



Studie

Gesundheitszentren für Deutschland

Wie ein Neustart in der Primärversorgung gelingen kann

Studie

Gesundheitszentren für Deutschland

Wie ein Neustart in der Primärversorgung gelingen kann

Vorwort

Unsere Gesundheitsversorgung ist mehr denn je in Bewegung. Nicht nur die Corona-Pandemie ist zu bewältigen. Vor uns liegt ein Jahrzehnt mit tiefgreifenden Veränderungen. Ein einfaches Weitermachen wird angesichts der zu erwartenden Entwicklungen nicht ausreichen.

In den kommenden zehn Jahren wird ein demografischer Ruck durch Deutschland gehen. Die geburtenstärksten Jahrgänge – 1955 bis 1965 – gehen in den Ruhestand. Das hat Auswirkungen auf die Anzahl der Fachkräfte und lässt die Zahl der älteren Menschen mit chronischen und Mehrfacherkrankungen ansteigen. Dies macht es erforderlich, die Versorgungsmodelle in unserem Gesundheitssystem zu überprüfen und anzupassen.

Seit vielen Jahren fördert die Robert Bosch Stiftung innovative Ansätze im Gesundheitswesen. Einen Beitrag zu leisten, das System zukunftsfähig zu gestalten und den Menschen in Deutschland dauerhaft eine bedarfsgerechte Gesundheitsversorgung zu ermöglichen, ist uns ein wichtiges Anliegen.

2015 haben wir das Förderprogramm „PORT – Patientenorientierte Zentren zur Primär- und Langzeitversorgung“ gestartet. Es antwortet auf die Herausforderungen des demografischen Wandels und hat gleichzeitig den Anspruch, Gesundheitsversorgung weiterzuentwickeln. Die im Rahmen des Programms geförderten Gesundheitszentren folgen einem mehrdimensionalen Verständnis von Gesundheit. Dies setzt bei der Gesunderhaltung an und ergänzt die medizinisch-pflegerische Perspektive um die gesellschaftlichen Bezüge von Gesundheit. Die PORT-Zentren treten an, eine integrierte Versorgung nah an der Lebenswirklichkeit der Menschen zu verwirklichen und sich für Gesundheitsförderung und Prävention stark zu machen. Damit bieten sich diese als Kern einer neu zu gestaltenden, tragfähigen Primärversorgung an, die zugleich vielen künftigen Herausforderungen standhalten kann.

Die Hausarztpraxis bildet das Rückgrat der ambulanten medizinischen Versorgung in Deutschland. Die vorliegende Studie modelliert erstmals die weitere Entwicklung der Anzahl an Hausärztinnen und Hausärzten auf Kreisebene. Die Prognose: Im Jahr 2035 werden vier von zehn Landkreisen unterversorgt oder massiv von Unterversorgung bedroht sein – allen bisherigen Maßnahmen zum Trotz.

Es ist daher höchste Zeit, neuen Versorgungsmodellen den Weg zu bahnen. Denn für die Zukunft braucht es ein Gesundheitssystem, das deutlich mehr auf Gesundheitsförderung und Prävention ausgerichtet ist, mit Strukturen, die flexibel auf den Bedarf vor Ort angepasst sind, und multiprofessionelle Teams, die auf Augenhöhe zusammenarbeiten und die Patientinnen und Patienten in den Mittelpunkt stellen. Kurz: Wir brauchen einen Neustart in der Primärversorgung.

Robert Bosch Stiftung
Stuttgart, im Mai 2021

Danksagungen

Wir danken dem IGES Institut für die Durchführung der Studie, die internationale Vergleiche und umfassende Modellrechnungen enthält und diese mit einer ersten Evaluation des PORT-Förderprogramms in Beziehung setzt.

Ebenfalls danken wir der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, die uns ihre Daten zur Altersstruktur der Hausärztinnen und Hausärzte zur Verfügung gestellt hat.

Und schließlich bedanken wir uns herzlich bei den Mitgliedern des Review-Boards, die die Erstellung der Studie mit wertvollen Anregungen, Hinweisen und Diskussionsbeiträgen kritisch begleitet und bereichert haben:

- Prof. Dr. Stefanie Joos, Institut für Allgemeinmedizin & Interprofessionelle Versorgung, Universitätsklinikum Tübingen
- Prof. Dr. Doris Schaeffer, Institut für Pflegewissenschaft, Universität Bielefeld
- Prof. Dr. Jonas Schreyögg, Hamburg Center for Health Economics, Universität Hamburg
- Prof. Dr. Jost Steinhäuser, Institut für Allgemeinmedizin, Universitätsklinikum Schleswig-Holstein
- Prof. Dr. Hendrik van den Bussche (em.), Institut und Poliklinik für Allgemeinmedizin, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf
- Prof. Dr. Frank Weidner, Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung, Köln

Inhalt

8	1 Zusammenfassung
12	2 Einleitung
16	3 Charakteristika und Vorteile leistungsfähiger Primärversorgungssysteme und Entwicklungsstand der Primärversorgung in Deutschland
16	3.1 Charakteristika der Primärversorgung und von Primärversorgungsteams
21	3.2 Definition von Primärversorgung
22	3.3 Vorteile entwickelter Primärversorgungssysteme
23	3.4 Internationale Erfahrungen mit Primärversorgungszentren bzw. -teams und aktuelle Entwicklungen
24	3.5 Entwicklungsstand der Primärversorgung in Deutschland im europäischen Vergleich
27	3.6 Rolle, Struktur und Nutzung der hausärztlichen Versorgung in Deutschland
29	3.7 Zusammenführung
31	4 Hausärztliche Versorgung – Status quo und Prognose der Entwicklung bis 2035
31	4.1 Gründe für die Erosion der hausärztlichen Versorgung
34	4.2 Prognose der Entwicklung der hausärztlichen Kapazitäten bis zum Jahr 2035
34	4.2.1 Methodisches Vorgehen und Datengrundlagen
38	4.2.2 Prognoseergebnisse
43	4.2.3 Sensitivität der Prognoseergebnisse
44	4.3 Entwicklung der Nachfrage nach hausärztlichen Leistungen
46	4.4 Bisher ergriffene Maßnahmen zur Unterstützung der Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung
46	4.4.1 Handlungsebene: finanzielle Anreize
46	4.4.2 Handlungsebene: Flexibilisierung der Beschäftigungsverhältnisse
47	4.4.3 Handlungsebene: Stärkung des Fachgebiets Allgemeinmedizin in der Aus- und Weiterbildung und Erhöhung der Studierendenzahlen
48	4.4.4 Handlungsebene: Entwicklung und Nutzung der Kompetenzprofile anderer Gesundheitsfachberufe
49	4.4.5 Weitere Handlungsebenen
50	4.5 Zusammenführung

