



Schwerpunkt:
Prävention

- Evidenz von Prävention
- Präventionsperspektiven
- Primärversorgung und Prävention
- Outsourcing Krankenkassen
- psychiatrische Versorgung
- Kinder und Medien
- Adiposithilfe
- Parkinsonversorgung

Herausgegeben von Rolf Stupardt

Der Herausgeberbeirat: Prof. Dr. Vera Antonia Büchner | Andrea Galle | Dr. Gerald Gaß | Roland Engehausen | Dr. Isabella Erb-Herrmann | Prof. Dr. Lutz Hager | Christian Heerdt | Sandra Postel | Ulrich Langenberg | Dr. Marc-Pierre Möll | Dr. Uwe K. Preusker | Dr. Florian Reuther | Andreas Storm



Wie Primärversorgung mit einem Präventionsanreiz wirklich Nutzen stiften kann

Von Helmut Hildebrandt¹, Heidrun Sturm², Philipp Walther³, Manfred Zahorka⁴

Gesundheitspolitik wirkt zuweilen kurzatmig und eklektizistisch. Die oft strikte sektorale Orientierung und das Mauerblümchen-Dasein von Prävention negieren die mindestens mittelfristige Wirkung gegenseitigen Abhängigkeiten der eklektizistischen Maßnahmen. Die Reformüberlegungen im Status quo werden den Herausforderungen nicht gerecht, die Optionen des Wandels bleiben ungenutzt. Dabei wissen wir, wie es anders besser geht. Politikgestaltung verlangt Veränderungsmut. Unser Autorenteam beleuchtet dies am Beispiel der Primärversorgung vor dem Hintergrund langjähriger Erfahrungen in der Versorgungsgestaltung.

Die Ausgangslage ist ernüchternd: Nachdem die Politik die Reform der Krankenhausversorgung in der letzten Legislatur aus dem komplexen Gefüge der Gesundheitsversorgung herausgelöst bearbeitet hatte, steht nun die Einführung eines Primärarzt- bzw. Primärversorgungssystems im Fokus. Beide Reformen setzen an unterschiedlichen Stellschrauben an – doch sie beeinflussen sich gegenseitig in hohem Maße. Ein Abschmelzen stationärer Kapazitäten erfordert erweiterte ambulante Strukturen, die dies auffangen können. Und umgekehrt bewirken veränderte ambulante Versorgungsprozesse Änderungen im Bedarf an stationären Leistungen.

Deshalb erfordern beide Reformen eine sorgfältige Abstimmung, ein gemeinsames möglichst präventiv ausgerichtetes Zielbild, ein bestmögliches Zusammenspiel und darauf abgestimmte Vergütungsanreize. Solange diese Verbindung fehlt, besteht die große Gefahr, dass mit beiden Vorhaben teure Fehlschläge produziert werden.

- 1 Dr. rer. medic. h. c. Helmut Hildebrandt** ist Gründer und Vorstand von OptiMedis, einem Unternehmen für Analytik, Transformation und Innovation im Gesundheitswesen. Er war Abgeordneter der Hamburgischen Bürgerschaft in der 14. Wahlperiode, Co-Leiter der Gesundheitskommission der Heinrich-Böll-Stiftung, leitete Krankenhäuser und Integrierte Versorgungssysteme als Geschäftsführer, erhielt 2022 für seine Arbeiten den Vordenker-Award des Gesundheitswesens und berät Aufsichtsräte und Gebietskörperschaften.
- 2 PD Dr. Dr. med. Heidrun Sturm MPH** ist Ärztin und Versorgungswissenschaftlerin mit jahrzehntelanger Erfahrung in der Entwicklung, Implementierung und Evaluation regionaler, integrierter Versorgungsansätze und patientenzentrierter Versorgungslösungen. Im universitären Kontext war sie u. a. Mitautorin des IGG-Gutachtens zur erweiterten ambulanten Versorgung für die Kassenärztliche Bundesvereinigung und war beteiligt an der Begleitung der Entwicklung der PORT-Zentren der Robert Bosch Stiftung.
- 3 Prof. Dr. Philipp Walther** ist Gesundheitsökonom und lehrt an der Hochschule Fresenius. Sein Schwerpunkt liegt in der (digitalen) Transformation von Versorgungsstrukturen in ländlichen Regionen. Er ist Initiator und Mitgründer des Gesundheitsnetzwerks Gesundes Ostfriesland e. V. und dort zudem im Vorstand tätig. Zudem ist er Co-Autor des neu erschienen Praxishandbuchs "Kommunale Versorgungsstrukturanalyse und -planung" (medhochzwei 2025).
- 4 Dr. med. Manfred Zahorka** ist Allgemeinmediziner und als Public-Health-Experte seit mehr als 15 Jahren in verschiedenen europäischen Ländern im Bereich regionale integrierte Versorgung tätig. Seit 2020 arbeitet er für OptiMedis mit französischen Partnern in der Region Straßburg und der nationalen Krankenhausgesellschaft FHF an der Umsetzung von Population-Health-Management-Projekten mit.

