Helmut Hildebrandt | Madeleine Barlozek | Heidrun Sturm

Primärversorgung neu organisieren

Spieltheoretische Anreize für eine marktwirtschaftliche Lösung

Viele Akteure aber keine Gesamtverantwortung

Das deutsche Gesundheitswesen ist von einer großen Zahl eigenständig handelnder Akteure geprägt: Arzt- und Therapiepraxen, Pflegeanbieter, Apotheken, Krankenhäuser und weitere Leistungserbringer. Hinzu kommt die Vielfalt der Krankenkassen. Vor Ort trägt jedoch niemand ausdrücklich die Verantwortung dafür, die Versorgung insgesamt zu sichern, benachteiligte und häufig stärker erkrankte Bevölkerungsgruppen zu erreichen oder die Behandlung chronisch und komplex Erkrankter über Sektorengrenzen hinweg zu koordinieren. Gerade für diese wachsende Patientengruppe fehlt eine integrierte, patientenzentrierte Organisation, die für den Gesamtprozess, die Gesamtqualität und die Ergebnisse die Verantwortung übernimmt. Die einzelnen Anbieter handeln nachvollziehbar nach ihrer jeweiligen Vergütungslogik. Diese richtet den Blick auf den eigenen Leistungsanteil, nicht auf den gesamten Prozess der Gesundheitsverbesserung zugunsten der Patienten und damit auch nicht auf die Gesamtkosten.

Die Einführung eines Primärversorgungssystems, das die Grundlagen der Vergütung und der Anreize nicht verändert, läuft deshalb große Gefahr, entgegen der Versprechungen zusätzliche Mengen- und Kosteneffekte zu produzieren. Eine „echte“ auch präventiv ausgerichtete Primärversorgung muss auch Versorgungsverantwortung und Koordination übernehmen[1].

Fehlanreize treiben die Probleme

Damit rückt die Vergütung in den Mittelpunkt. Viele der heute beklagten Probleme gehen auf Fehlanreize in den sektoralen Vergütungssystemen zurück: die schleppende Ambulantisierung bislang stationär erbrachter Leistungen, unzureichende Prävention und Beratung hinsichtlich Lebensstilveränderungen, Bewegung und Ernährung, die im internationalen Vergleich hohe Zahl von Arztkontakten, lange Wartezeiten mit gesundheitlichen Folgen, Brüche innerhalb und zwischen den Sektoren sowie die Vernachlässigung vulnerabler Gruppen.

Die sektorale Vergütung ist historisch verständlich, erzeugt unter den heutigen Bedingungen aber ein strukturelles Koordinationsproblem. Interprofessionelle Arbeitsteilung sowie chronische und komplexe Erkrankungen verlangen die Zusammenarbeit mehrerer Anbieter. Die bestehenden Anreize fördern jedoch individuelle Mengensteigerungen, die Begrenzung des eigenen Zeiteinsatzes und die Verlagerung von Kosten in andere Sektoren. Auch die Vernachlässigung einer stärkeren Einbeziehung der Patientinnen und Patienten als Mitwirkende an der eigenen Behandlung erklärt sich daraus.

Medizinischer Fortschritt, demografischer Wandel, digitale Assistenz, künstliche Intelligenz und die zunehmende Bildung von Ketten in Pflege, Therapie und Medizin können je nach Ausgestaltung und Nutzung dieser Fehlanreize zu weiter steigenden Kosten für die GKV führen. Ohne einen grundlegenden Kurswechsel zwingt diese Dynamik die Politik zu immer weitgehenderer Rationierung und Privatisierung.

Spieltheorie erklärt das Dilemma

Im Rahmen der wirtschaftswissenschaftlichen Theorien hilft die Spieltheorie, diese Lage zu erklären. Sie untersucht, welche Ergebnisse entstehen, wenn alle Beteiligten ihren eigenen Nutzen maximieren, und unter welchen Bedingungen daraus kollektive Probleme erwachsen. Genau diese Konstellation prägt das heutige Gesundheitswesen.