51	5	Neugestaltung der Versorgung zur Stärkung der Primärversorgung
51	5.1	Patientenorientierte Zentren zur Primär- und Langzeitversorgung (PORT-Zentren)
54	5.2	Ergebnisse der Evaluation der etablierten PORT-Zentren
56	5.3	Sichtweisen von Stakeholdern auf Primärversorgungszentren und auf neue Formen der Zusammenarbeit der in der Primärversorgung Tätigen
56	5.3.1	Medizinstudierende
56	5.3.2	Fachgesellschaften
57	5.3.3	Bund, Länder, Kommunen
58	5.3.4	Krankenkassen
58	5.3.5	Parteien
59	5.3.6	Weitere Stakeholder
60	5.4	Modellrechnung für einen flächendeckenden Zugang der Bevölkerung zu PORT-Zentren
61	5.5	Zusammenführung
62	6	Schritte zum Aus- bzw. Aufbau von leistungsfähigen Primärversorgungsstrukturen in Deutschland
62	6.1	Aufgabenstellungen
64	6.2	Gestaltungsoptionen am Beispiel von zwei Nachbarländern
64	6.2.1	Österreich: erweiterte hausärztliche Versorgung in Primärversorgungseinheiten
66	6.2.2	Frankreich: pluriprofessionelle Versorgung
68	6.3	Vorschläge für ein gesundheitspolitisches Programm
68	6.3.1	Anknüpfungspunkte
68	6.3.2	Vorschlag einer Verankerung der multiprofessionellen Primärversorgung als eigenständiger Versorgungsbereich
70	6.3.3	Weitere Schritte hin zu einer multiprofessionellen Primärversorgung in Deutschland
74		Abbildungsverzeichnis
74		Tabellenverzeichnis
75		Abkürzungsverzeichnis
76		Literaturverzeichnis
84		Impressum

1

Zusammenfassung

Die Systeme der Gesundheitsversorgung und der sozialen Sicherung stehen in Deutschland – wie in den meisten Industrieländern – in den kommenden Jahrzehnten infolge der demographischen Entwicklung vor enormen Herausforderungen. Der stark wachsende Anteil der Bevölkerung in den höheren Altersgruppen sowie die damit verbundenen Verschiebungen des Morbiditätsspektrums werden zu einer quantitativen Zunahme und gleichzeitig zu qualitativen Veränderungen des Bedarfs an Gesundheitsleistungen führen.

Diese werden insbesondere die sog. Primärversorgungsebene vor eine Belastungsprobe stellen. Hier sind diejenigen Leistungserbringer tätig, die von der Bevölkerung bei der ganz überwiegenden Mehrzahl von gesundheitlichen Problemen oder Anliegen als Erstes kontaktiert werden. Blickt man auf die Hausärzte¹, die in Deutschland den überwiegenden Teil der medizinischen Versorgung leisten, so ist es bisher trotz zahlreicher Aktivitäten nicht gelungen, das Problem des zunehmenden Hausärztemangels – bislang vor allem in ländlichen Regionen, in absehbarer Zukunft jedoch zunehmend auch in städtischen Gebieten – umfassend in den Griff zu bekommen. Die in jüngerer Vergangenheit zur Stärkung der Allgemeinmedizin initiierten Strategien (bspw. Auf- und Ausbau von Abteilungen bzw. Instituten für Allgemeinmedizin an den Universitäten oder Optimierungen der Weiterbildung) sind eine Antwort darauf, die Effekte werden sich jedoch erst auf längere Sicht zeigen können. Weitere Maßnahmen, wie bspw. die Novellierung der Approbationsordnung, befinden sich noch im Stadium der Umsetzung.

Im Jahr 2019 war bereits mehr als jeder siebente noch praktizierende Hausarzt über 65 Jahre alt. Es gab etwa 3.300 unbesetzte Hausarztstellen. Nach der hier präsentierten Prognoserechnung (vgl. Abschnitt 4.2) werden im Jahr 2035 etwa 11.000 Hausarztstellen unbesetzt und fast ein Fünftel der Kreise hausärztlich unterversorgt sein (Versorgungsgrad < 75 %). Ein weiteres Fünftel der Kreise wird sich 2035 nahe der hausärztlichen Unterversorgung bewegen (Versorgungsgrad 75 % bis 80 %).

Um diesen Herausforderungen begegnen zu können, muss Deutschland sein Versorgungssystem möglichst rasch umbauen und es besser auf die kommenden Bedarfskonstellationen ausrichten. Eine Schlüsselfunktion nimmt dabei neben der Förderung der Allgemeinmedizin und der hausärztlichen Funktionen die Stärkung bzw. der Aufbau einer zukunftsfähigen Primärversorgung mit multiprofessionellen Strukturen und Zentren ein. Der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen hat bereits im Jahr 2014 die Etablierung „Lokaler Gesundheitszentren zur Primär- und Langzeitversorgung“ empfohlen (SVR 2014). Unsere Nachbarländer Österreich und Frankreich, die vor ähnlichen Herausforderungen stehen und deren Gesundheitssysteme hinsichtlich der gewachsenen Versorgungsstrukturen dem deutschen ähneln, haben diesen Weg bereits eingeschlagen (vgl. Abschnitt 6.2).

1 Zur besseren Lesbarkeit wird im Text häufig nur die männliche Form verwendet. Entsprechende Bezeichnungen gelten grundsätzlich für alle Geschlechter.

Ziel einer solchen Entwicklung muss es sein, die Primärversorgungsebene zu befähigen, auch zukünftig als erster Anlaufpunkt für den größten Teil aller gesundheitlichen Problemlagen der Bevölkerung zugänglich zu sein und diese weitgehend eigenständig versorgen zu können. Nur bei medizinischer Notwendigkeit sollen Patienten an Leistungserbringer „höherer“ Versorgungsebenen weitergeleitet werden. Die Ansprechpartner auf der Primärversorgungsebene haben optimalerweise langjährige Kenntnis von den familiären und lebensweltlichen Umständen ihrer Patienten und können deren Umfeld eng in die Versorgung(splanung) einbeziehen. Im Zentrum entwickelter Primärversorgungssysteme stehen multiprofessionelle Teams, die sich bedarfsorientiert aus Gesundheitsfachpersonal unterschiedlicher Berufsgruppen zusammensetzen und die Versorgung ihrer Patienten in einem breiten Netzwerk kooperierender Leistungserbringer sicherstellen und managen. Diese Teams engagieren sich auch aktiv für die Verbesserung der gesundheitlichen Situation der Bevölkerung in der Region und arbeiten dabei mit den relevanten Akteuren des staatlich-öffentlichen Bereichs sowie der Zivilgesellschaft zusammen, auch um präventive und gesundheitsförderliche Aktivitäten breiter zu entfalten und wirksam(er) auszurichten. Auf diesen Grundlagen ist eine umfassende, personenzentrierte und kontinuierliche Versorgung möglich (vgl. Abschnitte 3.1 und 3.2).

