zwischen ambulanten und stationären Akteurinnen und Akteuren benannt. Dies betrifft insbesondere ambulante Strukturen für die ärztliche und/oder pflegerische Nachsorge (z. B. auch durch NÄPa) als Voraussetzungen dafür, das Potenzial für ambulantes Operieren weitgehend auszuschöpfen.
- ◆ Die verstärkte Übernahme ambulanter Versorgungsfunktionen unter den „Produktionsbedingungen“ eines Krankenhauses wurde verschiedentlich als unter Kostengesichtspunkten nicht darstellbar bewertet. Eine Kostendeckung für Krankenhäuser sei mit den derzeit ambulant erzielbaren Erlösen nicht erreichbar. Auch die neu geschaffene Vergütungsoption der „Hybrid-DRG“ (spezielle sektorengleiche Vergütung gemäß § 115f SGB V), welche kalkulatorisch die Kosten einer Übernachtung umfasst, ermögliche den Krankenhäusern im Rahmen ihrer bestehenden vollstationären Strukturen keine wirtschaftlich tragfähige Ambulantisierung.
- ◆ Die Umwandlung bzw. der Aufbau von tragfähigen Strukturen für die ambulante Versorgung erfordere aus Perspektive eines Krankenhauses zum einen Investitionen, für die ein dauerhaft zuverlässiger Berechtigungsstatus unabdingbar sei. Ermächtigungen in ihrer gegenwärtigen Form seien aufgrund zeitlicher Befristung und Personengebundenheit nicht geeignet. Zum anderen müssten die Investitionen durch eine wirtschaftlich auch perspektivisch hinreichende Auslastung aufgebauter Kapazitäten abgesichert werden können.
- ◆ Bezogen auf Ermächtigungen wird die Handhabung aus Perspektive der Krankenhausvertreterinnen und -vertreter verschiedentlich als zu restriktiv beschrieben. Insbesondere wird das praktizierte Verfahren der Bewertung von Krankenhausermächtigungen durch vor Ort tätige

¹³ <https://innovationsfonds.g-ba.de/projekte/neue-versorgungsformen/igib-stimmt.79>

Vertragsärztinnen und -ärzte kritisch bewertet, weil es dazu beitrage, dass die Übernahme ambulanter Versorgungsfunktionen aus dem vertragsärztlichen Sektor heraus abgelehnt werde, auch wenn Engpässe in der ambulanten Versorgung bestünden.

- ◆ Spiegelbildlich zu Hemmnissen und Hürden für die Ausweitung ambulanter Versorgung durch Krankenhäuser respektive durch Krankenhausärztinnen und -ärzte wird für die Ausweitung stationärsersetzender ambulanter Versorgung die Notwendigkeit betont, aus stationärer Versorgung freierwerdende finanzielle Mittel der Vergütung für die ambulante Versorgung zuzuführen. In die bislang bestehenden Strukturen der Vergütungsverhandlungen hineingedacht, müssten die stationären Budgets in den Budgetverhandlungen abgesenkt werden. Soweit es sich nicht um ohnehin extrabudgetär vergütete ambulante Leistungen handelt, müsste in den Verhandlungen zwischen Kassenärztlicher Vereinigung und Krankenkassen und ihren Verbänden die Vergütung für die nunmehr ambulant anfallenden Leistungen „on top“ vereinbart werden und mengenbegrenzende Regulierungen entsprechend zurückgenommen werden. Die bisherigen Verhandlungsformate werden für die Vereinbarung erforderlicher Umschichtungen verschiedentlich als wenig geeignet angesehen. In diesem Zusammenhang sei auch zu beantworten, wie in die Perspektiven bislang auf ihren jeweiligen Verhandlungsgegenstand (Sektor) fokussierter Verhandler eine sektorenübergreifende Perspektive integriert werden könne.
- ◆ Als weitere Hürden für Ambulantisierung werden ein zunehmend ausgedünnter ÖPNV sowie eine eingeschränkte bis fehlende Verfügbarkeit von Krankentransporten und Krankenfahrten angeführt. Schlecht abgedeckt seien häufig insbesondere die Randzeiten und Nächte an Arbeitstagen und die Wochenenden und Feiertage. Für Anbieter sei in den ländlichen Regionen in diesen Zeiten die Frequenz der Fahrten zu gering, die Einsätze würden sich für sie nicht lohnen und das Angebot werde zurückgenommen. In Regionen mit höherer Einsatzdichte sei dagegen die Konkurrenz unter den Anbietern intensiv, so dass schlussendlich nur wenige Einsätze auf einen Anbieter entfielen und das Ergebnis das Gleiche sei, nämlich ein fehlendes Angebot. In einigen Regionen wurde zudem berichtet, dass mehr und mehr Anbieter sukzessive komplett aus dem Markt ausscheiden würden und sich die Situation so weiter verschlechtere. In einer Region wurde berichtet, dass der Bürgermeister den Tarifen der Krankenkassen für die Krankentransporte widersprochen habe, weil eine Kostendeckung so nicht möglich sei, so dass keine Beförderungen durch Taxiunternehmen mehr erfolgen würden, es sei denn, die Patienten kämen für die Kosten vollständig selbst auf. Konsequenz dieser Situation sei, dass Patienten z. B. nach einem Eingriff nur deshalb im Krankenhaus verbleiben, weil keine Möglichkeit für den Transport in die Häuslichkeit verfügbar ist. Von vertragsärztlicher Seite wurde jedoch auch ein Beispiel einer

ambulant operierenden Praxis in einer Kleinstadt angeführt, bei der – zumindest für nicht ganz alte Patienten – keine Transportprobleme bestünden.

In den verschiedenen Dialogformaten wurden zu den angesprochenen Aspekten von den Akteurinnen und Akteuren bereits in Brandenburg etablierte Lösungsansätze berichtet, darunter die folgenden Ansätze, die aufgrund ihres Potenzials für die Übertragung bzw. Anwendung in vergleichbaren Ausgangskonstellationen hier in kurzer Form wiedergegeben werden:

- ♦ Im Rahmen des aus dem Innovationsfonds geförderten Projektes „StimMT - Strukturmigration im Mittelbereich Templin“ konnte im Gegenzug zum Abbau der Kapazitäten für die stationäre Pädiatrie für erweiterte ambulante kinderärztliche Versorgungskapazitäten eine GKV-weite Finanzierung über die Bereitstellung zusätzlicher finanzieller Mittel im Rahmen der Verhandlungen zur morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV) erreicht werden.
- ♦ Im Rahmen eines Modellvorhabens wurde für erforderliche Krankenfahrten zwischen 20 und 5 Uhr in Potsdam eine Vereinbarung mit einem ortsansässigen Dienstleister getroffen, der für die verpflichtende Übernahme der Fahrten eine zusätzliche Vergütung erhält. Unnötige stationäre Wiederaufnahmen und Rettungsdiensteinsätze konnten einer Presseverlautbarung nach reduziert werden. (vgl. hierzu auch Kapitel 8.4.2)
- ♦ In vielen Fällen dürfte Ambulantisierung durch die sog. soziale Indikation erschwert werden, wenn kein sicherer Patiententransport nach Hause oder keine geeignete Begleitperson zu Hause für die Zeit nach einem Eingriff verfügbar ist. Als eine Lösungsmöglichkeit zur Vermeidung eines vollstationären Aufenthaltes und der damit verbundenen Kosten wurde die Einrichtung von – strikt vom vollstationären Betrieb getrennten – Kurzliegerstationen genannt. Voraussetzung seien hierfür Investitionshilfen zur Deckung baulicher Kosten.
- ♦ Ambulantes Potenzial besteht nicht nur in Bezug auf planbare Eingriffe bzw. Behandlungen, sondern in beträchtlichem Ausmaß auch im Bereich der Notfall- und Akutversorgung. Dies wurde vor allem im Zusammenhang mit den Dialogformaten und Arbeitsgruppen zum Thema Rettungsdienst thematisiert und diesbezügliche Lösungsansätze diskutiert. Als weiterer Ansatz zur Vermeidung einer medizinisch nicht erforderlichen stationären Versorgung von Akutpatienten wurden ambulante Monitoringeinheiten beispielsweise in MVZ genannt, allerdings auch auf Probleme einer adäquaten Vergütung der damit verbundenen Leistungen verwiesen.

Darüber hinaus wurde es als grundsätzlich notwendig angesehen, ambulante Strukturen bei der Krankenhausplanung mit Blick auf die Ambulantisierungspotenziale stärker zu berücksichtigen. Erste wesentliche Datengrundlagen hierfür wurden im Rahmen des Projekts geschaffen und diskutiert.

Eine vertiefende Befassung mit der Thematik Ambulantisierung ist in der namensgleichen Arbeitsgruppe im Versorgungsgebiet 4 – Lausitz-Spreewald erfolgt und im vorliegenden Bericht in Kapitel 8.2 dokumentiert.

5. Notfall- und Akutversorgung

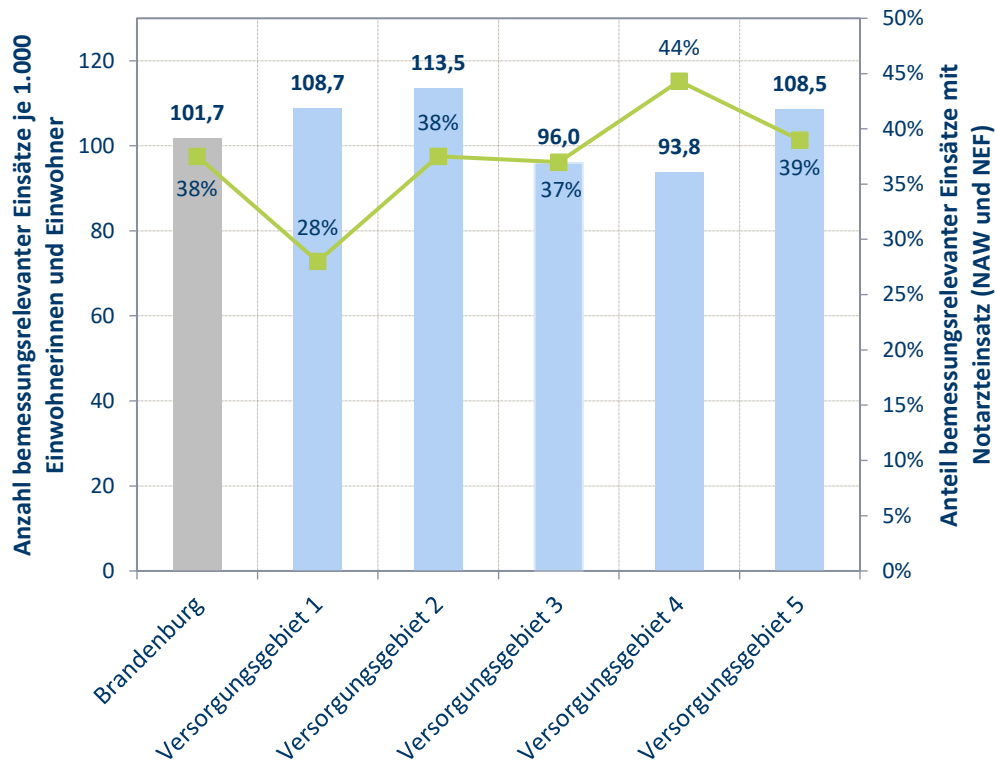
5.1 Rettungsdienst

Im Versorgungsgebiet 2 gab es im Jahr 2021 – neuere Daten lagen zum Zeitpunkt der Analyse nicht vor – mit durchschnittlich 113,5 die höchste Anzahl bemessungsrelevanter Einsätze je 1.000 Einwohnerinnen und Einwohnern (Abbildung 9). Im Versorgungsgebiet 4 lag der Durchschnitt bei 93,8, im Versorgungsgebiet 3 bei 96,0 bemessungsrelevanter Einsätze und damit unter dem durchschnittlichen Wert Brandenburgs (101,7 bemessungsrelevante Einsätze).

Der Anteil der Einsätze, die in Verbindung mit einem Notarzteeinsatz durchgeführt wurden, lag dagegen im Versorgungsgebiet 4 mit rd. 44 % besonders hoch. In Versorgungsgebiet 1 lag der Anteil hingegen bei nur 28 %.

Bei der Interpretation der Ergebnisse ist zu berücksichtigen, dass die Daten aus dem Jahr 2021 stammen und daher die Covid-19-Pandemie Einfluss auf die Werte der einzelnen Landkreise haben könnte (z. B. in Form von häufigeren Verlegungsfahrten).

Abbildung 9: Anzahl bemessungsrelevanter Einsätze je 1.000 Einwohnerinnen und Einwohner sowie Anteil bemessungsrelevanter Einsätze mit Notarzteinsatz im regionalen Vergleich, 2021



Quelle: IGES/AGENON auf Basis der Rettungsdienststatistik 2021

5.2 Ergebnisse aus Experteninterviews und regionalen Arbeitsgruppen zur Notfall- und Akutversorgung

Themenkomplex Rettungsdienst

In allen Regionen wurde eine hohe Belastung respektive Überlastung des Rettungsdienstes beklagt, die wesentlich aus Fehl- bzw. Bagatell- bzw. sogenannten „Taschenfahrten“ als Folge von Inanspruchnahmen resultiere, ohne dass aber ein Notfall vorliege, der diese Inanspruchnahme medizinisch rechtfertige.

Als maßgebliche Gründe wurden benannt:

- ♦ Bedingt durch die im Vorhergehenden angeführten Engpässe im Bereich der Krankentransporte sei festzustellen, dass der Rettungsdienst zunehmend als „Lückenbüßer“ (fälschlich) frequentiert werde.
- ♦ Ursächlich sei ferner auch eine veränderte Anspruchshaltung der Bevölkerung in dem Sinne, dass jede nach eigener Einschätzung gegebene Behandlungsnotwendigkeit eine unmittelbare ärztliche Versorgung rechtfertige.

- ♦ Vermutet wird auch, dass die 116 117 als Alternative zur 112 in der Bevölkerung zu wenig bekannt ist.

Die angespannte Situation im Rettungsdienst verschärfe sich durch Schwierigkeiten bei der Besetzung von Rettungswachen und bei der Ausbildung von Rettungskräften.

Problematisiert wurde des Weiteren:

- ♦ Es fehle eine Vergütungsmöglichkeit bei fallabschließender Behandlung durch den Rettungsdienst vor Ort.
- ♦ Das bestehende Regelungsgefüge zur Kostentragung bei Rettungsfahrten führe im Ergebnis zur Vermeidung von Leerfahrten respektive zur Verbringung von Patienten in Krankenhäuser, auch wenn dies medizinisch nicht geboten sei und die Versorgung z. B. ebenso gut durch einen niedergelassenen Arzt möglich gewesen wäre. Diesen Spielraum öffne zwar das Landesrecht (§ 3 Absatz 2 BbgRettG), die bundesrechtlichen Vorgaben gingen bei der Kostentragung durch die Krankenkassen aber vor.
- ♦ Problematisiert wurde verschiedentlich die landkreisferne Disposition, da die Qualifikationen, Strukturen und Verfügbarkeiten für die Akut- und Notfallversorgung vor Ort stark divergieren würden und ebendieses Wissen für die Disposition erforderlich sei.
- ♦ Auch fehle in Brandenburg ein Intensivtransportwesen, wie es in anderen Bundesländern bestehe: Müssten Intensivpatienten in spezialisiertere Häuser verlegt werden, müsse „aus den eigenen Reihen“ ein Arzt gestellt werden, der den Transport begleitet und der dann in der Patientenversorgung vor Ort fehle. Dieses Manko werde umso gravierender spürbar, je mehr Spezialisierung die Krankenhausreform erzwingen.
- ♦ Grundlegend fehle es an Datenauswertungen zur Inanspruchnahme des Rettungsdienstes, um in diesem Bereich evidenzbasierte Entscheidungen treffen zu können.

Bezogen auf Lösungsansätze wurden angesprochen:

- ♦ Die erfolgte Ermöglichung des Einsatzes von Telenotärzten im Landesrecht wird als dringend erforderlich begrüßt. Der Aufbau entsprechender Strukturen sei angesichts des zu konstatierenden Mangels an Notärztinnen und -ärzten, der auch nicht kurzfristig behoben werden könne, alternativlos und sollte rasch vorangetrieben werden.
- ♦ Eine Entlastung der Rettungsdienste könne auch durch ein erweitertes Videosprechstunden-Angebot im Rahmen des vertragsärztlichen Notdienstes erreicht werden. Geplant und mit der Landesärztekammer abgestimmt ist ein solches Angebot z. B. beim kinderärztlichen Bereitschaftsdienst in Rüdersdorf.
- ♦ Weiter wird thematisiert, dass regional „Listen“ verfügbar sein sollten, welcher Facharzt (HNO, Augenheilkunde ...) in welchen Zeiten für

Akutfälle anfahrbereit ist. Die Zusammenführung von SmED und IVENA wird als ideal erachtet, wobei aber sichergestellt werden müsse, dass die Informationen aktuell seien, damit Anfahrten dann doch nicht aufnahmebereiter Praxen a priori ausgeschlossen werden können.

- ◆ Rettungsdienste und Rettungsstellen müssten stärker als bislang zusammengedacht werden, der Rettungsdienst sollte in das SGB V aufgenommen werden.
- ◆ Möglicherweise könnten Rettungswachen auch in Kooperation mit Niedergelassenen als regionale Anlaufstellen für Gesundheitsfragen fungieren (walk-in und Telefonie, vgl. vertiefend Kapitel 8.4.2).
- ◆ Vorgeschlagen wurden ferner nicht-ärztliche Ansprechpartner für Gesundheitsfragen und -probleme vor Ort nach dem Vorbild der ehemaligen Gemeindeschwester oder auch „Gemeindenotfallsanitäter“. Für Pflegebedürftige (und ihre Angehörigen) fungiert auch die häusliche Krankenpflege als ein erster Ansprechpartner für akute medizinische Fragen, so dass letztlich unnötige Inanspruchnahmen von Rettungsdienst/stationärer Notfallversorgung vermieden werden können. Teilnehmer verwiesen darauf, dass die generalistische Pflegeausbildung die Voraussetzungen hierfür verbessert habe.
- ◆ Zur Entlastung des Rettungsdienstes müssten/sollten „alle Register gezogen werden“, sprich: alle Alternativen genutzt/ausgebaut werden und in der Bevölkerung so bekannt gemacht werden, dass die unsachgemäße Inanspruchnahme zurückgedrängt werden könne. Dazu müsse auch die Akzeptanz der Alternativen in der Bevölkerung befördert werden. Zu diesen Alternativen zählen u. a. auch Systeme der Ersten Hilfe durch Laien, beispielsweise in Form des Ersthelfer-Alarmierungssystems KATRETTTER, das u. a. in Märkisch-Oderland eingesetzt wird, aber nach Einschätzung der Rettungsdienste noch zu wenige Freiwillige umfasse (benötigt würde ungefähr das Zehnfache der gegenwärtigen Teilnehmerzahl). Angeregt wurde eine intensivierte Rekrutierung etwa in (Fahr-)Schulen.
- ◆ Mit Blick auf die als unzureichend empfundene Datenlage wird vorgeschlagen, das IGES-Gutachten von 2019/20 erneut aufzugreifen und mit neuen Daten zu aktualisieren; hierzu wird die Berücksichtigung von Tracer-Diagnosen sowie von Versorgungszeiten und Transportzeiten vorgeschlagen.

Eine ausführliche Befassung mit diesem Themenkomplex ist in der vertiefenden Arbeitsgruppe im Versorgungsgebiet 4 (Lausitz-Spreewald) erfolgt und im vorliegenden Bericht in Kapitel 8.4 dokumentiert.

Themenkomplex Gesundheitskompetenz, Gesundheits- und Kostenbewusstsein

Wiederkehrend wurde ein mangelndes Gesundheitsbewusstsein in der Bevölkerung sowie eine geringe Neigung zu Vorsorge/Früherkennung berichtet.

Mehrfach wurde ferner von einer spürbar zunehmenden Anspruchshaltung der Bevölkerung berichtet, die im Ergebnis zur Fehlbeanspruchung der verfügbaren Ressourcen (speziell der Rettungsdienste) mit den entsprechenden Wirkungen auf die Kosten verbunden sei.

Um medizinisch nicht indizierte Inanspruchnahmen zu vermeiden, wurde verschiedentlich vorgeschlagen, die Patienten bei konkreter Inanspruchnahme – wie bei der wieder abgeschafften Praxisgebühr – an den Kosten zu beteiligen (s. Kapitel 8.4.2 für ein Beispiel der Kostenbeteiligung im Landkreis Ostprignitz-Ruppin). Ferner wurde vorgeschlagen, die Aufklärung der Bevölkerung über Gesundheitsrisiken und eine gesundheitsbewusste Lebensführung zu verbessern. Konkret angesprochen wurden Bildungs- bzw. Informationsangebote in Schulen. Neben dem Erkennen von Notfallsituationen und Erste-Hilfe-Maßnahmen sollten dabei auch die bestehenden Strukturen und Zugänge zur ärztlichen Versorgung in Akutfällen zu den zu vermittelnden Inhalten zählen. Letzteres umfasst u. a. die verschiedenen Möglichkeiten des Patiententransports bzw. die Beschränkung des 112-Notrufs auf lebensbedrohliche Fälle.

Als ein weiterer Ansatz, die Gesundheitskompetenz der Bevölkerung zu stärken, wurden Ansprechpartner vor Ort wie z. B. in Form von Gemeindeschwestern/community nurses bzw. durch spezialisierte arztentlastende Pflegefachpersonen, die Aufgaben der Gesundheitsprüfung (Assessment) und der Versorgungssteuerung (Fallmanagement) übernehmen. In diesem Zusammenhang wurde auf das aus Mitteln des Innovationsfonds geförderte Modellprojekt ErwiN (Erweiterte Übertragung von arztentlastenden Tätigkeiten in ArztNetzen) verwiesen, das bis Jahresende 2026 in vier Modellregionen Brandenburgs und Berlins umgesetzt wird.

6. Ambulante vertragsärztliche Versorgung

6.1 Kapazitäten in der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung

6.1.1 Kapazitäten gemäß Bedarfsplanung

In der *hausärztlichen Versorgung* unterscheidet sich die Arztdichte (d. h. Ärztinnen und Ärzte je 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner), auf Basis der Bedarfsplanungsgewichte¹⁴, zwischen den einzelnen Versorgungsgebieten nicht sehr stark und liegt für alle außer Versorgungsgebiet 2 über dem Durchschnitt Deutschlands. Die höchste Hausarztdichte weist das Versorgungsgebiet 4 mit 64,9 Ärztinnen und Ärzten je 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner auf. Die Arztdichte im Versorgungsgebiet 2 liegt dagegen nur bei 60,5.

Zur *fachärztlichen Versorgungssituation* gemäß Bedarfsplanung werden lediglich die Fachgebiete der allgemein fachärztlichen Versorgung dargestellt, da nur diese auf Landkreisebene geplant werden.¹⁵ Für einige Fachgebiete, darunter Dermatologie, Frauenheilkunde oder Psychotherapie, liegt die Arztdichte aller Versorgungsgebiete Brandenburgs unter dem Durchschnitt Deutschlands (Tabelle 9). Insbesondere das Versorgungsgebiet 2 weist für viele Fachgebiete eine unterdurchschnittliche Facharztdichte auf. Für die Augenheilkunde sowie die Kinder- und Jugendmedizin haben die Versorgungsgebiete 3, 4 und 5 eine überdurchschnittliche Facharztdichte. Das Versorgungsgebiet 4 besitzt zusätzlich in den Fachgebieten Chirurgie und Orthopädie, Nervenheilkunde sowie Urologie eine überdurchschnittliche Ausstattung an Fachärztinnen und -ärzten je 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner.

¹⁴ Mit Bedarfsplanungsgewichten wird der Teilnahmeumfang jedes individuellen Arztes/Psychotherapeuten berücksichtigt, wobei dieser in 0,25 Schritten zwischen 0 (keine bedarfsplanungsrelevante vertragsärztliche Tätigkeit) und 1 (Vollzeiteilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung) liegen kann. Ausgewiesen wird die durchschnittliche Anzahl der Einwohnerinnen und Einwohner je Vollzeit-Bedarfsplanungsgewicht differenziert nach Arztgruppe. (Quelle: [KBV Gesundheitsdaten - Bedarfsplanungsgewichte](#), Abruf: 21.12.2023)

¹⁵ Für die stärker spezialisierten Facharztgruppen bilden größere regionale Einheiten die Planungsebene (Raumordnungsregionen, KV-Region).

Tabelle 8: Hausärztliche Versorgungssituation im regionalen Vergleich gemäß Bedarfsplanung, 2023

Planungsbereich (Mittelbereich)	Arztdichte (Ärzte je 100.00 Einw.)	Einwohnerinnen und Einwohner im Planungsbereich (Stand 31.12.2022)	Gesamtzahl Ärztinnen und Ärzte
Versorgungsgebiet 1	63,3	394.467	249,75
Versorgungsgebiet 2	60,5	309.694	187,25
Versorgungsgebiet 3	63,9	827.911	529,0
Versorgungsgebiet 4	64,9	600.140	390,0
Versorgungsgebiet 5	61,1	440.923	270,0
Brandenburg	63,2	2.573.135	1.625,25
Deutschland (2022)	60,9	84.358.845	51.389,0

Quelle: IGES/AGENON auf Basis von Daten der KVBB (Versorgungssituation zum 31.12.2023), für Deutschland basierend auf Daten der KBV (Statistische Informationen aus dem Bundesregister vom 31.12.2023); Zählung der Ärztinnen und Ärzte nach Bedarfsplanungsgewichten

Tabelle 9: Allgemein fachärztliche Versorgungssituation (Arztdichte) nach Fachgruppen im regionalen Vergleich gemäß Bedarfsplanung, 2023

Fachgebiet	VG 1	VG 2	VG 3	VG 4	VG 5	Brandenburg	Deutschland (2022)
Augenheilkunde	6,5	6,6	6,7	7,7	7,0	7,0	6,5
Chirurgie und Orthopädie	9,9	9,4	9,5	11,0	10,9	10,1	10,9
Dermatologie	3,0	3,0	3,6	2,6	2,2	3,0	3,8
Frauenheilkunde	18,1	17,0	19,4	20,9	22,9	19,3	23,0
HNO-Heilkunde	3,3	3,4	4,2	4,5	4,5	4,1	4,7
KiJu-Medizin	39,2	39,9	50,6	44,6	46,4	46,2	42,9
Nervenheilkunde	5,1	6,3	5,8	6,3	5,8	5,9	6,2
Psychotherapie	19,6	19,4	23,7	21,9	19,7	21,5	29,6
Urologie	2,9	3,1	3,2	3,7	3,2	3,2	3,3

Quelle: IGES/AGENON auf Basis von Daten der KVBB (Versorgungssituation zum 31.12.2023), für Deutschland basierend auf Daten der KBV (Statistische Informationen aus dem Bundesarztregister vom 31.12.2022); Zählung der Ärztinnen und Ärzte nach Bedarfsplanungsgewichten

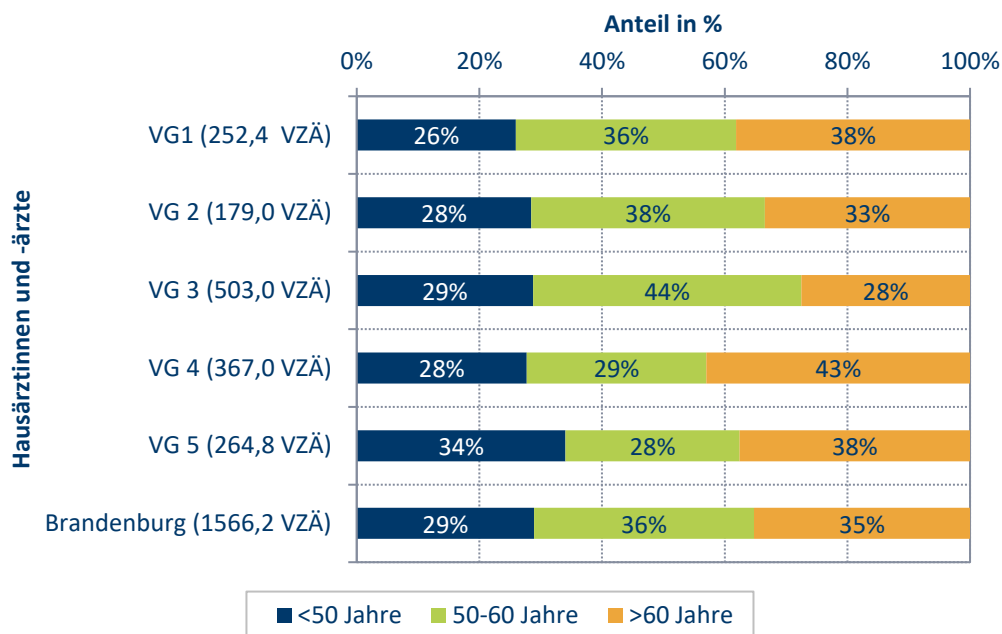
6.1.2 Sonderauswertung der Kassenärztlichen Vereinigung Brandenburgs

In Ergänzung zu den Daten der Bedarfsplanung wurden von der KV Brandenburg Daten zu vertragsärztlichen Kapazitäten in Form einer Sonderauswertung zur Verfügung gestellt. Diese bieten die Möglichkeit, als weiteren Aspekt der Versorgungssituation im ambulanten Bereich die Altersstrukturen der Haus- und Fachärztinnen und -ärzte darzustellen. Die Zählung der Ärztinnen und Ärzte erfolgt in den Daten der KV Brandenburg in Form von Vollzeitäquivalenten (VZÄ)¹⁶.