Die entscheidende Frage lautet: Wie kann die Primärversorgungsdebatte in der aktuellen Legislatur beide Reformprozesse zusammenführen und einen tatsächlichen Nutzen stiften, der den Herausforderungen der kommenden Jahre gerecht wird? Wir greifen dazu auf ein breites Feld von Erfahrungen zurück. Dies betrifft sowohl die Führung und Beratung von Medizinischen Versorgungszentren und Gesundheitsregionen, die Entwicklung von Gesundheitskiosken, die Arbeit mit neuen Berufsrollen wie auch die Planung von sektorübergreifenden Versorgungseinheiten und Beratung von Krankenhäusern und Kommunen. Ergänzend bringen wir unsere internationalen Erfahrungen ein.

Die Herausforderung erkennen

1. Fachkräftemangel und überholte Strukturen

Deutlich mehr Fachkräfte scheiden aus dem Berufsleben aus als jüngere Jahrgänge nachrücken. Deshalb muss die ambulante medizinische und pflegerische Versorgung personell und infrastrukturell neu ausgerichtet und langfristig abgesichert werden. Das gilt inzwischen ebenso für die pharmazeutische, die hebammengeleitete, die physiotherapeutische sowie die neu zu strukturierende stationäre Versorgung.

2. Zunahme von Multimorbidität und Krankheitslast – wo bleibt die Prävention?

In den kommenden Jahren – bis etwa 2035 – ist ohne eine konsequente Ausrichtung des gesamten Gesundheitswesens auf (Sekundär-)Prävention und Gesundheitsförderung mit einer weiter zunehmenden Krankheitslast zu rechnen. Die alternde Bevölkerung und die steigenden krankheitsbedingten Ausfälle führen bei zugleich sinkender Zahl Erwerbstätiger zu einem spürbaren Rückgang des Arbeitskräftevolumens. Das verschärft nicht nur den Fachkräftemangel, sondern schwächt auch die Wirtschaftskraft, unseren Wohlstand und damit letztlich die Finanzierung des Gesundheitswesens.

3. Überbordende Kostenentwicklung und Vertrauensverlust in der Bevölkerung

Besonders deutlich zeigen sich die Herausforderungen in strukturschwachen Regionen, in benachteiligten Stadtquartieren sowie bei Menschen mit besonderen Einschränkungen. Hier ist der Gesundheitsstatus oft am schlechtesten, die Versorgung am stärksten gefährdet – und das Vertrauen in die Sicherheit der Versorgung am geringsten. Dabei wissen wir, dass insbesondere Menschen aus bildungsfernen Schichten, mit Armutserfahrung, Arbeitslosigkeits- oder Migrationshintergrund sowie Menschen mit Einschränkungen oder familiären Verpflichtungen, die nur in Teilzeit arbeiten und dadurch kein ausreichendes Einkommen erzielen, dem Gesund-

heits- und Pflegesystem besondere Aufwände abverlangen, zugleich aber geringere Beiträge leisten können.

Gleichzeitig belasten finanzielle Engpässe der Kranken- und Pflegekassen sowie steigende Beiträge in der Privaten Krankenversicherung die öffentliche Wahrnehmung zusätzlich und lassen wenig Raum für Zuversicht.

Werden die bisherigen Reformüberlegungen diesen Herausforderungen gerecht?

Eine Ausrichtung auf ein „verbindliches Primär~~arzt~~system“ – wie im Koalitionsvertrag vorgesehen – mit der Verpflichtung der Patient:innen, vor einem Facharztkontakt zunächst eine Hausärztin oder einen Hausarzt aufzusuchen, wird die genannten Probleme kaum lösen. Solange dieses Konzept in den althergebrachten Strukturen der Einzelpraxen gedacht wird – ohne grundlegende Veränderungen in Vergütung, Arbeitsteilung, Ausrichtung und Entlastung ärztlicher Arbeitszeit – bleibt der Effekt begrenzt. Im Gegenteil: Eine zusätzliche Belastung der ohnehin knappen Hausarztpraxen würde die Versorgungssituation weiter verschärfen. Viele Bürgerinnen und Bürger könnten eine derart kurz gedachte Reform zudem als Einschränkung ihres Zugangs erleben und sich fragen, wie sie künftig überhaupt kurzfristig Termine erhalten. Auch die dringend notwendige Neuausrichtung des gesamten Gesundheitswesens auf (Sekundär-)Prävention und Gesundheitsförderung würde durch ein solches Modell nicht erreicht.