Eine immer feinere, zentral gesteuerte Regulierung einzelner Sektoren wird diese kollektiven Probleme nicht lösen. Nötig ist vielmehr eine Ordnung, die ökonomisches Eigeninteresse auf gesellschaftlich erwünschte Ergebnisse ausrichtet. Das gesellschaftliche Ziel ist klar: Einerseits müssen die Bedarfe reduziert werden, indem Gesundheitskompetenz gestärkt, Krankheitslast gesenkt, und damit die gesunde Lebensspanne verlängert wird. Andererseits muss die Versorgung gesichert und Behandlungsqualität über die gesamte Patientenreise

1 vgl. die Aufforderung eines Autorenkollektivs angesehener Primary Health Care Experten in The Lancet „As 2030 approaches, many health systems are converging towards primary care models that provide community-based, first-contact access, but they omit the other core functions of comprehensiveness, continuity, and coordination.” (Allen et al, 2025)

hinweg gewährleistet werden. So lassen sich zugleich das Ausgabenwachstum begrenzen und der gesellschaftliche Nutzen erhöhen. Spieltheoretisch geht es dann darum, bei den wirtschaftlichen Eigeninteressen ein Gleichgewicht zu schaffen, in dem sich Koordination, Prävention und ein qualitätsgesicherter Ressourceneinsatz für die Beteiligten stärker lohnen als Mengenausweitung und Lastenverschiebung[2].

Wirtschaftlichen Erfolg an gesellschaftlichen Nutzen binden

Vergütung muss Verantwortung belohnen

Wie muss die Vergütung von Arztpraxen und von um andere Berufsgruppen erweiterte Primärversorgungszentren gestaltet sein, damit sie diesen Zielen dient? Gesucht sind Finanzierungs-, Kooperations- und *Governance*-Strukturen, die verbindliche Zusammenarbeit ermöglichen, Schnittstellen reduzieren und Verantwortung über mehrere Leistungserbringer hinweg verankern. Vergleichbare Ziele formulieren unter anderem der Bosch Health Campus und IGES[3] sowie die Bertelsmann Stiftung mit dem Health Transformation Hub und seinen Partnern[4]. Ein solches Modell muss zudem Prävention, Früherkennung und Gesundheitsförderung sowie die Zusammenarbeit mit Facharztpraxen, Krankenhäusern, Pflege, Therapie, Öffentlichem Gesundheitsdienst und sozialen Diensten absichern[5].

2 Vgl. die intensivere Beschäftigung mit dieser Überlegung bei: Barlozek, 2026. Siehe auch Interview mit Barlozek, M und Hildebrandt, H in Monitor Versorgungsforschung Okt. 2026

3 vgl. Bosch Health Campus, 2026

4 vgl. Transformationsstudie: Leistungsstarke Gesundheitsregion - Health Transformation Hub erstellt von fbeta GmbH

5 vgl. Hildebrandt et al, 2025

Ein Integrator für die regionale Versorgung: das *„Primärversorgungsverbund-Unternehmen“* (PVU)

Einzelne Leistungserbringer haben im aktuellen Vergütungssystem weder den wirtschaftlichen Anreiz noch das Mandat, Verantwortung für den gesamten Behandlungsprozess zu übernehmen. Ihre Vergütung basiert auf Einzelleistungen, die sie selbst erbringen können. Komplexe, multifaktorielle und lebensstilbezogene Erkrankungen verlangen eine Instanz, die die Zusammenarbeit über die Sektorengrenzen hinweg organisiert. Donald Berwick beschreibt diese Rolle als Integrator[6]; in der Unternehmenswelt entspräche sie einem Generalunternehmer. Seine Verantwortung gilt der Bevölkerung vor Ort, besonders den Menschen, die von zusätzlicher Unterstützung am meisten profitieren.

Ein solcher Integrator kann als *„Primärversorgungsverbund-Unternehmen“* (PVU) organisiert werden, dessen betriebswirtschaftliches Interesse an der Gesundheit der dort versorgten Bevölkerung ausgerichtet sein müsste.

Damit eröffnete sich zugleich eine neue Form der vertraglichen Zusammenarbeit mit den Krankenkassen. Folgt man der spieltheoretischen Logik, müsste auch der Vertrag das betriebswirtschaftliche Interesse des PVU auf den bestmöglichen Gesundheitszustand einer definierten Bevölkerung ausrichten. Internationale Erfahrungen zeigen, dass populationsbezogene Versorgungsverantwortung, *„accountable care“* bessere Versorgung und wirtschaftliche Vorteile miteinander verbinden kann.

Dafür kommen zwei Modelle in Betracht, die beide von folgenden Grundannahmen ausgehen:

6 vgl. Berwick etal, 2008

Modell 1 und 2: Grundannahmen

Ein PVU wird von einem großen Primärversorgungszentrum oder von mehreren kleineren Zentren, Hausarztpraxen und weiteren Leistungserbringern, etwa aus Pflege und Case Management gebildet. PVU können aus HÄPPI-Praxen des Hausärztinnen- und Hausärzteverbandes oder Arzt- und Gesundheitsnetzen hervorgehen, aber ebenso von privatwirtschaftlichen, kommunalen oder gemeinnützigen Akteuren gegründet werden, sodass auch andere Kostenträger und Leistungspartner einbezogen werden können. Die berufsgruppenübergreifende Kooperation müsste zudem rechtssicher von den einschlägigen Verbotstatbeständen der §§ 299a und 299b StGB sowie des § 128 SGB V abgegrenzt werden.