In der *hausärztlichen Versorgung* zeigen sich teilweise ausgeprägte Unterschiede bezüglich der Altersstruktur der Ärztinnen und Ärzte zwischen den einzelnen Versorgungsgebieten Brandenburgs (Abbildung 10). Während der Anteil der Hausärztinnen und Hausärzte über 60 Jahre in Versorgungsgebiet 3 im Jahr 2022 lediglich 28 % betrug, lag der Anteil in Versorgungsgebiet 4 bei 43 %. Der Anteil jüngerer Hausärztinnen und Hausärzte unter 50 Jahre lag in Versorgungsgebiet 5 mit 34 % besonders hoch. In den anderen Versorgungsgebieten waren zwischen 26 % und 29 % der Ärztinnen und Ärzte jünger als 50 Jahre.

¹⁶ Diese alternative Erfassung der vertragsärztlichen Kapazitäten beruht nicht auf einer arbeitsstundengenauen Erfassung, sondern orientiert sich ebenfalls an den Teilnahmeumfängen analog zur Bedarfsplanung. Allerdings ist die VZÄ-Darstellung insofern genauer, dass sie anhand von Abrechnungsdaten validiert, ob den in der Bedarfsplanung ausgewiesenen Arzt-sitzen/Teilnahmeumfängen auch tatsächlich vertragsärztliche Aktivität zugeordnet werden konnte. Im Gegensatz dazu können die planerischen Daten beispielsweise auch Arztsitze umfassen, die sich in einem Nachbesetzungsverfahren befinden oder für die Anstellungen/Zulassungen bereits für die Zukunft genehmigt wurden, die vertragsärztliche Aktivität aber noch nicht begonnen hat.

Abbildung 10: Altersstruktur der Hausärztinnen und Hausärzte im regionalen Vergleich, 2022



Quelle: IGES/AGENON auf Basis einer Sonderauswertung der KV Brandenburg

Auch die Altersstrukturen der Ärztinnen und Ärzte der *allgemeinen fachärztlichen Versorgung* unterscheiden sich teilweise deutlich sowohl zwischen den verschiedenen Fachgebieten als auch zwischen den einzelnen Versorgungsgebieten Brandenburgs (Tabelle 10). Insbesondere in der Urologie zeigt sich ein hoher Anteil an Ärztinnen und Ärzten, die bereits über 60 Jahre alt sind. Besonders stark betrifft dies das Versorgungsgebiet 5 mit einem Anteil von 70 %. Auch für die Fachgebiete Dermatologie, Frauenheilkunde sowie HNO-Heilkunde weist das Versorgungsgebiet die höchsten Anteile an Fachärztinnen und -ärzten über 60 Jahre auf. Einen hohen Anteil an jüngeren Fachärztinnen und Fachärzten in mehreren Fachgebieten gibt es im Versorgungsgebiet 1. In den Bereichen Augenheilkunde, Dermatologie, Kinder- und Jugendmedizin sowie der Nervenheilkunde und Psychiatrie liegt hier der Anteil der unter 50-jährigen Fachärztinnen und Fachärzte bei über 40 %. Auch im Fachgebiet Urologie sind immerhin noch knapp ein Drittel der Ärztinnen und Ärzte des Versorgungsgebietes 1 unter 50 Jahre alt, mehr als die Hälfte jedoch bereits über 60 Jahre.

Tabelle 10: Altersstruktur der Fachärztinnen und Fachärzte im regionalen Vergleich, 2022

Fachgebiet	Versorgungsgebiet 1			Versorgungsgebiet 2			Versorgungsgebiet 3			Versorgungsgebiet 4			Versorgungsgebiet 5		
	<50 Jahre	50-60 Jahre	>60 Jahre	<50 Jahre	50-60 Jahre	>60 Jahre	<50 Jahre	50-60 Jahre	>60 Jahre	<50 Jahre	50-60 Jahre	>60 Jahre	<50 Jahre	50-60 Jahre	>60 Jahre
Augenheilkunde	47%	18%	36%	28%	36%	36%	33%	31%	36%	37%	29%	34%	43%	35%	22%
Chirurgie und Orthopädie	12%	51%	37%	16%	41%	43%	19%	54%	27%	15%	45%	40%	13%	50%	36%
Dermatologie	45%	27%	27%	32%	35%	33%	34%	39%	27%	17%	58%	25%	17%	19%	64%
Frauenheilkunde	28%	38%	35%	31%	35%	34%	33%	38%	29%	19%	44%	38%	20%	32%	47%
HNO-Heilkunde	35%	25%	40%	18%	45%	36%	28%	48%	24%	28%	34%	38%	24%	34%	42%
KiJu-Medizin	41%	8%	51%	48%	16%	37%	52%	30%	17%	41%	11%	48%	20%	34%	46%
Nervenheilkunde und Psychiatrie	45%	29%	27%	18%	37%	45%	23%	42%	35%	22%	41%	37%	19%	52%	29%
Psychotherapie	36%	41%	23%	41%	41%	17%	32%	38%	30%	40%	40%	21%	34%	39%	27%
Urologie	32%	14%	54%	16%	49%	35%	13%	41%	46%	17%	59%	25%	14%	16%	70%

Quelle: IGES/AGENON auf Basis einer Sonderauswertung der KV Brandenburg, Zählung der Ärztinnen und Ärzte nach VZÄ

6.1.3 Fazit zu ambulanten vertragsärztlichen Versorgungskapazitäten

Insgesamt zeigen sich große Unterschiede zwischen den Versorgungsgebieten bezüglich der hausärztlichen und allgemeinen fachärztlichen Versorgungssituation:

- ♦ Die höchste Hausärztdichte weist das Versorgungsgebiet 4 auf. Die wenigsten Hausärztinnen und -ärzte bezogen auf die Einwohnerzahl gibt es im Versorgungsgebiet 2.
- ♦ Bei der fachärztlichen Versorgung weist das Versorgungsgebiet 1 die niedrigste Arztdichte in den Fachgebieten Augenheilkunde, HNO-Heilkunde, Kinder- und Jugendmedizin, Nervenheilkunde sowie Urologie auf.
- ♦ Im Versorgungsgebiet 2 liegt die Arztdichte für die Fachgebiet Chirurgie und Orthopädie sowie Frauenheilkunde am niedrigsten.
- ♦ Hingegen ist im Versorgungsgebiet 3 die Versorgungskapazität bei der allgemeinen fachärztlichen Versorgung überdurchschnittlich hoch. Für die Fachgebiete Dermatologie, Kinder- und Jugendmedizin sowie der Psychotherapie weist das Versorgungsgebiet 3 sogar die höchste Arztdichte aller fünf Versorgungsgebiete auf.
- ♦ Auch das Versorgungsgebiet 4 besitzt für viele Fachgebiete der allgemeinen fachärztlichen Versorgung eine hohe Arztdichte. Diese liegt für die Augenheilkunde, Chirurgie und Orthopädie, Nervenheilkunde und Urologie über der der anderen Versorgungsgebiete Brandenburgs.
- ♦ Im Versorgungsgebiet 5 gibt es die niedrigste Arztdichte im Fachgebiet der Dermatologie, jedoch die höchste Arztdichte im Fachgebiet HNO-Heilkunde.

Bezüglich der Altersstruktur gibt es zum einen große Unterschiede zwischen den Fachgebieten der allgemeinen fachärztlichen Versorgung. Zum anderen unterscheiden sich auch hier die Versorgungsgebiete untereinander:

- ♦ Der höchste Anteil an Hausärztinnen und -ärzten über 60 Jahre findet sich im Versorgungsgebiet 4, in Versorgungsgebiet 3 ist dieser Anteil am niedrigsten. Im Versorgungsgebiet 5 liegt der Anteil der unter 50-jährigen Hausärztinnen und -ärzte am höchsten, im Versorgungsgebiet 1 am niedrigsten.
 - ♦ Die größte Alterungsproblematik zeigt sich in der allgemeinen fachärztlichen Versorgung im Fachgebiet Urologie. In den Fachgebieten Dermatologie und Psychotherapie sind die Anteile an Ärztinnen und Ärzten über 60 Jahre dagegen eher gering.
 - ♦ Das Versorgungsgebiet 1 weist für das Fachgebiet Kinder- und Jugendmedizin unter allen fünf Versorgungsgebieten den höchsten Anteil an Fachärztinnen und -ärzten über 60 Jahre auf. In den Fachgebieten Dermatologie und Nervenheilkunde sind die Ärztinnen und Ärzte des Versorgungsgebietes 1 vergleichsweise am jüngsten.
-

- ♦ Im Versorgungsgebiet 2 zeigt sich insbesondere für das Fachgebiet Nervenheilkunde ein Alterungsproblem der Fachärztinnen und -ärzte. Hingegen sind die Psychotherapeutinnen und -therapeuten hier jünger als in den anderen Versorgungsgebieten.
- ♦ Im Versorgungsgebiet 3 liegt der Anteil der über 60-jährigen Fachärztinnen und Fachärzte in 4 der 9 Fachgebiete am niedrigsten (Chirurgie und Orthopädie, Frauenheilkunde, HNO-Heilkunde, Kinder- und Jugendmedizin). Für das Fachgebiet der Psychotherapie ist dieser Anteil im Versorgungsgebiet 3 am höchsten.
- ♦ Das Versorgungsgebiet 4 weist für die Fachgebiete Dermatologie und Urologie den niedrigsten Anteil an Ärztinnen und Ärzten über 60 Jahre auf.
- ♦ Im Versorgungsgebiet 5 gibt es den höchsten Anteil über 60-jähriger Ärztinnen und Ärzte in den Fachgebieten Dermatologie, Frauenheilkunde, HNO-Heilkunde und Urologie. Für das Fachgebiet Augenheilkunde zeigt sich im Versorgungsgebiet 5 der geringste Anteil an Ärztinnen und Ärzten in dieser Altersgruppe.

Über alle Versorgungsgebiete und Fachgebiete resultiert somit der größte altersbedingte Nachbesetzungsbedarf in der Urologie im Versorgungsgebiet 5 und 1, in der Dermatologie im Versorgungsgebiet 5 sowie in der Kinder- und Jugendmedizin im Versorgungsgebiet 1. In den genannten Bereichen sind jeweils – und teilweise deutlich – mehr als die Hälfte der Ärztinnen und Ärzte älter als 60 Jahre.

6.2 Demografische Fortschreibung des Versorgungsbedarfs der Wohnbevölkerung

Eine allein auf der regionalen Bevölkerungsvorausschätzung basierende Fortschreibung der aktuellen Inanspruchnahme ambulanter vertragsärztlicher Versorgung¹⁷ ergibt für fast alle Versorgungsgebiete insgesamt eine geringe Zunahme der Fallzahlen (+1,7 %, Tabelle 11).¹⁸ Dabei reicht das Spektrum von einer relativen Zunahme um 4,9 % im Versorgungsgebiet 3 bis zu einem Rückgang um 1,1 % im Versorgungsgebiet 4.

Für die Zahl der Patientinnen und Patienten zeigen die Fortschreibungen demografiebedingte Rückgänge in allen Versorgungsgebieten mit Ausnahme des Versorgungsgebiets 3 (+3,1 %). Der maximale Rückgang beträgt 2,7 % im Versorgungsgebiet 4. Für Brandenburg insgesamt ergeben die Fortschreibungen eine nur geringfügig reduzierte Patientenzahl (-0,1 %).

¹⁷ Dies umfasst im Folgenden – wenn nicht anders beschrieben – jeweils auch die vertragspsychotherapeutische Versorgung.

¹⁸ Die Fortschreibung basiert auf der Inanspruchnahme der Wohnbevölkerung in den Landkreisen des Versorgungsgebiets 2 im Jahr 2022 differenziert nach Geschlecht und jeweils fünf Altersgruppen.

Tabelle 11: Demografische Fortschreibung des ambulanten Versorgungsbedarfs, 2022 und 2030

Versorgungs- gebiet	Patientinnen und Patienten				Fälle			
	2022	2030	Δ absolut	Δ relativ	2022	2030	Δ absolut	Δ relativ
VG 1	352.592	344.691	-7.901	-2,2%	3.003.439	3.004.561	+1.122	0,0%
VG 2	279.340	278.123	-1.217	-0,4%	2.535.912	2.561.822	+25.910	+1,0%
VG 3	719.183	741.177	+21.994	+3,1%	6.286.356	6.592.355	+305.999	+4,9%
VG 4	530.421	515.876	-14.545	-2,7%	4.521.195	4.469.334	-51.861	-1,1%
VG 5	393.529	393.315	-214	-0,1%	3.529.171	3.584.988	+55.817	+1,6%
Brandenburg	2.275.065	2.273.182	-1.883	-0,1%	19.876.073	20.213.060	336.987	1,7%

Quelle: IGES/AGENON auf Basis von Daten der KV Brandenburg (Sonderauswertung) und des Landesamtes für Bauen und Verkehr (Bevölkerungsvorausschätzung)

6.3 Ergebnisse aus Experteninterviews und regionalen Arbeitsgruppen zur ambulanten vertragsärztlichen Versorgung

Themenkomplex haus- und fachärztliche Kapazitäten in ambulanter Versorgung

Die empirische Aufarbeitung von Fällen und Kapazitäten in der vertragsärztlichen Versorgung bildete den Ausgangspunkt für den Dialog mit den Akteurinnen und Akteuren vor Ort zur hausärztlichen und fachärztlichen Versorgungssituation. Wesentliche Ergebnisse sind:

- ◆ Engpässe in der hausärztlichen Versorgung sind in vielen Regionen gegenwärtig zunehmend spürbar. Interviewte Krankenhausvertreterinnen und -vertreter mit Betrieb eines fachärztlichen MVZ berichteten von einer wahrnehmbaren Verschiebung hausärztlicher Behandlungsfälle in die ambulante fachgebietsspezifische Versorgung.
- ◆ Sorge bereitet den Akteurinnen und Akteuren vor Ort das angesichts der Altersstrukturen absehbare Ausscheiden einer größeren Zahl von Hausärztinnen und -ärzten und die zu erwartende weiter zunehmende Zahl älterer Patienten mit komplexeren Versorgungserfordernissen.
- ◆ Auch sei unklar, wie eine Fallzahlzunahme aus Ambulantisierung aufgefangen werden solle.
- ◆ Vor dem Hintergrund, dass in vielen Regionen auch Teile der fachgebietsspezifischen ärztlichen Versorgung durch Ärztinnen und Ärzte abgedeckt wird, die kurz vor dem Ruhestand stehen, befürchten die Akteurinnen und Akteure vor Ort zunehmend Versorgungsengpässe und daraus resultierende Folgebelastungen. Neben der genannten hausärztlichen Versorgung wird als bereits gegenwärtig oder in naher Zukunft absehbar prekär die ambulante Versorgung in den Fachgebieten Dermatologie, Urologie, HNO, Augenheilkunde, Kinder- und Jugendmedizin, Rheumatologie und Geriatrie konkret benannt.
- ◆ Die absehbare Mangellage werde durch einen Wandel im Arbeitsethos und den Wünschen und Ansprüchen an die Arbeitsstelle bei den Nachwuchskräften verstärkt. Insgesamt sei ein starker Trend zur Tätigkeit in einem Anstellungsverhältnis, zu Teilzeitarbeit und mehr Freizeitausgleich zur Arbeit konstatieren.

In den verschiedenen Dialogformaten wurden dazu als bereits umgesetzte Lösungsansätze u. a. berichtet:

- ◆ Um bedingt durch Praxisaufgaben entstehenden Engpässen in der hausärztlichen Versorgung zu begegnen und gleichzeitig den Wünschen nach einer ärztlichen Tätigkeit in Anstellung zu entsprechen, wurde in kommunaler Trägerstadt in Baruth/Mark ein hausärztliches MVZ in der Rechtsform einer gGmbH gegründet. Die Gründung kommunaler MVZ werde aber nach wie vor durch die Vorgaben des § 95 Absatz 2 Satz 6 SGB V erschwert, die dazu führen, dass für die Zulassung eine selbstschuldnerische

Bürgschaftserklärung in unbegrenzter Höhe gefordert werde. Die Gründung sei nur möglich gewesen, weil die geforderte unbegrenzte Bürgschaft temporär befristet in eine modifizierte Bürgschaft mit konkretem Eurobetrag umgewandelt wurde.¹⁹ In diesem Zusammenhang wird auf die längst überfällige Novellierung der vorgenannten gesetzlichen Vorgabe verwiesen. Ein weiteres kommunales MVZ besteht in Brandenburg in Lübben.

- ◆ Viele Brandenburger Klinikträger haben MVZ gegründet und nehmen so in unterschiedlichen Umfängen an der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung teil. In den verschiedenen Dialogformaten wurde erläutert, dass Praxen von den bisherigen Praxisinhabern in Ermangelung anderer Interessenten für die Übernahme angeboten würden. Um die Versorgung vor Ort zu sichern, würden Praxen übernommen. Es stehe nicht – wie mitunter unterstellt – das Interesse im Vordergrund, über MVZ vornehmlich den Weg von Patienten in die stationäre Versorgung zu bahnen.
- ◆ Einen Lösungsansatz bilde der Betrieb von auch als Filialpraxen bezeichneten Zweigpraxen an Standorten in abgelegenen Gebieten mit Sprechzeiten an festen Wochentagen. Ein Beispiel bildet das Modellprojekt „Mobiler Landarzt“ im westlichen Havelland, über das ein hausärztliches Versorgungsangebot in entlegenen Regionen in von den dortigen Kommunen kostengünstig bereitgestellten Räumlichkeiten etabliert werden soll.²⁰
- ◆ Der Einsatz von nicht-ärztlichen Praxisassistentinnen (NäPa) zur Entlastung der ärztlichen Behandlungskapazitäten folgt einzelbetrieblichen Entscheidungen der Praxisinhaber und ist in Brandenburger Praxen vielfach etabliert. Eine Analyse zur Verbreitung ist für den Landkreis Elbe-Elster im Rahmen der vertiefenden Arbeitsgruppe „Weiterbildung und Sicherung ärztlicher Behandlungskapazitäten“ erfolgt; vgl. dazu auch Kapitel 8.3.
- ◆ Einen weiteren, insbesondere in den Brandenburger Arztnetzen verbreiteten Ansatz zur Entlastung von Arztpraxen bildet der Einsatz von spezialisierten nicht-ärztlichen Fachkräften, insbesondere von Pflegefachkräften im Wege einer Delegation, d. h. unter ärztlicher Letztverantwortung (agnes^{zwei}-Fachkräfte, Demenzfachkräfte, Case Managerinnen). Ein prominentes Beispiel bildet das MEDIS Ärztenetz medizinischer Versorgung

¹⁹ Der von der Bürgschaft abgedeckte Betrag musste im Fall des Baruther MVZ in Barmitteln bei der Landeskasse hinterlegt werden.

²⁰ Das Pilotprojekt „Der mobile Landarzt“ soll im ersten Quartal 2025 starten und mindestens drei bis fünf Jahre betrieben werden. Kernelement sind Sprechzeiten an festen Wochentagen von über die Havelland Kliniken angestellte Ärztinnen und Ärzte, die durch Gemeindefachschwestern und Telemedizin unterstützt werden. Die Praxisräume werden von den beteiligten Kommunen (Ämter Rhinow, Friesack und Nennhausen) zur Verfügung gestellt, die Anschaffung benötigter Technik mit vom Kreistag bewilligten Finanzmitteln i.H.v. 150 Tsd. Euro gefördert werden.

Südbrandenburg. Weitere Beispiele bilden das Ärzte- und Gesundheitsnetz Südbrandenburg (ANSB) sowie das Arztnetz Gesund in Templin (GiT) und das Arztnetz Medifair im Landkreis Ostprignitz-Ruppin. Ein weiteres jüngeres Beispiel bildet das Medizinische Zentrum Lübbenau (MZL) als einer von drei Standorten des Versorgungsmodells „Regionale Gesundheitspartner“ der Ersatzkassen mit Angeboten des Care und Case Managements. Für das MEDIS Ärztenetz medizinischer Versorgung Südbrandenburg und das Ärzte- und Gesundheitsnetz Südbrandenburg (ANSB) wird weiterführend auf die Darstellung in Kapitel 8.3 verwiesen.

Im Rahmen eines Innovationsfondsprojektes wird in den drei vorgenannten Brandenburger Arztnetzen MEDIS, Gesund in Templin und Medifair aktuell die Übertragung bislang der Verantwortung von Ärztinnen und Ärzten vorbehaltener Leistungen an spezialisiertes Pflegefachpersonal (SPFP) erprobt, das dafür eine entsprechende Zusatzqualifikation erworben hat (vgl. weiterführend ebenfalls Kapitel 8.3).

Themenkomplex Weiterbildung

Die erfolgreiche Gewinnung ärztlicher Nachwuchskräfte ist für die Sicherstellung der gesundheitlichen Versorgung in den Regionen Brandenburgs von zentraler Bedeutung. Die Analysen zur Altersstruktur im Bereich der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte haben gezeigt, dass in den kommenden Jahren viele Arztsitze nachzubetzen sein werden.

Vor diesem Hintergrund wurden in den Dialogen verschiedentlich folgende Aspekte problematisiert:

- ◆ Vertreterinnen und Vertreter kleinerer Häuser führen aus, dass Weiterbildungsabschnitte zukünftig nicht mehr vor Ort angeboten werden können, wenn im Zuge der Umsetzung des KHVG Leistungsgruppen entfallen. Die Standortattraktivität für Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung (ÄiW) sinke, wenn häufige Standortwechsel erforderlich werden und zudem, wenn weite Entfernungen zwischen Standorten überbrückt werden müssen. Das berge existentielle Risiken. ÄiW sind für die Aufrechterhaltung des stationären Versorgungsbetriebes von essenzieller Bedeutung.
- ◆ Das Werben um ÄiW wird als zunehmend kompetitiv wahrgenommen.
- ◆ Mit Blick auf die Weiterbildungsinhalte wird die zunehmende Spezialisierung kritisch beurteilt. Es wird ausgeführt, dass die zunehmende Spezialisierung in der Weiterbildung in mehrfacher Hinsicht in einem stärker werdenden Spannungsverhältnis zu den versorgungspraktischen Möglichkeiten und Erfordernissen stehe: Ein hoher Spezialisierungsgrad in der Weiterbildung erfordere spiegelbildlich eine nachweisbare Spezialisierung in den Weiterbildungsstätten, was kleinere Häuser tendenziell benachteilige. Für die Versorgung in der Fläche seien zudem in erster Linie „Allrounder“ gefragt.

Als Lösungsansätze wurden in den Gesprächen u. a. benannt:

- ◆ Neben erweiterten finanziellen Fördermöglichkeiten werden Weiterbildungsnetzwerke (WBN) als Schlüsselfaktor angesehen, über die ein möglichst breites Spektrum an relevanten Unterstützungs- und Serviceleistungen verfügbar gemacht werden sollte. Als Best Practice-Beispiel wird mehrfach das Ärztliche Weiterbildungsnetzwerk Landkreis Dahme-Spreewald genannt.
- ◆ Auch hätten sich Stipendien der MHB an einzelnen Standorten (u. a. Treuenbrietzen und Bernau) bewährt, um die Weiterbildung von Ärztinnen Ärzten zu befördern und eine Bindung an Standort und Region zu schaffen.
- ◆ Als weiteres Modell zur Standortbindung habe sich bewährt, dass für die Weiterbildung gewährte Darlehen bei Verbleib in der Region sukzessive erlassen werden.
- ◆ Des Weiteren wurde vorgeschlagen, Ärzten mit fachlicher Qualifikation für mehrere Fachgebiete „passend“ mehrere Weiterbildungsbefugnisse zu erteilen.
- ◆ Vor dem Hintergrund der demografischen Entwicklung und wünschenswerte spezifisch geriatrische Qualifikationsprofile in der allgemeinmedizinischen Versorgung wurde angeregt, verstärkt geriatrische Module in die allgemeinmedizinische Weiterbildung zu integrieren.

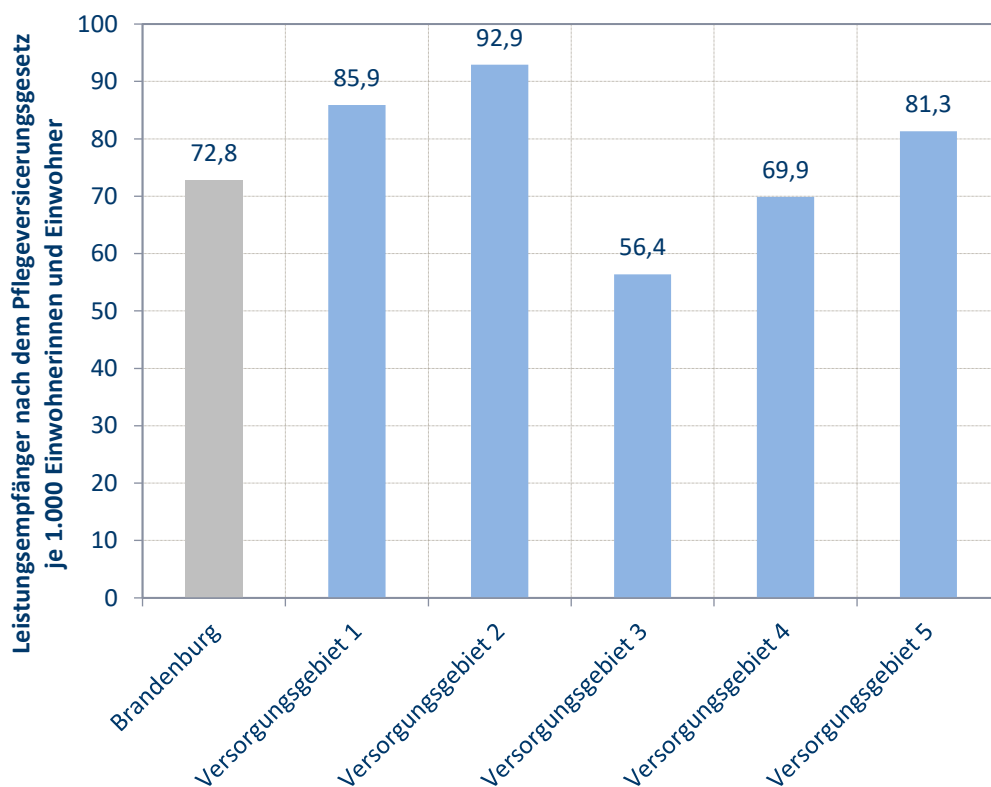
Das Thema Weiterbildung war Gegenstand der vertiefenden Arbeitsgruppe Weiterbildung und Sicherung ärztlicher Behandlungskapazitäten im Versorgungsgebiet 4. Die Ergebnisse dieser AG sind im vorliegenden Bericht in Kapitel 8.3 dokumentiert.