Wesentliche Voraussetzungen für eine solche Entwicklung sind ferner der beschleunigte Aufbau von Kapazitäten im Bereich der akademisch qualifizierten Pflegefachpersonen sowie die Anpassung der rechtlichen Rahmenbedingungen, die ihnen die eigenständige Ausübung von Heilkunde in Bezug auf relevante Aufgabenbereiche der Primärversorgung ermöglicht. In Ländern mit entwickelten Primärversorgungssystemen stellen entsprechend qualifizierte Pflegepersonen (Advanced Practice Nurses, Community Health Nurses o.Ä.) eine zentrale Säule der teambasierten Versorgung dar, die zu einer stärkeren Personenzentrierung beiträgt und eine Fokussierung der ärztlichen Tätigkeiten ermöglicht.

Studien belegen, dass Gesundheitssysteme, die über eine Primärversorgung verfügen, die diesen Merkmalen möglichst nahekommt, bessere gesundheitliche Ergebnisse für die Bevölkerungen erreichen, eher in der Lage sind, allen Bürgern einen adäquaten Zugang zu den benötigten Versorgungsleistungen zu verschaffen, und die finanziellen Ressourcen effizienter nutzen (vgl. Abschnitt 3.3).

Das Gesundheitssystem in Deutschland hat sich lange Zeit in eine gegenläufige Richtung entwickelt. Gestärkt wurden vor allem stark spezialisierte, primär biomedizinisch ausgerichtete Versorgungsangebote, wohingegen die Primärversorgung – vor allem repräsentiert durch die ambulante allgemeinmedizinische sowie kinder- und jugendärztliche Versorgung – an Bedeutung verlor. Die Förderung der für eine leistungsfähige Primärversorgung unverzichtbaren Arbeit in multiprofessionellen Teams wurde in Deutschland lange Zeit komplett vernachlässigt und wird üblicherweise nicht vergütet. Wo sie in Modellprojekten mit akademisch qualifizierten Pflegefachpersonen erprobt oder mit höher qualifizierten Medizinischen Fachangestellten im Delegationsverhältnis umgesetzt wird, zeigen sich häufig positive Versorgungseffekte und eine höhere Zufriedenheit sowohl der Angehörigen der Gesundheitsberufe als auch der Patienten.

Die bisherigen, lange Zeit vor allem auf finanzielle Anreize zur Niederlassung in unterversorgten Gebieten setzenden Maßnahmen zur Sicherung einer ausreichenden hausärztlichen Versorgung sind auch deshalb wenig zukunfts-trächtig, weil die Arbeit in der Einzelpraxis immer weniger den Vorstellungen der nachwachsenden Ärztegeneration entspricht. Neben einer zunehmenden Präferenz für angestellte Tätigkeiten wird vor allem auch die Arbeit in kooperativen und multiprofessionellen Strukturen präferiert. Auch neue Arbeits(zeit)modelle mit der Möglichkeit, (in bestimmten Lebensphasen) in Teilzeit zu arbeiten, werden von der nachrückenden Ärztegeneration gewünscht.

Insgesamt wird deutlich, dass die Versorgungsstrukturen so verändert werden müssen, dass die Attraktivität der Gesundheitsberufe steigt, auch in ländlichen Regionen. Dabei muss gleichzeitig die Produktivität der Versorgungseinrichtungen – im Sinne der pro Arbeitsstunde durch die gesamte Einrichtung und ihr Personal „bearbeiteten“ Versorgungsaufgaben – ohne Qualitätsverluste substantiell erhöht werden. Dies wird sich nur bewerkstelligen lassen, wenn neue Primärversorgungsstrukturen entstehen, in denen die Arbeit in multiprofessionellen Teams auf Basis optimierter und technisch besser unterstützter Prozesse organisiert ist.

Die Robert Bosch Stiftung fördert mit dem Programm „PORT – Patientenorientierte Zentren zur Primär- und Langzeitversorgung“ seit 2017 die (Weiter-)Entwicklung und den Aufbau von lokalen, umfassenden und exzellenten Gesundheits(zentren an mittlerweile 13 Standorten. Die PORT-Gesundheitszentren knüpfen an das skizzierte Modell der Primärversorgung an, in dessen Kern gut vernetzte Primärversorgungsteams stehen. Die bisherigen PORT-Zentren demonstrieren in ihrer Vielfalt und mit ihren unterschiedlichen strukturellen und konzeptionellen Ausrichtungen die Flexibilität des Versorgungsansatzes und seine Fähigkeit zur Adaption an den regionalen Bedarf (vgl. Abschnitt 5.1).

Nach Modellrechnungen könnte mit 1.000 Standorten ein deutschlandweit flächendeckendes Angebot an Gesundheitszentren, die nach dem PORT-Konzept arbeiten, realisiert werden (vgl. Abschnitt 5.4). Eine derartige Weiterentwicklung der primären Versorgungsstrukturen in Gesundheitszentren mit lokaler Verwurzelung, teambasierten Arbeitsmodellen und Angeboten auch für die Arbeit in Anstellung oder in Teilzeit wird von vielen der heutigen Medizinstudierenden begrüßt (vgl. Abschnitt 5.3.1).

Um den Prozess des Umbaus der ambulanten Versorgung in Richtung einer leistungsfähigen Primärversorgung kurzfristig voranzubringen, sollten daher – ggf. in Ergänzung zu anderen in dieser Studie angesprochenen Konzepten – Maßnahmen ergriffen werden, die nach dem Vorbild der PORT-Zentren den Aufbau von Primärversorgung in der Breite gezielt unterstützen.

Die vorliegende Studie schlägt daher vor, dass die Primärversorgung als eigenständige kooperative und multiprofessionelle Versorgungsform im SGB V sowie in den nachgeordneten Vertragswerken verankert wird (vgl. Abschnitt 6.3.2). Die spezifischen Leistungen dieser Versorgungsform werden durch lokale Versorgungseinrichtungen (Primärversorgungszentren) erbracht, an denen jeweils mehrere unterschiedliche Leistungserbringer und Gesundheitsprofessionen beteiligt sind. Neben zugelassenen Leistungserbringern der Sozialgesetzbücher V und XI ist auch die Beteiligung öffentlicher und zivilgesellschaftlicher Instanzen und Akteure möglich und gewünscht. Die Förderung der teambasierten Zusammenarbeit unterschiedlicher Gesundheitsprofessionen in den Primärversorgungszentren wird durch Kooperationsverträge erreicht, die von den an einem Zentrum Beteiligten geschlossen werden müssen. Die obligatorischen Inhalte werden durch den G-BA in einer Richtlinie geregelt („Primärversorgungs-Richtlinie“).