- Das PVU schließt mit den Krankenkassen über deren Landesausschuss einen gemeinsamen Vertrag mit einer mindestens 10-jährigen Laufzeit. Das PVU übernimmt für eine definierte Region mit 10.000 bis 25.000 GKV-Versicherten eine Behandlungs- und Versorgungsangebotsverpflichtung.
- Die Gesamtvergütung, welche dem PVU von den Krankenkassen zur Verfügung gestellt wird, entspricht den bundesdurchschnittlichen Referenzkosten einer vergleichbar zusammengesetzten Bevölkerung für ärztliche und fachärztliche Behandlung, Heil- und Hilfsmittel sowie medizinische Behandlungspflege. Grundlage sind die Zuweisungen aus dem morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich eines Vorjahres für die definierte Population. Krankenkassen beziehungsweise das Bundesamt für Soziale Sicherung stellen die Mittel dem PVU direkt in monatlichen Abschlägen bereit.

- Die freie Wahl der Leistungserbringer für die Patienten bleibt in beiden Modellen vollständig erhalten. So wird indirekt ein Qualitätsanreiz ausgelöst und der Gefahr einer Leistungsverweigerung der Boden entzogen. Für die GKV bleibt die Kostenkontrolle gewahrt. Ein Upcoding muss über die Laufzeit des Vertrags eingehegt werden.

Modell 1: Bestehende Zahlungswege bleiben

- Die bisherigen Zahlungsströme bleiben bestehen: Die beteiligten Leistungserbringer rechnen weiterhin mit der Kassenärztlichen Vereinigung beziehungsweise mit den Krankenkassen ab. Die Krankenkassen berechnen auf der Grundlage der vorliegenden Abrechnungen die Gesamtausgaben für diese Versicherten. Erst 12 bis 18 Monate später, wenn die Zuweisungen berechnet sind, steht fest, ob das PVU zusätzliches Geld erhält oder Mittel zurückzahlen muss.

Modell 2: Finanzierung aus einer Hand

- Leistungen der dem PVU angeschlossenen Praxen und Einrichtungen werden nicht mehr einzeln mit den Kassen abgerechnet. Leistungen externer Anbieter laufen über die üblichen Abrechnungswege und werden von der Finanzierung des PVU abgezogen.
- Wie das PVU die Vergütung intern für die Optimierung der Versorgung nutzt und mit den angeschlossenen Leistungserbringern arrangiert, bleibt ihm überlassen.

Bewertung: Das Modell 1 kann als Einstiegsmodell den Weg ebnen für die anspruchsvollere Modell 2 Variante. Für die beteiligten Leistungserbringer ist der Änderungsdruck geringer. Allerdings müssen zusätzlich Vorkehrungen für die Vergütung von Case Management, Community Health Nurses und berufsgruppenübergreifender Zusammenarbeit ggf. gesondert zwischen Krankenkassen und Einrichtungen oder über die Kassenärztliche Vereinigung organisiert werden. Für Praxen und Einrichtungen entsteht dadurch ein gewisser zusätzlicher Verwaltungsaufwand.

Nachteilig ist, dass die Gefahr groß ist, dass die einzelnen Unternehmen prioritär weiterhin vor allem ihr eigenes wirtschaftliches Ergebnis optimieren würden, sodass der Anreiz für Gesundheitsförderung und Prävention schwächer ausfallen könnte.

Bewertung Modell 2: Das Modell richtet das wirtschaftliche Interesse des PVU stärker auf die Gesundheit der Population und die Vermeidung medizinisch nicht notwendiger Leistungen aus. Das PVU profitiert davon, Gesundheit zu fördern, Ressourcen wirtschaftlich einzusetzen, Patientinnen und Patienten in eigenen Einrichtungen gut zu versorgen und vermeidbare externe Leistungen zu reduzieren. Der Einsatz von Koordinationskräften innerhalb des PVUs ist bereits als eine notwendige Struktur „eingepreist". Prävention und koordinierte, gegebenenfalls konservativere Behandlungspfade können sich dadurch langfristig auch wirtschaftlich lohnen. Dem stehen allerdings aufwendige Kalkulationen und nachträgliche Ausgleiche gegenüber, weil das Bundesamt für Soziale Sicherung die endgültige Zuweisungshöhe immer erst ein Jahr später feststellen kann.