Ein „Primär~~versorgungs~~system“, wie es der AOK-Bundesverband vorgeschlagen hat und wie es jetzt kürzlich auch von Bundesgesundheitsministerin Nina Warken im Wording benutzt wurde, könnte hier deutlich eher helfen. Die klassische Arztpraxis würde darin in neuer, arbeitsteiliger Form um weitere Berufsgruppen erweitert. Im Laufe der nächsten Jahrzehnte könnten bei Neuausschreibungen von Arztsitzen nach dem AOK-Vorschlag schrittweise Primärversorgungszentren (PVZ) oder Regionale Versorgungszentren (RVZ) entstehen, in denen diese Zusammenarbeit verankert ist. Damit ließe sich zumindest das Thema Fachkräftemangel gezielt angehen – durch eine höhere Attraktivität der Arbeitsumgebung und eine sinnvolle Aufgabenverteilung zwischen Ärzt:innen und anderen Berufsgruppen wie akademisierter Pflege (Advanced Practice Nurses, Community Health Nurses, Primary Care Nurses), Physician Assistants sowie weiterqualifizierten NÄPAs oder auch Behavioral-Health-, Ernährungs- und Fitness-Coaches. Den Nutzen einer solchen Erweiterung sehen wir bereits heute in unserer eigenen Geschäftsführung von Medizinischen Versorgungszentren (MVZ), den Gesundheitskiosken (wie etwa der kürzlich eröffnete Kiosk WAT gesund in Bochum-

Wattenscheid) und in der Zusammenarbeit mit Praxen in Deutschland und im Ausland. Derzeit arbeiten wir daran, diese positiven Effekte auf ganz Deutschland hochzurechnen. Auch Kommunen und Krankenhäuser profitieren schon heute, wenn sie regionale interprofessionelle Versorgungszentren aufbauen. In einigen Bundesländern – etwa in Niedersachsen – werden hierzu bereits Machbarkeitsstudien und Investitionen in die Entwicklung Regionaler Versorgungszentren gefördert.

Mit der stärkeren Einbeziehung von Apotheken hat das BMG im Referentenentwurf für das Apothekenversorgungs-Weiterentwicklungsgesetz – ApoVWG einen interessanten und ermutigenden Aufschlag gemacht, interprofessionelle Zusammenarbeit zu stärken.

Doch auch dieser Entwurf oder einzelne Primärversorgungszentren (PVZ) stellen noch **keine Gesamtlösung** für die aktuellen Probleme dar. Sie können Pilotprojekte und Vorbilder sein, werden aber zunächst nur Insellösungen sein und sind noch nicht in der Lage, Verantwortung für die jeweilige regionale Bevölkerung und deren Gesundheitszustand zu übernehmen. Hinzu kommt: Solange sie weiterhin den Fehlanreizen der aktuellen Vergütungslogik unterliegen, bleiben sie der Versuchung ausgesetzt, durch die gezielte Auswahl von Patient:innen – etwa nach Versicherungsstatus, Bildungsstand oder gesundheitlichen Einschränkungen – sowie durch ertragsorientierte Codierungen oder Selektivverträge betriebswirtschaftliche Vorteile im Wettbewerb mit anderen Praxen oder Krankenkassen zu erzielen – anstelle in die Vorteile der interprofessionellen und regionalen Kooperation zu investieren.

Diese Fehlanreize sind für das Gesamtsystem – und seine Finanzierung – hoch problematisch und müssen im Rahmen einer grundlegenden Reform dringend beseitigt werden. Es wäre dringend geboten, die in der letzten Legislatur bereits aufgegriffenen, aber nicht umgesetzten Elemente des **Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetzes (GVSG)** in die aktuelle Reform einzubeziehen. Dazu gehören die Überlegungen zur Einführung von „Gesundheitskiosken“ – besser sicherlich unter einem passenderen Namen. Diese Einrichtungen sollten in enger Abstimmung mit den Primärversorgungszentren entstehen. Sie richten sich vor allem an bildungsferne und sozial benachteiligte Gruppen. Durch Community Health Nurses und Social Prescribing können dort Angebote zur Inklusion, zur Stärkung der Gesundheitskompetenz und zur Verbesserung des Gesundheitszustands geschaffen werden. Ziel sollte auch sein, die Menschen im Selbstmanagement schwieriger Lebenssituationen zu unterstützen. Im damaligen Gesetzentwurf waren zudem bereits erste Konzepte für Primärversorgungszentren und für

den Aufbau von Gesundheitsregionen enthalten. Diese sollten schrittweise eine regionale Gesamtverantwortung übernehmen.