Das Leistungsspektrum von Primärversorgungszentren umfasst neben den bereits bestehenden Leistungen der hausärztlichen Versorgung sowie der übrigen beteiligten Professionen (z. B. aus dem Heilmittel-Sektor oder der Pflege) spezifische Leistungen, die durch die Richtlinie des G-BA bestimmt und in Verträgen mit den gesetzlichen Krankenkassen gemeinsam und einheitlich festgelegt werden.

Die zu definierenden spezifischen Leistungen und Strukturen der Versorgungsform „Primärversorgung“ sowie die daran anknüpfenden vertraglichen und Vergütungsregelungen müssen den Aufbau und Betrieb einer bevölkerungsbezogen arbeitenden, multidisziplinären und kooperativen Primärversorgung ermöglichen. Dazu zählen insbesondere:

- Maßnahmen und Strukturen zur internen kooperativen Planung und Entwicklung der Versorgungsangebote des Zentrums mit dem Ziel eines möglichst umfassenden und auf die Bedarfe der Einzugsbevölkerung abgestimmten Leistungsangebots (z. B. Erarbeitung von multiprofessionellen Versorgungspfaden für bestimmte Patienten- oder Bevölkerungsgruppen unter Berücksichtigung der lokalen Angebotsstrukturen).
- Leistungen zur Koordination von Behandlungsprozessen in Interaktion mit Patienten (z. B. Case und Care Managers, Community Health Nurses) sowie mit Leistungserbringern und Kooperationspartnern außerhalb der Zentrumsstruktur (z. B. im Bereich des Informationsaustauschs und der gemeinsamen Abstimmung und Behandlungsplanung).
- Leistungen und Prozesse im Rahmen der Zusammenarbeit mit öffentlichen Akteuren der gesundheitlichen und sozialen Versorgung bzw. Übernahme von besonderen Aufgaben im Interesse der öffentlichen Gesundheitspflege (z. B. im Kontext der Primär- oder Sekundärprävention).

Die Zulassung bzw. Anerkennung als Primärversorgungszentrum steht den etablierten Leistungserbringern offen, wenn sie bestimmte Voraussetzungen erfüllen. Dies sind insbesondere die Vorlage eines auf den Bedarf der Bevölkerung im Einzugsgebiet ausgerichteten Versorgungskonzepts (inkl. der geplanten Aktivitäten des Zentrums im Bereich von Prävention und Gesundheitsförderung), die Verpflichtung zur Erbringung bzw. Sicherstellung obligatorischer Leistungen bzw. Strukturmerkmale und die durch Kooperationsverträge gesicherte Beteiligung einer noch festzulegenden Mindestanzahl von Ärzten des hausärztlichen Versorgungsbereichs (gemäß § 73 SGB V) sowie von weiteren, zugelassenen Leistungserbringern gemäß SGB V.

Unser Vorschlag sieht zudem vor, dass, sobald entweder die formalen Voraussetzungen für die Beteiligung von entsprechend qualifizierten Pflegefachpersonen (z. B. von Community Health Nurses, Advanced Practice Nurses oder Personen mit analogen Qualifikationen) an der Versorgung nach dem SGB V geschaffen sind oder solche Fachpersonen im Einzugsgebiet des Primärversorgungszentrums bei einer Institution des öffentlichen Sektors (z. B. Gesundheitsamt) beschäftigt sind, mindestens eine solche Pflegefachperson auf Grundlage eines Kooperationsvertrags in einem Primärversorgungszentrum mitwirken muss.

2

Einleitung

Die Systeme der Gesundheitsversorgung und der sozialen Sicherung stehen in Deutschland – wie in den meisten Industrieländern – in den kommenden Jahrzehnten infolge der demographischen Entwicklung vor enormen Herausforderungen. Der stark wachsende Anteil der Bevölkerung in den höheren Altersgruppen sowie die damit verbundenen Verschiebungen des Morbiditätsspektrums werden zu einer quantitativen Zunahme und gleichzeitig zu qualitativen Veränderungen des Bedarfs an Gesundheitsleistungen führen. Darüber hinaus besteht die Gefahr, dass die bereits heute spürbare Personalknappheit im Gesundheitswesen noch deutlich zunehmen wird, weil die jüngere Bevölkerung schrumpft und infolgedessen die Konkurrenz um Arbeitskräfte zwischen den Branchen und Wirtschaftssektoren zunehmen wird.

Notwendigkeit des Umbaus der Gesundheitssysteme

Neben die bereits vielfach beschriebenen Auswirkungen des demographischen Wandels auf die Bedarfe an medizinischer, pflegerischer und therapeutischer Versorgung können weitere, schwer kalkulierbare Risiken bspw. durch den Klimawandel oder neu auftretende Infektionskrankheiten (bspw. SARS-CoV-2-Pandemie) treten. Auch zukünftig werden sich die diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten ständig weiterentwickeln und sich die Ansprüche der Bevölkerung an die in der Gesundheitsversorgung Tätigen verändern.

Um diesen Herausforderungen begegnen zu können, arbeiten viele Industrieländer daran, ihre Versorgungssysteme umzubauen, um sie besser auf die kommenden Bedarfskonstellationen auszurichten:

- Die bisherige Priorisierung von Diagnostik und Therapie einzelner Krankheitsbilder muss durch eine deutlich breitere und integrativ angelegte Perspektive auf die präventiven, kurativen, rehabilitativen und palliativen Bedarfe der versorgten Bevölkerung ersetzt werden.
- Die künftigen Versorgungsaufgaben werden sich nach Art und Menge nur bewältigen lassen, wenn bisher oftmals unkoordiniert zwischen Versorgungssektoren, ärztlichen Disziplinen und Gesundheitsfachberufen verlaufende Behandlungen stärker aufeinander abgestimmt und als gestufte Prozesse organisiert werden.
- Dies lässt sich am ehesten erreichen, wenn die relevanten Professionen bzw. Leistungserbringer in Organisationsformen zusammenarbeiten, die eine gemeinsame Verantwortungsübernahme für die Versorgung und ihre Ergebnisse fördern.
- Um diese Entwicklungen voranzutreiben, sollten die Potenziale genutzt werden, die aus einer Erweiterung der Handlungsautonomie der Gesundheitsfachberufe sowie der stärkeren Nutzung digitaler Technologien resultieren.