Regionale Erprobung statt zentraler Blaupause/ Marktwirtschaft als Antrieb für die Kostenreduktion

Beide Modelle brauchen einen gesetzlichen Rahmen auf Bundesebene. Entwickeln lassen sie sich jedoch nicht zentral in Berlin, weil Bedarfe und Partnerstrukturen regional verschieden sind. Deshalb sollten unterschiedliche Lösungen vor Ort erprobt und in einen Wettbewerb um die besten Ergebnisse gestellt werden. Der marktwirtschaftliche Wettbewerb zwischen privaten, kommunalen und gemeinnützigen PVU um die besten Gesundheitsergebnisse müsste explizit erlaubt und angereizt werden und mittelfristig auch die prozentuale Absenkung der Zuweisungen zugunsten der Krankenkassen erlauben.

Die Erfahrung mit marktwirtschaftlichem Wettbewerb im Gesundheitswesen wird oft beherrscht von der Vorstellung, dass privatwirtschaftliches Agieren auf Qualitätseinschränkungen, „Rosinenpickerei" und Reduktion von Mitarbeiterzahlen ausgerichtet sei und Einzelfälle bestätigen diese Vorstellung. Mit der Verantwortungsübernahme für die langfristige Kostenentwicklung einer definierten Versichertenpopulation der gesetzlichen Krankenkassen durch ein PVU, unabhängig von seiner privaten oder gemeinnützigen Organisationsform, verändert sich die Anreizsituation. Jetzt geht es darum „Schadenskosten" (denn Krankheitskosten sind versicherungswirtschaftlich nichts anderes als Schadenskosten) zum eigenen wirtschaftlichen Vorteil möglichst zu vermeiden und dafür die besten Gelingensbedingungen herzustellen. Der wirtschaftliche Erfolg des PVU ist damit an den gesellschaftlichen Nutzen gebunden. Erste Effekte im kleineren Maßstab können dabei bereits in den ersten zwei Jahren zu sehen sein, der Break-Even ist nach drei bis vier Jahren zu erwarten und der Amortisationszeitpunkt nach acht Jahren, so die bisherigen Erfahrungen mit solchen Modellen[7].

7 vgl. Gröne et al, 2025

Ein Wettbewerb um bessere Gesundheit

Management entscheidet über den Erfolg

Das Management solcher Verbünde ist anspruchsvoll. Es verlangt ein fundiertes Verständnis der rechtlichen, ethischen und administrativen Bedingungen einer Transformation sowie der Anreizstrukturen und Kulturen in den einzelnen Sektoren. Hinzukommen Kenntnisse über unterschiedliche Bevölkerungsgruppen, Krankheitsentstehung und -verläufe, Prävention und die Forschung zur gesunden Langlebigkeit.

PVU brauchen deshalb interdisziplinäre Teams aus Gesundheitsmanagement, Gesundheitsökonomie, Recht, Verwaltung, Medizin, Verhaltenswissenschaften, Sozialarbeit, Betriebswirtschaft, Datenanalyse und IT. Diese Kompetenzen müssen in einer gemeinsamen Organisation zusammenwirken. Für den Aufbau sind insbesondere die folgenden Risiken zu beachten:

Sechs Voraussetzungen für einen erfolgreichen Aufbau

- Erfolge brauchen Zeit. Überhöhte Erwartungen an schnelle Wirkungen führen zu Enttäuschungen und gefährden die Unterstützung. Die Verträge müssen deshalb langfristig angelegt sein. Viele Ergebnisse werden erst mit erheblicher Verzögerung messbar. Für eine belastbare Bewertung sind Laufzeiten von zehn bis 15 Jahren erforderlich.
- Die Anfangsphase braucht ausreichend Kapital und Personal. Ein zu kleiner Start entfaltet nicht die notwendige Wirkung. Investitionen werden unter anderem für Case Management, Lotsenfunktionen, Prävention, Konsile, Versorgungspfade, digitale Assistenz, ein digitales Ökosystem und die Kooperation im regionalen und sozialen Umfeld benötigt. Die teilnehmenden Primärversorgungspraxen werden zudem von dem PVU Mittel für die Umstrukturierung mit qualifiziertem Personal wie Physician Assistants und NäPA benötigen. Das PVU muss dafür so organisiert sein, dass es eigenes Kapital einsetzen oder eine Finanzierung vom Kapitalmarkt aufnehmen kann.
- Bessere Versorgung muss Vorrang vor kurzfristigen Einsparzielen haben. Wirtschaftlicher Erfolg entsteht vor allem, wenn eine bessere Begleitung die Krankheitsprogression verlangsamt. Ein einseitiger Kostensenkungsdruck widerspricht der Motivation vieler Beschäftigter und kann die ethische Grundlage der Versorgung und die Reputation des Modells bei der Bevölkerung beschädigen.
- Die wichtigsten Akteure müssen gut eingebunden sein. Das gilt besonders für niedergelassene Ärztinnen und Ärzte, die frühzeitig beteiligt und verlässlich unterstützt werden müssen. Dies gilt gleichermaßen aber auch für die therapeutischen und pflegerischen Berufsgruppen, die Apotheken etc. Dazu gehört, zusätzliche bürokratische Auflagen – inklusive Einschreibungspflicht für Versicherte – zu vermeiden.
- Veränderung braucht kontinuierliche Kommunikation. Bürgerinnen und Bürger, kommunale Gremien und alle beteiligten Partner müssen den Prozess verstehen und mittragen. Eine gelungene Aktivierung der Bevölkerung kann bereits allein zur besseren Ressourcennutzung und Kostenreduktion beitragen[8].
- Der gesetzliche und administrative Rahmen muss Flexibilität und Datenvergleiche zulassen. Eine regionale Versorgungstransformation ist eine komplexe Maßnahme unter Real-Labor-Bedingungen. Ohne das Wissen über die konkreten Versorgungsbedarfe, Indikationen und Herausforderungen und ohne die Möglichkeit, die eigenen Maßnahmen zu monitorieren und mit anderen zu vergleichen, kann nicht gelernt und gesteuert werden. Medizinisches und verhaltensbezogenes Wissen, technische Möglichkeiten und Kooperationschancen verändern sich ebenfalls fortlaufend. Deshalb müssen kurzfristige Entscheidungen und Anpassungen möglich bleiben; eine starre Planung am grünen Tisch wird der Aufgabe nicht gerecht.

Jetzt den Aufbruch organisieren

Diese Herausforderungen sprechen nicht gegen den Aufbruch, sondern für eine sorgfältige Umsetzung. Sinkende Versorgungsressourcen, steigende Beiträge und Bedarfe unterstreichen die Dringlichkeit für Veränderungen. Die Neuordnung der Primärversorgung bietet die Gelegenheit, regionale Verbünde aktiv aufzubauen, die Versorgungskapazität durch die Einbeziehung weiterer Berufsgruppen zu erweitern und eine verantwortungsvolle Organisationsform zu geben, die investieren und langfristige Verträge schließen kann, um damit die Versorgungssicherheit zu fördern und der Bevölkerung mehr gesunde Jahre zu ermöglichen.

Die Akteure vor Ort, ob die HÄPPI-Praxen niedergelassener Ärzte, Krankenhäuser mit ihren MVZs, Ärzte- und Gesundheitsnetze oder auch die Wohlfahrtsorganisationen sind dafür gut aufgestellt. Ihr Interesse an derartigen Lösungen ist gegeben[9]. Gemeinsam mit

8 vgl. Hibbard, J.H.; Greene, J. (2013)

9 vgl. „Kleeblatt"-Verbände (2026)

engagierten Partnern verfügen sie über Fachwissen, Kenntnis der regionalen Versorgung und oft bereits über digitale Vernetzungsstrukturen. Hinzu kommen Reputation und Bekanntheit in der Region. Sie sollten diese Chance nutzen; die Politik muss ihnen die notwendigen Freiräume geben.

Gesundheitsmanagement als Exportchance

Damit PVU besser werden können, braucht es einen Wettbewerb um das beste Wissen zur Gesundheit einer regionalen Bevölkerung. Gesucht werden wirksame Wege, Gesundheitskompetenz zu stärken, Krankheit zu vermeiden und Versorgung über Sektorengrenzen hinweg zu organisieren. Aus diesem Wettbewerb kann aus PVUs, welche sich in verschiedenen Regionen etablieren, eine neue Gesundheitsmanagementbranche entstehen. Ihr Wissen zu effizienter Versorgung wäre international höchst relevant: Deutschland könnte neben innovativen Arzneimitteln künftig auch deren systemisch abgestimmte Anwendung, die Verbindung mit Lebensstilinterventionen und praxiserprobte Modelle gegen Krankheitsprogression exportieren.

Weiterführende Literatur

Allen, L.N.; Rasanathan, K.; Mash, R.; Uribe, M.V.; Martinez-Bianchi, V.; Kidd, M. (2025). Models of global primary care post-2030. The Lancet. Primary care, Vol 1, Issue 3 Models of global primary care post-2030 - The Lancet Primary Care

Barlozek, M: Vom Nobelpreis zur Versorgungspraxis: Spieltheorie als neue Perspektive im Gesundheitswesen. Ein strategischer Blick auf Anreize, Verhalten und die Gestaltung zukunftsfähiger Versorgungssysteme. In BARMER Gesundheitswesen aktuell 2026 (Repschläger, U; Schulte C; Osterkamp N; Hrsg). BARMER Institut für Gesundheitssystemforschung. S. 128–150, 2026. doi: 10.30433/GWA2026-128.