Allerdings fehlte im GVSG-Entwurf die Verbindung zur Transformation der Krankenhäuser und zur digitalen Unterstützung der Patient:innen. Erst diese beiden Aspekte – ergänzt durch eine Reform der Notfallversorgung und eine stärker präventiv und rehabilitativ ausgerichtete Pflege – können ein neues Gesamtbild regionaler Gesundheits- und Versorgungslandschaften ermöglichen.

Den Wandel gestalten – Optionen nutzen

In nationalen wie internationalen Fachdebatten besteht Einigkeit: Die beschriebenen Herausforderungen lassen sich nur bewältigen, wenn die Gestaltungspotenziale vor Ort besser aktiviert werden. Zentrale gesetzliche Veränderungen – etwa in den Sozialgesetzbüchern – müssen diese Prozesse unterstützen. Doch die unterschiedlichen Bedarfe und Voraussetzungen in den Regionen müssen regional selbst erkannt und bearbeitet werden.

Ein Blick nach **Frankreich** zeigt, wie das gelingen kann. Dort hat die Regierung Leistungserbringer aller Berufsgruppen aufgefordert, sich in Gesundheitsnetzwerken (Communautés Professionnelles Territoriales de Santé, CPTS) zusammenzuschließen. Gemeinsam mit den Agences Régionales de Santé und den regionalen Verwaltungen greifen sie die Probleme vor Ort auf. Ergänzend wurden die kommunalen Krankenhäuser in regionale Verbände eingebunden, die jeweils Verantwortung für eine bestimmte Bevölkerung übernehmen. Über ein Innovationsprogramm, das dem deutschen Innovationsfonds ähnelt, arbeiten diese Krankenhausverbände mit den CPTS zusammen, um regionale Behandlungspfade (patient pathways) zu entwickeln und die Verantwortung für die Bevölkerung (responsabilité populationnelle) zu übernehmen. Zudem fördern lokale Sport- und Gesundheitszentren (Maisons Sport Santé, MSS) den Zugang zu primär- und sekundärpräventiven Aktivitäten – unter anderem über das Programm „Sport auf Rezept“. Auch Gemeinden beteiligen sich aktiv mit Präventionsmaßnahmen im Rahmen ihrer lokalen Gesundheitsverträge (Contrats Locaux de Santé, CLS).

Das Ziel dieser Initiativen ist klar: Prävention stärken, Krankheitsverläufe durch bessere Koordination und Kooperation verlangsamen und Überlastungen in Krankenhäusern und Notaufnahmen vermeiden. Die ambulanten und stationären Akteure entwickeln dafür gemeinsame Standards und angepasste Leitlinien. In einzelnen Projekten, so u. a. in Straßburg, arbeiten wir bereits mit ihnen zu-

sammen und tauschen länderübergreifend Erfahrungen aus.

In **Portugal** hat die Regierung gemeinsam mit der Weltgesundheitsorganisation (WHO) im Rahmen der Gesundheitsreform von 2024 das nationale Versorgungssystem umfassend neu strukturiert. Entstanden sind 39 lokale Gesundheitseinheiten (Unidades Locais de Saúde, ULS) sowie drei Universitäts-ULS, die zusätzlich Aufgaben in Bildung und Forschung übernehmen. Diese neuen Einheiten bündeln Hausarztpraxen, Krankenhäuser und Langzeitpflege unter einer gemeinsamen Leitung und einem gemeinsamen Budget. Ziel – und gleichzeitig der wirtschaftliche Anreiz der Budgets – ist eine bessere Koordination der Versorgung, eine stärkere Ausrichtung auf Prävention und zugleich eine höhere Effizienz im Ressourceneinsatz. Wir arbeiten in diesem Kontext mit der Associação Portuguesa de Administradores Hospitalares zusammen – unter anderem an der Entwicklung von „Hospital@Home“-Lösungen.

Portugal und die WHO reagieren damit auf die Notwendigkeit, neue Formen der Zusammenarbeit mit einer verbindlichen regionalen Verantwortung für die gesundheitliche Entwicklung der Bevölkerung zu verknüpfen. Es entstehen regionale Gestaltungsallianzen, die über eigene Investitionsbudgets verfügen und damit handlungsfähig werden.