7. Versorgung pflegebedürftiger Personen

7.1 Anzahl pflegebedürftiger Personen und Inanspruchnahme von Leistungen

In Brandenburg erhielten im Jahr 2021 rd. 72,8 von 1.000 Einwohnerinnen und Einwohnern Leistungen nach dem Pflegeversicherungsgesetz bzw. SGB XI, d. h. sie waren pflegebedürftig (Abbildung 11). Die Anteile der Pflegebedürftigen unterschieden sich dabei stark zwischen den einzelnen Versorgungsgebieten. So lag der Anteil im Versorgungsgebiet 3 bei lediglich 56,4, während im Versorgungsgebiet 2 knapp 93 von 1.000 Einwohnerinnen und Einwohnern pflegebedürftig waren.

Abbildung 11: Anzahl Pflegebedürftiger je 1.000 Einwohnerinnen und Einwohner in den Versorgungsgebieten und in Brandenburg, 2021

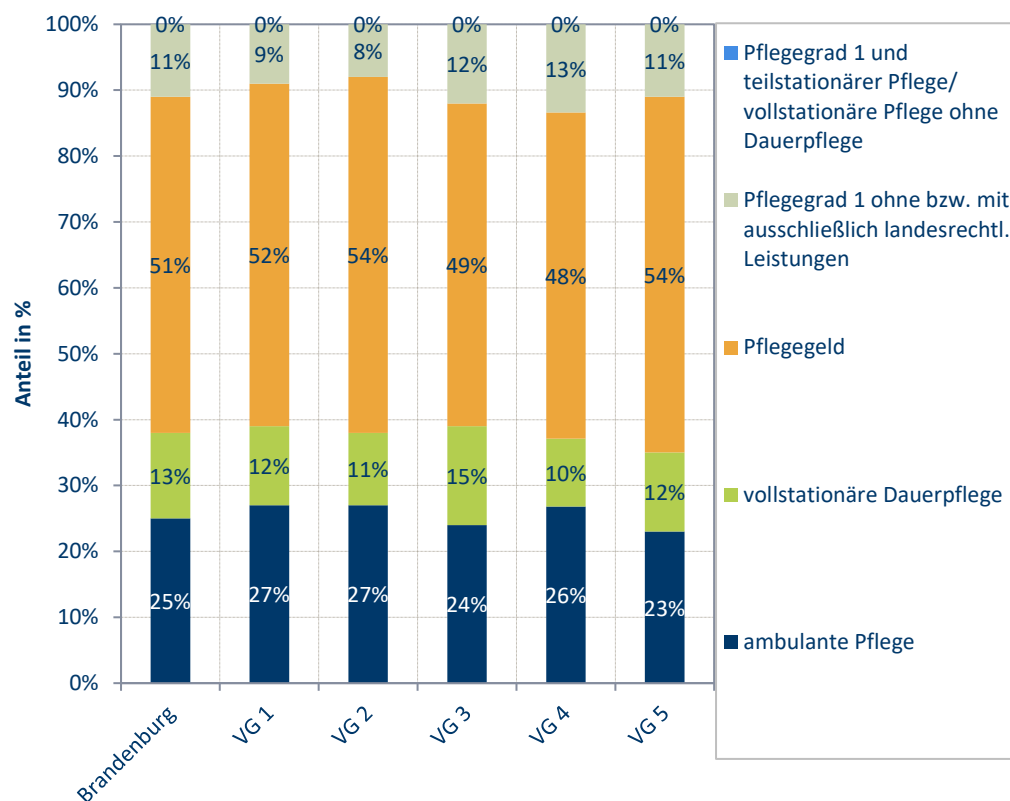


Quelle: IGES/AGENON auf Basis des Statistischer Berichts: Ambulante und stationäre Pflegeeinrichtungen sowie Empfänger von Pflegegeldleistungen im Land Brandenburg 2021

Die Leistungsart variierte dabei nur wenig zwischen den Leistungsempfängerinnen und -empfängern der einzelnen Versorgungsgebiete (Abbildung 12). Den größten Anteil machten in jedem Versorgungsgebiet die Empfängerinnen und Empfänger von Pflegegeld aus, zwischen 48 % im Versorgungsgebiet 4 und 54 % im Versorgungsgebiet 2. In vollstationärer Dauerpflege befanden sich zwischen 10 % der

Leistungsempfängerinnen und -empfänger im Versorgungsgebiet 4 und 15 % im Versorgungsgebiet 3. Auf die ambulante Pflege entfielen zwischen 23 % im Versorgungsgebiet 5 und 27 % in den Versorgungsgebieten 1 und 2.

Abbildung 12: Anteil der Leistungsempfängerinnen und -empfänger nach Leistungsart und Region, 2021



Quelle: IGES/AGENON auf Basis des Statistischer Berichts: Ambulante und stationäre Pflegeeinrichtungen sowie Empfänger von Pflegegeldleistungen im Land Brandenburg 2021.

Anmerkungen: *Pflegegrad 1 und teilstationärer Pflege/ vollstationäre Pflege ohne Dauerpflege. Der Anteil von Pflegegrad 1 und teilstationärer Pflege/vollstationäre Pflege ohne Dauerpflege betrug in Brandenburg, dem Versorgungsgebiet 2 sowie Uckermark und Barnim jeweils 0 % und ist daher nicht dargestellt.

7.2 Angebotskapazitäten im Bereich der Pflege

Im Jahr 2021 gab es in Brandenburg insgesamt 628 Pflegeheime; 45 % davon boten allerdings nur Tagespflege an (Tabelle 12). Zwischen den einzelnen Versorgungsgebieten zeigen sich dabei deutliche Unterschiede der Angebotskapazitäten im Bereich der Pflege. So gab es im Jahr 2021 im Versorgungsgebiet 3 insgesamt 168 Pflegeheime mit 9.389 Plätzen bzw. 8.152 vollstationären Plätzen und damit einen hohen Anteil an (vollstationären) Pflegeheimplätzen je 1.000 Pflegebedürftigen (205 bzw. 178). Im Versorgungsgebiet 2 betrug die Anzahl der Pflegeheimplätze je

1.000 Pflegebedürftige dagegen nur 148 bzw. 124 (vollstationär). Im Versorgungsgebiet 2 wurde in den 93 Pflegeheimen zu 45 % nur Dauerpflege angeboten, in den anderen Versorgungsgebieten lag dieser Anteil deutlich darunter (32 % bis 39 %). Die Anzahl an Pflege- und Betreuungsdiensten ist insbesondere im Versorgungsgebiet 5 mit 299 Angeboten besonders hoch.

Tabelle 12: Kapazitäten im Bereich der Pflege in den Versorgungsgebieten, 2021

Einrichtung	Versorgungsgebiet 1	Versorgungsgebiet 2	Versorgungsgebiet 3	Versorgungsgebiet 4	Versorgungsgebiet 5	Brandenburg
Anzahl Pflege- und Betreuungsdienste	115	119	203	200	299	804
Anzahl Pflegeheime	96	93	168	166	105	628
- davon nur Tagespflege - davon nur Dauerpflege	47 (49%) 31 (32%)	41 (44%) 42 (45%)	68 (40%) 66 (39%)	79 (48%) 55 (33%)	47 (45%) 39 (37%)	282 (45%) 233 (37%)
verfügbare Plätze in Pflegeheimen	5.197	4.215	9.389	7.789	5.578	32.168
davon: vollstationär	4.335 (83%)	3.517 (83%)	8.152 (87%)	6.319 (81%)	4.701 (84%)	27.024 (84%)
Pflegeheimplätze (gesamt) je 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner	1.332	1.377	1.154	1.311	1.286	1.268
Pflegeheimplätze (gesamt) je 1.000 Pflegebedürftige	155	148	205	187	158	174
vollstationäre Pflegeheimplätze je 1.000 Pflegebedürftige	129	124	178	152	133	146

Quelle: IGES/AGENON auf Basis des Statistischen Berichts: Ambulante und stationäre Pflegeeinrichtungen sowie Empfänger von Pflegegeldleistungen im Land Brandenburg 2021

7.3 Ergebnisse aus Experteninterviews und regionalen Arbeitsgruppen zur Versorgung pflegebedürftiger Personen

Zum Themenkomplex Pflege wurden von den Akteurinnen und Akteuren vor Ort mehrfach folgende Aspekte kritisch angeführt:

- ◆ Patienten würden zu frühzeitig aus den Krankenhäusern entlassen, und es wird ein mangelhaftes Entlassungsmanagement beklagt. Beides ziehe eine hohe Nachfrage nach Pflegeleistungen nach sich.
- ◆ Pflegeheime bekämen zunehmend hospizähnlichen Charakter, weil der Anteil der Heimbewohner mit Pflegegrad vier oder fünf zunehme und damit oftmals eine nur kurze Verweildauer einhergehe.
- ◆ Mehrheitlich werden regionale Engpässe in einem oder mehreren der verschiedenen pflegerischen Angebotsformen beklagt (ambulante und stationäre Pflege, Kurzzeit-, Tages-, Nacht- und Übergangspflege). Besondere Problemregion bilde Ostbrandenburg, da die Region strukturschwach und die Überalterung der Bevölkerung stark ausgeprägt sei. Die Nachfrage könne hier kaum gedeckt werden. In einigen Regionen wurde zudem von externen Zugängen von Pflegeheimbewohnerinnen und -bewohnern berichtet, deren vorige Wohnsitze außerhalb der Region bzw. in anderen Bundesländern gelegen haben (z. B. in solchen mit höheren durchschnittlichen Eigenbeteiligungen an den Pflegeheimkosten).²¹ Moniert wurde das Fehlen einer Pflege-Bedarfsplanung, die auch solche regions-externen Zugänge berücksichtige.
- ◆ Neben dem Mangel an Pflegeheimplätzen wurde auch auf Personalengpässe hingewiesen, die vor allem bei der Betreuung schwerer Demenzfälle bestünden. Hierdurch käme es dann notgedrungen zu Unterbringungen in weiter entfernten Einrichtungen – mit negativen Konsequenzen für die Demenzpatienten selbst sowie für die Angehörigen.
- ◆ Der Fachkräftemangel in der Pflege mache sich immer stärker bemerkbar. Erschwerend komme hinzu, dass erfahrene Pflegekräfte sehr gezielt in diejenigen Stellungen wechselten, in denen die Konditionen (Gehalt, Arbeitszeiten, Urlaub, Überstundenausgleich) am besten seien. In diesem Zusammenhang wirke der wachsende Bereich des Fachkräfteleasings mit attraktiven Konditionen als Problembeschleuniger. Hier könnten viele Anbieter aufgrund ihrer Ausrichtung und ihrer Betriebsstrukturen nicht mithalten. Eine negative Folge hoher und zunehmender Anteile von Leasing-Kräften seien zudem Koordinationsmängel, wenn beispielsweise

²¹ Nach Daten des vdek waren zur Jahresmitte 2024 die finanziellen Eigenbeteiligungen von Pflegebedürftigen in Pflegeheimen in Brandenburg durchschnittlich – je nach Berücksichtigung von verweildauerabhängigen Zuschüssen – nur in zwei bzw. drei Bundesländern niedriger, in allen anderen höher (vgl. [20240701 Grafiken Eigenanteile-2.pdf](#), Abruf: 15.01.2025).

existierende hausärztliche Kooperationen zur Betreuung von Pflegeheimbewohnern aus fehlender Kenntnis nicht genutzt wurden.

- ◆ Problematisiert werden auch die langen Anfahrtszeiten, die Pflegediensten im ländlichen Raum entstünden. Die Vergütung schaffe hier keinen ausreichenden Ausgleich, was zur Folge habe, dass die Versorgungsradien kleiner würden, weil die Kosten sonst nicht gedeckt werden könnten. Entsprechend drohe, dass die Versorgung von Patienten außerhalb dieser Radien „auf der Strecke bleibe“.
- ◆ Dass die Übergangspflege in der Versorgungspraxis keine bedeutende Rolle spiele, sei maßgeblich auf den hohen bürokratischen Aufwand bei der Beantragung zurückzuführen.
- ◆ Problematisiert wird ferner, dass die fachliche Leitung von Pflegeeinrichtungen in Brandenburg nur durch studierte Fachkräfte möglich sei, die es aber kaum gebe. Folge sei, dass Leitungspositionen nicht besetzt werden könnten.
- ◆ Die Bearbeitungszeit von Pflegeanträgen dauere noch immer zu lange, woraus eine hohe Belastung für Patienten und Angehörige resultiere. Teilweise erhebliche Verzögerungen gebe es auch bei der Bearbeitung von Anträgen auf „Hilfe zur Pflege“ als Leistung der Sozialhilfe durch die Sozialämter, wodurch sowohl stationäre Pflegeeinrichtungen als auch ambulante Pflegedienste teilweise finanziell belastet würden, weil sie über längere Zeit in Vorleistung gehen müssten. Resultierende Liquiditätsengpässe hätten in einigen Fällen sogar zu Kapazitätsabbau geführt.

Aus dem Spektrum möglicher Lösungsansätze wurden von den regionalen Akteurinnen und Akteuren u. a. benannt:

- ◆ Um die Besetzung von Leitungsposition in der Pflege abzusichern, müsse das Pflegestudium attraktiver werden.
- ◆ Das Fachkräfteleasing müsse mit hoher Dringlichkeit zurückgedrängt werden.
- ◆ Um dem Fachkräftemangel zu begegnen, müsse die Anerkennung der Ausbildung von Pflegefachkräften aus dem Ausland (insbesondere aus Polen und der Ukraine) vereinfacht werden.
- ◆ Als möglicher Lösungsansatz wird des Weiteren die Etablierung von Tagespflege in kleineren Orten nach dem Vorbild des Projektes „Grüntal am Postweg“ (generationsübergreifendes Wohnen und Arbeiten) angeführt.
- ◆ Es wird außerdem vorgeschlagen, Möglichkeiten der Nachtpflege zu schaffen, die analog zur Tagespflege finanziert werden. Auch das Angebot von Kurzzeitpflege durch Krankenhäuser wurde als ein möglicher Lösungsansatz genannt.

- ♦ Es wird vorgeschlagen, mehr ambulant Pflegebedürftige zu Hause über transsektorale, telemedizinische 24/7-Versorgungsansätze zu betreuen, um Pflegefachkräfte zu entlasten und stationäre Aufnahmen zu vermeiden. Als Projektbeispiel wurde das Projekt Stay@Home – Treat@Home (STH) genannt.

8. Ergebnisse der Vertiefungsphase im Versorgungsgebiet 4 (Lausitz-Spreewald)

8.1 Zielsetzung, Themenauswahl und Vorgehen

Für das Versorgungsgebiet 4 Lausitz-Spreewald mit den Landkreisen Oberspreewald-Lausitz, Dahme-Spreewald, Elbe-Elster und Spree-Neiße sowie der kreisfreien Stadt Cottbus fand die erste Projektphase der Versorgungsbedarfsanalysen und regionalen Dialogforen bzw. Arbeitsgruppen bereits im 4. Quartal 2023 statt.²²

Ab März 2024 wurden die Versorgungsbedarfsanalysen und regionalen Dialogforen bzw. Arbeitsgruppen in den übrigen Versorgungsgebiete 1, 2, 3 und 5 durchgeführt. Parallel hierzu fand im Versorgungsgebiet 4 eine zweite Projektphase statt. In dieser Vertiefungsphase wurden das Dialogforum und die Arbeitsgruppen in der Region mit mehreren thematischen Fokussierungen fortgesetzt.

Mit den thematischen Vertiefungen sollten die Herausforderungen in solchen Bereichen der regionalen Gesundheitsversorgung mit und von den Beteiligten detaillierter erörtert werden, in denen ein besonders hoher und dringlicher Handlungsbedarf gesehen wird. Gemeinsamer Ausgangspunkt der Arbeitsgruppen war die Erkenntnis, dass den identifizierten Handlungsbedarfen unter den gegenwärtigen Rahmenbedingungen bzw. ohne Veränderungen in der Organisation der regionalen Versorgung zukünftig nicht im ausreichenden Maß entsprochen werden kann. Hieraus ergaben sich zwei Aufgaben für die Arbeitsgruppen:

- ♦ Die erste Aufgabe der Arbeitsgruppen bestand darin, die identifizierten Handlungsbedarfe zu kontextualisieren, zu bewerten und schließlich so zu strukturieren, dass auf ihrer Grundlage bedarfs- und zielorientierte Handlungskonzepte entwickelt werden können.
- ♦ Als zweite Aufgabe sollten in den Arbeitsgruppen mögliche Lösungsansätze diskutiert und bewertet werden, die primär regional umsetzbare Gestaltungsalternativen für die Organisation der Versorgung vor Ort aufzeigen. Im Ergebnis sollten Lösungsansätze ausgewählt werden, mit denen nach Einschätzung der Beteiligten dem zuvor aufgezeigten Handlungsbedarf möglichst weitgehend entsprochen werden kann. Dabei sollten – soweit vorhanden – regionalspezifische Ideen und Projektansätze mit Blick auf die aktuellen und zukünftigen Herausforderungen für die Versorgung vor Ort weiterentwickelt werden.

Idealerweise sollten ausgewählte Lösungsansätze in den Arbeitsgruppen so weit beschrieben und konkretisiert werden, dass sich aus ihnen ein Umsetzungskonzept für die Akteurinnen und Akteure vor Ort, beispielsweise auch im Rahmen eines

²² Der Gesamtbericht zu den Ergebnissen dieser ersten Projektphase sowie die vier Teilberichte für die einzelnen Regionen (für die Stadt Cottbus und den Landkreis Spree-Neiße gab es eine gemeinsame Arbeitsgruppe) sind unter <https://www.nppv-iges.de/> online abrufbar.

regionalen Modellprojekts, ableiten lässt. Je nach Bereich und Komplexität des Themas wurde dies in unterschiedlichen Ausmaßen erreicht (s. Folgendes).

Auf der Grundlage der Arbeitsgruppen-Ergebnisse der ersten Projektphase wurden – in Abstimmung mit dem MGS und der WFBB – die folgenden Vertiefungsthemen für die zweite Projektphase im Versorgungsgebiet 4 ausgewählt:

1. (Neu-) Justierung der stationären Versorgung bei zunehmender Ambulantisierung
2. Entlastung und Sicherung (vertrags-) ärztlicher Behandlungskapazitäten inkl. Weiterbildung/Nachwuchssicherung
3. Rettungsdienst/Akut- und Notfallversorgung und Patiententransporte

Für jedes dieser drei Vertiefungsthemen wurde eine eigene Arbeitsgruppe eingerichtet. Die personelle Zusammensetzung der Arbeitsgruppen wurde in einem zweistufigen Verfahren festgelegt: In einem ersten Schritt wählten IGES/AGENON in Abstimmung mit dem MGS und der WFBB von den Teilnehmerinnen und Teilnehmern der ersten Projektphase eine begrenzte Zahl von Personen aus, die nach ihrer Einschätzung einen besonders ausgeprägten Bezug zum jeweiligen Arbeitsgruppenthema aufweisen. Diese Personen wurden vorab kontaktiert und um Teilnahme gebeten. In einem zweiten Schritt hatten alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer der ersten Projektphase die Möglichkeit, sich – je nach eigenem Interesse – zu den Arbeitsgruppensitzungen anzumelden.

Die ersten Arbeitsgruppensitzungen wurden jeweils in Präsenz durchgeführt, die nachfolgenden teilweise im Online-Format als Videokonferenzen. Die folgende Übersicht zeigt die terminliche Abfolge aller Arbeitsgruppensitzungen im Versorgungsgebiet 4 (Tabelle 13).

Tabelle 13: Terminliche Abfolge der Arbeitsgruppensitzungen im VG 4

Veranstaltungen	Termine
Vertiefungsthema Ambulantisierung	
Arbeitsgruppe	7. Oktober 2024 (14:30 – 17:00 Uhr) in Cottbus
2. Arbeitsgruppe	4. November 2024 (16:00 – 18:00 Uhr) in Cottbus
3. Arbeitsgruppe	5. Dezember 2024 (16:00 – 18:00 Uhr) online
Vertiefungsthema Weiterbildung	
Arbeitsgruppe	31. Juli 2024 (15:00 – 17:30 Uhr) in Finsterwalde
2. Arbeitsgruppe	30. Oktober 2024 (15:00 – 17:30 Uhr) in Finsterwalde
3. Arbeitsgruppe (1. Teil)	21. November 2024 (14:30 – 16:30 Uhr) online
3. Arbeitsgruppe (2. Teil)	18. Dezember 2024 (15.00 – 15.45 Uhr) online
Vertiefungsthema NAV/RD	
Arbeitsgruppe	30. September 2024 (14:30 – 17:00 Uhr) in Cottbus
2. Arbeitsgruppe	17. Oktober 2024 (16:00 – 18:00 Uhr) online
3. Arbeitsgruppe	2. Dezember 2024 (16:00 – 18:00 Uhr) online
Dialogveranstaltung	11. Dezember 2024 (15.00 – 16.30 Uhr) in Cottbus

Quelle: IGES/AGENON

Eine Herausforderung für alle drei Arbeitsgruppen bestand darin, dass für ihre Themen und die damit verbundenen Fragestellungen die zeitlich parallel verlaufende Gesetzgebung auf Bundesebene von grundlegender Relevanz war. Dies betraf insbesondere die Gesetzgebungspläne für eine große Krankenhausreform, konkret das Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVVG), das am 17. Oktober 2024 vom Bundestag beschlossen wurde. Erst nachdem sich im Bundesrat am 22. November 2024 keine Mehrheit für einen Antrag auf Einberufung des Vermittlungsausschusses ergab, wurde das Gesetz im Dezember 2024 verkündet und tritt zu Jahresbeginn 2025 in Kraft. Andere für die Arbeitsgruppenthemen relevante Gesetzgebungsvorhaben, insbesondere ein geplantes Gesetz zur Reform der Notfallversorgung (ggf. unter Einschluss des Rettungsdienstes), fallen hingegen nach dem vorzeitigen Ende der Regierungskoalition unter das Diskontinuitätsprinzip.

Eine Umsetzung der Gesetzgebungspläne und -prozesse hat das Potenzial, die Rahmenbedingungen für die stationäre Versorgung und in Verbindung damit für die Ambulantisierung und die ärztliche Weiterbildung sowie für die Notfallversorgung und den Rettungsdienst – direkt oder mittelbar – substantiell zu verändern. So betreffen zentrale Inhalte des KHVVG u. a. das Ziel einer Leistungskonzentration auf weniger Standorte in der stationären Versorgung sowie veränderte Möglichkeiten für Krankenhäuser, sich an der ambulanten Versorgung zu beteiligen. Die möglichen Konsequenzen der Gesetzgebung waren daher zwangsläufig Gegenstand der

Diskussionen in den Arbeitsgruppen. Teilweise ergaben sich aus den Einschätzungen der Beteiligten Erkenntnisse für das MGS, welche dieses in seinen Verhandlungen mit der Bundesebene zum KHVVG argumentativ verwenden konnte, beispielsweise in Bezug auf die Voraussetzungen für die sog. – und speziell in Brandenburg häufigen – Sicherstellungskrankenhäuser, an der Notfallversorgung teilzunehmen und erweiterte Möglichkeiten zur Teilnahme an der ambulanten Versorgung nutzen zu können.

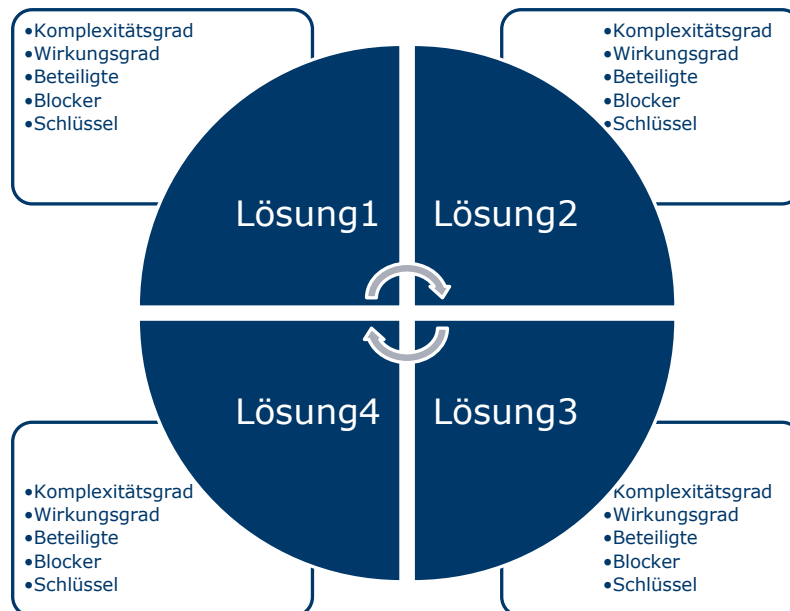
Gleichzeitig wurde in den Arbeitsgruppen ein regionaler Fokus angestrebt. Das heißt, im Mittelpunkt standen regionale Gestaltungsspielräume, die auch unabhängig von der Gesetzgebung auf Bundesebene bestehen oder sich eröffnen lassen. Zu den Leitfragen der Arbeitsgruppen zählten u. a. die folgenden:

- ◆ Welche Kooperationspotentiale sehen die Beteiligten für sich selbst?
- ◆ Welche Hürden sollten/könnten beseitigt werden? Wer kann das tun?
- ◆ Welche Versorgungslösungen sind in der Region bereits in der Diskussion / in der Planung / in der Umsetzung?
- ◆ Auf welche Änderungen kann man sich schon einstellen?
- ◆ Wo kann die Landesregierung / das MGS unterstützen?

Zur inhaltlichen Strukturierung der Arbeitsgruppen wurde folgendes Vorgehen gewählt: Die Konkretisierung der jeweils themenbezogenen Versorgungs- und Handlungsbedarfe stellt den ersten Schritt dar. Hierbei ist zu klären bzw. zu diskutieren, in welcher Beziehung diese zueinanderstehen (z. B. über-, gleich- oder nachgeordnet). Im zweiten Schritt sind den einzelnen Versorgungs- und Handlungsbedarfen auf die Region zugeschnittene Lösungsansätze zuzuordnen. Zur Beschreibung und Bewertung dieser Lösungsansätze werden folgende Kriterien herangezogen (Abbildung 13):

- ◆ Komplexitätsgrad: Für wie schwierig wird eine Umsetzung erachtet? In welchem Zeitraum ist das Ziel erreichbar?
 - ◆ Wirkungsgrad: Welcher Effekt auf die Versorgung wird erwartet? Welche Bereiche werden entlastet?
 - ◆ Beteiligte: Wer ist einzubeziehen?
 - ◆ Blocker: Welches sind die entscheidenden Hürden? Wer oder was verhindert die Umsetzung?
 - ◆ Schlüssel: Welches ist der Schlüssel zum Erfolg? Wer hat diesen in der Hand?
-

Abbildung 13: Ansatz zur inhaltlichen Strukturierung der Arbeitsgruppen in Versorgungsgebiet 4



Quelle: IGES/AGENON

Bei Bedarf werden ergänzende Datenanalysen durchgeführt, insoweit ihre Ergebnisse den Konkretisierungs- und Bewertungsprozess unterstützen können.

Die Ergebnisse der Arbeitsgruppen sollen als Vorlage zur Einleitung von konkreten Umsetzungsmaßnahmen dienen und vom MGS für Zwecke der Krankenhausplanung genutzt werden können.