Benstetter, F.; Lauerer, M.; Negele, D.; Schmid, A. (2020): Prospektive regionale Gesundheitsbudgets: Internationale Erfahrungen und Implikationen für Deutschland. Stiftung Münch (Hrsg.), medhochzwei, Heidelberg.

Berwick, D.M., Nolan, T.W., & Whittington, J. (2008). "The Triple Aim: Care, Health, and Cost." Health Affairs, 27(3), 759-769

Bosch Health Campus (Hrsg.) (2026). „Primärversorgung 2035+. Gesundheit vor Ort neu gestalten – Perspektiven für Baden-Württemberg, Impulse für Deutschland". Stuttgart. S. 53

Brandhorst, A.; Hildebrandt, H.; Luthe, E.W. (2017): Kooperation und Integration – das unvollendete Projekt des Gesundheitswesens. Wiesbaden: Springer Verlag.

Congressional Budget Office (2024): Medicare Accountable Care Organizations: Past Performance and Future Directions. Zugriff unter: Medicare Accountable Care Organizations: Past Performance and Future Directions (cbo.gov).

Geraedts, M.; Bierbaum, T.; Gröne, O.; Härter, M.; Hildebrandt, H.; Hoffmann, W.; Klinkhammer-Schalke, M.; Köberlein-Neu, J.; Schmitt, J. (2022): Methoden und Indikatorensets für die Evaluation regionaler sektorverbindender Versorgungsmodelle. In: Das Gesundheitswesen, Thieme, Stuttgart, 06/2022, S. 484-488. DOI: 10.1055/a-1824-1627.

Gröne O, Hildebrandt H (2025). Integrated Care in Germany: Evolution and Scaling Up of the Population-Based Integrated Healthcare System "Healthy Kinzigtal" In: Amelung, V., Stein, V., Suter, E., Goodwin, N., Balicer, R., Beese, AS. (eds) Handbook of Integrated Care. Springer, Cham. https://doi.org/10.1007/978-3-031-25376-8_69-1

Hildebrandt, H.; Bahrs, O.; Borchers, U.; Glaeske, G.; Griewing, B.; Härter, M.; Hanneken, J.; Hilbert, J.; Klapper, B.; Klitzsch, W.; Köster-Steinebach, I.; Kurscheid, C.; Lodwig, V.; Pfaff, H.; Schaeffer, D.; Schrappe, M.; Sturm, H.; Wehkamp, K.-H.; Wild, D. (2021): Ein Vorschlag: Integrierte Versorgung – jetzt! In: Hildebrandt, H.; Stuppardt, R. (Hrsg.). Zukunft Gesundheit – regionalisiert, vernetzt, patientenorientiert. medhochzwei Verlag, Heidelberg.

Hildebrandt, H.; Rautenberg, J.; Zaske, M. (2023): Die Debatte um Integrierte Gesundheitsregionen. In: Welt der Krankenversicherung, Medhochzwei Verlag, Heidelberg, 03/2023, S. 59-64.

Hildebrandt, H. (2024): Krankenhäuser als Hub regionaler Versorgungs- und Budgetverantwortung: Ein Beitrag aus dem Jahr 2040. In: Gaß, G.; Morell, I.; Neumeyer, H. (Hrsg.). Das Krankenhaus der Zukunft. Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, 2024.

Hildebrandt, H; Sturm, H; Walther, P; Zahorka, M (2025): Wie Primärversorgung mit einem Präventionsanreiz wirklich Nutzen stiften kann. In: Welt der Gesundheitsversorgung, Ausgabe 6/2025, S. 261.

Hildebrandt, H., Schliffke, M., Renner, S., Sturm, H., & Wendel, P. (2026). Delegation im Praxisteam: Ein starker Hebel für die Sicherung der Versorgung: Potenzialanalyse zum Einsatz weitergebildeter und akademisierter Praxisassistenzberufe in der hausärztlichen Versorgung. Bertelsmann Stiftung

Hibbard, J.H.; Greene, J. (2013): What The Evidence Shows About Patient Activation: Better Health Outcomes and Care Experiences; Fewer Data on Costs. In: Health Affairs, 32, no.2: 207-214. DOI: 10.1377/hlthaff.2012.1061.