Die Ausgangsbedingungen für regionale Gestaltungsallianzen sind gut

Für **Deutschland** bestehen vergleichsweise günstige Ausgangsbedingungen für solche Lösungen. In einer Region mit rund 200.000 Versicherten belaufen sich die Gesamtausgaben der gesetzlichen und privaten Kranken- sowie Pflegekassen auf etwa eine Milliarde Euro pro Jahr. Gelingt es, durch regionale Kooperationen sowie präventive, arbeitsteilige und ambulante Primärversorgungslösungen den Bedarf an Notaufnahmen, Krankenhausleistungen und stationärer Pflege zu senken oder zeitlich zu verschieben, kann im Rahmen eines Regionalbudgets über alle Leistungssektoren hinweg ausreichend finanzieller Spielraum für nachhaltige ambulante Verbesserungen entstehen.

Die Voraussetzungen für einen solchen Schub sind gut. In vielen Regionen sind – häufig mit Förderung des Innovationsfonds und in Zusammenarbeit mit Krankenkassen – lokale Projekte entstanden. Einige von ihnen wurden bereits zur Überführung in die Regelversorgung empfohlen. Dennoch scheiterte eine Fortsetzung oft daran, dass zu wenige Krankenkassen beteiligt waren oder unklar blieb, wer die nachhaltige Finanzierung übernehmen

sollte. Trotzdem haben sich vielerorts Akteure in Gesundheitsregionen, Arzt- und Gesundheitsnetzen zusammengeschlossen und stehen bereit, **regionale Gestaltungsallianzen** zu bilden.

Auch im Rahmen der Krankenhausreform gewinnt die Diskussion über regionale Versorgungsverbünde und Regionalbudgets an Dynamik. Erste Vorläufer einer sektorenübergreifenden Vergütungslösung finden sich in der Psychiatrie, wo Krankenhäuser nach § 64 b SGB V frei entscheiden können, ob sie Patient:innen stationär, teilstationär oder ambulant behandeln. Dieses Modell schafft Spielräume, Versorgung stärker am individuellen Bedarf auszurichten und starre Sektorgrenzen zu überwinden.

Vor diesem Hintergrund rücken auch die geplanten **Sektorenübergreifenden Versorgungseinheiten (SUEV)** in den Fokus. Sie sollen die Grenze zwischen ambulanter und stationärer Versorgung aufweichen und damit eine Brücke zwischen hausärztlicher, fachärztlicher und klinischer Versorgung schlagen. In Verbindung mit Regionalbudgets könnten SUEV künftig eine zentrale Rolle in der koordinierten, wohnortnahen Versorgung übernehmen und die Grundlage für eine schrittweise Integration der Versorgungsstrukturen bilden. Deshalb greift es auch zu kurz, SUEV aus rein stationärer Perspektive zu betrachten. Dies gilt auch und insbesondere für die Finanzierungsanreize, bei denen die Vorschläge der Krankenhausreform die Option der sektorenübergreifenden Kooperation nicht ausreichend abdeckt. Der Ruf nach einfacheren, sektorübergreifenden Finanzierungsmodellen – insbesondere auch statt einer aufwändigen Verhandlung nach einem Kostendeckungsprinzip und der administrativen Komplexität neuer Vorhaltebudgets – wird daher lauter.

In der **Pflegeversicherung** findet das Konzept der „Caring Communities“ zunehmend Anklang. In vielen Bundesländern fördern kommunale Netzwerke zwischen professioneller Pflege und ehrenamtlicher Unterstützung neue regionale Initiativen. Mit den Modellversuchen nach § 123 SGB XI werden weitere Innovationsprozesse auf regionaler Ebene angestoßen. Jetzt kommt es darauf an, diese – aktuell noch nebeneinander stehenden – Ansätze miteinander zusammenzubringen.

Den gemeinsamen Nutzen schaffen – Ziele aktiv verfolgen

Veränderungen in einem so zentralen und sicherheitsrelevanten Bereich wie dem Gesundheitswesen erfordern einen langen Atem. Sie lassen sich nur über mehrere Legislaturperioden hinweg umsetzen. Jede Regierung ist daher gut beraten, diesen Prozess in einem möglichst breiten politischen Konsens – auch mit der Opposition –

zu gestalten und sich intern wie extern fundiert beraten zu lassen.

Gleichzeitig ist bereits viel Zeit vergangen. Der Druck wächst seitens der Bürgerinnen und Bürger, die um ihre Versorgungssicherheit fürchten, ebenso wie durch Finanzengpässe, Fachkräftemangel und die Frustration vieler Ärzt:innen und anderer Gesundheitsberufe. Zunehmend zeigt sich auch eine soziale und politische Dimension dieser Entwicklung: Laut einer Studie der Friedrich-Ebert-Stiftung korreliert der Zugang zum Gesundheitswesen, insbesondere zu Fachärzten, eng mit der sozialen Zugehörigkeit – und, wie sich zeigt, sogar mit der politischen Orientierung. Eine ungleiche Versorgung kann damit weit über das Gesundheitswesen hinaus wirken und gesellschaftliche Spannungen verstärken.