Nach Abschluss der Arbeitsgruppen zeigt sich, dass – abhängig vom Komplexitätsgrad und den unterschiedlichen Entwicklungsgraden von Lösungskonzepten – die Bedarfskonkretisierungen sowie die Bewertung und Weiterentwicklung von Lösungsansätzen bis hin zur Umsetzungsreife in unterschiedlichem Ausmaß gelungen ist. Das Vorgehen in den drei Arbeitsgruppen wurde in Abhängigkeit von den unterschiedlichen themenspezifischen Rahmenbedingungen variiert und flexibel an den jeweiligen Diskussionsverlauf und Arbeitsfortschritt angepasst.

Die Ergebnisse der Arbeitsgruppen der Vertiefungsphase entsprechen daher – anders als beispielsweise die datenbasierten Teile der ersten Projektphase – keinem Standardformat, sondern gestalten sich themenspezifisch unterschiedlich.

Im Folgenden werden die Ergebnisse der drei Arbeitsgruppen zu den Vertiefungsthemen dargestellt.

8.2 Ergebnisse der Arbeitsgruppe „Ambulantisierung“

Das Vertiefungsthema (Neu-)Justierung der stationären Versorgung bei zunehmender Ambulantisierung kennzeichnet vor dem Hintergrund der aktuellen

Krankenhausreform einen sowohl grundlegenden als auch dringlichen Handlungsbedarf. Es ist – unabhängig von den noch ausstehenden Konkretisierungen – davon auszugehen, dass das mittlerweile beschlossene Reformgesetz (KHVVG) durch eine Reihe von Neuregelungen den Druck zur Konzentration stationärer Leistungsangebote auf weniger Standorte verstärken wird. Darüber hinaus wird mit dem Gesetz das Ziel verfolgt, dass „leichtere“ stationäre Fälle (z. B. mit relativ geringen Verweildauern und/oder geringer Komplexität) zukünftig zunehmend ambulant versorgt werden. Im Zuge dessen erhalten Krankenhäuser erweiterte rechtliche Möglichkeiten, sich an der ambulanten Versorgung zu beteiligen (u. a. in Form sog. sektorenübergreifender Versorgungseinrichtungen bzw. als „Level II-Krankenhäuser“).

Mit einer zunehmenden Verlagerung von Teilen der bisherigen stationären Versorgung in den ambulanten Bereich verbinden sich zahlreiche Fragen und Herausforderungen, die im Rahmen der Arbeitsgruppe diskutiert wurden. Um dieser Diskussion einen konkreten regionalen Bezug zu ermöglichen, wurde als Diskussionsgrundlage eine Datengrundlage erstellt, welche das Ambulantisierungspotenzial in der Region anhand einer ausgewählten Patientengruppe und diesbezügliche Versorgungskapazitäten detailliert beschreibt. Hierfür wurden im Vorfeld ergänzende Datenanalysen durchgeführt, deren Ergebnisse zunächst dargestellt werden. Auf dieser Basis wurden Chancen, vor allem aber auch Hemmnisse und Herausforderungen der Ambulantisierung in der Arbeitsgruppe diskutiert. Die Diskussionen reflektierten teilweise sehr deutlich die bestehenden sektoralen Trennlinien zwischen den Versorgungsbereichen. Für den Abschluss der Arbeitsgruppe wurde ein möglicher Entwicklungsrahmen für regionale Ambulantisierungsprozesse beschrieben, dem das Spektrum an Argumenten und Diskussionsbeiträgen zugeordnet wurde. Die wesentlichen Punkte des Austauschs in den Arbeitsgruppen konnten auf diese Weise abgebildet und strukturiert werden. Der Entwicklungsrahmen für regionale Ambulantisierungsprozesse wurde in der abschließenden Arbeitsgruppensitzung diskutiert.

8.2.1 Konkretisierung von Ambulantisierungspotenzialen

Zur beispielhaften Konkretisierung des regionalen Ambulantisierungspotenzials wurde auf die Analyseergebnisse aus der ersten Projektphase zurückgegriffen. Für das Versorgungsgebiet 4 wurde auf Basis des AOP-Gutachtens das längerfristige Potenzial ambulantisierbarer Krankenhausfälle – unter Berücksichtigung relevanter Kontextfaktoren – differenziert nach Diagnosebereichen ermittelt (Abbildung 14). Für die beispielhafte Konkretisierung wurde der Diagnosebereich „Krankheiten des Verdauungssystems“ ausgewählt, der mit knapp 3.400 Fällen (bezogen auf das Datenjahr 2022) die zweitgrößte Anzahl ambulantisierbarer Fälle im Versorgungsgebiet 4 aufwies.

Abbildung 14: Anzahl ambulantisierbarer Krankenhausfälle nach Diagnosekapitel im Versorgungsgebiet 4

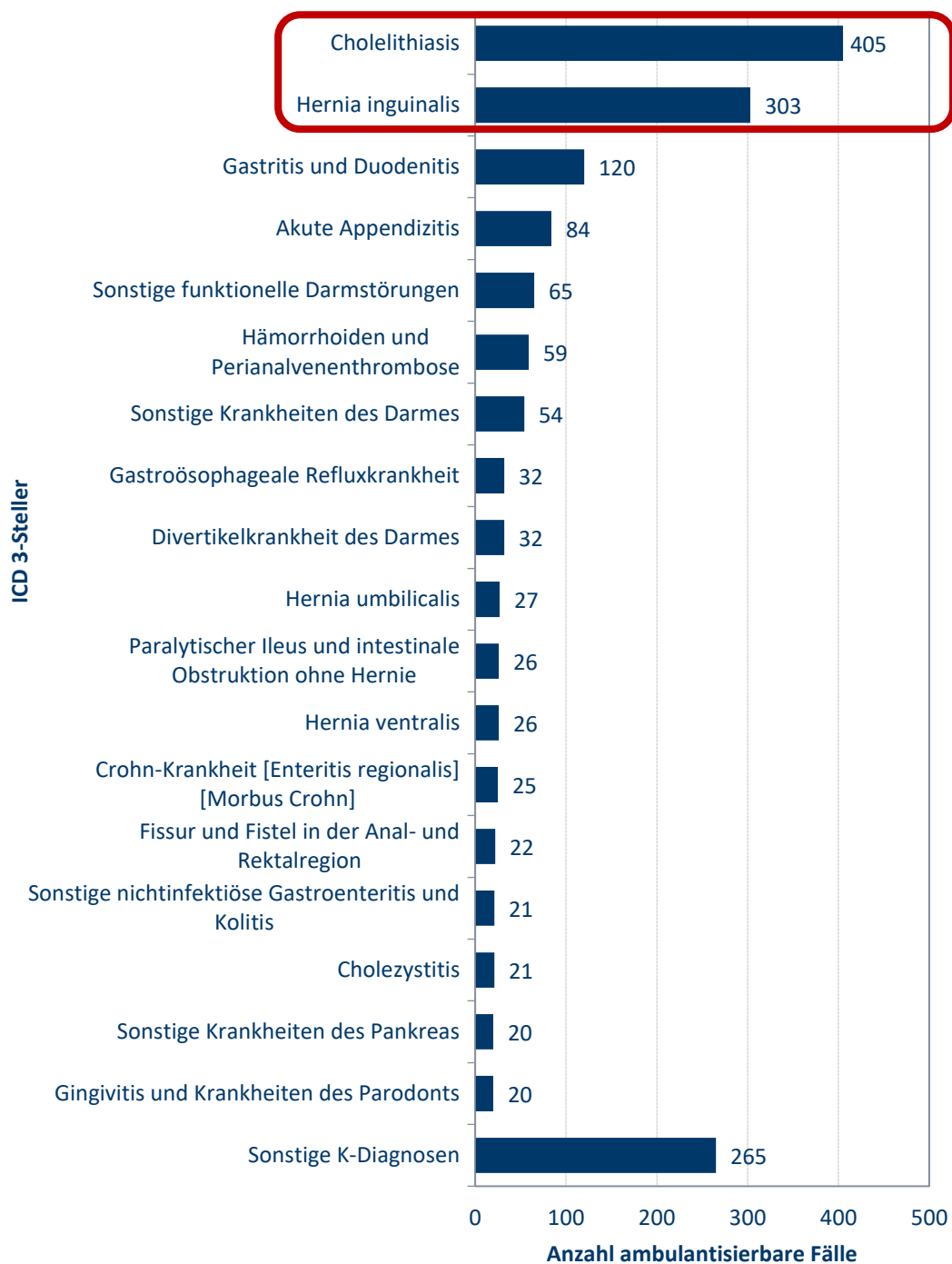


Quelle: IGES/AGENON auf Basis von Daten des MGS

Anmerkung: Fälle mit Wohn- und Behandlungsort im Versorgungsgebiet 4, Datenjahr: 2022

Die weitere Betrachtung des Ambulantisierungspotenzials wurde zudem regional eingeschränkt auf die Stadt Cottbus und den diese umgebenden Landkreis Spree-Neiße. Für die Kliniken dieser Teilregion konnten bezogen auf das Jahr 2023 insgesamt 1.627 ambulantisierbare Fälle mit Erkrankungen der Verdauungsorgane ermittelt werden. Eine verfeinerte Differenzierung der Diagnosen (ICD-3-Steller) zeigt, dass es sich hierbei überwiegend um Fälle mit Gallensteinen und Hernien handelte (Abbildung 15).

Abbildung 15: Anzahl ambulantisierbarer Krankenhausfälle mit Erkrankungen der Verdauungsorgane in den Kliniken in Cottbus und Spree-Neiße, 2023



Eine noch stärker differenzierende Betrachtung der Diagnosen der als ambulantisierbar eingestuften Krankenhausfälle zeigt Folgendes:

- ♦ Gallensteine: überwiegend Gallenblasensteine und Fälle ohne Gallenwegsobstruktion,
- ♦ Hernien: überwiegend Leistenhernien und ohne Einklemmungen oder Gangrän,
- ♦ Gastritis/Duodenitis: überwiegend sonstige akute Gastritis sowie n.n.b. chronische Gastritis,
- ♦ Appendizitis: überwiegend n.n.b. akute A. oder mit lokalisierter Peritonitis ohne Perforation und Ruptur.

Knapp 45 % dieser Fälle wurden in Cottbus stationär behandelt, knapp 22 % am Klinikstandort in Spremberg und jeweils rd. 17 % an den Standorten Forst und Guben (Tabelle 14).

Tabelle 14: Verteilung der ambulantisierbaren Krankenhausfälle mit Erkrankungen der Verdauungsorgane auf die Kliniken in Cottbus und Spree-Neiße, 2023

Klinikstandort	Anzahl Fälle	Anteil Fälle
Cottbus	727	44,7%
Spremberg	354	21,8%
Forst	277	17,0%
Guben	269	16,5%

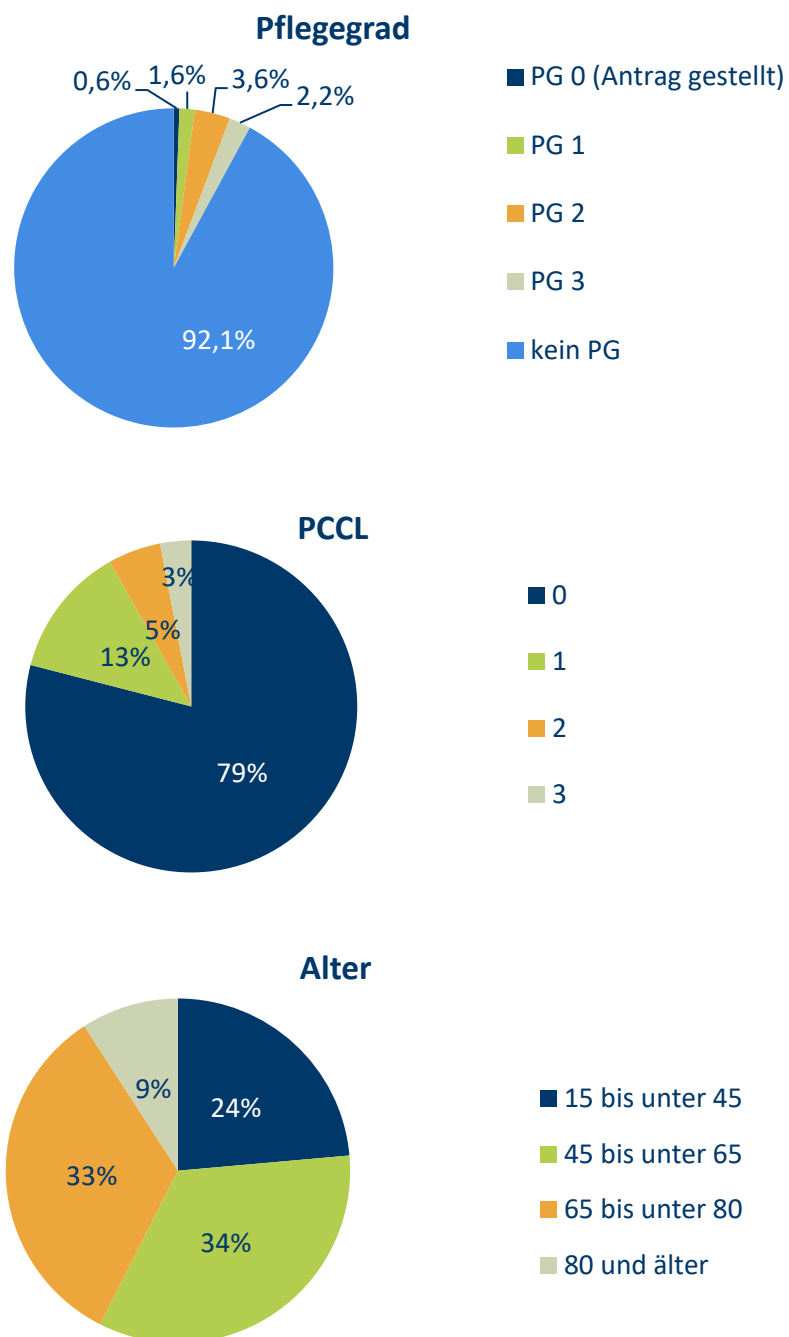
Quelle: IGES/AGENON auf Basis von Daten des MGS

Von den insgesamt 1.627 als ambulantisierbar eingestuften Fällen mit Erkrankungen der Verdauungsorgane in den Kliniken in Cottbus und im Landkreis Spree-Neiße hatten 1.225 Fälle im Jahr 2023 auch ihren Wohnsitz in dieser Region.

Diese Fälle lassen sich anhand ausgewählter Charakteristika näher beschreiben. Von diesen Fällen hatten ca. zwei Drittel (67 %) kurze Verweildauern zwischen einem und maximal drei Tagen (sog. „Kurzlieger“).

Darüber hinaus waren die Patienten dieser Fälle weit überwiegend nicht pflegebedürftig im Sinne des SGB XI (kein Pflegegrad) und ihre Fälle hatten überwiegend keinen klinischen Komplexitätsgrad (PCCL = 0) (Abbildung 16). Die Patienten verteilten sich zu fast gleichen Teilen (rd. je ein Drittel) auf die Altersgruppen 45 bis unter 65 sowie 65 bis unter 80 Jahre. Knapp ein Viertel von ihnen war jünger als 45 Jahre, knapp 10 % waren 80 Jahre und älter.

Abbildung 16: Patientencharakteristika der ambulantisierbaren Fälle mit Erkrankungen der Verdauungsorgane sowie Wohn- und Behandlungsort in Cottbus und Spree-Neiße, 2023

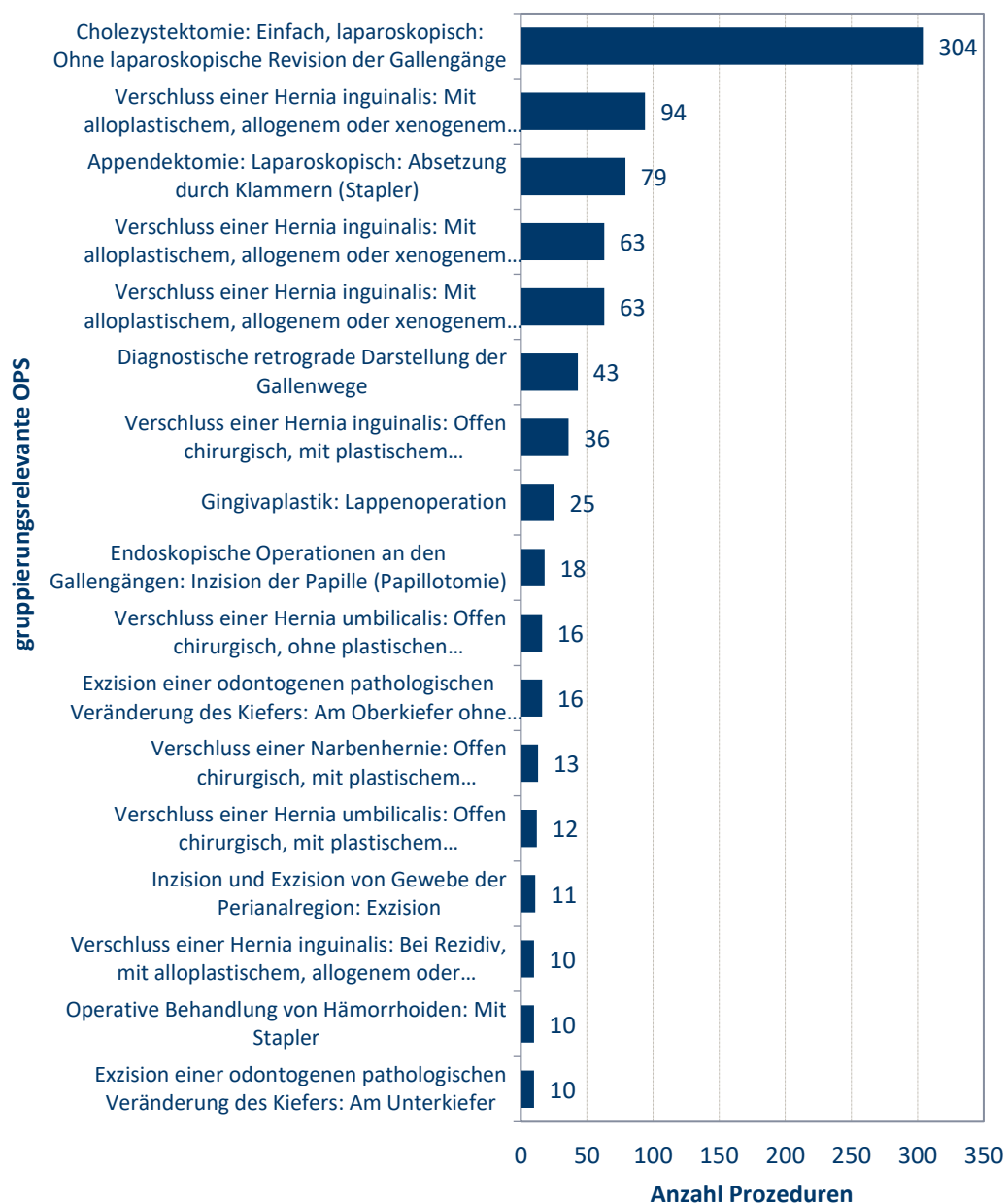


Quelle: IGES/AGENON auf Basis von Daten des MGS

Anmerkung: PG = Pflegegrad, PCCL = Patient Clinical Complexity Level (patientenbezogener Gesamtschweregrad)

Die häufigsten stationären Behandlungen, welche diese Patienten erhielten, waren einfache laparoskopische Gallenblasenentfernungen (Cholezystektomien) und Leistenbruch-Operationen (Hernienverschlüsse) (Abbildung 17).

Abbildung 17: Art und Häufigkeit stationärer Behandlungsleistungen ambulantisierbarer Fälle mit Erkrankungen der Verdauungsorgane sowie Wohn- und Behandlungsort in Cottbus und Spree-Neiße, 2023



Quelle: IGES/AGENON auf Basis von Daten des MGS

Anmerkung: Gezählt wurden nur gruppierungsrelevante Prozeduren, also diejenigen, die für die DRG-Abrechnung maßgeblich und somit fallprägend waren.

Nach Konkretisierung und Beschreibung des ambulanten Potenzials in der stationären Versorgung für den ausgewählten Diagnosebereich in der Region Cottbus/Spree-Neiße wurden im nächsten Analyseabschnitt die bestehenden ambulanten Versorgungskapazitäten in diesem Bereich bzw. in dieser Region in den Blick genommen.

Zunächst wurde ermittelt, welche der häufigen stationär durchgeführten Prozeduren der als ambulantisierbar eingestuften Fälle mit Erkrankungen der Verdauungsorgane bereits gegenwärtig als AOP-Leistung (gemäß § 115b SGB V) ambulant in den Krankenhäusern erbracht werden. Grundlage hierfür sind die Daten der Qualitätsberichte der Krankenhäuser für das Jahr 2022. Demnach sind die mit Abstand am häufigsten von den Krankenhäusern ambulant durchgeführten Prozeduren in diesem Bereich diagnostische Koloskopien (481) und die endoskopische Abtragung von Schleimhautwucherungen (Polypen) aus dem Dickdarm (238) (Tabelle 15). Die aufgeführten ambulanten Behandlungen werden zum größten Teil am Standort Spremberg erbracht. Einige seltenere Leistungen werden ausschließlich in Cottbus durchgeführt (z. B. die diagnostische Blasenspiegelung). Auf Guben entfällt rd. ein Fünftel der von Krankenhäusern ambulant durchgeführten Hernienverschlüsse in der Region.

Tabelle 15: Art und Häufigkeit der von den Kliniken in Cottbus/Spree-Neiße ambulant durchgeführten Prozeduren gemäß § 115b SGB V (AOP) bei Erkrankungen der Verdauungsorgane, 2022

OPS		insg.	Spre- berg	Cott- bus	Guben
1-650.0 1-650.1 1-650.2	Diagnostische Koloskopie (partiell; total, bis Zäkum/mit Ileoskopie)	481	86,5%	13,5%	
5-452.60 5-452.61 5-452.62	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes: Exzision, endoskopisch, einfach (Push-Technik): Exzision ohne weitere Maßnahmen, Polypektomie von 1-2/mehr als 2 Polypen mit Schlinge	238	96,6%	3,4%	
1-672	Diagnostische Hysteroskopie	96	87,5%	12,5%	
1-444.6 1-444.7	Endoskopische Biopsie am unteren Verdauungstrakt: Stufenbiopsie/1 bis 5 Biopsien	69	65,2%	34,8%	
5-530.1 5-530.33 5-534.1	Verschluss einer Hernia inguinalis: Offen chirurgisch, mit plastischem Bruchpfortenverschluss/Mit alloplastischem, allogenen oder xenogenem Material: Offen chirurgisch, epifaszial (anterior) Verschluss einer Hernia umbilicalis: Offen chirurgisch, mit plastischem Bruchpfortenverschluss	53	67,9%	9,4%	22,6%

OPS		insg.	Sprem- berg	Cott- bus	Guben
1-694	Diagnostische Laparoskopie (Peritoneo- skopie)	49	100,0%		
5-241.0	Gingivaplastik: Lappenoperation	24		100,0%	
5-243.0	Exzision einer odontogenen pathologi- schen Veränderung des Kiefers: Am Ober- kiefer ohne Eröffnung der Kieferhöhle	19		100,0%	
1-661	Diagnostische Urethrozystoskopie	8		100,0%	

Quelle: IGES/AGENON auf Basis von Daten der strukturierten Qualitätsberichte der Krankenhäuser (sQB)

Zur Beschreibung der für das beschriebene Ambulantisierungspotenzial relevanten vertragsärztlichen Versorgungskapazitäten wurden den häufigsten gruppierungsrelevanten Prozeduren (OPS) der zuvor betrachteten stationären Fälle die ihnen entsprechenden EBM-Vergütungspositionen zugeordnet. Da die meisten der gruppierungsrelevanten OPS der stationären Fälle mit Ambulantisierungspotenzial im aktuellen AOP-Katalog enthalten sind, ist eine Zuordnung der EBM-Positionen gemäß Anhang 2 EBM möglich (Tabelle 16).

Tabelle 16: Zuordnung von EBM-Positionen gemäß Anhang 2 zu den häufigsten gruppierungsrelevanten stationären Prozeduren der ambulantisierbaren Fälle mit Erkrankungen der Verdauungsorgane

OPS	Titel	Häufigkeit	EBM-Position
5-511.11	Cholezystektomie: Einfach, laparoskopisch: Ohne laparoskopische Revision der Gallengänge	304	31164 Endoskopischer Visceralchirurgischer Eingriff der Kategorie G4
5-530.33	Verschluss einer Hernia inguinalis: Mit alloplastischem, allogenem oder xenogenem Material: Offen chirurgisch, epifaszial (anterior)	94	31153 Visceralchirurgischer Eingriff der Kategorie F3
5-470.11	Appendektomie: Laparoskopisch: Absetzung durch Klammern (Stapler)	79	31163 Endoskopischer Visceralchirurgischer Eingriff der Kategorie G3
5-530.31	Verschluss einer Hernia inguinalis: Mit alloplastischem, allogenem oder xenogenem Material: Laparoskopisch transperitoneal [TAPP]	63	31163 Endoskopischer Visceralchirurgischer Eingriff der Kategorie G3
5-530.32	Verschluss einer Hernia inguinalis: Mit alloplastischem, allogenem oder xenogenem Material: Endoskopisch total extraperitoneal [TEP]	63	31163 Endoskopischer Visceralchirurgischer Eingriff der Kategorie G3
1-640	Diagnostische retrograde Darstellung der Gallenwege	43	13430 Zusatzpauschale bilio-pankreatische Diagnostik
5-530.1	Verschluss einer Hernia inguinalis: Offen chirurgisch, mit plastischem Bruchpfortenverschluss	36	31154 Visceralchirurgischer Eingriff der Kategorie F4
5-241.0	Gingivaplastik: Lappenoperation	25	31221 Eingriff der MKG-Chirurgie der Kategorie M1

Quelle: IGES/AGENON auf Basis des EBM und von Daten des MGS (Häufigkeit 2023)

Auf Basis dieser Zuordnung ergeben sich 13 verschiedene EBM-Gebührenordnungspositionen (GOP) für die häufigsten stationären OPS-Leistungen bei ambulantisierbaren Fällen mit Erkrankungen der Verdauungsorgane (mit einer Häufigkeit von mindestens 5) (Tabelle 17).

Tabelle 17: EBM-Gebührenordnungspositionen für die häufigsten stationären OPS-Leistungen bei ambulantisierbaren Fällen mit Erkrankungen der Verdauungsorgane sowie Wohn-/Behandlungsort in Cottbus/Spree-Neiße (2023)

OPS-Häufigkeit stationär* (2023)	EBM-Ziffer	Titel
318	31164	Endoskopischer Visceralchirurgischer Eingriff der Kategorie G4
212	31163	Endoskopischer Visceralchirurgischer Eingriff der Kategorie G3
107	31153	Visceralchirurgischer Eingriff der Kategorie F3
62	13430	Zusatzpauschale bilio-pankreatische Diagnostik
53	31154	Visceralchirurgischer Eingriff der Kategorie F4
51	31221	Eingriff der MKG-Chirurgie der Kategorie M1
29	31172	Proktologischer Eingriff der Kategorie H2
28	31152	Visceralchirurgischer Eingriff der Kategorie F2
18	13431	Zusatzpauschale bilio-pankreatische Therapie
15	31155	Visceralchirurgischer Eingriff der Kategorie F5
8	31171	Proktologischer Eingriff der Kategorie H1
5	13421	Zusatzpauschale Koloskopie + 13423 Zusätzliche Leistung(en) im Zusammenhang mit den Gebührenordnungspositionen 13421 und 13422
5	31173	Proktologischer Eingriff der Kategorie H3

Quelle: Quelle: IGES/AGENON auf Basis von Daten des MGS

Anmerkung: * = der Krankenhausstandorte in Cottbus und im LK Spree-Neiße (5)

Nach Zuordnung der „passenden“ EBM-GOPs wurde auf Basis von Daten der AOK Nordost ermittelt, wie häufig und von welcher Arztgruppe diese EBM-Leistungen im Jahr 2022 im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung ambulant durchgeführt wurden. Dabei ist zu berücksichtigen, dass mit den Daten der AOK Nordost lediglich rd. ein Fünftel der gesetzlich Versicherten in Brandenburg erfasst

werden²³, so dass die Ergebnisse weniger im Hinblick auf das Niveau aussagekräftig sind, sondern mehr im Hinblick auf die Relationen zwischen den Arztgruppen.