Hofbauer-Milan, V.; Fetzer, S.; Hagist, C. (2022): Gesunden, Überleben oder Sterben – Prognosen für zehn nicht-infektiöse Volkskrankheiten. In: Fiskalische Nachhaltigkeit Jubiläumsschrift zum 65. Geburtstag von Prof. Dr. Bernd Raffelhüschen. (Hagist, C.; Kohlstruck, T. Hrsg.) Vahlen, München. DOI: 10.15358/9783800670161.

Klapper, B.; Cichon, I. (2021): Neustart! Für die Zukunft unseres Gesundheitswesens. Robert Bosch Stiftung, MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Berlin.

„Kleeblatt"-Verbände (2026): Positionspapier „Die Kraft der Regionen nutzen – mehr Qualität und Wirtschaftlichkeit durch Patientenorientierung und Zusammenarbeit". Link: https://www.arztnetze.info/images/Positionspapier_die-Kraft-der-Regionen_Kleeblatt_2026.pdf

National Committee for Quality Assurance (NCQA) (2018): Population Health Management. Resource Guide. Washington. URL: https://www.ncqa.org/programs/health-plans/download-population-health-management-resource-guide/ (abgerufen am 30.09.2024).

OECD (2023): Integrating Care to Prevent and Manage Chronic Diseases: Best Practices in Public Health, OECD Publishing, Paris. https://doi.org/10.1787/9acc1b1d-en.

Ostwald, D. A., Hilbert, J., Hecker, R., Hildebrandt, H., Suermondt, M., Zimmermann, S., Riederer, H., Hempen, A., Küçük Beton, H., Biermann, C. W., Haut, S., & Zurkuhlen, A. (2025). Mit Gesundheit aus der Wachstumskrise – Ein Handlungsaufruf. WifOR Institute.

Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR) (2014): Bedarfsgerechte Versorgung – Perspektiven für ländliche Regionen und ausgewählte Leistungsbereiche, Gutachten 2014. URL: https://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/Gutachten/Gutachten_2014/Langfassung2014.pdf (abgerufen am 6. Februar 2023).

Schulte, T.; Pimperl, A.; Hildebrandt, H.; Bohnet-Joschko, S. (2017): USA: Accountable Care Organizations als neue Form der Kooperation mit Verantwortungsübernahme. In: Brandhorst, A.; Hildebrandt, H.; Luthe, E.W. (Hrsg.). Kooperation und Integration – das unvollendete Projekt des Gesundheitssystems. Gesundheit. Politik - Gesellschaft - Wirtschaft. Springer VS, Wiesbaden. https://doi.org/10.1007/978-3-658-13783-0_29.

Schmitz, M.-T.; Just, J.M.; Weckbecker, K.; Schmid, M.; Münster, E. (2023): Multimorbidität in Deutschland und ihre Bedeutung für die Versorgung der Zukunft – eine Sekundärdatenanalyse basierend auf 67 Mio. Versichertendaten. Gesundheitswesen. Georg Thieme Verlag. DOI: 10.1055/a-2011-5423.

Zahorka, M.; Sturm, H.; Hildebrandt, H. (2024): Frankreichs Gesundheitsreform – Vorbild für regionale, intersektoral-multidisziplinäre Zusammenarbeit? Führen & Wirtschaften im Krankenhaus 01/2024, Bibliomed Verlag.

Schmid, A.; Sturm, H.; Drechsel-Grau, E.; Kaiser, F.; Leibinger, P.; Joos, S. (2021): IGZ konkret: Erweiterte Ambulante Versorgung (EAV) – Umsetzung und Implikationen. Im Auftrag der Kassenärztlichen Bundesvereinigung. URL: https://epub.uni-bayreuth.de/id/eprint/5662/1/2021-04-30_IGZ%20konkret%20Gutachten_FINAL.pdf (abgerufen am 6. Februar 2023).

Schmid, A.; Hacker, J.; Rinsche, F.; Distler, F. (2018): Intersektorale Gesundheitszentren. Ein innovatives Modell der erweiterten ambulanten

Versorgung zur Transformation kleiner ländlicher Krankenhausstandorte. Kassenärztliche Bundesvereinigung, Berlin. URL: https://epub.uni-bayreuth.de/id/eprint/3852.

Stiftung Münch (Hrsg.) (2021): Reformkommission: WIRTSCHAFTEN FÜR GESUNDHEIT: GESUNDHEITSPRÄMIEN FÜR REGIONEN. FORDERUNGSKATALOG. URL: https://www.stiftung-muench.org/wp-content/uploads/2021/11/Ref.Komm_.pdf (abgerufen am 23. Juli 2023).