Eine klare **Richtungsentscheidung** ist jetzt notwendig. Die Politik sollte – idealerweise gemeinsam mit den heute nicht, aber möglicherweise in der nächsten Legislatur mitregierenden Parteien sowie den Landesregierungen – eine verbindliche Zielsetzung formulieren: Über die laufende Legislaturperiode hinaus müssen sich alle Akteure auf die stufenweise Einführung eines Primärversorgungssystems als Bestandteil einer Gesamtversorgungslösung einstellen. Und das sollte mit messbaren Zielen hinterlegt sein. Konkrete Umsetzungsschritte müssen sich an diesen Zielen orientieren und umfassen z. B. regionale Pilotlösungen, digitale Ersteinschätzungssysteme, die mit einer Reform der Notfallversorgung und der Regionalisierung der Krankenhäuser verknüpft werden. Vorbild kann die unter Barack Obama eingeführte Zielvorgabe für die Accountable Care Organizations in den USA sein: Sie legte fest, **welcher Anteil der Bevölkerung** bis zu einem bestimmten Jahr – etwa bis 2030 – von den regionalen Veränderungen profitieren soll.

Stufenweise Einführung eines Primärversorgungssystems auf der regionalen Ebene

Schnelle Fortschritte lassen sich vor allem in der **Notfallversorgung** und bei der strukturierten Ersteinschätzung erzielen. Kurzfristig könnte außerdem eine Anpassung der **Neuausschreibung von Arztsitzen** beitragen: Vorrangig sollten künftig Primärversorgungszentren berücksichtigt werden, die über ein erweitertes interprofessionelles Team verfügen – einschließlich einer telemedizinischen Anbindung an Pflegeeinrichtungen, Fachärzt:innen, Krankenhäuser und andere regionale Akteure. Um regionale, populationspezifisch angepasste Patient Pathways für grundsätzlich ambulant behandelbare Erkrankungen entwickeln zu können, sollte der immerhin mit 50 Milliarden Euro ausgestattete **Transformationsfonds** für Krankenhäuser erweitert bzw. angepasst wer-

den. Eine enge telemedizinische Vernetzung zwischen Primärversorgungszentren, Pflege, Fachärzt:innen und

Stufenweise Einführung eines Primärversorgungssystems – verknüpft mit regionalen Pilotlösungen, digitalen Ersteinschätzungssystemen, einer Reform der Notfallversorgung und der Regionalisierung der Krankenhäuser.

Kliniken wäre dabei ein zentraler Bestandteil – als Weiterentwicklung der bislang vor allem auf Zentralkrankenhäuser fokussierten Förderstruktur.

Schwieriger gestaltet sich die **Veränderung der Anreizstrukturen** – insbesondere, wenn erfolgreiches Selbstmanagement der Patient:innen, der Aufbau von Gesundheitskompetenz sowie Prävention und Sekundärprävention künftig belohnt werden sollen. Würde jede Präventionsempfehlung einer Arztpraxis, Apotheke oder eines anderen Gesundheitsakteurs automatisch eine zusätzliche Vergütung auslösen, entstünde schnell ein neuer Finanzierungsmechanismus, der selbst wieder Fehlanreize erzeugen könnte. Deshalb braucht es kluge Lösungen aus der Praxis vor Ort, die mittelfristig so viel Nutzen stiften, dass sie den allgemeinen Kostenanstieg im System tatsächlich bremsen. Ein Ansatz besteht darin, dass sich regionale **Koalitionen der Willigen** – bestehend aus engagierten Gesundheitsakteuren – bilden und gemeinsam mit den dortigen Gebietskörperschaften arbeiten. In Abstimmung mit dem Landesausschuss der Kranken- und Pflegekassen sowie den Privaten Versicherungen könnten sie Regeln für **Regionalbudgets** entwickeln, die eine Beteiligung an Einsparungen ebenso vorsehen wie eine Mitverantwortung für mögliche Kostenüberschreitungen. Solche Modelle ließen sich auch von den Landesausschüssen initiieren, etwa durch gezielte **Ausschreibungen** in besonders gefährdeten Regionen mit drohender Unterversorgung. **Regionalbudgets** könnten zugleich mit verbindlichen **Präventions-, Qualitäts- und Transparenzstandards** verknüpft werden. Wichtig ist dabei, dass Bürgerinnen und Bürger weiterhin frei in ihrer Wahl der Behandlung bleiben – ebenso wie die Gesundheitsprofessionen selbst entscheiden können, ob sie sich einem regionalen Verbund anschließen oder nicht. Vorbilder für solche Ansätze existieren bereits, unter anderem aus unserer eigenen Arbeit in verschiedenen Regionen in den vergangenen 20 Jahren – insbesondere im Modellprojekt **Gesundes Kinzigtal GmbH**. Mit den Daten des **Forschungsdatenzentrums** eröffnen sich zudem neue Möglichkeiten, regionale Erfolge systematisch zu vergleichen – etwa hinsichtlich der zeitlichen Verschiebung kritischer Ereignisse, der Vermeidung stationärer Pflegebedürftigkeit oder der Reduktion von Dialysepflichtigkeit.