Demnach wurden diese EBM-Leistungen im Jahr 2022 bei Versicherten der AOK Nordost knapp 900-mal erbracht, fast ausschließlich in Cottbus und zu einem Anteil von knapp 62 % von chirurgischen Arztgruppen und zu 38 % von Gastroenterologen (Tabelle 18). Differenziert nach Leistungsarten zeigt sich, dass es sich bei den Leistungen am häufigsten um Koloskopien handelte (rd. 81 %). Viszeralchirurgische Eingriffe (Kategorien F2-F4) hatten einen Anteil von ca. 14 % und proktologische Eingriffe (Kategorien H1-H3) von rd. 4 % (Tabelle 19).

Tabelle 18: Häufigkeit der 13 ausgewählten EBM-Leistungen bei Versicherten der AOK Nordost in Cottbus und Spree-Neiße nach Region und Arztgruppen, 2022

Region	Arztgruppe	Anzahl	Anteil
Cottbus, Stadt	Chirurgie	422	47,3%
	Thoraxchirurgie	125	14,0%
	Gefäßchirurgie	5	0,6%
	Chirurgie insg.	552	61,8%
	Gastroenterologie	339	38,0%
Sprenberg	Innere Medizin/ Rheumatologie	2	0,2%
insgesamt		893	100,0%

Quelle: IGES/AGENON auf Basis von Daten der AOK Nordost

²³ Der Marktanteil der AOK Nordost in Brandenburg lag zuletzt bei rd. 21,8 % (vgl. [Die AOK-Gemeinschaft | AOK Presse](#), Abruf: 18.12.2024).

Tabelle 19: Häufigkeit der 13 ausgewählten EBM-Leistungen bei Versicherten der AOK Nordost in Cottbus und Spree-Neiße nach Leistungsarten und Fachgebieten, 2024

EBM-Nr.	EBM-Leistung	Fachgebiete	Abrechnungshäufigkeit	Anteil
31152-31154	Visceralchirurgische Eingriffe der Kategorien F2-F4	Chirurgie Thoraxchirurgie	128	14,3%
31171-31173	Proktologische Eingriffe der Kategorien H1-H3	Chirurgie Gefäßchirurgie	38	4,3%
13421	Zusatzpauschale Koloskopie + 13423 Zusätzliche Leistung(en) im Zusammenhang mit den Gebührenordnungspositionen 13421 und 13422	Chirurgie Thoraxchirurgie Gastroenterologie	727	81,4%

Quelle: IGES/AGENON auf Basis von Daten der AOK Nordost

Abschließend wurden die personellen vertragsärztlichen Versorgungskapazitäten in den gemäß obiger Auswertung beteiligten Fachgebieten ermittelt. Demnach gab es im Jahr 2022 in Cottbus knapp 20 Ärztinnen und Ärzte (VZÄ) in den Fachgebieten Chirurgie und Orthopädie mit einer durchschnittlichen Fallzahl von knapp 4.600 je VZÄ; in Spree-Neiße sind es etwas mehr als neun Ärztinnen und Ärzte (VZÄ) mit einer höheren durchschnittlichen Fallzahl von knapp 5.400 je VZÄ (Tabelle 20). Der Bereich Chirurgie und Orthopädie umfasst

- ♦ in Cottbus die Fachgruppen (Arztzahlen 2022): Chirurgie (5), Gefäß-, Visceral- und Thorax-/Kardiovascularchirurgie (je 1), Orthopädie und Unfallchirurgie (11) und SP Unfallchirurgie (5);
- ♦ im Landkreis Spree-Neiße (Arztzahlen 2022): Chirurgie (3), Gefäßchirurgie (1), Plastische Chirurgie (1), Orthopädie und Unfallchirurgie (10) und SP Unfallchirurgie (1).

In der Inneren Medizin und Gastroenterologie gibt es in beiden Regionen deutlich geringere vertragsärztliche Kapazitäten: In Cottbus gibt es in diesen Fachgebieten drei Ärztinnen und Ärzte (VZÄ), in Spree-Neiße knapp einen Arzt bzw. Ärztin (VZÄ). Die Fallzahlen je VZÄ sind in Cottbus mit rd. 4.200 etwas geringer als bei den Arztgruppen Chirurgie und Orthopädie, in Spree-Neiße deutlich geringer mit knapp 2.800 je VZÄ.

Tabelle 20: Vertragsärztliche Versorgungskapazitäten in Cottbus und Spree-Neiße in den beteiligten Arztgruppen, 2022

	Anzahl Ärztin- nen und Ärzte (Köpfe)	Anzahl Ärztinnen und Ärzte (VZÄ)	Anzahl Fälle	Anzahl Fälle je VZÄ
Cottbus				
Chirurgie und Orthopädie	24	19,6	89.786	4.588
Innere Medizin und Gastroenterologie	3	3,0	12.670	4.223
Spree-Neiße				
Chirurgie und Or- thopädie	16	9,3	49.889	5.388
Innere Medizin und Gastroenterologie	2	0,94	2.606	2.772

Quelle: IGES/AGENON Basis einer Sonderauswertung der KV Brandenburg für die Versorgungsgebiete

8.2.2 Entwicklungsrahmen für regionale Ambulantisierungsprozesse

Auf Grundlage der datengestützten Konkretisierung für den ausgewählten Erkrankungsbereich in der Region Cottbus und Spree-Neiße wurden Anforderungen, Hemmnisse und Lösungsansätze einer stärkeren Ambulantisierung in der Arbeitsgruppe diskutiert.

Aus dem vielfältigen Spektrum an Einschätzungen und Hinweisen, aber auch offenen Fragen wurde ein Entwicklungsrahmen für regionale Ambulantisierungsprozesse konzipiert und in der abschließenden Arbeitsgruppensitzung diskutiert. Dieser Entwicklungsrahmen wird im Folgenden unter Einbezug der Diskussionsbeiträge und Einschätzungen der Teilnehmerinnen und Teilnehmer beschrieben.

Der Entwicklungsrahmen umfasst sieben Elemente:

1. Spezifizierung des Ambulantisierungspotenzials
2. Ermittlung der aktuellen potenzialrelevanten Versorgungskapazitäten
3. Einschätzung der zukünftig möglichen potenzialrelevanten Versorgungskapazitäten
4. Einschätzung von notwendigen Struktur- und Prozessanpassungen
5. Festlegung konkreter Ambulantisierungsziele
6. Klärung von Finanzierungsfragen
7. Monitoring des Ambulantisierungsfortschritts und Ableitung evtl. erforderlicher Anpassungen bei 1. bis 6.

Diese sieben Elemente lassen sich als Schrittfolge darstellen (Abbildung 18). Allerdings ist eine strikt sukzessive Abfolge aufgrund der Interkonnektivität der Entwicklungsschritte nicht wahrscheinlich oder erforderlich.

Abbildung 18: Entwicklungsrahmen für Ambulantisierung



Quelle: IGES/AGENON

Die einzelnen Elemente werden im Folgenden näher erläutert.

Spezifizierung des Ambulantisierungspotenzials

Das zu erschließende Ambulantisierungspotenzial ist durch mehrdimensionale Ein- bzw. Abgrenzungen so zu spezifizieren, dass der Gestaltungsraum auf regionaler Ebene für die Beteiligten handhabbar wird.

Geeignete Abgrenzungsdimensionen sind

- ♦ bestimmte Erkrankungen bzw. Diagnosen (ICD) und/oder (durch zusätzliche Merkmale wie Alter definierte) Patientengruppen,
- ♦ Leistungsspektrum (definiert durch OPS- bzw. EBM-Positionen),
- ♦ Kontextfaktoren zur Unterscheidung potenziell ambulantisierbarer Fälle gegenüber leistungsgleichen Fällen, für die eine stationäre Behandlung aufgrund weiterer Umstände (z. B. Komorbidität, Gebrechlichkeit) begründbar bleibt,
- ♦ Region (Wohn- und Behandlungsorte der Patienten).

Dabei bilden die Abgrenzungsdimensionen Diagnosen, Leistungen und Region – in Verknüpfung mit den dazugehörigen Fallzahlen bzw. Belegungstagen – gleichzeitig auch Auswahlkriterien. Allerdings ist es nicht zwingend, dass das zu erschließende Ambulantisierungspotenzial nach rein quantitativer Gewichtung (höchste Anzahl an Fällen oder Belegungstagen) ausgewählt wird. Möglich ist auch, andere Kriterien bei der Auswahl stärker zu gewichten (z. B. Anteile bestimmter Patientengruppen, Beteiligung bestimmter ärztlicher Fachgruppen, in der Region vorhandene spezifische Versorgungskapazitäten/-strukturen).

Die beispielhafte Konkretisierung (Kapitel 8.2.1) hat gezeigt, wie eine solche Spezifizierung aussehen kann, d. h. welche Datengrundlagen hierfür herangezogen und miteinander verknüpft werden können.

In der Arbeitsgruppe bestand ein Bewusstsein dafür, dass durch fortschreitende gesetzliche und regulative Vorgaben – z. B. in Form der regelmäßigen Erweiterung von AOP- und Hybrid-DRG-Katalogen und die diesbezügliche Prüfpraxis des Medizinischen Dienstes – die Gestaltungsspielräume bei Ambulantisierungsprozessen zunehmend eingeschränkt werden könnten. Daher erschien es den Beteiligten wichtig, die Ambulantisierungsprozesse regional frühzeitig aktiv zu gestalten, anstatt auf weitere Vorgaben zu warten und dann vor vollendete Tatsachen gestellt zu werden. Schließlich könnten auch Spielräume im Rahmen des Landeskrankenhausplanung (Ausnahmeregelungen) genutzt werden.

Ermittlung der aktuellen potenzialrelevanten Versorgungskapazitäten

Für die das Ambulantisierungspotenzial definierenden Diagnosen und Leistungen ist anschließend zu ermitteln, bei wie vielen Patienten bzw. Fällen mit diesen Diagnosen in der Region diese Leistungen aktuell stationär und bei wie vielen ambulant durchgeführt werden – und durch wen in welchem (sozialrechtlichen) Rahmen.

Dies setzt – wie in Kapitel 8.2.1 beispielhaft gezeigt – voraus, dass den durch OPS beschreibbaren stationären Leistungen äquivalente ambulante Leistungen zugeordnet werden, die im Rahmen des EBM abgebildet werden können. Für viele ambulantisierbare stationäre Leistungen ist dies auf Basis von Anhang 2 des EBM möglich.

Für die betrachtete Region lässt sich so ermitteln, in welcher Häufigkeit Fälle mit den als ambulantisierbar ausgewählten Diagnose-Leistungs-Kombinationen bereits aktuell ambulant behandelt werden und zu welchen Anteilen hieran Krankenhäuser, MVZ und Vertragsarztpraxen der Region beteiligt sind. Bei den Krankenhäusern sind wiederum unterschiedliche (sozialrechtliche) Formen der ambulanten Leistungserbringung zu unterscheiden (als AOP-Leistung gemäß § 115b SGB V, im Rahmen von persönlicher oder Institutsermächtigung, ggf. als direkt mit Kostenträgern abgerechnete Leistung, z. B. auf Basis selektiver Verträge). Die Beteiligung der Vertragsarztpraxen an der Versorgung dieser Patienten lässt sich nach Arztgruppen und Praxismerkmalen differenzieren.

Auch diesbezüglich hat die exemplarische Konkretisierung in Kapitel 8.2.1 gezeigt, wie und mit welchen Datengrundlagen die aktuellen potenzialrelevanten Versorgungskapazitäten in der Region ermittelt und dargestellt werden können.

Einschätzung der zukünftig möglichen potenzialrelevanten Versorgungskapazitäten

Aus der Gegenüberstellung des spezifizierten Ambulantisierungspotenzials einerseits und der aktuellen potenzialbezogenen Versorgungskapazitäten ergibt sich die Frage, wer zukünftig eine ambulante Versorgung der bisher stationär behandelten Fälle/Patienten übernehmen und gewährleisten könnte.

Zunächst ist hierfür zu ermitteln, bei wem und in welchem Ausmaß aktuell noch nicht voll ausgelastete Kapazitäten verfügbar wären und wo ggf. zusätzliche ambulante Behandlungskapazitäten kurz-, mittel- oder längerfristig geschaffen werden könnten.

Hierbei sind sämtliche möglichen Formen der ambulanten Versorgung einzubeziehen:

- ♦ Im Hinblick auf die vertragsärztlichen Kapazitäten sind vorhandene Spielräume bei den diagnose- und leistungsbezogen relevanten Arztgruppen zu eruieren sowie die Optionen zur Schaffung zusätzlicher Kapazitäten, zunächst im Rahmen der ärztlichen Bedarfsplanung (Versorgungsgrade, ggf. Sonderbedarfszulassungen), dann auch bezüglich der erforderlichen Personalgewinnung (unter Einbeziehung der finanziellen Rahmenbedingungen).
- ♦ Im Hinblick auf Krankenhauskapazitäten existiert mittlerweile eine Vielzahl von Möglichkeiten, ambulantisierbare Fälle nicht länger vollstationär zu versorgen, darunter Hybrid-DRG, AOP-Leistungen und seit Inkrafttreten des KHVVG auch als sektorenübergreifende Versorgungseinrichtung oder sog. „Sicherstellungskrankenhaus“ auf Basis erweiterter Möglichkeiten, zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung ermächtigt zu werden.
- ♦ Schließlich sind auch Mischformen einzubeziehen, die bereits heute eine Kombination aus vertragsärztlichen und Krankenhauskapazitäten ermöglichen. Hierzu zählen MVZ im Eigentum von Krankenhausträgern, Beleg-/Honorarärztinnen und -ärzte sowie die zusätzliche Anstellung von Vertragsärztinnen und -ärzten an Krankenhäusern.

Wie das zusätzliche ambulante Behandlungspotenzial auf die verschiedenen Optionen aufgeteilt werden könnte bzw. sollte, ist in einem regionalen Moderationsprozess zu klären (vgl. hierzu auch Kapitel 9). Dabei sind die Ergebnisse der Einschätzung der zukünftigen Versorgungskapazitäten, aber auch weitere Elemente des Entwicklungsrahmens (insbesondere 4. bis 6.) zu berücksichtigen.

Einschätzung von notwendigen Struktur- und Prozessanpassungen

Je nachdem, welche Art von (zukünftigen) Kapazitäten zur Erschließung des Ambulantisierungspotenzials in der Region für geeignet eingeschätzt werden, ist zu prüfen, ob und welche Struktur- und Prozessanpassungen ihre Nutzung voraussetzt.

Dabei kann es sich um mit einem Kapazitätsauf- bzw. -ausbau verbundene Investitionserfordernisse – sowohl bei Vertragsarztpraxen als auch bei Kliniken – handeln (z. B. Kurzliegerstationen im Krankenhaus oder Monitoringseinheiten/-plätze in MVZ).

Weitere mögliche Struktur- und Prozessanpassungserfordernisse betreffen Transportmöglichkeiten zu und nach ambulanten Eingriffen sowie die Nachsorge, die

u. U. auch in der Häuslichkeit der Patienten notwendig sein kann. Bezüglich der Nachsorge wurde die Einbindung von Pflegediensten und weiterer Akteurinnen und Akteure vorgeschlagen.

Festlegung konkreter Ambulantisierungsziele

Gerade im Hinblick auf notwendige Struktur- und Prozessanpassungen ist zu erwarten, dass sich Ambulantisierungspotenziale eher schrittweise (d. h. zeitlich gestreckt) erschließen lassen.

Daher sollte in einem regionalen Diskussionsprozess Einigkeit über eine Planung darüber erzielt werden, welche Anteile des zuvor ausgewählten Potenzials (% der Fälle/Belegungstage) in welchen Zeiträumen (kurz-/mittel-/langfristig) realisiert werden kann.

Die Zielsetzung ist maßgeblich auch davon abhängig, wie sich das zusätzliche ambulante Behandlungspotenzial auf die aktuellen und ggf. zukünftigen regionalen Versorgungskapazitäten verteilen soll. Hierbei ist u. a. auch zu berücksichtigen, ob bzw. welche ambulantisierbaren Leistungen zu den bestehenden stationären Leistungsangeboten passen.

In der Arbeitsgruppe wurden aber auch teilweise Zweifel an der Festlegung konkreter Ziele geäußert, da der Aufwand und die individuelle Versorgungssituation der Patienten schwer vorhersehbar seien.

Klärung von Finanzierungsfragen

Die voraussichtlich komplexesten Entwicklungsfragen stellen sich im Zusammenhang mit dem Finanzierungsrahmen und der Vergütung der zusätzlichen ambulanten Versorgungsleistungen.

Im Kern geht es darum, dass bislang mit DRG-Fallpauschalen vergütete stationäre Behandlungsleistungen in ambulante Behandlungsleistungen überführt werden, deren Vergütung nach gegenwärtigem Rechtsrahmen den EBM zur Grundlage haben. Dies ist beispielsweise bei AOP-Leistungen der Fall: Sie werden auf Basis des EBM vergütet, allerdings ohne Mengenbegrenzung (d. h. extrabudgetär) und mit der Möglichkeit, dass für bestimmte Leistungen oder Leistungsumstände zur Abgeltung von Mehraufwänden Zuschläge durch die Vertragspartner auf Bundesebene festgelegt werden können (wovon bislang nur begrenzt Gebrauch gemacht wurde).

Die sog. Hybrid-DRG werden zwar ebenfalls als Instrument zur Förderung der Ambulantisierung angesehen, formal zählen die damit vergüteten Leistungen aber weiterhin zum Krankenhaussektor und ihre Vergütung bleibt Teil des DRG-Systems.

In der Arbeitsgruppe bestand Einigkeit über den Grundsatz, dass „das Geld der Leistung folgen muss“. Das heißt: Wenn bislang stationäre Leistungen zukünftig ambulant erbracht werden sollen, ist es erforderlich, dass Teil der bisherigen DRG-Vergütungen in EBM-basierte Vergütungen übergehen. Allerdings wurden in der Arbeitsgruppe einige grundlegende Hemmnisse für einen solchen Übergang genannt. Von Seiten der Kostenträger wurde darauf verwiesen, dass der

extrabudgetäre Teil der ambulanten Vergütung (zu dem auch AOP-Leistungen zählen) nicht einfach „mit der Ambulantisierung atmen“ könne, wenn nicht die stationären Vergütungsbudgets entsprechend abgesenkt würden, wofür nach gegenwärtigen Maßstäben eine Kapazitätsabbau für erforderlich gehalten wird. Die Finanzierungsfragen seien zudem eng mit der Festlegung von Zielen verknüpft.

Aus Sicht der Krankenhausträger ist eine Überführung von Teilen des stationären Budgets in ambulante Vergütungsbudgets nicht ohne Weiteres möglich, weil letztere der Logik des Honorarverteilungsmaßstabes der KV unterliegen.

Der aktuelle Rechtsrahmen sieht zwar in § 87a Abs. 4 Satz 1 Nr. 4 SGB V vor, im Rahmen der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung bei der Vereinbarung über die Anpassung des Behandlungsbedarfs u. a. Veränderungen des Umfangs der vertragsärztlichen Leistungen aufgrund von Verlagerungen von Leistungen zwischen dem stationären und dem ambulanten Sektor zu berücksichtigen. In der MGV-Vergütungspraxis, so auch die Hinweise aus der Arbeitsgruppe, ist dies aber bislang nicht umgesetzt worden.

Diskutiert wurde in der Arbeitsgruppe, inwieweit und in welcher Form neue, regionale Verhandlungsformate notwendig sind, um sektorenübergreifende Finanzierungs- bzw. Vergütungsströme initiieren und gestalten zu können. Die Begrenzung auf spezifische, klar umrissene Leistungsbereiche und regionale Leistungserbringer wäre eine erste Voraussetzung, hierfür praktikable Ansätze zu finden. Bislang sind die Verhandlungsprozesse über ambulante Vergütung einerseits und Krankenhausbudgets andererseits vollständig voneinander entkoppelt.

Selektivverträge, mit denen auf Basis von § 140a SGB V eine verschiedene Leistungssektoren übergreifende (integrierte) Versorgung und deren Vergütung gesondert vereinbart werden können, wurden nur als sehr eingeschränkt geeignet angesehen, da sie von den Kostenträgern gerade nicht gemeinsam und einheitlich vereinbart werden. Eine abgewandelte Variante auf Regionen bezogener Selektivverträge wurde im Zusammenhang mit dem GSVG diskutiert; das Gesetzesvorhaben wurde jedoch nicht umgesetzt.

Monitoring des Ambulantisierungsfortschritts

Sowohl die Umsetzung als auch der Realisierungs- bzw. Zielerreichungsgrad der Ambulantisierung sollten durch ein kontinuierliches Monitoring begleitet werden. Die Ergebnisse des Monitorings sollten unter den Beteiligten transparent kommuniziert werden, so dass evtl. Anpassungserfordernisse (bezüglich 1. bis 6.) identifiziert und dabei regionale Gegebenheiten ausreichend berücksichtigt werden können. Auf einer solchen Basis könnten dann entsprechende Anpassungsmaßnahmen im Sinne einer Nachsteuerung („lernendes System“) ergriffen werden. So besteht ein allgemeines Interesse daran, dass eine Verlagerung von stationären Fällen in die ambulante Versorgung messbar und damit ersichtlich gemacht werden kann.

Der gesamte Entwicklungsprozess bedarf nach Einschätzung der Arbeitsgruppe einer Begleitung, insbesondere mit Blick auf neuartige Gestaltungsaufgaben, die sich

vor allem bei den intersektoralen Finanzierungsfragen stellen. Für die Struktur einer solchen Begleitung wurden verschiedene Möglichkeiten diskutiert, darunter eine wesentliche Rolle des MGS bei der Initiierung und Umsetzung des Prozesses. Das Gemeinsame Landesgremium gem. § 90a SGB V bietet sich aufgrund seines sektorenübergreifenden Charakters für eine Begleitung an, wurde aber teilweise als zu groß für diese Aufgabe eingeschätzt. Zudem sind Finanzierungsfragen nicht Gegenstand der Arbeit dieses Gremiums. Es wurde deutlich, dass für den Erfolg der Ambulantisierung neue Gesprächsformate unter Einbindung verschiedener Akteurinnen und Akteure erforderlich sind. Nach Einschätzung der Arbeitsgruppe gibt es derzeit kein etabliertes Format für eine solche Art der Zusammenarbeit. Das Beispiel der Organisation der Spezialisierten Ambulanten Palliativversorgung (SAPV) in der Region wurde als eine mögliche Blaupause genannt, wobei sich das Kommunikationsformat dort eher von selbst ergeben habe.

Entscheidend für die Struktur einer Prozessbegleitung ist aus Sicht der Arbeitsgruppe, dass ein Milieu geschaffen wird, dass es allen beteiligten Akteurinnen und Akteuren in der Region ermöglicht, über die Verlagerung von Leistungen zu diskutieren. Hierfür wurde angeregt, die Prozesse in kleineren, regionalen Gruppen zu initiieren, um effektiv und zielgerichtet arbeiten zu können.

8.3 Ergebnisse der Arbeitsgruppe „Ärztliche Weiterbildung und Nachwuchssicherung“

8.3.1 Termine und Teilnehmende

Tabelle 21 weist im Überblick die Sitzungstermine der AG Weiterbildung und Sicherung ärztlicher Behandlungskapazitäten, die Anzahl der Teilnehmenden und die in der jeweiligen Sitzung vertretenen Institutionen aus.

Tabelle 21: Sitzungstermine und Teilnehmende der AG 2 - Weiterbildung und Sicherung ärztlicher Behandlungskapazitäten

Datum	Anzahl Teilnehmende	Vertretene Institutionen
31.07.2024	19	Sana GZ Niederlausitz, Elbe-Elster Klinikum GmbH, Medizinische Universität Lausitz - Carl Thiem, MEDIS Management GmbH, Ärztenetz Südbrandenburg e.V., Landeskrankenhausgesellschaft Brandenburg, KV Brandenburg, KV Brandenburg/Regionalbeirat Süd, IKK Brandenburg und Berlin, vdek-Landesvertretung Berlin/ Brandenburg, Barmer, Techniker Krankenkasse, Wirtschaftsförderung Brandenburg (WFBB), Ministerium für Gesundheit und Soziales (MGS), Stadt Finsterwalde
30.10.2024	15	Ärztliches Weiterbildungsnetzwerk Landkreis Dahme-Spreewald, Sana GZ Niederlausitz, Elbe-Elster Klinikum GmbH, MEDIS Management GmbH, Ärztenetz Südbrandenburg e.V., KV Brandenburg, vdek-Landesvertretung Berlin/ Brandenburg,

Datum	Anzahl Teilnehmende	Vertretene Institutionen
		AOK Nordost- Die Gesundheitskasse, Wirtschaftsförderung Brandenburg (WFBB), Ministerium für Gesundheit und Soziales (MGS), Landkreis Elbe-Elster
21.11.2024	17	Elbe-Elster Klinikum GmbH, Medizinische Universität Lausitz - Carl Thiem, MEDIS Management GmbH, Ärztenetz Südbrandenburg e.V., Landeskrankenhausgesellschaft Brandenburg, KV Brandenburg, vdek-Landesvertretung Berlin/ Brandenburg, Barmer, BKK Landesverband Mitte, Wirtschaftsförderung Brandenburg (WFBB), Ministerium für Gesundheit und Soziales (MGS)
03.12.2024*	9	Elbe-Elster Klinikum GmbH, MVZ Gemeinschaftslabor Cottbus, MEDIS Management GmbH, KV Brandenburg, vdek-Landesvertretung Berlin/ Brandenburg, Barmer, Landesärztekammer Brandenburg, Ministerium für Gesundheit und Soziales (MGS)

Quelle: IGES/AGENON

Anmerkungen: *Nachholtermin zur Klärung von Fragen an die Landesärztekammer Brandenburg

8.3.2 Zu bearbeitende Themenfelder

Im Ergebnis des Kick-off-Termins am 31.07.2024 wurden im Kontext des Themenkreises Weiterbildung und Sicherung ärztlicher Behandlungskapazitäten folgende primär zu bearbeitende Themenfelder identifiziert:

- ◆ Themenfeld A
Fragen der AG-Teilnehmenden aus dem Bereich Weiterbildung an die Landesärztekammer Brandenburg
- ◆ Themenfeld B
Ausarbeitung eines Fahrplanes für die Etablierung eines effektiven, den stationären und den ambulanten Bereich einschließenden Weiterbildungsnetzwerkes
- ◆ Themenfeld C
Ausarbeitung realitätsnaher Szenarien für Leistungsgruppen-induzierte Veränderung der zukünftigen „Weiterbildungslandschaft“ in der Region
- ◆ Themenfeld D
Ausgehend vom aktuellen Stand, Modellierung eines „Kapazitäts-Szenarios 2030“, das Aufschluss darüber gibt, welche Versorgungslücken bis 2030 durch Ausscheiden aktuell tätiger Ärztinnen und -ärzte aus der stationären und aus der ambulanten Versorgung in der Region drohen

- ♦ Themenfeld E
Konkretisierung des Beitrages, den die im Aufbau befindliche Universitätsmedizin in Cottbus im Bereich Weiterbildung für die Absicherung der ärztlichen Versorgung im gesamten Versorgungsgebiet 4 leisten kann/sollte
- ♦ Themenfeld F
Weitergehende Konkretisierung, wie drohenden Engpässen in der ärztlichen Versorgung durch den Einsatz nicht-ärztlicher Fachkräfte begegnet werden kann

Abschließend wurden zusammen zu bearbeitende Themenfelder wie folgt empfohlen:

- ♦ Themenfeld B und Themenfeld E
Vorschlag Arbeitstitel:
Aufbau eines sektorenübergreifenden Weiterbildungsnetzwerkes in der Region unter Einschluss der Medizinischen Universität Lausitz – Carl Thiem (kurz: MUL)
- ♦ Themenfeld D und Themenfeld F
Vorschlag Arbeitstitel:
Absicherung der ärztlichen Versorgung der Bevölkerung im Landkreis Elbe-Elster bis 2030

Themenfeld C sollte in der Bearbeitung von Themenfeld A mitberücksichtigt werden.