Eine Schlüsselfunktion in Bezug auf die mit diesen Stichworten angerissenen Ziele nimmt die Stärkung bzw. der Aufbau von zukunftsfähigen Primärversorgungsstrukturen ein.

Zukunftsfähige Primärversorgung

Als Primärversorgung bezeichnet man Strukturen bzw. Funktionen des Gesundheitssystems,

- (1) die von der Bevölkerung mit der ganz überwiegenden Mehrzahl von gesundheitlichen Problemen oder Anliegen als Erstes kontaktiert werden;
- (2) die in der Lage sind, einen erheblichen Teil der Kontakthanfälle eigenständig, d.h. ohne Beteiligung der sekundären oder tertiären Versorgungsebenen, auf hohem Qualitätsniveau zu versorgen;
- (3) die in Bezug auf die übrigen gesundheitlichen Bedarfe eine unverzügliche Weiterleitung an geeignete Leistungserbringer der „höheren“ Versorgungsebenen und im weiteren Verlauf eine Koordination der ebenenübergreifenden Versorgung sicherstellen;
- (4) die als dauerhafter Ansprechpartner für die Bürger fungieren und auf der Basis langjähriger Beziehungen sowie der Kenntnis von familiären und lebensweltlichen Umständen eine personenzentrierte und kontinuierliche Versorgung sicherstellen können;
- (5) die ihre Aufgabe nicht nur in der Versorgung einzelner Patienten sehen, sondern auch kontinuierlich an der Verbesserung der gesundheitlichen Situation der Bevölkerung in ihrem Einzugsgebiet arbeiten (Prävention und Gesundheitsförderung) und dafür mit anderen Einrichtungen der gesundheitlichen und sozialen Versorgung sowie den relevanten Akteuren des staatlich-öffentlichen Bereichs sowie der Zivilgesellschaft kooperieren.

Gesundheitssysteme, die über eine Primärversorgung verfügen, die diesen Merkmalen möglichst nahekommt – das zeigt eine wachsende Zahl von wissenschaftlichen Untersuchungen (vgl. Abschnitte 3.3 und 3.4) –, erreichen bessere gesundheitliche Ergebnisse für die Bevölkerungen, sind eher in der Lage, allen Bürgern einen adäquaten Zugang zu den benötigten Versorgungsleistungen zu verschaffen, und nutzen die finanziellen Ressourcen effizienter.

Handlungsbedarf in Deutschland

In Deutschland und anderen reichen Industrieländern haben sich die Gesundheitssysteme lange Zeit in eine gegenläufige Richtung entwickelt: Gestärkt wurden vor allem stark spezialisierte, primär biomedizinisch ausgerichtete Versorgungsangebote, wohingegen die Primärversorgung – in Deutschland vor allem repräsentiert durch die ambulante allgemeinmedizinische sowie kinder- und jugendärztliche Versorgung – kaum gefördert wurde.

Eine Folge dieser Entwicklung ist die in Deutschland besonders ausgeprägte Fehlnutzung der (eigentlich) spezialisierten Versorgungsebenen für die Versorgung von (eigentlich) in die hausärztliche Kompetenz fallenden Gesundheitsproblemen. Sie manifestiert sich u.a. in der hohen Zahl „ambulant-sensitiver“ Krankenhausfälle – aber nicht zuletzt auch in Gestalt des realen Behandlungsspektrums der spezialisierten niedergelassenen Ärzte, das zu einem erheblichen Anteil (eigentlich) hausärztlich geprägt ist, d.h. sich mit Gesundheitsproblemen befasst, die in anderen Ländern grundsätzlich durch Hausärzte behandelt werden. (van den Bussche 2019)

Die für eine optimale Primärversorgung unverzichtbare Arbeit in multiprofessionellen Teams wurde lange Zeit komplett vernachlässigt. Mit den in jüngerer Zeit gestarteten Bemühungen in Richtung einer stärkeren Delegation von ärztlichen Tätigkeiten an Medizinische Fachangestellte haben Ärzte, Medizinische Fachangestellte und Patienten erste positive Erfahrungen gesammelt (vgl. Abschnitt 4.4.4). Ein Blick auf die in entwickelten Primärversorgungssystemen zwischen unterschiedlichen Gesundheitsfachberufen gelebten arbeitsteiligen Prozesse (vgl. insbesondere Abschnitt 3.4) offenbart, wie weit der Weg in Deutschland noch ist. Wie wenig die Dinge vorankommen, zeigt das „Schicksal“ des 2008 vom Bundestag verabschiedeten § 63 Absatz 3c SGB V, der Modellvorhaben zur Übertragung von ärztlichen Tätigkeiten, die der Ausübung von Heilkunde zuzurechnen sind, auf qualifizierte Pflegefachkräfte ermöglicht und von den Krankenkassen die Durchführung entsprechender Projekte bis Ende 2020 verlangt. Bis zum Jahr 2019 existierte nur ein einziges Vorhaben, so dass der im März 2021 vom Bundesministerium für Gesundheit vorgelegte

jüngste Entwurf für ein Reformgesetz nunmehr eine explizite Verpflichtung der Krankenkassen zur Durchführung dieser Modellvorhaben vorsieht.²

Nach der 14. Bevölkerungsvorausberechnung des Statistischen Bundesamts wird der Altenquotient, also das Verhältnis der Personen im Rentenalter (ab 67 Jahren) zu denen zwischen 20 und 66 Jahren, in den kommenden Jahren bis 2038 in die Phase des stärksten Anstiegs eintreten: Kommen derzeit 31 ältere Menschen auf 100 Personen zwischen 20 und 66, so werden es 2038 im günstigsten Fall 44 sein (Anstieg um 42 %), bei weniger optimistischen Annahmen aber sogar 49 (Anstieg um 58 %).³ (Destatis 2019) In der unmittelbaren Zukunft muss sich Deutschland also auf eine weitere Zunahme der Menschen mit chronischen Erkrankungen und Funktionseinschränkungen sowie der Pflegebedürftigen einstellen und es ist fraglich, dass die Strukturen der gesundheitlichen Versorgung dafür hinreichend gerüstet sind.