SVR – Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2018): Bedarfsgerechte Steuerung der Gesundheitsversorgung.

WEF – World Economic Forum (2023): The Moment of Truth for Healthcare Spending: How Payment Models can Transform Healthcare Systems. (Lead Author: Mewara, Shirali). The Moment of Truth for Healthcare Spending: How Payment Models can Transform Healthcare Systems | World Economic Forum (weforum.org).

Wild, E.-M.; Schreyögg, J.; Golubinski, V.; Ress, V.; Schmidt, H. (2020): Hamburg Billstedt/Horn als Prototyp für eine Integrierte gesundheitliche Vollversorgung in deprivierten großstädtischen Regionen. NVEST Billstedt/Horn (gefördert durch Gemeinsamer Bundesausschuss). URL: https://www.hche.uni-hamburg.de/forschung/transfer/invest/2021-03-31-evaluationsbericht-langfassung.pdf (abgerufen am 19. Januar 2023).

Zu den Autor:innen

Dr. rer. medic. h. c. Helmut Hildebrandt ist Gründer und Vorstand der OptiMedis AG. Sein Schwerpunkt liegt im Aufbau und Management regionaler, populationsbezogener Systeme der Integrierten Versorgung. Von 2005 bis 2018 war er neben seiner Vorstandstätigkeit bei der OptiMedis AG Geschäftsführer der Gesundes Kinzigtal GmbH, die im Ortenaukreis in Baden-Württemberg die Integrierte Versorgung verantwortet.

Der Apotheker und Gesundheitswissenschaftler verfügt über langjährige Erfahrung in Gesundheitsförderung sowie in der Organisations- und Systementwicklung im Gesundheitswesen. Seit mehr als 30 Jahren berät er Krankenhäuser, Krankenkassen, Verbände, Unternehmen und Einrichtungen der Gesundheitswirtschaft zu Organisation, Strategie und Systementwicklung, unter anderem als Sanierungsgeschäftsführer im Krankenhausbereich. 2022 wurde er mit dem Vordenker-Award ausgezeichnet.

Madeleine Barlozek ist Gesundheitsökonomin, freiberufliche Beraterin und Autorin im Gesundheitswesen. Mit Barlozek Consulting berät sie Akteure der Gesundheitswirtschaft zu gesundheitsökonomischen Fragestellungen sowie zu Vergütungs- und Anreizsystemen.

Sie verfügt über langjährige Erfahrung in unterschiedlichen Bereichen des Gesundheitswesens und war unter anderem in der pharmazeutischen und biotechnologischen Industrie, in der Medizintechnik sowie in der Beratung von Apotheken tätig. Derzeit arbeitet sie als Senior Market Access Manager bei der Danone Deutschland GmbH. Sie absolvierte den Executive MBA Health Care Management an der Universität Bayreuth. Ihr fachlicher Schwerpunkt liegt auf den ökonomischen Rahmenbedingungen des deutschen Gesundheitswesens und der Frage, wie Vergütungssysteme das Verhalten der beteiligten Akteure beeinflussen.

PD Dr. Dr. med. Heidrun Sturm, MPH, ist Senior Managerin Versorgungsinnovationen & Versorgungsforschung bei OptiMedis. Die Ärztin, Beraterin und Versorgungsforscherin ist für die Bereiche Business und Project Development im Bereich regionale und integrierte Versorgungsansätze zuständig. Ihre Schwerpunkte liegen in der Entwicklung, Implementierung und Evaluation von Versorgungsformen, bei denen die patientenzentrierte Primärversorgung intersektoral und integriert ausgestaltet wird und neue Technologien anwenderzentriert angepasst und implementiert werden.

Neben vielen Jahren Erfahrung in der Versorgungsforschung (USA: Yale, School of Management, Niederlande: Universitair Medisch Centrum-Groningen, UK-Tübingen Allgemeinmedizin) kennt Heidrun Sturm klinische Abläufe und Strukturen als Assistenzärztin und als Medizinische Geschäftsführerin des Comprehensive Cancer Centers des UK-Tübingen sehr gut. Entwicklungen, Trends und Herausforderungen des Gesundheitssystems verfolgte sie jahrelang als Analystin und freie Beraterin (z. B. Regionale Versorgungsanalysen, Analyse der Medizintechnik-Industrie, Mitherausgabe von 2011-2014 des „Jahrbuchs für Ärzte“). Von 2015 bis 2024 verantwortetr sie am Institut für Allgemeinmedizin und Interprofessionelle Versorgung am UK Tübingen den Bereich Innovative Versorgung und Gesundheitssysteme und begleitete in dieser Funktion verschiedenste Versorgungsprojekte.