In der Sitzung der AG am 30.10.2024 bot die Wirtschaftsförderung Brandenburg an, in der Sitzung am 21.11.2024 zu Fördermöglichkeiten zu informieren, die für die Aus- respektive die Weiterbildung von Fachkräften im Gesundheitswesen von Relevanz sein könnten.

8.3.3 Ergebnisse

Themenfeld A

Fragen der AG-Teilnehmenden aus dem Bereich Weiterbildung an die Landesärztekammer Brandenburg

In den AG-Sitzungen vom 31.07.2024 und 30.10.2024 wurden verschiedene Fragestellungen mit Bezug auf die Weiterentwicklung der Musterweiterbildungsordnung und deren Umsetzung auf Landesebene aufgeworfen. Die Fragestellungen konnten am 18.12.2024 in einer Videokonferenz mit der Leiterin des Referates Weiterbildung der Landesärztekammer Brandenburg diskutiert werden.

Nachfolgend werden Antworten respektive Erläuterungen zur jeweiligen Fragestellung in zusammengefasster Form wiedergegeben.

Frage:

Im Zuge der anstehenden Krankenhausplanung unter Umsetzung der Vorgaben

des KHVVG werden sich stationäre Versorgungsangebote an den einzelnen Standorten – wenn auch in divergierenden Umfängen – verändern. Die Veränderungen wirken sich direkt auf die Weiterbildungsbefugnisse in den einzelnen Häusern aus. Inwieweit findet vor diesem Hintergrund bereits eine Befassung mit den Auswirkungen der Krankenhausreform auf die Weiterbildung und ihrem Niederschlag auch in der Musterweiterbildungsordnung (MWBO) und der Weiterbildungsordnung (WBO) für das Land Brandenburg statt?

Antwort:

Die Problematik ist erkannt. Auf Bundesebene findet die Befassung in der Bundesärztekammer statt, insbesondere in der Ständigen Konferenz ärztliche Weiterbildung und im Ausschuss Weiterbildung. In Brandenburg ist die Landesärztekammer bereits im Austausch mit dem MGS. Aktuell sind noch keine Aussagen zu konkreten Auswirkungen auf die WBO bzw. zu Maßnahmen möglich, da die Umsetzung der Reform in Brandenburg noch in der Vorbereitungsphase ist.

Frage:

In der neuen MWBO und der WBO ist erkennbarer Trend, dass die Spezialisierung in der Weiterbildung zunimmt. Das stellt höhere Anforderungen auch an die Weiterbildungsstätten, mit der Konsequenz, dass spezielle Kompetenzen teilweise nicht mehr abgedeckt werden können. Das wirkt sich gerade für kleinere Kliniken nachteilig aus. In der Versorgungspraxis sind auch mehr „Allrounder“ gefragt. Gibt es Bestrebungen, die Anforderungen an spezialisierte Kompetenzen wieder zurückzuführen?

Antwort:

Änderungen in der Weiterbildung werden zumeist von Berufsverbänden und Fachgesellschaften vorangetrieben und dann vom Deutschen Ärztetag beschlossen. Die Entwicklung geht eher in Richtung weiterer Spezialisierung.

Frage:

Welche Möglichkeiten bestehen, auf Landesebene von der MWBO abzuweichen und wer kann Anträge auf eine Änderung der WBO stellen?

Antwort:

Vom Kopfteil der MWBO (Gebietsdefinition und Weiterbildungszeit) wird in der WBO auf Landesebene üblicherweise nicht abgewichen, es ist aber möglich. Abweichungen von der MWBO sind partieller Natur und können sich auf Handlungs- und Methodenkompetenzen und auf Richtzahlen beziehen. Davon gibt es auch Ausnahmen. Zum Beispiel hat die Kammerversammlung Brandenburg entgegen der MWBO beschlossen, den Facharzt für Innere Medizin und Infektiologie nicht einzuführen und es bei einer Zusatzbezeichnung zu belassen, um eine weitere Aufsplitterung des Fachgebietes zu vermeiden.

Einen Änderungsantrag kann jedes Mitglied der Ärztekammer stellen. Die Bearbeitung von Änderungsanträgen nimmt aufgrund der Befassung verschiedener Gremien viel Zeit in Anspruch.

Frage:

Die ambulante Versorgung gewinnt mehr und mehr an Bedeutung für die Versorgungspraxis. Wie wird dieser wachsenden Bedeutung in der MWBO und der WBO Rechnung getragen?

Antwort:

Im Gegensatz zur alten WBO ist die ambulante Weiterbildung in der neuen MWBO und in der Folgeumsetzung in der WBO für Brandenburg nun integraler Bestandteil mit einem höheren Stellenwert in vielen Fachgebieten. Viele Weiterbildungsabschnitte können nun auch ambulant durchlaufen werden, in einigen Fachgebieten kann die Weiterbildung gemäß WBO auch vollständig ambulant durchlaufen werden.

Frage:

In der jüngeren Vergangenheit kam es verschiedentlich zu Verzögerungen bei der Erteilung von Weiterbildungsbefugnissen, was zu Verzögerungen in der Besetzung mit Weiterbildungsassistenten geführt hat. Was sind die Gründe?

Antwort:

Bedingt durch das Inkrafttreten der neuen WBO mussten alle Weiterbildungsbefugnisse neu beantragt, geprüft und erteilt werden. Weiterbildungsbefugnisse nach alter WBO sind zum 30.06.2023 ausgelaufen, was zu einem Antragsstau geführt hat, der zu verlängerten Bearbeitungszeiten geführt hat und ursächlich für die Verzögerungen war. Um angesprochene Verzögerungen in der Besetzung zu vermeiden, wurden Befugnisse seitens der Landesärztekammer rückwirkend ab Antragstellung erteilt.

Themenfeld B und Themenfeld E

Aufbau eines sektorenübergreifenden Weiterbildungsnetzwerkes in der Region unter Einschluss der Medizinischen Universität Lausitz – Carl Thiem (kurz: MUL)

In der Sitzung am 30. Oktober 2024 wurde zu Themenfeld B und E das Weiterbildungsnetzwerk Landkreis Dahme-Spreewald (WBN D-S) als Best-Practice-Beispiel von PD Dr. Katja Klugewitz vorgestellt:

- ◆ Bislang ist das WBN D-S noch ein informelles Netzwerk ohne eigene Rechtsform.
 - ◆ Den zentralen Erfolgsfaktor für das WBN D-S bilde die Professionalisierung über eine hauptamtlich tätige Koordinatorin. Die Finanzierung der Stelle sei auf fünf Jahre ausgelegt und erfolge durch den Landkreis.
 - ◆ Bewährt habe sich ein breites Serviceangebot sowohl für Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung (ÄiW) als auch für Verbundmitglieder.
 - ◆ Für ÄiW reiche das Serviceangebot von der Unterstützung im Bewerbungsprozess, dem Erstellen von Rotationsplänen, der Unterstützung beim Ankommen in der Region (Hilfe bei der Wohnungs- oder Wohnimmobiliensuche sowie der Kita- oder Hortplatzsuche, Bereitstellung der wichtigsten Kontaktdaten rund um die Weiterbildung, Willkommenspaket
-

etc.), der Beratung zu Lebenslagen innerhalb der Weiterbildungszeit (Schwangerschaft, Fachrichtungswechsel etc.), der Unterstützung bei der Beantragung der Zulassung zur Facharztprüfung, der Unterstützung bei der Anerkennung von Berufsabschlüssen aus dem Ausland bis hin zur Einladung zu Netzwerkevents.

- ♦ Für Verbundmitglieder reiche das Leistungsangebot des WBN von der Unterstützung bei der Beantragung der Weiterbildungsbefugnis, der Unterstützung bei der Beantragung von Fördermitteln, dem Bereitstellen von Templates, der Beratung zu Themen rund um die Weiterbildung, der Repräsentation der einzelnen Weiterbildungsstätten bei Messen/Kongressen, der Unterstützung im Recruiting- und Bewerbungsprozess bis hin zur Einladung zu Netzwerkevents.
- ♦ Aktuell werde ausgehend von Prozessanalysen in den einzelnen Aktivitätsfeldern des WBN daran gearbeitet, Dienste und Serviceleistungen des WBN so weit als möglich zu digitalisieren. Angestrebt werde, den Anwendungsbereich und Nutzerkreis sukzessive zu erweitern (andere WBN, die Medizinische Universität Lausitz – Carl Thiem, die KV Brandenburg und weitere)
- ♦ Betont wird in geografischer Hinsicht der Bezug auf den Landkreis. Räumlich weitere Erststreckungen werden eher kritisch gesehen, weil dann auch die Wege weiter würden, was die Attraktivität für ÄiW mindere und auch die Arbeit der Koordinatorin erschwere, für die der persönliche Kontakt zu den Verbundmitgliedern von großer Bedeutung sei. Dies schließe enge Kontakte zu bzw. Kooperationen mit WBN in angrenzenden Regionen nicht aus, die in jedem Fall zu befürworten seien.

Für die weitere Bearbeitung in der AG werden folgende Konzeptbausteine vorgeschlagen und diskutiert:

1. Erstreckung
 2. Leistungen
 3. Organisation
 - Träger/verantwortliche Stelle(n)/Institution & Gründungsbeauftragter
 - Rechtsform
 - Personelle Besetzung
 - Finanzierung
 - Einbindung in bestehende WB-Strukturen [KVBB, KOWAB, LÄKB, KWBB]
 - Konkretisierung des Beitrages der Universitätsmedizin Cottbus
 - Weitere Partnerschaften
-

4. Zeitliche Planung und Verantwortlichkeiten entlang der folgenden Eckdaten:

- Abschluss Gründungsarbeiten
- Start Aufbau Verbundnetzwerk
- Start Aufbau Koordinierungsstelle
- Start Außenauftritt
- Start Routinebetrieb Koordinierungsstelle

Im Ergebnis der weiteren Diskussion in der AG wird die Geschäftsführung der Elbe-Elster Klinikum GmbH kurzfristig auf die regionalen Partner der ambulanten Versorgung für die Abstimmung eines Termins zukommen, in dem die Zusammenarbeit im Bereich der ärztlichen Weiterbildung weiter abgestimmt werden soll.

Themenfeld C

Ausarbeitung realitätsnaher Szenarien für Leistungsgruppen-induzierte Veränderung der zukünftigen „Weiterbildungslandschaft“ in der Region

Die Ausarbeitung entsprechender Szenarien setzt Kenntnisstände über die mutmaßlichen standortbezogenen Verteilungen von Leistungsgruppen und Qualitätsanforderungen voraus, über die gegenwärtig noch große Unsicherheiten bestehen. Themenfeld C konnte deshalb im Rahmen der AG nicht weiterverfolgt werden.

Themenfeld D und Themenfeld F

Sicherung der ärztlichen Versorgung der Bevölkerung im Landkreis Elbe-Elster bis 2030

Die Sicherung der ärztlichen Versorgung der Bevölkerung sowie Praxisbeispiele für den arztentlastenden Einsatz von nicht-ärztlichem Fachpersonal mit nachfolgender Diskussion war Haupttagesordnungspunkt der Sitzung vom 21. November 2024.

Vorbereitend wurden von der KV Brandenburg Informationen zu ärztlichen Kapazitäten im Landkreis Elbe-Elster nach Fachgruppen sowie zur Altersstruktur sowie zur Anzahl nichtärztlicher Praxisassistentinnen (NäPa) und agnes^{zwei}-Fachkräfte bereitgestellt. Seitens der Elbe-Elster Klinikum GmbH wurden Informationen zu ärztlichen Kapazitäten nach Fachgruppen und Zusatzqualifikationen sowie zur Altersstruktur der Klinikärztinnen und -ärzte übermittelt.

Mit Blick auf die Sicherung der ärztlichen Versorgung der Bevölkerung ergab die Sichtung und Diskussion des Zahlenmaterials, dass insbesondere im hausärztlichen und im kinderärztlichen Bereich resultierend aus der Altersstruktur und zu erwartende Praxisabgaben zunehmend Engpässe in der Versorgung zu erwarten sind, wenn keine Praxisnachfolger gefunden werden. Letzteres gestaltet sich als schwierig und bildet eine der zu bewältigenden Herausforderungen. Auch im Bereich der allgemeinen fachärztlichen Versorgung bestehen im Landkreis Elbe-Elster mehrere Zulassungsmöglichkeiten. In den Kliniken der Elbe-Elster Klinikum GmbH sind

große Anteile des ärztlichen Personals älter als 60 Jahre oder sind zwischen 50 und 60 Jahren alt. Nur knapp jeder fünfte Arzt ist jünger als 50 Jahre. Auch hier ist die Nachbesetzung freier Stellen in der nahen Zukunft zu lösen, wobei Unsicherheiten bestehen, wie sich die Umsetzung der anstehenden Krankenhausreform auf das Angebotsspektrum der Kliniken und den Bedarf an Fachärztinnen und -ärzten auswirken wird.

Bezogen auf den Einsatz von NÄPa und agnes^{zwei}-Fachkräften im Landkreis Elbe-Elster ist der Stand, dass 34 Ärztinnen und Ärzte eine Genehmigung zum Einsatz einer NÄPa haben und 20 NÄPa's in den Praxen tätig sind. Eine NÄPa kann durch mehrere Ärzte eingesetzt werden. Ferner haben 13 Ärztinnen und Ärzte die Genehmigung zum Einsatz einer agnes^{zwei}-Fachkraft und elf agnes^{zwei}-Fachkräfte sind im Landkreis Elbe-Elster tätig. Auch hier gilt, dass der Einsatz einer Fachkraft durch mehrere Ärztinnen und Ärzte möglich ist.

Die Daten stammen aus einer Sonderauswertung der KV Brandenburg für die AG-Sitzung, weshalb keine Vergleichswerte für andere Landkreise zur Verfügung standen.

Im Rahmen der AG wurden zwei Beispiele aus der Praxis vorgestellt:

- ♦ der arztentlastende Einsatz einer Case Managerin im Ärzte- und Gesundheitsnetz Südbrandenburg e.V. (ANSB)
- ♦ der Einsatz zur Demenzfachkraft (DeFa) spezialisiert ausgebildeter Schwestern des MEDIS-Schwesternnetzes sowie von MEDIS-Case Managerinnen und agnes^{zwei}-Fachkräften des MEDIS Ärztenetzes medizinischer Versorgung Südbrandenburg im Rahmen eines 6-stufigen Betreuungssystems für dementiell Erkrankte

Eine weitere Entlastung wird von Pflegefachpersonal mit zusätzlicher spezifischer Qualifikation erwartet, das bislang nur unter der Verantwortung eines Arztes delegierbare Leistungen in eigener Verantwortung erbringt (sog. Substitution). Inwieweit dies im Regelversorgungsbetrieb in allernächster Zukunft möglich sein wird, kann derzeit nicht abgeschätzt werden, da dafür noch regulatorische Voraussetzungen geschaffen werden müssen. Aktuell ist dies nur in Modellvorhaben über Verträge nach § 63 Abs. 3c SGB V möglich. Ein aus dem Innovationsfonds nach § 92a SGB V gefördertes Modellvorhaben wird derzeit im MEDIS Ärztenetz medizinischer Versorgung Südbrandenburg und in den Ärztenetzen Gesund in Templin in der Uckermark und Medifair in Ostprignitz umgesetzt.²⁴

Ergänzung:

Fördermöglichkeiten für die Aus- respektive die Weiterbildung von Fachkräften im Gesundheitswesen im Rahmen der Wirtschaftsförderung Brandenburg

In der Sitzung am 21. November 2024 wurden seitens der Wirtschaftsförderung Brandenburg, Frau Silke Bigalke, Förderprogramme respektive

²⁴ <https://innovationsfonds.g-ba.de/projekte/neue-versorgungsformen/erwin.564>

Fördermöglichkeiten vorgestellt, die – soweit die Fördervoraussetzungen erfüllt sind – für die Förderung der Weiterbildung von Gesundheitsfachpersonal prinzipiell in Frage kommen.

Über folgende Links kann die weiterführende Information erfolgen:

- ♦ Weiterbildungsrichtlinie:
<https://www.ilb.de/de/arbeit/uebersicht-der-foerderprogramme/weiterbildungsrichtlinie-2022/>
- ♦ Fachkräfteportal und Online-Jobbörse:
<https://www.fachkraefteportal-brandenburg.de/>

Insgesamt wird empfohlen, für die Eruierung konkreter Möglichkeiten der Förderung im Einzelfall das Angebot einer Beratung vor Ort in Anspruch zu nehmen.

Die Kontaktaufnahme zur Abstimmung eines Termins vor Ort kann über den folgenden Link erfolgen:

- ♦ <https://arbeit.wfbb.de/wfbb-arbeit/ansprechpartner>

Umsetzungsperspektiven

Für die weitere Bearbeitung der in der AG behandelten Themen lassen sich ableiten:

- ♦ Sowohl für Weiterbildungsnetzwerke als auch für arztentlastende Strukturen sind Best-Practice-Beispiele inklusive sämtlicher Materialien entwickelt und in der Anwendungspraxis erprobt. Soweit Einwilligungen vorliegen, kann dieses Know-how in geeigneter Weise – z. B. über Foren bzw. Plattformen – einem breiteren Kreis interessierter Anwender zugänglich gemacht werden.
- ♦ Mit Blick auf Weiterbildungsnetzwerke bildet einen zentralen Erfolgsfaktor der Einsatz hauptamtlicher Koordinatoren. Über eine Finanzierungslösung und eine damit unterstützte Sicherung des ärztlichen Nachwuchses könnte ein weit über den engeren Bezugsrahmen der gesundheitlichen Versorgung hinausreichender Beitrag zur Sicherung und Entwicklung regionaler Strukturen geleistet werden.
- ♦ *Themenfeld C - Ausarbeitung realitätsnaher Szenarien für Leistungsgruppen-induzierte Veränderung der zukünftigen „Weiterbildungslandschaft“ in der Region* sollte im Zuge der weiteren Konkretisierung der Zuordnung der Leistungsgruppen im Rahmen der Krankenhausplanung in geeigneter Form „mitgedacht“ bzw. behandelt werden. Regionaler Bezug sollten die Standorte in allen Landkreisen Brandenburgs sein.
- ♦ Bislang besteht für die Regionen Brandenburgs keine belastbare empirische Basis, die einen Vergleich des Einsatzes arztentlastenden Fachpersonals – NÄPas und agnes^{zwei}-Fachkräfte – erlaubt. Es besteht bislang auch kein analytischer und konzeptioneller Zugang zu der Frage, inwieweit durch den verstärkten Einsatz nicht-ärztlichen Fachpersonals

Entlastungseffekte in welchem Umfang erzielbar wären. Da der Einsatz dieses Fachpersonals der Entscheidungshoheit der einzelwirtschaftlichen Akteurinnen und Akteure obliegt, wäre zu klären, wie Anreize gesetzt werden müssen, damit bestehende Optimierungspotenziale genutzt werden können.

- ◆ Last but not least wird die Medizinische Universität Lausitz – Carl Thiem für die gesamte Region wichtige Beiträge auch im Bereich Weiterbildung und Sicherung der ärztlichen Kapazitäten leisten können. Es bietet sich an, die frühzeitige Berücksichtigung über entsprechende Dialogformate sicherzustellen.

8.4 Ergebnisse der Arbeitsgruppe „Rettungsdienst/Akut- und Notfallversorgung und Patiententransporte“

Regionaler Handlungsbedarf besteht auch im Versorgungsbereich „Rettungsdienst/Akut- und Notfallversorgung und Patiententransporte“. Bereits der im Jahr 2021 veröffentlichte Ergebnisbericht des Innovationsfonds-Projekts „Bestandsaufnahme und Weiterentwicklung der Notfall- und Akutversorgung im Land Brandenburg“ verwies auf die überdurchschnittlich hohe und in den letzten Jahren deutlich gestiegene Häufigkeit von RTW- und Notarzt-Einsätzen in Brandenburg (Albrecht et al. 2021).²⁵ Angesichts zunehmend knapper finanzieller und personeller Ressourcen ist ein fortgesetzter Anstieg der Inanspruchnahme von Rettungsdienstkapazitäten nicht darstellbar.

Perspektivisch ist in der Region rein demographisch mit steigenden Patiententeilen bei gleichzeitig sinkenden Potenzialen des Fachkräftenachwuchses zu rechnen. Damit steigt der Druck, die Effizienz des Einsatzes der knappen regionalen Ressourcen des Rettungsdienstes und der Akut- und Notfallversorgung stark zu erhöhen. Der o. a. Ergebnisbericht hatte bereits diesbezügliche Potenziale aufgezeigt. Konkret ergab eine Auswertung von Rettungsdienstdaten, dass ein relativ hoher Anteil von RTW-Einsätzen aufgrund einer geringen Krankheitsschwere durch weniger aufwendige bzw. dringliche Transportmöglichkeiten ersetzt werden könnte. Als weiteren Hinweis hierauf deutete der Ergebnisbericht den in Brandenburg stark unterdurchschnittlichen Anteil der Krankentransportwagen (KTW) am gesamten Einsatzfahrtaufkommen.

Eine weitere Herausforderung erwächst speziell in Brandenburg bzw. im Versorgungsgebiet 4 aus den häufig größeren Distanzen in den ländlichen Regionen mit geringer Bevölkerungsdichte. Dadurch erhöht sich der Aufwand der Vorhaltung von Rettungsdienstkapazitäten. Mit Blick auf die Krankenhausreform wurden in den Arbeitsgruppen Befürchtungen geäußert, dass infolge der durch die Reform angestrebten stärkeren Konzentration von stationären Behandlungskapazitäten

²⁵ [Ergebnisbericht gemäß Nr. 14.1 ANBest-IF](#) (Abruf: 02.01.2025)

auf größere Standorte die Anforderungen an den Rettungsdienst weiter zunehmen würden.

Vor diesem Hintergrund wurden in der Arbeitsgruppe zum Vertiefungsthema „Rettungsdienst/Akut- und Notfallversorgung und Patiententransporte“ mehrere Lösungsansätze diskutiert und ihre Wirksamkeit eingeschätzt.

8.4.1 Übersicht der Lösungsansätze

Auf Basis der im Rahmen des Projekts geführten Expertengespräche sowie eigener Recherchen wurde eine Reihe möglicher Lösungsansätze für die Arbeitsgruppe zur Vertiefung ausgewählt. Im Verlauf der drei Arbeitsgruppensitzungen fokussierte sich die Diskussion auf drei Kategorien von Lösungsansätzen.

Steuerung von 112-Fällen

Unter der ersten Kategorie wurden drei Lösungsansätze zur Vertiefung ausgewählt, mit denen der Transport und/oder die Versorgung von Notfall- und Akutpatienten ressourcenschonender durchgeführt werden kann. Dabei können Entlastungseffekte sowohl den Rettungsdienst als auch die Krankenhausversorgung betreffen.

Alternative Transportmöglichkeiten

Ausgangspunkt dieses Lösungsansatzes ist die Annahme, dass ein signifikanter Anteil der RTW-Einsätze vermieden werden könnte, wenn mehr alternative Transportmöglichkeiten zur Verfügung stünden. Potenziale für ressourcenschonendere Transportalternativen können sich dabei auf Transporte sowohl zu einer akuten Versorgung als auch im Anschluss daran beziehen. Im ersten Fall geht es um Patienten mit dringendem, aber nicht unmittelbar lebensbedrohlichem Behandlungsbedarf, im zweiten Fall um den Rücktransport nach Abschluss einer Akutversorgung.

RTW-Einsätze vor Ort abschließen

Der oben erwähnte relativ hohe Anteil von RTW-Einsätzen für Patienten mit geringer Krankheitsschwere, die keiner dringenden ärztlichen Notfallversorgung in einer Klinik bedürfen, lässt sich nicht oder nur begrenzt ex ante durch die Leitstelle identifizieren. Die Möglichkeit, RTW-Einsätze nach Sichtung und Einschätzung der Behandlungsbedürftigkeit vor Ort – ggf. unter Hinzuziehung eines Telenotarztes (s. u.) – abzuschließen, ohne dadurch einen Vergütungsanspruch zu verlieren, würde dazu beitragen, die Bindungszeit der Rettungsdienstkapazitäten zu verringern. Darüber hinaus würde eine nicht erforderliche Inanspruchnahme von Klinikkapazitäten vermieden, deren Anfahrt gegenwärtig die Voraussetzung für einen Vergütungsanspruch des Rettungsdienstes ist.

RTW-Anfahrmöglichkeit ambulante Einrichtungen

Ebenfalls auf RTW-Einsätze für Patienten mit akutem, aber nicht-lebensbedrohlichem Behandlungsbedarf zielt als möglicher Lösungsansatz die Möglichkeit, diese anstatt in eine Klinik mit Notfallversorgung zu einer ambulanten

Versorgungseinrichtung („Akut-Praxis“) zu transportieren. Auch hierdurch könnten sich Bindungszeiten der Rettungsdienstkapazitäten ggf. durch Verkürzung von Fahrstrecken verringern, Klinikkapazitäten würden entsprechend weniger in Anspruch genommen.

Vermeidung von 112-Fällen

In den Arbeitsgruppensitzungen wurde über Möglichkeiten diskutiert, wie mit vorhandenen Personalkapazitäten verhindert werden kann, dass auch in gesundheitlich nicht-lebensbedrohlichen Situationen häufig der 112-Notruf gewählt wird. Dazu zählten insbesondere die folgenden drei Ansätze.

Übernahme zusätzlicher Aufgaben durch wenig frequentierte Rettungswachen

Rettungswachen in dünn besiedelten Gebieten mit einer geringen Inanspruchnahme der Rettungsdienstkapazitäten könnten als zusätzliche regionale Ansprechpartner bei akuten, aber nicht lebensbedrohlichen Beschwerden fungieren, z. B. in Form von Walk-in- oder Call-Centern.

Präventive Hausbesuche durch Rettungsstellenpersonal in „Leerzeiten“

Das Personal von Klinik-Rettungsstellen in dünn besiedelten Gebieten mit einer geringen Auslastung könnten präventive Besuche bestimmter Patienten/Einrichtungen übernehmen, die erfahrungsgemäß häufiger/regelmäßig die Rettungsstellenversorgung in Anspruch nehmen (z. B. Pflegeheimbewohner).

Geriatrische Hausbesuche durch ambulante Pflegedienste

Ambulante Pflegedienste könnten im Rahmen ihrer Hausbesuche ihre Kenntnisse über die Pflegebedürftigen systematisch präventiv nutzen, um die Inanspruchnahme des Rettungsdienstes (und anschließend von Klinikversorgung) zu vermeiden, beispielsweise durch frühzeitige Kommunikation mit zuständigen Praxen der vertragsärztlichen Versorgung.

Telenotarzt

Beim Telenotarzt handelt es sich um einen bereits in der Umsetzung befindlichen Lösungsansatz, dessen landesweite Implementierung in der Praxis für das Jahr 2025 vorgesehen ist (ab 1.4.2025 in der Modellregion Gesundheit Lausitz, anschließend schnellstmöglich landesweit). Der Einsatz von Telenotärzten lässt sich mit den o. a. Ansätzen zur Steuerung von 112-Fällen kombinieren.