Zu der bereits genannten Fehlentwicklung einer zu starken Gewichtung der spezialisierten, kurativ und monoprofessionell-ärztlich ausgerichteten Versorgung tritt verschärfend hinzu, dass auch die „traditionellen“ Primärversorgungsstrukturen über lange Jahre erodiert sind: Mindestens seit Beginn der 2000er Jahre ist das Problem des wachsenden Hausärztemangels bekannt. Seither ist das Problem kontinuierlich größer geworden: 2019 waren 3.280 Sitze in der hausärztlichen Versorgung vakant. Bundesweit waren damit 5,9 % der bis zu einem Versorgungsgrad von 110 % besetzbaren hausärztlichen Sitze frei. In den Stadtstaaten Hamburg und Berlin lag der Anteil bei 0 % bzw. 0,7 %, im Saarland und Sachsen-Anhalt dagegen bei 12,3 % bzw. 10,4 %. (Ärztezeitung 2020) Wie ein jüngst für die KV Niedersachsen erstelltes Gutachten zeigt, wird sich der Ärztemangel sowohl in der hausärztlichen als auch in der fachärztlich-spezialisierten Versorgung bis 2035 noch deutlich verschärfen. Die Autoren kommen zu dem Ergebnis, dass

in weiten Teilen Niedersachsens im Jahr 2035 bei der hausärztlichen Versorgung die Schwelle zur Unterversorgung (Versorgungsgrad < 75 %) unterschritten und in nur noch drei Planungsbezirken ein regulärer Versorgungsgrad von 100 bis 110 % herrschen wird. (Thomsen et al. 2020)

Diese düsteren Aussichten in Bezug auf die Sicherstellung einer flächendeckenden hausärztlichen Versorgung ergeben sich, obwohl mindestens seit 2007⁴ Maßnahmen ergriffen wurden, um die Situation zu verbessern. Seither wurde das Maßnahmenspektrum in fast jeder Gesundheitsreform und mit unterschiedlicher Stoßrichtung erweitert. Es reicht inzwischen von finanziellen Anreizen zur Niederlassung auf dem Land bis zur „Landarztquote“, also der Vorhaltung eines Studienplatzkontingents für Bewerber, die sich verpflichten, nach der Facharztanerkennung in unterversorgten Regionen hausärztlich tätig zu werden. Zudem wurde damit begonnen, die Allgemeinmedizin an den Universitäten und in der ärztlichen Weiterbildung zu stärken (vgl. Abschnitt 4.4.3). Auch wenn dies teilweise Maßnahmen sind, die aufgrund der langen ärztlichen Aus- und Weiterbildungszeiten erst langfristig Effekte zeigen können (bspw. Auf- und Ausbau von Abteilungen bzw. Instituten für Allgemeinmedizin an den Universitäten oder Optimierungen der Weiterbildung), kann schon jetzt abgesehen werden, dass sie nicht genügen werden, um die Primärversorgung für die o. g. Herausforderungen ausreichend zu stärken.

In Ländern mit stärker entwickelten Primärversorgungsstrukturen spielen akademisch ausgebildete Pflegefachpersonen eine wesentliche Rolle. In Deutschland stehen entsprechende Fachkräfte aktuell in der erforderlichen Zahl nicht zur Verfügung, was vordergründig daran liegt, dass die hochschulischen Ausbildungsangebote bisher nicht in ausreichender Zahl vorhanden sind. Der tiefere Grund, sowohl für den Rückstand bei den Studienplätzen als auch für den Pflegenotstand insgesamt, dürfte jedoch eher die systematische Vernachlässigung der Pflegeberufe mit Blick auf deren Aufgabenzuschnitt und ihre professionelle Handlungsautonomie im Gesundheitswesen sein. Dies zu ändern wäre nicht nur Voraussetzung für eine Stärkung der Primärversorgung, sondern auch der entscheidende Faktor für eine stärkere Attraktivität der Pflegeberufe insgesamt.

2 Vgl. den Referentenentwurf eines Gesetzes zur Reform der Pflegeversicherung vom 15.03.2021, dort Artikel 1, Nr. 5 (§ 64d). www.portal-sozialpolitik.de/uploads/sopo/pdf/2021/2021-03-12_Arbeitsentwurf_Pflegereformgesetz.pdf. (Abruf am 12.04.2021)

3 Der Wert von 44 entspricht dem Szenario einer „relativ jungen Altersstruktur“ (Variante 5, G3-L1-W3), der Wert von 49 dem Szenario einer „relativ alten Altersstruktur“ (Variante 4, G1-L3-W1). Statistisches Bundesamt (2019). Bevölkerung im Wandel. Annahmen und Ergebnisse der 14. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung.

4 In diesem Jahr trat das Vertragsarztrechtsänderungsgesetz (VÄndG) in Kraft, das als Reaktion auf den zunächst vor allem in Ostdeutschland sichtbaren Hausärztemangel die Möglichkeiten für ambulant tätige Ärzte zur Berufsausübung als Angestellte bzw. an mehreren Standorten signifikant erweitert hat (BT-Drucksache 16/2474).

Ziele und Aufbau des vorliegenden Gutachtens

Mutige Schritte zur Sicherung bzw. zum Aufbau einer leistungsfähigen Primärversorgung sind kurzfristig erforderlich, sowohl um den unmittelbar bevorstehenden Herausforderungen in der gesundheitlichen Versorgung der alternden Bevölkerung adäquat begegnen zu können, als auch um die Chancen zu nutzen, die sich aus der Digitalisierung und der Akademisierung der Gesundheitsberufe ergeben.

Im ersten Teil des Gutachtens wird ausführlicher dargelegt, was unter einer zukunftsfähigen Primärversorgung zu verstehen ist, welche wissenschaftlichen Erkenntnisse und internationalen Erfahrungen dazu vorliegen und wie der Entwicklungsstand in Deutschland bewertet wird. Die gegenwärtige (hausärztliche) Versorgung wird schließlich mit Blick auf die Merkmale einer zukunftsfähigen Primärversorgung bewertet (Abschnitt 3).

Anschließend (Abschnitt 4) wird der Status quo der hausärztlichen Versorgung beschrieben und um eine Prognose der Entwicklung auf Bundesebene bis 2035 ergänzt. Zudem werden bisher ergriffene Maßnahmen zur flächendeckenden Sicherstellung der Versorgung vorgestellt und diskutiert.

In Deutschland werden bereits seit einigen Jahren mit Förderung durch die Robert Bosch Stiftung modellhaft neue Primärversorgungsstrukturen erprobt, die in Abschnitt 5 vorgestellt werden. Ergänzend wird ein Überblick über beispielhafte aktuelle Positionierungen von verschiedenen Akteuren hinsichtlich Primärversorgungszentren bzw. -teams geboten und es werden die Ergebnisse einer Modellrechnung für einen flächendeckenden Zugang zu Primärversorgungszentren präsentiert.

Wie könnten die nächsten Schritte aussehen, wenn es darum geht, die Entstehung und Ausbreitung von leistungsfähigen Primärversorgungsstrukturen anzustoßen bzw. voranzutreiben? Der abschließende Abschnitt 6 macht dazu konkrete Vorschläge.