Das Ergebnis: Ein präventiv orientiertes Gesundheitssystem, das allen nützt

Für die Patient:innen liegt der **Nutzen** in einem leichteren Zugang zu einer umfassenden, koordinierten Versorgung innerhalb der sich entwickelnden Primärversorgungszentren. Durch digitale Ersteinschätzungssysteme erhalten sie schneller Klarheit und Orientierung über ihren Behandlungsbedarf. In Regionen mit Regionalbudgets profitieren sie zudem von einer stärkeren Unterstützung im Selbstmanagement sowie von gezielten **Angeboten zur Primär- und Sekundärprävention**. Dadurch steigen ihre Chancen auf eine längere „healthy lifespan“. Allerdings setzt dies auch ein aktives Engagement der Patient:innen voraus – Prävention kann nur gelingen, wenn **Förderung und Eigenverantwortung** Hand in Hand gehen.

Auch für die **Akteurinnen und Akteure im Gesundheits- und Pflegesystem** ergibt sich ein spürbarer Nutzen aus diesem schrittweisen Transformationsprozess. Je weiter sich die Primärversorgungseinheiten entwickeln und je stärker sie Verantwortung in Regionalbudgets übernehmen, desto größer wird ihre Entlastung im Arbeitsalltag. Zugleich gewinnen sie die Möglichkeit, sich wieder stärker auf ihre intrinsische Motivation zu besinnen, Gestaltungsspielräume zurückzugewinnen und ihre fachliche Kompetenz unmittelbar zum Wohl der Patient:innen einzusetzen. Doch dieser Gewinn geht mit **mehr Verantwortung** einher – für das eigene Handeln ebenso wie für diejenigen, die bisher zu wenig vom Versorgungssystem erreicht werden, etwa Menschen mit anderen kulturellen Hintergründen oder geringerer Bildung. Auch in den Institutionen selbst wird künftig mehr Verantwortung gefragt sein: Personen, die sich bislang vor allem mit administrativen Fragen befassen, müssen sich versorgungsstrategisch und gesundheitsökonomisch weiterqualifizieren, um den Wandel aktiv mitgestalten zu können.

Noch ein Satz zu den Institutionen und Unternehmen im Gesundheits- und Pflegebereich: Die hier skizzierten Entwicklungsschritte hin zu einem Primärversorgungssystem sind unabhängig von der privatwirtschaftlichen, gemeinnützigen oder kommunalen Ausrichtung der jeweiligen Träger. Spekulationen darüber, wer einer entsprechenden politischen Ausrichtung eher folgen wird, sind müßig. Eine möglicherweise höhere Risiko- und Investitionsbereitschaft privater Anbieter könnte ihnen einen schnelleren Einstieg ermöglichen. Kommunale Träger hingegen könnten – im Sinne ihrer Aufgabe der Daseinsvorsorge – eine besonders aktive Rolle übernehmen und dadurch ein höheres Vertrauen in der Bevölkerung genießen. Der gleiche Vorteil könnte sich für gemeinnützige Anbieter ergeben, die zudem eventuell ihre Sozialstationen, ihre Jugendhilfeeinrichtungen, ihre Pflege-

heime und ihre ehrenamtlichen Möglichkeiten in solche Regionalsysteme einbringen können. Mit der AWO und dem DRK diskutieren wir aktuell auch schon derartige Lösungen. Solange der oben dargestellte Vergleich der Ergebnisqualität transparent auf Basis der Daten des Forschungsdatenzentrums erfolgt, kann sich hier ein fairer Wettbewerb entfalten.