8.4.2 Konkretisierung und Bewertung der Lösungsansätze

Von den diskutierten Ansätzen für zusätzliche Steuerungsmöglichkeiten von 112-Fällen wurde in den Arbeitsgruppensitzungen eine grundsätzliche Wirksamkeit erwartet, die knappen Ressourcen des Rettungsdienstes und der Notfallversorgung möglichst effizient einzusetzen. Allerdings wurde die Wirksamkeit bei den einzelnen Ansätzen unterschiedlich hoch eingeschätzt. Darüber hinaus ergaben die Arbeitsgruppensitzungen zahlreiche Hinweise und Einschätzungen zu den Voraussetzungen und Rahmenbedingungen.

Alternative Transportmöglichkeiten

Grundlegend zu unterscheiden sind Transporte zu einer Einrichtung der Akutversorgung von Transporten im Anschluss an eine Akutversorgung in einer Einrichtung.

Patiententransport zur Akutversorgung: N-KTW

Ausgangspunkt ist der allgemein geteilte Befund, dass RTW zu häufig in Anspruch genommen bzw. eingesetzt werden, das heißt, dass in vielen Fällen mit RTW-Einsatz die medizinische Situation problemlos weniger aufwendige Transportmöglichkeiten bzw. weniger zeitkritische Transporte ermöglichen würde. Im Vordergrund stehen hierbei Patienten mit dringendem, aber nicht unmittelbar lebensbedrohlichem Behandlungsbedarf. Die Leitstellen der Rettungsdienste verfügen für solche Fälle bislang über keine eigenen, adäquaten Dispositionsmöglichkeiten. Alternative Krankentransporte setzen eine ärztliche Verordnung voraus.²⁶

Ein Lösungsansatz stellt in diesem Zusammenhang das Konzept des Notfall-Krankenwagens (N-KTW) dar. Im April 2024 hat die Landesregierung in Brandenburg den Notfall-Krankenwagen als eine weitere Form bodengebundener Rettungsfahrzeuge in die Landesrettungsdienstplanverordnung aufgenommen.²⁷ Demnach dienen Notfall-Krankenwagen „insbesondere dem Transport von Notfallpatientinnen und Notfallpatienten, bei denen schwere gesundheitliche Schäden zu befürchten sind, wenn sie nicht unverzüglich medizinische Hilfe erhalten“, ohne dass ein akut lebensbedrohlicher Zustand vorliegt. RTW, Notarztfahrzeug oder Rettungshubschrauber sind in diesen Fällen nicht indiziert. Beispiele sind Patienten, die einen dringenden Katheterwechsel benötigen, ältere (alleinstehende) Personen mit umgeknicktem Fuß oder auch bestimmte Arten von Schulunfällen, bei denen auf eine Blaulichtfahrt verzichtet werden kann.

Mit der Einführung des N-KTW sollen eine geringere Bindung und eine Senkung der Einsatzzahlauslastung der Rettungsmittel für die Notfallrettung sowie eine Senkung der Hilfsfristüberschreitung erreicht werden (vgl. Landtag Brandenburg Drucksache 8/186, S. 3).

Die Grundlage für einen sparsameren Ressourceneinsatz bilden sowohl die Personalausstattung als auch der Fahrzeugtyp:

- ♦ Ein RTW ist mit mindestens zwei qualifizierten Personen zu besetzen, von denen eine mindestens ein Notfallsanitäter (mit dreijähriger Ausbildung)

²⁶ Nach aktueller Rechtslage erfordern Krankentransporte und Krankenfahrten eine ärztliche Verordnung, die in der Regel vor Beförderung im Rahmen einer persönlichen Konsultation auszustellen ist. Nur in Notfällen (d. h. bei Lebensgefahr) oder wenn ohne unverzügliche medizinische Versorgung schwere gesundheitliche Schäden zu befürchten sind, kann die Beförderung nachträglich verordnet werden. (vgl. Krankentransport-Richtlinie des G-BA, [Richtlinie über die Verordnung von Krankenfahrten, Krankentransportleistungen und Rettungsfahrten nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 12 SGB V](#), Abruf: 02.01.2025)

²⁷ [Landesrechtportal Brandenburg | Gesetz-, Verordnungs- und Justizministerialblatt](#) (Abruf: 02.01.2025)

ist und die zweite mindestens ein Rettungssanitäter (520-stündige Ausbildung). Ein KTW erfordert mindestens zwei Rettungssanitäter. Auch der N-KTW ist mit zwei Rettungssanitätern zu besetzen, von denen einer über eine zusätzliche Qualifikation/besondere Erfahrungen verfügen soll, die aber noch nicht näher spezifiziert wurden.

- ♦ In einem KTW (Typ A) wird weniger Ausrüstung als in einem RTW (Typ C) mitgeführt, da er primär für den Transport und nicht auch für Patientenbehandlung ausgelegt ist. Somit können kompaktere und günstigere Fahrzeuge als KTW eingesetzt werden. Der RTW muss hingegen so ausgestattet sein, dass in ihm eine intensivmedizinische Behandlung von Patienten möglich ist. Der N-KTW (Typ B) ist neben dem Transport lediglich für die Erstversorgung und Überwachung von Akutpatienten ausgerüstet.

Mit Blick auf den Ressourceneinsatz liegt der N-KTW damit zwischen RTW und KTW. Die Kosten eines RTW-Einsatzes im Land Brandenburg beziffert der vdek auf knapp 865 Euro ohne bzw. ca. 1.365 Euro mit Notarztbegleitung, die Kosten eines KTW-Transports auf rd. 395 Euro und damit weniger als die Hälfte eines RTW-Einsatzes (ohne Notarztbegleitung) (Stand: Dezember 2024).

Von den beteiligten Experten wurde geschätzt, dass ca. 20 % bis max. 30 % der gegenwärtigen RTW-Einsätze auch mit N-KTW durchgeführt werden könnten. Ein entsprechender Ersatz von RTW- durch N-KTW-Einsätze würde unmittelbar zu einer Verringerung der Hilfsfristüberschreitungen beitragen. Voraussetzung für Einsparungen beim Ressourceneinsatz ist, dass – bei Annahme eines konstanten Gesamteinsatzaufkommens – durch zunehmende N-KTW-Nutzung der Aufwand der RTW-Vorhaltung reduziert wird. Der N-KTW muss demnach substitutiv, nicht aber zusätzlich zu RTW eingesetzt werden, denn eine Verschiebung von RTW- zu N-KTW-Einsätzen soll eine Entlastung der Notfallsanitäter bewirken.

Dass RTW-Einsätze künftig stärker durch N-KTW-Einsätze ersetzt werden können, wird auch durch die vorgesehene Implementierung des Telenotarzt-Systems erleichtert, den die Rettungssanitäter der N-KTW-Besatzung bei Bedarf aktivieren können.

In der Diskussion wurde auf mögliche Wechselwirkungen mit der hausärztlichen Versorgung hingewiesen. Aus Kostenträgersicht besteht ein Risiko, dass ein erleichterter Zugang zu qualifiziertem Personal via N-KTW Anreize setze, dass Patienten sich den Besuch der Hausarztpraxis sparen oder Praxen weniger Hausbesuche anbieten (Berlin als „abschreckendes Beispiel“). Dagegen wurde von Seiten des Rettungsdienstes auf das zunehmende altersbedingte Ausscheiden von Hausärztinnen und -ärzten aus der vertragsärztlichen Versorgung in Versorgungsgebiet 4 und speziell in Cottbus verwiesen, das sich in vermehrten 112-Anfragen manifestiere. Ein Ausbau des N-KTW-Angebots könne in diesem Zusammenhang zumindest dazu beitragen, einer resultierenden Überforderung bei den RTW-Einsätzen bzw. Notfallsanitätern entgegenzuwirken.

Patientenrücktransport im Anschluss an eine Akutversorgung

Von den Fällen, in denen N-KTW-Einsätze in Frage kommen, zu trennen sind Patientenrücktransporte im Anschluss an eine Akutversorgung in einer Einrichtung. Hierbei geht es vor allem um Notfall-/Akutpatienten, die eine Klinikrettungsstelle aufsuchen oder per RTW in die Klinik gelangen, dort abschließend (ambulant) versorgt werden und einen Rücktransport nach Hause benötigen, der aus medizinischer Sicht einen KTW oder auch keine spezielle personelle/fahrzeugtechnische Ausstattung erfordert und z. B. durch eine Taxifahrt erfolgen kann. Entsprechende Transportangebote fehlen jedoch teilweise, insbesondere in ländlichen Regionen und/oder zu Randzeiten. Möglichkeiten zum Rücktransport sind jedoch notwendig, um medizinisch nicht erforderliche Klinikaufnahmen zu vermeiden. Das primäre Ziel der Schaffung alternativer Transportmöglichkeiten ist in diesen Fällen also die Entlastung von Krankenhäusern bzw. die Vermeidung von Kosten medizinisch unnötiger stationärer Versorgung. Zudem können fehlende alternative Transportangebote dazu führen, dass der (teure) Einsatz von Rettungsdienstfahrzeugen als einzige verfügbare Option genutzt wird, um stationäre Aufnahmen zu vermeiden.

In Brandenburg bzw. im Versorgungsgebiet 4 wurden kürzlich zwei neuartige Organisationsformen für Rücktransporte etabliert, um den Ressourceneinsatz zu optimieren:

- ◆ Das Universitätsklinikum in Cottbus (MUL-CT) sowie die drei Standorte des Elbe-Elster-Klinikums können seit letztem Jahr ein Patiententransportportal nutzen. Das Krankenhaus-Pflegepersonal kann auf diesem Portal bei mehr als 20 registrierten Dienstleistern (darunter vor allem Taxiunternehmen) Krankentransporte bzw. -fahrten digital buchen. Mit Blick auf qualifizierte Krankentransporte oder Verlegungsfahrten, die durch medizinisches Personal begleitet werden müssen, ist seit Oktober 2024 auch die integrierte Regionalleitstelle Lausitz an das Portal angeschlossen. Das Krankenhaus- und Leitstellenstellenpersonal wird durch das Portal von zeitaufwendigen Verwaltungstätigkeiten (in Form von längeren Telefonaten oder infolge von Übertragungsfehlern) entlastet. Darüber hinaus soll eine optimale Auslastung der vorgehaltenen Fahrzeugflotte erreicht werden. Das Patiententransportportal wurde als Smart-City-Modellprojekt vom Bund gefördert.
- ◆ Die Notaufnahmen der Krankenhäuser in Potsdam können seit Jahresbeginn 2024 über ein appbasiertes System Krankenfahrten abends/nachts in der Zeit zwischen 20 h und 5 h beauftragen, zu deren Durchführung sich ein ortsansässiger Dienstleister gegen eine zusätzliche Vergütung verpflichtet hat. Grundlage bildet eine Kooperation zwischen Kostenträgern im Land Brandenburg, der Feuerwehr Potsdam, den Krankenhausträgern und dem Dienstleister (Johanniter). Ziel der Kooperation ist die Vermeidung unnötiger stationärer Aufnahmen, aber auch der Kosten durch Nutzung von Fahrzeugen des Rettungsdienstes. Gemäß einer ersten

Evaluierung konnten hierdurch die Zahl stationärer Aufnahmen und der RTW-Einsätze reduziert werden.

In der Arbeitsgruppe zeigte sich teilweise Skepsis, ob derartige Ansätze auch in stärker ländlichen Regionen funktionieren könnten, da es dort kaum Taxiunternehmen gebe. Die Wirtschaftlichkeit solcher Angebote (Vorhaltung in Randzeiten bei durchschnittlich sehr geringer Fahrtenzahl) in Verbindung mit fehlender Preisflexibilität (begrenzte Möglichkeiten einer kostenorientierten Vorhaltefinanzierung) wurden als Blockaden benannt. Dabei besteht Konsens darüber, dass eine Vorhaltefinanzierung bei privaten Fahrdiensten für Krankenfahrten im Vergleich zu denen von Rettungsdienstbetreibern erhebliche Einsparpotenziale bietet, insoweit sie substitutiv erfolgt. Ein Schlüssel der Umsetzung liegt darin, die Voraussetzungen hierfür durch Vereinbarungen der Beteiligten vor Ort (Kliniken, Rettungsdienste, Kostenträger und Fahrdienstleister) zu schaffen. Mit Blick auf fehlende private Fahrdienstleistungsangebote (Taxiunternehmen oder freigemeinnützige Dienstleister) wurde eine erweiterte Perspektive auf generelle Mobilitätshilfen in ländlichen Regionen angeregt (z. B. von Landkreisen unterstützte Nachbarschaftshilfen).

Alternativer Abschluss von RTW-Einsätzen

Von alternativen Transportmöglichkeiten als Lösungsansatz zu trennen sind diejenigen Fälle, in denen RTW-Einsätze nicht ex ante substituierbar sind. Nach Einschätzung der Rettungsdienste sind mittlerweile softwaregestützte standardisierte bzw. strukturierte Notrufabfragesysteme so weit etabliert, dass RTW-Einsätze bei ex ante feststellbaren, nicht lebensbedrohlichen Fällen weitgehend vermieden werden können. So können in Brandenburg gegenwärtig die Rettungsdienst-Leitstellen einen 112-Anrufer bei festgestellter fehlender Notfallindikation an die KV-Dispositionszentrale (116117) übergeben.²⁸ Es verbleiben aber zahlreiche RTW-Einsätze, bei denen sich erst im Verlauf des Einsatzes (vor Ort) feststellen lässt, dass keine Lebensgefahr bzw. keine dringliche stationäre Behandlungsbedürftigkeit besteht. Hierunter fallen nach Auskunft des Rettungsdienstes auch Fälle, bei denen eine aufsuchende Behandlung durch den KV-Notdienst durch die Dispositionszentrale abgelehnt wird und der Anrufer erneut den 112-Notruf wählt.²⁹

²⁸ Inwieweit darüber hinaus Fälle mit fehlender Notfallindikation unter den 112-Anrufen ex ante identifizierbar sind, wurde teilweise unterschiedlich eingeschätzt. Von Seiten der Rettungsdienste wurde auf den engen haftungsrechtlichen Einschätzungsrahmen verwiesen. In den Arbeitsgruppen anderer Versorgungsgebiete wurden teilweise auch ökonomische Anreize angeregt, um eine Selbstselektion/-identifizierung von Fällen mit fehlender Notfallindikation zu erreichen (positiv z. B. durch das Angebot von Taxi-Gutscheinen/-Vermittlung, negativ in Form von Zuzahlungen oder des Verursacherprinzips der Kostentragung bei Fehlfahrten, wie es kürzlich der Landkreis Ostprignitz-Ruppin beschlossen hat, vgl. <https://www.rbb24.de/panorama/beitrag/2024/12/brandenburg-ostprignitz-ruppin-rettungsdienst-rettungswagen-landrat-fehlfahrten.html>, Abruf: 06.01.2025).

²⁹ Zur Vermeidung solcher Grenzfälle mit Mehrfachverweisung zwischen den beiden Systemen (112 und 116117) wurde angeregt, im Sinne eines lernenden Systems eine regional verankerte, sektorenübergreifende Qualitätssicherung einzurichten, z. B. bei den

In diesen Fällen könnten RTW-Einsätze alternativ nach Sichtung und Einschätzung der Behandlungsbedürftigkeit – ggf. unter Hinzuziehung eines Telenotarztes (s. u.) – entweder vor Ort oder durch Anfahrt einer ambulanten (vertragsärztlichen) Versorgungseinrichtung abgeschlossen werden könnten. Die Rettungsdiensteinsätze würden dahingehend optimiert, dass eine unnötige Inanspruchnahme von Klinikkapazitäten vermieden würde.³⁰ In Fällen mit Abschluss vor Ort könnte zudem die Bindungszeit der Rettungsdienste verringert werden. In begrenztem Umfang gilt dies auch für die alternative Anfahrt ambulanter Einrichtungen, insoweit sich hierdurch Fahrtstrecken verkürzen.

Nach gegenwärtigem Leistungsrecht wird im Rahmen der GKV nur die Fahrleistung eines RTW-Einsatzes vergütet und auch nur dann, wenn eine Rettungsfahrt zu einem Krankenhaus stattgefunden hat – unabhängig davon, ob eine stationäre Behandlung erforderlich ist (§ 60 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 SGB V). Das Brandenburgische Rettungsdienstgesetz hingegen definiert die Transportaufgabe des Rettungsdienstes offener und verlangt, „Notfallpatienten mit einem Rettungsfahrzeug unter fachgerechter Betreuung in eine für die weitere Versorgung geeignete Gesundheitseinrichtung (zu) befördern“ (§ 3 Abs. 2 Satz 2 BbgRettG).

Ambulante Einrichtungen als alternatives Fahrtziel für RTW wurden bislang nur auf Basis von Modellprojekten erprobt. In Cottbus gab es einen Versuch mit sog. „Akut-Praxen“, der inzwischen wieder eingestellt wurde, da keine Einigung über die Kostentragung erzielt werden konnte. Vor diesem Hintergrund diskutierte die Arbeitsgruppe über das Projekt „Sektorenübergreifende ambulante Notfallversorgung (SaN)“ in Hessen.³¹ Als innovative Elemente dieses Projekts mit Relevanz für die Region sahen die Arbeitsgruppenteilnehmer die Möglichkeit, dass das RTW-Personal vor Ort eine strukturierte medizinische Ersteinschätzung auf Basis der SmED-Software vornehmen und – bei Einschätzung als ambulant versorgbare Akutpatienten³² – Partnerpraxen bzw. ärztliche Bereitschaftspraxen, die im IVENA-System hinterlegt sind, anfahren kann. Die Kosten der Patiententransporte durch RTW in

Regionalbeiräten oder dem Leitstellenbeirat auf Landesebene unter Beteiligung der QM-Verantwortlichen der Leitstellen, der KV Brandenburg und ggf. Rettungsdienstvertreterinnen und -vertreter.

³⁰ In Bezug auf die mit einer Inanspruchnahme von Klinikkapazitäten verbundenen Kosten wurde darauf hingewiesen, dass eine ambulante Akutversorgung in einer Klinik-Rettungsstelle (ZNA) für sich genommen kein Einsparpotenzial gegenüber einer vertragsärztlichen Akutversorgung bietet. Die Einsparpotenziale liegen zum einen beim Transportmittel (z. B. N-KTW, s. o.), zum anderen in längerfristigen (strukturellen) Klinikkosten (Personalvorhaltung) und ggf. induzierten Klinikleistungen (z. B. Nutzung erweiterter Diagnostikmöglichkeiten).

³¹ Detaillierte Informationen unter [SaN-Projekt | www.kvhessen.de](http://www.kvhessen.de), [SaN-Projekt – Sektorenübergreifende ambulante Notfallversorgung auf Hessisch - KV-Innovationsscout, https://www.kbv.de/media/sp/Beierle_KBV-Sicherstellungskongress2023.pdf](https://www.kbv.de/media/sp/Beierle_KBV-Sicherstellungskongress2023.pdf) (Abruf jeweils 06.01.2025).

³² Kennzeichen: nicht lebensbedrohlich, aber dringlich (binnen 4 Stunden) und mit Abklärungsbedarf.

die Partnerpraxen werden von den Krankenkassen erstattet. Die Vernetzung in Form der Möglichkeit zur digitalen Fallübergabe zwischen der Zentralen Leitstelle des Rettungsdienstes (112) und der KV-Dispositionszentrale (116117), die ebenfalls ein Ziel des SaN-Projekts darstellt, ist in Brandenburg hingegen schon umgesetzt (s. o.). Eine erneute Erprobung der Erweiterung von RTW-Anfahrtmöglichkeiten um ambulante Versorgungseinrichtungen setzt eine enge Zusammenarbeit mit den regionalen Kostenträgern voraus. Ein möglicher erster Ansatzpunkt könnte die Einbeziehung von MVZ an Krankenhäusern sein (z. B. Gesundheitszentrum am Standort Guben).

Für einen vollständigen Fallabschluss vor Ort (ohne anschließenden Patiententransport), der eine medizinische Ersteinschätzung durch das RTW-Personal umfasst, fehlen derzeit die rechtlichen Voraussetzungen für eine Erstattungsfähigkeit von nicht-transportgebundenen Kosten der Rettungsdienste. Auf Bundesebene war und ist eine Aufnahme der Rettungsdienste als Leistungserbringer im Sinne des SGB V zwar seit längerem Gegenstand von Gesetzesinitiativen (zuletzt durch einen Änderungsantrag der Regierungsfractionen zum Entwurf des Gesetzes zur Reform der Notfallversorgung), bislang wurde eine entsprechende Gesetzgebung aber nicht abgeschlossen. Dabei besteht weitgehend Konsens darüber, dass die an den Transport in ein Krankenhaus gebundene Vergütung Fehlanreize verursacht, der durch die Etablierung einer qualifizierten Erstversorgung vor Ort als eigenständige vergütete Leistung beseitigt werden könnte.

Vermeidung von 112-Fällen

Neben einer verbesserten Steuerung von 112-Fällen durch alternative Transportmöglichkeiten und zusätzliche Gestaltungsoptionen bei RTW-Einsätzen besteht aus Sicht der Arbeitsgruppe ein weiterer Lösungsansatz in Reaktion auf eine sich verschärfende Ressourcenverknappung in der Region darin, die Inanspruchnahme des 112-Notrufs zu vermeiden.

Auch durch die Arbeitsgruppen in den anderen Versorgungsgebieten wurde ein breites Spektrum von Ansatzpunkten diskutiert, die zu einer Absenkung medizinisch unnötiger 112-Notrufe beitragen könnten. Hierzu zählen u. a. Maßnahmen der Information und Aufklärung, der Steigerung der Gesundheitskompetenz in der Region (z. B. bereits in Schulen) und die verstärkte Einbindung von geschulten Laien (z. B. KAT-Retter).

Hervorgehoben wurde in diesem Zusammenhang auch die Bedeutung einer kontinuierlichen hausärztlichen Versorgung und Betreuung für die Vermeidung unnötiger 112-Notrufe. Für das Versorgungsgebiet 4 wurde in der Arbeitsgruppe auf das vermehrte altersbedingte Ausscheiden von Hausärztinnen und -ärzten aus dem Dienst in Cottbus verwiesen, dass sich bereits in einer Zunahme der 112-Notrufe bemerkbar mache. Häufig geschähen diese Notrufe aus Unwissenheit der Anrufer darüber, an wen man sich bei akuten Beschwerden wenden könne. Vor diesem Hintergrund wurde – auch in den Arbeitsgruppen der anderen Versorgungsgebiete – immer wieder die Option genannt, zusätzliche qualifizierte (nicht-ärztliche) Ansprechpartner vor Ort zu etablieren, z. B. in Form von „community health nurses“.

In der Vertiefung für Versorgungsgebiet 4 wurden die drei o. g. Ansätze diskutiert, mit vorhandenen Personalkapazitäten die Häufigkeit medizinisch unnötiger 112-Notrufe zu senken.

Übernahme zusätzlicher Aufgaben durch wenig frequentierte Rettungswachen

Das Potenzial einer Nutzung von wenig frequentierten Rettungswachen als zusätzliche Anlaufstellen, z. B. in Form von Walk-in- oder Call-Centern, wurde von der Arbeitsgruppe insgesamt als sehr begrenzt eingestuft. Einerseits wurde hervorgehoben, dass hier medizinische Kompetenz vorhanden sei, die genutzt werden könnte, um Patienten vor Ort zu versorgen oder zu beraten. Andererseits wurden praktische Bedenken geäußert, wie die Verfügbarkeit des Personals bei Notfällen und die Bindung von Rettungsmitteln. In Zeiten von Personalmangel sei eine Doppelfunktion als Rettungsdienst und Anlaufstelle schwierig zu realisieren. Dies betreffe insbesondere die wenig frequentierten Rettungswachen mit dünner Personaldecke. Es wurde aber angeregt, dieses Modell pilotweise in geeigneten Regionen zu testen, um das Potenzial zu evaluieren (z. B. in Bezug auf Mitarbeiter, die nicht mehr im Einsatzdienst tätig sind).

Darüber hinaus wurde auf das Modellprojekt der „Gemeinde-Notfallsanitäter“ verwiesen, das aktuell in Niedersachsen (Stadt Oldenburg und umliegende Landkreise) erprobt wird.³³ Hierbei handelt es sich um besonders qualifizierte Notfallsanitäter, deren Einsatz für Fälle ohne RTW-Indikation zentral über die Rettungsdienst-Leitstelle gesteuert wird. Wesentliche Aufgaben bestehen in der Abklärung der Behandlungsbedürftigkeit vor Ort, der Koordination der Hilfe vor Ort zwischen Hausarzt, Krankenhaus, Pflegeheim oder Pflegedienst, aber auch in bestimmten Arten der Versorgung von Patienten. Vorstellbar wären für letzteres z. B. Katheterwechsel bei entsprechender Qualifikation bis hin zur Gabe von Opiaten bei Krebspatienten unter telenotärztlicher Aufsicht. Der Gemeinde-Notfallsanitäter würde zudem kein spezielles Rettungsfahrzeug benötigen.

Zusätzliche Call-Center-Funktionen wurden eher in den Rettungsdienst-Leitstellen als beim Rettungswachen-Personal verortet. Dabei könnten solche Call-Center-Funktionen von entsprechend geschulten Rettungssanitätern oder auch telefonisch verfügbaren Ärztinnen und Ärzten im Hintergrund übernommen werden, die nicht disponieren, sondern Steuerungsaufgaben bei fehlender Notfallindikation wahrnehmen.

Präventive Hausbesuche durch Rettungsstellenpersonal in „Leerzeiten“

Die Möglichkeit, dass Personal der Klinik-Rettungsstellen in dünn besiedelten Gebieten mit einer geringen Auslastung „Leerzeiten“ dazu nutzt, präventiv tätig zu werden (z. B. durch Besuche in Pflegeheimen), um erfahrungsgemäß absehbare Krankenhauseinweisungen zu vermeiden, wurde diskutiert. Die meisten Teilnehmer standen dieser Idee skeptisch gegenüber. Ähnlich dem obigen Ansatz wurde auch für das Rettungsstellen-Personal bezweifelt, dass es für eine Doppelfunktion

³³ Vgl. [Der Gemeindenotfallsanitäter / Pilotprojekt](#) (Abruf: 06.01.2025)

ausreiche. Zudem wurden organisatorische und haftungsrechtliche Bedenken geäußert. Insgesamt wurde das Potenzial dieser Maßnahme als gering eingeschätzt.

In Bezug auf präventive Besuche in Pflegeheimen wurde auf die bestehenden Kooperationsverträge zwischen stationären Pflegeeinrichtungen und vertragsärztlichen Leistungserbringern gem. § 119b SGB V verwiesen. Die Kooperationsverträge beziehen sich zwar auf die reguläre vertragsärztliche Versorgung, diese kann aber auch notfall-präventiv wirken. Es wurde die Einschätzung geteilt, dass solche Kooperationsverträge noch nicht flächendeckend etabliert seien und ihre Umsetzung auch durch häufig wechselndes Pflegepersonal in den Einrichtungen beeinträchtigt werde. Eine Ausweitung der vertragsärztlichen Betreuung von Pflegeheimbewohnern erscheint angesichts der knappen ärztlichen Personalressourcen fraglich. Als Alternative wurde auf neue medizinische Berufskonzepte wie die „Physician Assistants“ hingewiesen, die aktuell im Medizinischen Zentrum Lübbenau (MZL) erprobt werden.³⁴

Geriatrische Hausbesuche durch ambulante Pflegedienste

Das Potenzial, dass ambulante Pflegedienste im Rahmen ihrer Hausbesuche ihre Kenntnisse über die Pflegebedürftigen systematisch präventiv nutzen, um die Inanspruchnahme des Rettungsdienstes (und anschließend von Klinikversorgung) zu vermeiden, beispielsweise durch frühzeitige Kommunikation mit zuständigen Praxen der vertragsärztlichen Versorgung, wurde als sehr begrenzt eingeschätzt. Die geäußerte Skepsis verband sich mit dem Argument, dass Pflegedienste bereits stark ausgelastet seien und unter Personalmangel leiden. Die zusätzlichen Aufgaben würden die Ressourcen weiter belasten. Zudem wurde bezweifelt, dass solche Maßnahmen signifikant zur Entlastung des Rettungsdienstes beitragen würden.