3

Charakteristika und Vorteile leistungsfähiger Primärversorgungssysteme und Entwicklungsstand der Primärversorgung in Deutschland

3.1 Charakteristika der Primärversorgung und von Primärversorgungsteams

Die hausärztliche Versorgung erfüllt im deutschen Gesundheitswesen gemäß den im Vertrag über die hausärztliche Versorgung (Anlage 5 zum Bundesmantelvertrag – Ärzte) geregelten allgemeinen und besonderen hausärztlichen Versorgungsfunktionen wesentliche Aufgaben der gesundheitlichen Primärversorgung. Der maßgeblich durch die Deklaration von Alma-Ata aus dem Jahr 1978 geprägte Begriff Primärversorgung reicht aber weit über den der hausärztlichen Versorgung hinaus.⁵ 30 Jahre nach der Deklaration von Alma-Ata hat die WHO den „World Health

Report 2008“ veröffentlicht. In diesem wurden alle Staaten eindringlich aufgefordert, die Orientierung ihrer Gesundheitssysteme stärker auf die gesundheitliche Primärversorgung auszurichten. (WHO 2008a) Ohne eine grundlegende Neuorientierung sei es wahrscheinlich, dass die Gesundheitssysteme durch die zunehmenden Herausforderungen alternder Bevölkerungen, durch die starke Zunahme chronischer Erkrankungen, durch neu auftretende Erkrankungen und durch die Auswirkungen des Klimawandels überfordert würden. (WHO 2008b)

⁵ Vgl. insbesondere die Nummern VI und VII der Deklaration von Alma-Ata. www.who.int/publications/almaata_declaration_en.pdf. (Abruf am 12.4.2021)

In der nachfolgenden Abbildung 1 fasst der „World Health Report 2008“ die Unterschiede zwischen einer an den spezifischen Bedarfen ausgerichteten personenzentrierten Primärversorgung und einer auf herkömmliche Art und Weise erbrachten Versorgung zusammen. Personenzentrierte Primärversorgung meint, dass sich das Gesundheitspersonal um die Menschen als Individuen und als Mitglieder einer Familie und einer Gemeinschaft sorgt, deren Gesundheit zu bewahren und zu verbessern ist, und dies über alle Lebensphasen hinweg. Ausgangspunkt für diesen Ansatz

bildet eine enge und direkte Partnerschaft zwischen den in der Primärversorgung Tätigen und den unterstützten Menschen. Diese Partnerschaft ist die Grundlage für Personenzentrierung, Kontinuität, umfassende und integrierte Betreuung bzw. Versorgung als die charakteristischen Merkmale von Primärversorgung. Eine solche personenzentrierte Primärversorgung zielt gleichzeitig auf eine effektivere, effizientere und (verteilungs-)gerechtere Erbringung der Dienstleistungen ab. (WHO 2008a)

Abbildung 1: Versorgungsaspekte, die herkömmliche Patientenversorgung von einer personenzentrierten Primärversorgung unterscheiden

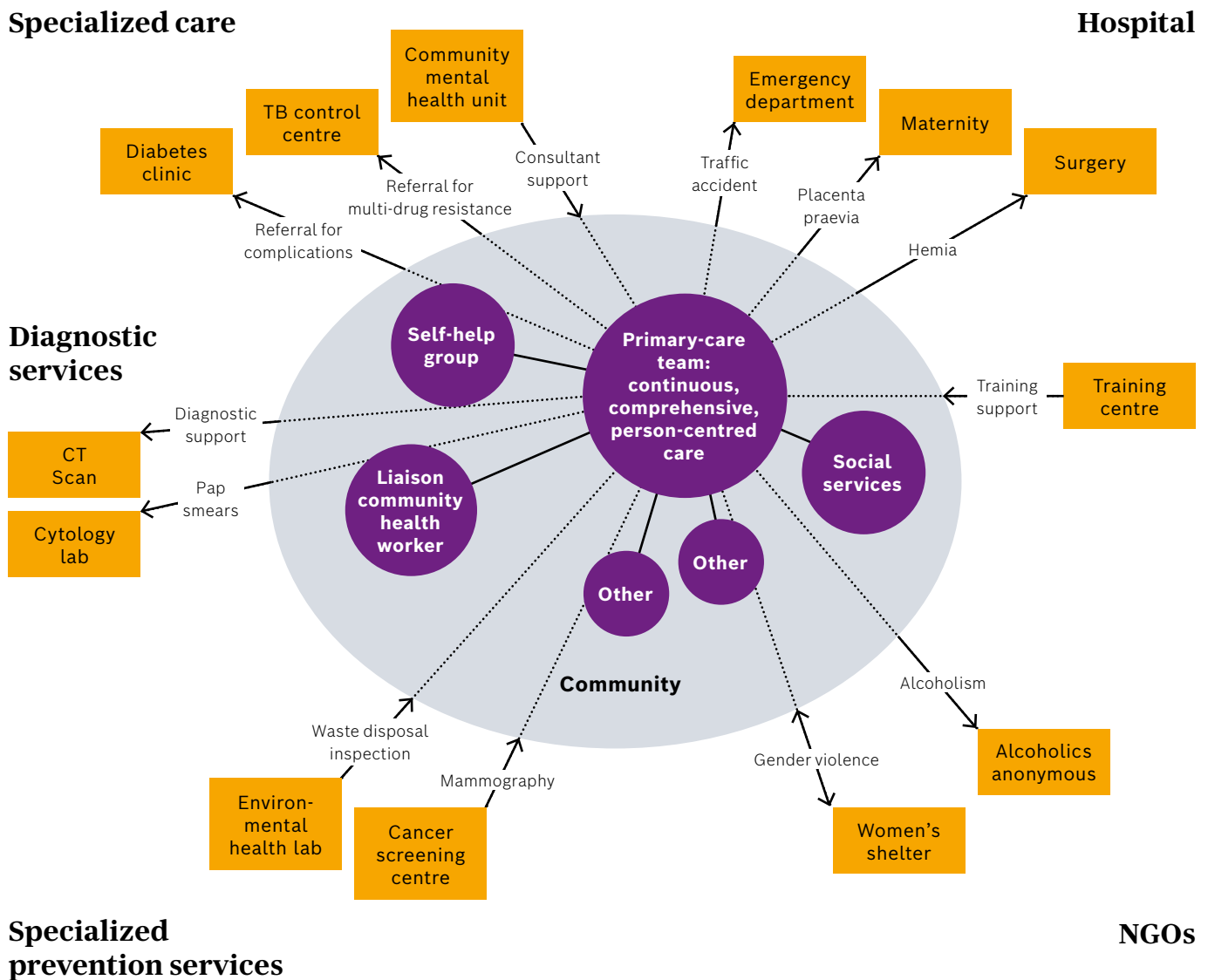
Conventional ambulatory medical care in clinics or outpatient departments	Disease control programmes	People-centred primary care
Focus on illness and cure	Focus on priority diseases	Focus on health needs
Relationship limited to the moment of consultation	Relationship limited to programme implementation	Enduring personal relationship
Episodic curative care	Programme-defined disease control interventions	Comprehensive, continuous and personcentred care
Responsibility limited to effective and safe advice to the patient at the moment of consultation	Responsibility for disease-control targets among the target population	Responsibility for the health of all in the community along the life cycle; responsibility for tackling determinants of ill-health
Users are consumers of the care they purchase	Population groups are targets of disease-control interventions	People are partners in managing their own health and that of their community