Der Nutzen eines Primärversorgungssystems mit den beschriebenen Elementen zeigt sich besonders deutlich für die **Kommunen und kommunalen Gebietskörperschaften**. Eine optimierte Versorgung, die zu weniger Bürgerprotesten und Frustrationen führt, würde die ohnehin stark geforderte regionale Verwaltung und Politik spürbar entlasten. Ein verbesserter Gesundheitszustand der Bevölkerung würde zusätzlich – neben der Versorgungssicherheit – die Attraktivität des Standorts erhöhen, die lokale Wirtschaftskraft stärken und damit auch den Fachkräftemangel abmildern. Gleichzeitig wächst mit dieser Entwicklung jedoch auch die **Verantwortung der Kommunen**. Das zeigt sich bereits heute dort, wo sich Gemeinden – mangels zur Niederlassung bereiter Ärzt:innen – entschlossen haben, eigene kommunale Medizinische Versorgungszentren (MVZ) aufzubauen und Anstellungen anzubieten. Der Gewinn an Versorgungssicherheit für die Bürgerinnen und Bürger geht dabei häufig mit einer begrenzten betriebswirtschaftlichen Erfahrung und entsprechenden finanziellen Risiken einher. Es ist kein Geheimnis, dass solche Strukturen vielerorts bisher noch die Möglichkeiten der Arbeitsteilung zu wenig nutzen und vielfach noch Zuschüsse erfordern.

Die Darstellung des Nutzens und der Herausforderungen für die **Kranken- und Pflegekassen sowie die Privaten Krankenversicherungen** würde eine eigene vertiefte Ausarbeitung erfordern. Der Mehrwert einer besseren Koordination der Versorgung sollte sich unmittelbar in einer sinkenden Inanspruchnahme spiegeln. Außerdem sollten ineffiziente Versorgungsstrukturen auf lokaler Ebene einfacher behoben werden können.

Gleichzeitig entstünden für die Krankenkassen jedoch erhebliche strukturelle Herausforderungen, da das derzeitige Wettbewerbsmodell zwischen ihnen grundlegend verändert würde. Unterschiede zwischen den Kassen – etwa bei Servicequalität oder Verwaltungskosten – blieben zwar bestehen. Doch für Regionen mit Regionalbudgets wären neue Lösungsansätze erforderlich. Denkbar wäre beispielsweise eine gemeinsame Pooling der dort anfallenden Leistungskosten über ein Trustcenter oder ein regionaler Morbi-RSA mit integriertem Präventionsanreiz. Die Einbeziehung der Privaten Versicherungen in solche Modelle gestaltet sich allerdings hochkomplex und müsste Schritt für Schritt erfolgen. Eine **ausführli-**

che Konzeptentwicklung – idealerweise gemeinsam mit Vertreterinnen und Vertretern der Kassenverbände und der PKV – wäre daher ein sinnvoller nächster Schritt.

Beim **gesellschaftlichen Nutzen** schließt sich der Kreis zu den am Anfang formulierten Fragen. Eine Regierungsform beweist ihre Daseinsberechtigung auch daran, ob es ihr gelingt, den Bürgerinnen und Bürgern Sicherheit in der gesundheitlichen Versorgung zu geben. Jede Verringerung der Krankheitslast und jede Verbesserung des Gesundheitsstatus einer Bevölkerung stärkt zugleich die **Wirtschaftskraft** und den **Wohlstand** eines Landes – durch eine höhere Verfügbarkeit von Arbeitskräften, eine geringere Belastung des Sozialsystems und eine gesteigerte Wettbewerbsfähigkeit der Wirtschaft infolge niedrigerer Lohnnebenkosten. Bleibt die Krankheitslast jedoch unverändert hoch, droht bis 2035 eine zunehmende Schieflage zwischen Versorgungs- und Pflegebedarf einerseits und der Verfügbarkeit von Fachkräften andererseits. Die kommenden fünf Jahre werden daher entscheidend dafür sein, ob Deutschland den Zeitraum von 2030 bis 2040 im Sinne der Bevölkerung und der Wirtschaft erfolgreich gestalten kann.

Die in diesem Papier skizzierte Weiterentwicklung eines interdisziplinären Primärversorgungssystems – mit der Verknüpfung zu Prävention, der Einbeziehung der Akteure im Sozialraum, einer Mitverantwortung für die Kostenentwicklung sowie dem Einschluss der Pflege, der Apotheken, der Notfallreform und der Krankenhäuser – stellt eine zentrale Weichenstellung für diesen Erfolg dar.

Wir freuen uns über eine intensive Diskussion und stehen dafür gern zur Verfügung.

Quellen und weiterführende Literatur auf Anfrage bei dem Korrespondenzautor:

h.hildebrandt@optimedis.de



Dr. rer. medic. h. c. Helmut Hildebrandt

Gründer und Vorstand von OptiMedis AG, Hamburg



PD Dr. Dr. med. Heidrun Sturm MPH

Senior Consultant Regionale Versorgung OptiMedisAG, Hamburg und Universitätsklinikum Tübingen



Prof. Dr. Philipp Walther

Studiengangsleiter Management im Gesundheitswesen Hochschule Fresenius



Dr. med. Manfred Zahorka

Senior Manager Integrated Care Solutions, OptiMedis AG, Hamburg