Telenotarzt

Die Möglichkeit des Einsatzes von Telenotärzten, die im Jahresverlauf 2025 landesweit geschaffen werden soll, wurde als vielversprechender Lösungsansatz eingeschätzt. Erfahrungen aus der Region Vorpommern-Greifswald zeigen, dass durch den Telenotarzt etwa 20 % bis 30 % der Notarzteinsätze (inkl. Verlegungstransporte) ersetzt werden können. Dies bietet ein erhebliches Potenzial zur Optimierung der verfügbaren Personalressourcen und zur schnelleren Versorgung von Patienten, insbesondere in ländlichen Gebieten.

Als Herausforderungen für die Umsetzung wurden die Arztstellung im Hinblick auf die Qualifikationsanforderungen (gemäß Bundesärztekammer) genannt sowie die Vermeidung von „Insellösungen“ durch eine Rahmenvereinbarung. Ausgehend von einem hohen Anteil von Telenotarzt-Einsätzen bei Patienten zu Hause wurden dagegen Lücken der Netzverfügbarkeit nicht als gravierendes Umsetzungsproblem betrachtet. Der Rollout des Telenotarztes in der Region wurde positiv aufgenommen und als prioritäre Maßnahme identifiziert.

³⁴ Vgl. [Zweijährige Testphase ab November: Gesundheitszentrum Lübbenau will mit neuen Assistenten Fachärzte entlasten | rbb24](#) (Abruf: 06.01.2025)

Neben dem primären Ziel des Einsatzes von Telenotärzten – nämlich bei unveränderten Personalressourcen die notärztlichen Kapazitäten (gegenüber bodengebundenem Einsatz) in Verbindung mit RTW- oder Verlegungsfahrten auszuweiten – könnten diese auch als „ärztliches Backup“ für eine verstärkte Nutzung von N-KTW (s. o.) oder bei alternativem Abschluss von RTW-Einsätzen (vor Ort oder Anfahrt ambulanter Einrichtungen) unterstützen.

Zusammenfassend wurden die Wirksamkeit bzw. die Entlastungseffekte beim Rettungsdienst am größten für die Lösungsansätze „Alternative Transportmöglichkeiten“ und „Telenotarzt“ eingeschätzt (Abbildung 19).

Abbildung 19: Einschätzung der Arbeitsgruppe zur Wirksamkeit von Lösungsansätzen

Lösungsansätze	Einschätzung Wirkung/Entlastungseffekt		
	gering	moderat	groß
Alternative Transportmöglichkeiten			X
RTW-Einsätze vor Ort abschließen (Vergütung Behandlung vor Ort)		X	
RTW: Anfahrmöglichkeit ambulante Einrichtungen (Akut-Praxen)		X	
gering frequentierte Rettungswachen: zusätzliche Aufgaben	X		
Rettungsstellen auf dem Land: präventive Besuche	X		
Ambulante Pflegedienste: geriatrische Hausbesuche	X		
Telenotarzt: Rollout			X

Quelle: IGES/AGENON

Von den Lösungsansätzen für einen alternativen Abschluss von RTW-Einsätzen (vor Ort oder in ambulanten Einrichtungen) werden Entlastungseffekte eher bei den Klinikkapazitäten gesehen, weniger stark beim Rettungsdienst. Dabei werden die Realisierungschancen einer Anfahrmöglichkeit ambulanter Einrichtungen (Akut-Praxen) gegenwärtig für etwas höher eingestuft als die Vergütung einer abschließenden Vor-Ort-Versorgung durch Notfallsanitäter. Die möglichen Entlastungswirkungen der diskutierten Ansätze zur Vermeidung von 112-Notrufen durch erweiterte Nutzung vorhandener Personalkapazitäten in niedrig ausgelasteten Rettungswachen, Rettungsstellen oder bei ambulanten Pflegediensten wurden überwiegend als gering eingestuft.

Zum Abschluss der Arbeitsgruppe wurden Vorschläge für ein mögliches weiteres Vorgehen diskutiert, um den gegenseitigen Austausch fortzusetzen mit dem Ziel, die diskutierten Lösungsansätze weitergehend zu konkretisieren und Umsetzungsschritte in der Region zu vereinbaren. Zu den Vorschlägen zählte die Einrichtung einer dauerhaften sektorenübergreifenden Plattform für alle an der Notfallversorgung beteiligten Akteurinnen und Akteure, zunächst z. B. in der Modellregion, aber auch in den anderen Landesteilen. Wichtige Funktion eines solchen Forums wäre ein regelmäßiger Austausch, die Erarbeitung von Empfehlungen an die

Landesregierung und gemeinsamer Lösungen sowie die Qualitätssicherung bzw. das Monitoring einer Umsetzung dieser Lösungen. Angegliedert werden könnte eine solche Struktur z. B. an bestehende regionale Planungsgemeinschaften oder den Landesbeirat für das Rettungswesen (gem. § 6 BbgRettG). Angeregt wurde ergänzend, dass zunächst – mit einer koordinierenden Rolle des MGS – ein gemeinsames Zielbild und ein Rahmen für die Zusammenarbeit entwickelt werden sollte.

9. Zusammenfassende Übersicht der Lösungsansätze

Die folgende Übersicht (Tabelle 22) enthält die in den vorangegangenen Kapiteln dargestellten Lösungsansätze und beispielhaft genannten Modellprojekte, gegliedert nach Versorgungsthemen bzw. -bereichen. Ansatzspezifische Umsetzungsperspektiven bzw. -voraussetzungen werden stichwortartig aufgeführt. Auf die jeweiligen Berichtskapitel mit weiteren Details wird verwiesen.

Die Zusammenfassung erhebt keinen Anspruch auf eine vollständige Wiedergabe aller in Brandenburg vorfindbaren Lösungsansätze.

Ein bereichsübergreifendes Thema in den Dialogveranstaltungen und Arbeitsgruppen bezog sich auf eine mögliche Meta-Struktur zur Weiterentwicklung bis hin zu Umsetzung der diskutierten Lösungsansätze. Für die meisten der komplexeren Fragestellungen – insbesondere solche, die eine intersektorale Perspektive erfordern – gibt es nach Einschätzung vieler Beteiligten bislang noch keine adäquaten Strukturen, um die begonnenen Dialogprozesse aufzugreifen und fortzusetzen.

Dies gilt zunächst bezogen auf einzelne Lösungsansätze/Projekte und deren Weiterentwicklung bzw. Umsetzung in den Regionen. Besonders kleineren Akteurinnen und Akteuren vor Ort fehlen häufig die (personellen, zeitlichen und finanziellen) Kapazitäten, neue Versorgungsansätze unter Einbindung weiterer Akteurinnen und Akteure zu entwickeln und umzusetzen. Eine unterstützende und koordinierende Struktur für die Region wurde als hilfreich angesehen. Ein weiteres Argument für eine unterstützende und koordinierende Struktur bilden Beispiele, in denen Versorgungsangebote auf Grundlage einzelbetrieblicher Entscheidungen eingeschränkt wurden, ohne dass zuvor Versorgungsalternativen entwickelt waren. Folge waren Verunsicherungen der Bevölkerung bis hin zu öffentlichen Protesten. Andere Beispiele zeigen, dass über eine vorherige koordinierte Akteurs-übergreifende Kommunikation tragfähige Alternativen entwickelt werden und Verunsicherungen und Proteste vermieden werden können.

Über eine solche Struktur könnte auch eine Plattform geschaffen werden, die sich mit Blick auf regionale Umsetzungsmöglichkeiten systematisch mit der Vielzahl von Lösungsansätzen und Projekten befasst, welche sich in anderen Bundesländern für die Bewältigung vergleichbarer Problemkonstellationen bereits bewährt haben. Eine umfassende nach Themenfeldern strukturierte Sammlung beinhaltet der Bericht zu den Ergebnissen des Scoping Review, der in der ersten Phase dieses

Projektes erstellt wurde (vgl. Albrecht et al. 2024).³⁵ Eine Aufgabe dieser Struktur könnte zudem sein, die erforderlichen regionalen Daten (zu Versorgungskapazitäten, Inanspruchnahme, Bedarfsprojektionen) zur Verfügung zu stellen, wie sie im Rahmen der Versorgungsbedarfsanalysen erstellt wurden.

Darüber hinaus hilfreich wäre auch eine Struktur für die überregionale Perspektive als Ort für gegenseitigen Informations- und Erfahrungsaustausch. Da sich die Herausforderungen für die regionale Versorgung in vielen Regionen sehr ähnlich gestalten und auch teilweise ähnliche Lösungsansätze diskutiert wurden, könnten knappe Ressourcen effektiver eingesetzt werden, wenn Erkenntnisse aus der Konzeption und Umsetzung neuer Ansätze systematisch gesammelt und zugänglich gemacht würden. Gleiche Fehler sollten nicht wiederholt, Doppelaufwand vermieden werden. Eine überregionale Austauschplattform sollte dazu beitragen, dass erfolgreiche Ansätze landesweit Verbreitung finden und Impulse zur Problemlösung auch an anderer Stelle setzen können.

³⁵ Albrecht, M. et al. (2024). Versorgungsbedarfsanalysen Brandenburg. Gesamtbericht für das Versorgungsgebiet 4 Lausitz-Spreewald.

Tabelle 22: Übersicht der Lösungsansätze für die regionale Versorgung in Brandenburg

Versorgungsthema/-bereich	Lösungsansatz	Umsetzungsperspektive/-voraussetzung	Best-practice-Bsp.	Verweis
Krankenhausversorgung	sektorenübergreifende regionalbezogene Angebotsplanung (regionale Planungskonferenzen)	sektorenübergreifende Datengrundlagen	Regionale Planungskonferenzen, Projekt ProReVers, Landkreise Prignitz und Ostprignitz-Ruppin; Regionales Strategie- und Steuerungsteam (RSS), Templin Datengrundlage: AG „Ambulantisierung“ (exemplarisch)	Kap. 4.5, 8.2.1
Ambulantisierung	Parallelisierung des Abbaus stationärer Kapazitäten, Zulassung zur vertragsärztlichen Versorgung (Institutsermächtigung) und Bereitstellung zusätzlicher finanzieller Mittel für ambulante Versorgung in der MGv	Krankenhausreform (KHVVG): Ausweitung Ermächtigungen für süVe und Sicherstellungskrankenhäuser	Modellprojekt StimMT, Templin	Kap. 4.5
	Etablierung neuer regionaler Gesprächsformate zur Klärung intersektoraler Fragen der Arbeitsteilung und Finanzierung	Begleitung durch MGS		Kap. 8.2.2
	Einrichtung von separaten Kurzliegerstationen in Krankenhäusern	Investitionsförderung (Bundesland)		Kap. 4.5
Ambulantisierung & Rettungsdienst, Krankenfahrten und -transporte	Organisation der Möglichkeit von Patientenrücktransporten (Krankenfahrten) in Randzeiten zur Verringerung vermeidbarer Krankenhausaufenthalte / Rettungsdienst-Inanspruchnahme		Kooperationsprojekt zur Beauftragung von Krankenfahrten durch Klinik-Notaufnahmen in Potsdam; Patiententransportportal (Nutzung durch MUL-CT, Elbe-Elster-Klinikum)	Kap. 4.5, 8.4.2

Versorgungs- thema/-bereich	Lösungsansatz	Umsetzungsperspektive/ -voraussetzung	Best-practice-Bsp.	Verweis
	Einrichtung von ambulanten Monitoringseinheiten (z.B. in MVZ)	intersektoral orientierte regionale Vergütungsvereinbarung		Kap. 4.5
Rettungsdienst	Einsatz von Telenotärzten	landesrechtliche Grundlagen (2024 geschaffen), landesweiter Rollout	Region Vorpommern-Greifswald	Kap. 5.2, 8.4.2
	Einsatz von Notfall-Krankenwagen (N-KTW) für Notfallpatienten ohne akut lebensbedrohlichen Zustand	Aufnahme in Landesrettungs-dienstplanverordnung (2024)		Kap. 8.4.2
	Ausweitung Videosprechstunden-Angebote im Rahmen ärztlichen Notdienstes		kinderärztlicher Bereitschafts-dienst in Rüdersdorf (geplant)	Kap. 5.2
	Möglichkeit zum Abschluss RTW-Einsatz in Arztpraxen und „Live-Information“ über Akutpatienten aufnahmebereite Arztpraxen (in IVENA)	Anpassung GKV-Leistungsrecht (Notfall- bzw. RettungsdienstreformG)	Kooperationsprojekt „Akut-Praxen“ in Cottbus (beendet); SaN-Projekt in Hessen	Kap. 5.2, 8.4.2
	Möglichkeit zum Abschluss RTW-Einsatz vor Ort (ohne Patiententransport) mit Erstattungsfähigkeit nicht-transportgebundener Leistungen	Anpassung GKV-Leistungsrecht (Notfall- bzw. RettungsdienstreformG)		Kap. 8.4.2
	wenig frequentierte Rettungswachen als regionale Anlaufstellen bei akuten Gesundheitsfragen (walk-in, telefonisch) zur Vermeidung unnötiger RTW-Einsätze	ggf. als Pilotprojekt		Kap. 8.4.2
	präventive Hausbesuche durch Rettungsstellenpersonal (in Leerzeiten) oder geriatrische Hausbesuche durch ambulante Pflegedienste	ggf. als Pilotprojekt		Kap. 8.4.2

Versorgungsthema/-bereich	Lösungsansatz	Umsetzungsperspektive/ -voraussetzung	Best-practice-Bsp.	Verweis
	Gemeindenotfallsanitäter oder andere nicht-ärztliche Ansprechpartner vor Ort (für Pflegebedürftige: häusliche Krankenpflege) bei akuten Gesundheitsfragen zur Vermeidung unnötiger RTW-Einsätze		Innovationsfonds-Projekt „ErWiN“	Kap. 5.2, 8.4.2
	Nutzung/Ausweitung von Systemen der Ersten Hilfe durch Laien (z.B. KATRETTETTER)	verstärkte Rekrutierung in (Fahr-) Schulen	Landkreis Märkisch-Oderland	Kap. 5.2, 8.4.2
	verstärkte Aufklärung, Bildungs-/Informationsangebote zu Erster Hilfe, Strukturen und Zugängen zur ärztlichen Versorgung in Akutfällen	Einbindung von Schulen		Kap. 5.2
	Verbesserung der Datenlage über Rettungsdiensteinsätze	Aktualisierung und Erweiterung der Datenauswertungen (MIND) des Innovationsfonds-Projekts zur Notfall- und Akutversorgung in Brandenburg (Abschluss 2021)		Kap. 5.2
Ambulante Versorgung	(hausärztliche) MVZ in kommunaler Trägerschaft	Änderung bundesgesetzlicher Vorgabe zur selbstschuldnerischen Bürgschaft in unbegrenzter Höhe	MVZ Gesundheitszentrum, Baruth/Mark MVZ Spreewald, Lübben	Kap. 6.3
	Zweig-/Filialpraxen in abgelegenen Gebieten	vergünstigte Bereitstellung von Räumlichkeiten durch Kommunen	Pilotprojekt „Der mobile Landarzt“, westliches Havelland (ab Q1/2025)	Kap. 6.3
	Einsatz von nicht-ärztlichen Praxisassistenten (NäPa)	Daten(analyse) zur Verbreitung	AG „Weiterbildung und Sicherung ärztlicher Behandlungskapazitäten“ für Landkreis Elbe-Elster	Kap. 6.3, 8.3.3

Versorgungs- thema/-bereich	Lösungsansatz	Umsetzungsperspektive/ -voraussetzung	Best-practice-Bsp.	Verweis
	Einsatz von nicht-ärztlichen Fachkräften (u.a. agents ^{zwei} , Demenzfachkräfte, Case Managerinnen, spezialisiertes Pflegefachpersonal)		mehrere Brandenburger Arzt- netze; Medizinisches Zentrum Lübbenau (MZL): Physician Assistants und Case Manager; Innovationsfonds-Projekt „ErwiN“	Kap. 6.3
	Auf-/Ausbau von Weiterbildungsnetzwerken		Weiterbildungsnetzwerk Landkreis Dahme-Spreewald	Kap. 6.3
Pflege	Vereinfachung der Anerkennung der Ausbildung von ausländischen Pflegekräften			Kap. 7.3
	Etablierung von Tagespflege in kleineren Orten		Projekt „Grüntal am Postweg“, Landkreis Barnim	Kap. 7.3
	Schaffung von Möglichkeiten der Nachtpflege u./od. Kurzzeitpflege in Krankenhäusern			Kap. 7.3
	transsektorale, telemedizinische 24/7-Versorgung von Pflegebedürftigen zu Hause		Innovationsfonds-Projekt „STAY@HOME-TREAT@HOME“	Kap. 7.3

Quelle: IGES/AGENON auf Basis der Ergebnisse der Dialogformate, Expertengespräche und Arbeitsgruppen im Projekt "Versorgungsbedarfsanalysen Brandenburg" (2024)

Anhang

Tabelle 23: Ausgewählte Indikatoren zum Vergleich der Versorgungsgebiete

Indikator	BRB ges.	VG1 ges.	VG1 Prignitz-Ober- havel		VG2 ges.	VG2 Uckermark- Barnim		VG3 ges.	VG3 Havelland-Flä- ming		VG4 ges.	VG4 Lausitz-Spree- wald		VG5 ges.	VG5 Oderland- Spree	
			von	bis		von	bis		von	bis		von	bis		von	bis
Veränderung Be- völk. 2022 bis 2030	0,1%	-2,1%	-6,7% (PR)	1,0% (OHV)	0,2%	-7,0% (UKM)	4,7% (BAR)	3,0%	0,8% (PM)	6,7% (P)	-2,5%	-8,6% (SN)	7,8% (DSW)	-0,1%	-1,2% (F/O)	0,6% (MOL)
Altenquotient 2022	45%	46%	42% (OHV)	54% (PR)	48%	43% (BAR)	55% (UKM)	40,0%	33% (P)	49% (Bb/H)	51%	43% (DSW)	55% (3LK)	48%	45% (MOL)	51% (OSP)
Altenquotient 2030	57%	60%	54% (OHV)	72% (PR)	60%	53% (BAR)	75% (UKM)	48,0%	36% (P)	55% (2 LK)	64%	49% (DSW)	77% (SN)	60%	57% (F/O)	64% (OSP)
Veränderung stat. Fälle (2022-2030)	2,6%	1,3%	-3,1% (PR)	4,0% (OHV)	2,5%	-2,6% (UKM)	6,5% (BAR)	5,2%	0,5% (Bb/H)	7,4% (P)	0%	-5,1% (OSL)	8,1% (DSW)	2,6%	1,5% (F/O)	3,4% (MOL)
Veränderung stat. Tage (2022-2030)	3,8%	2,6%	-1,9% (PR)	6,0% (OHV)	3,7%	-1,2% (UKM)	7,1% (BAR)	6,4%	0,5% (Bb/H)	8,2% (P)	1,0%	-3,8% (OSL)	8,7% (DSW)	3,6%	1,7% (F/O)	4,4% (MOL)
Anteil ambulanti- sierbare Fälle	27,1%	29,1%			29,4%			24,7%			26,5%			28,6%		
Anteil ambulanti- sierbare Tage	13,8%	15,4%			14,2%			12,2%			14,1%			14,2%		
Effekt Demografie & Ambulanti-	-8%	-11%	-15% (PR)	-8% (OHV)	-9%	-13% (UKM)	-5,0% (BAR)	-4,2%	-8% (Bb/H)	-2% (P)	-11%	-16% (EE)	-3% (DSW)	-10%	-10% (2 LK)	-9% (MOL)

	VG1 Prignitz-Oberhavel				VG2 Uckermark-Barnim				VG3 Havelland-Fläming		VG4 Lausitz-Spree-wald		VG5 Oderland-Spree		
sierung Tage (2022-2030)															
Effekt Demografie & Ambulantisierung Fälle (2022-2030)	-24%	-26%	-29% (PR)	-24% (OHV)	-25%	-29% (UKM)	-23,0% (BAR)	-19,2%	-21% (Bb/H)	-17% (P)	-25%	-29% (EE)	-18% (DSW)	-26%	-26% (MOL)
Veränd. ambul. Pat. (2022-2030)	-0,1%	-2,2%	-6,7% (PR)	1,0% (OHV)	1,0%	-8,7% (UKM)	4,8% (BAR)	3,1%	0,8% (Bb/H)	6,5% (P)	-2,7%	-8,3% (SN)	7,5% (DSW)	0%	-1,3% (F/O)
Veränd. ambul. Fälle (2022-2030)	1,7%	0,0%	-4,6% (PR)	3,2% (OHV)	1,0%	-6,9% (UKM)	6,3% (BAR)	4,9%	1,2% (Bb/H)	7,9% (P)	-1,1%	-6,2% (OSL)	8,0% (DSW)	2%	-0,8% (F/O)
Pers. mit Pflegegrad je 1.000 Einw. (2021)	72,8	85,9	72,3 (OHV)	111,1 (PR)	92,9	84,7 (BAR)	106,1 (UKM)	56,4	41,1 (PM)	71,2 (Bb/H)	69,9	59,5 (CB)	82,1 (EE)	81,3	75,6 (F/O)
vollstat. Plätze Pflege je 1.000 Pers. m. Pflegegrad (2021)	146	129	116 (OPR)	139 (OHV)	124	90 (UKM)	150 (BAR)	178	142 (HVL)	211 (Bb/H)	152	117 (EE)	203 (CB)	133	125 (MOL)

Quelle: IGES/AGENON eigene Berechnungen auf Basis von Daten des Statistischen Bundesamtes (Destatis), des Statistischen Landesamtes (Sonderauswertung), des LBV (Bevölkerungsvorausschätzung), des MGS, der KV Brandenburg (Sonderauswertung) und des Statistischer Berichts: Ambulante und stationäre Pflegeeinrichtungen sowie Empfänger von Pflegegeldleistungen im Land Brandenburg

Literaturverzeichnis

- Achenbach Krankenhaus Königs Wusterhausen (2024): Referenzbericht zum Qualitätsbericht 2022 gemäß § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V.
- Albrecht, M. et al. (2022). Gutachten nach § 115b Abs. 1a SGB V. https://www.kbv.de/media/sp/IGES_AOP_Gutachten_032022.pdf
- Albrecht, M. et al. (2024). Versorgungsbedarfsanalysen Brandenburg. Gesamtbericht für das Versorgungsgebiet 4 Lausitz-Spreewald.
- Amt für Statistik Berlin-Brandenburg (2023). Statistischer Bericht – Bevölkerungsentwicklung und Flächen der kreisfreien Städte, Landkreise und Gemeinden im Land Brandenburg 2022. <https://www.statistik-berlin-brandenburg.de/archiv/a-i-4-a-v-2-j>
- Amt für Statistik Berlin-Brandenburg (2023). Statistischer Bericht – Ambulante und stationäre Pflegeeinrichtungen sowie Empfänger von Pflegegeldleistungen im Land Brandenburg 2021. https://download.statistik-berlin-brandenburg.de/a4bc4b801c61c763/7ab367bee21a/SB_K08-01-00_2021j02_BB.pdf
- Asklepios Fachklinikum Lübben. (2024). Referenzbericht zum Qualitätsbericht 2022 gemäß § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V.
- Asklepios Fachklinikum Teupitz. (2024). Referenzbericht zum Qualitätsbericht 2022 gemäß § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V.
- Bundesministerium für Gesundheit. (2024). 5 Millionen Pflegebedürftige zum Jahresende 2021 [Pressemitteilung]. https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2022/12/PD22_554_224.html
- Carl-Thiem-Klinikum Cottbus gGmbH. (2024). Referenzbericht zum Qualitätsbericht 2022 gemäß § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V.
- Elbe-Elster Klinikum GmbH. (2024). Referenzbericht zum Qualitätsbericht 2022 gemäß § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V.
- GKV-Spitzenverband. (2023). Bedarfsgerechte Planung und Ausstattung von Integrierten Notfallzentren – Vorschläge des GKV-Spitzenverbandes. https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/service_1/publikationen/20230918_Positionspapier_INZ_barrierefrei.pdf
- GKV-Spitzenverband, Verband der Privaten Krankenversicherung, Deutsche Krankenhausgesellschaft (2021): Vereinbarung zum pauschalierenden Entgeltsystem für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen für das Jahr 2022 (Vereinbarung über die pauschalierenden Entgelte für die Psychiatrie und Psychosomatik 2022 – PEPPV 2022) vom 22.09.2021. https://www.gkv-spitzenverband.de/krankenversicherung/krankenhaeuser/psychiatrie/pepp_entgeltsystem_2022/pepp_2022.jsp
-

- Klinikum Niederlausitz GmbH. (2024). Referenzbericht zum Qualitätsbericht 2022 gemäß § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V.
- Krankenhaus Spremberg. (2024). Referenzbericht zum Qualitätsbericht 2022 gemäß § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V.
- Landesamt für Bauen und Verkehr. (2021). Berichte der Raumb Beobachtung. Bevölkerungsvorausberechnung 2020 bis 2030. Ämter, Verbandsgemeinden und amtsfreie Gemeinden des Landes Brandenburg. https://download.statistik-berlin-brandenburg.de/2d433971f996bdf4/ec5cead7539c/SB_A01-08_2021_BB.pdf
- Lausitz Klinik Forst GmbH. (2024). Referenzbericht zum Qualitätsbericht 2022 gemäß § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V.
- Marburger Bund (2021): MB-Barometer Ärztliche Weiterbildung 2021. https://www.marburger-bund.de/sites/default/files/files/2021-10/MB-Barometer-Weiterbildung_2021_Ergebnisse-Zusammenfassung.pdf
- Ministerium für Soziales, Gesundheit, Integration und Verbraucherschutz. (2021). Vierter Krankenhausplan des Landes Brandenburg. https://bravors.brandenburg.de/verwaltungsvorschriften/krankenhausplan_2021
- Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung. (2023). Vierte Stellungnahme und Empfehlung der Regierungskommission - Reform der Notfall- und Akutversorgung in Deutschland, integrierte Notfallzentren und integrierte Leitstellen. https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/K/Krankenhausreform/Vierte_Stellungnahme_Regierungskommission_Notfall_ILS_und_INZ.pdf
- Rothgang, H. & Müller, R. (2023). Pflegebedürftige im Krankenhaus. Berlin: Barmer (Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse, 44).
- Sana-Herzzentrum Cottbus GmbH. (2024). Referenzbericht zum Qualitätsbericht 2022 gemäß § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V.
- Spreewaldklinik Lübben. (2024). Referenzbericht zum Qualitätsbericht 2022 gemäß § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V.
- Sundmacher L, Schüttig W & Faisst C (2015), Krankenhausaufenthalte infolge ambulant-sensitiver Diagnosen in Deutschland. Fachbereich Health Service Management, Ludwig-Maximilians-Universität München, München
- Valk-Draad M. & Bohnet-Joschko S. (2023). Pflegeheim-sensitive Krankheitsfälle und Ansätze zur Verringerung der Hospitalisierung von Pflegeheimbewohnerinnen und -bewohnern. In: Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz 66 (2), S. 199–211.
- Wissenschaftliches Institut der AOK (2024). Gesundheitsatlas. Online unter: <https://gesundheitsatlas-deutschland.de/>. Daten zuletzt abgerufen am 06.09.2024.
-

IGES Institut GmbH
Friedrichstraße 180
10117 Berlin

www.iges.com

**AGENON Gesellschaft für Forschung und
Entwicklung im Gesundheitswesen mbH**
Kaunstraße 21
14163 Berlin

www.agenon.de