Quelle: WHO (2008a)

Der „World Health Report 2008“ verknüpft den Ansatz der personenzentrierten Primärversorgung eng mit der Etablierung von Primärversorgungsteams (Primary Care Teams). Diese müssen über die Beziehungen, Kapazitäten

und Kompetenzen verfügen, die sie benötigen, um einen Großteil der gesundheitlichen Probleme der Bevölkerung in den eigenen Strukturen und in ihrem lokalen Netzwerk koordiniert zu lösen (vgl. Abbildung 2).

Abbildung 2: Primärversorgung als Koordinationszentrum: Netzwerkarbeit in der versorgten Region und mit externen Partnern



Die Zuweisung von umfassender Verantwortung für die Gesundheit in einer wohldefinierten Region oder einer abgegrenzten Population zu diesen Primärversorgungsteams aktiviert diese „Einheiten“, weitere wichtige Elemente der Primärversorgung umzusetzen:

- Erweiterung des Portfolios an Dienstleistungen und Angeboten, Entwicklung von Aktivitäten und Programmen, die Outcomes verbessern können, aber sonst vernachlässigt werden könnten.
- Ausweitung der Angebote aufsuchender und gemeindeorientierter/-naher Leistungen.
- Zusammenarbeit mit anderen Sektoren, um Menschen bzw. Bevölkerungsgruppen zu erreichen, die anderenfalls nicht oder zu spät von einer Versorgung profitieren würden. (WHO 2008a)

Sofern die Primärversorgungsteams die Koordinationsfunktion wie umrissen wahrnehmen können, führt dies zu positiven Gesamteffekten auf die Gesundheit der betreuten Menschen bzw. Populationen und zu einer geringeren Abhängigkeit von Spezialisten und Krankenhausbehandlungen sowie zu einer höheren Arbeitszufriedenheit der Teammitglieder (WHO 2008a) (zu den Vorteilen entwickelter Primärversorgungssysteme vgl. auch Abschnitt 3.33). Bei dem beschriebenen Konzept der Primärversorgung bzw. der Primärversorgungsteams handelt es sich um einen umfassenden und multiprofessionellen Versorgungsansatz, der deutlich weiter reicht als der klassische, arzt dominierte Versorgungsansatz, wie er in Deutschland vorzufinden ist (vgl. Abschnitt 3.7). Eine (weiter-)entwickelte Primärversorgung benötigt eine veränderte Zusammensetzung der Fähigkeiten und Fachkräfte im Team, um die neuen Aufgaben erfüllen zu können. Bedeutende Trends werden in der Erweiterung der Rolle der Pflegefachpersonen und in der Vergrößerung der Primärversorgungsteams in gemeinsam genutzten Einrichtungen oder in Netzwerken gesehen. (Kringos et al. 2015a)

Contandriopoulos et al. (2018) haben auf Grundlage einer umfassenden Literaturanalyse entlang der Dimensionen „Formalisierungsgrad der Arbeitsteilung“ und „Zentralität und Autonomie von Pflegefachpersonen“ eine Typologie multiprofessioneller Primärversorgungsmodelle

entwickelt, die einen Überblick über die existierenden und möglichen Ansätze für Primärversorgungsteams verschafft. Bezüglich der Struktur der Primärversorgungsteams dürfte in den OECD-Staaten der Ansatz am weitesten verbreitet sein, bei dem Ärzte als „zentrale Berufsgruppe“ die Diagnosen stellen und mit dem Patienten den Versorgungsplan festlegen. Danach kann der Arzt den Patienten – abhängig von dessen Bedarfen – in spezifizierte Module verweisen (bspw. für psychische Erkrankungen, Stoffwechselerkrankungen, Ernährungsprobleme), in denen eine entsprechende Weiterversorgung von weiterem und häufig auch für diese Module spezialisiertem Gesundheitsfachpersonal (bspw. Pflegefachpersonal) relativ autonom ausgeführt wird. Zu definierten Zeitpunkten oder bei Bedarf wird der Patient wieder beim Arzt vorgestellt. Bei diesem Ansatz ist üblicherweise definiert, welche Leistungen von welcher Berufsgruppe für welche Patienten zu welchem Zeitpunkt erbracht werden sollen. Ein anderer, weniger verbreiteter Ansatz folgt dem eben beschriebenen Modell der Arbeitsteilung und ausgeprägten Formalisierung der Versorgungsprozesse mit dem Unterschied, dass im Zentrum des Primärversorgungsteams Pflegefachpersonen – üblicherweise Primary Healthcare Nurse Practitioners – agieren, die die Patienten nur bei Bedarf an einen Arzt überweisen. Die weniger formalisierten Ansätze von Primärversorgungsmodellen zielen nach dieser Typologie hingegen auf das umfassende Management aller Bedarfe durch kleine multidisziplinäre Teams (Micro-Teams) ab. Diese Teams setzen sich aus zwei bis vier eng zusammenwirkenden Fachkräften – darunter üblicherweise auch mindestens ein Arzt – zusammen. Beim Patientenkontakt widmen sich ein oder mehrere Teammitglieder dem Patienten und können eine große Bandbreite der Primärversorgungsaufgaben abdecken. In diesem Modell entscheiden die Fachkräfte stärker selbst, wer – abhängig von den Gegebenheiten und Anforderungen – welche Leistungen für den Patienten erbringt. Sofern sich die Teams aus Primary Healthcare Nurse Practitioners und anderen Fachgruppen ohne ärztliche Einbindung zusammensetzen, können Ärzte im Bedarfsfall entweder direkt aus der Einrichtung, in der das multidisziplinäre Team arbeitet, oder aus Einrichtungen, mit denen für diese Fälle Kooperationsvereinbarungen geschlossen worden sind, hinzugezogen werden.

Auf der im Oktober 2018 in Astana abgehaltenen „Globalen Konferenz zur primären Gesundheitsversorgung“ wurde die Verpflichtung der Weltgemeinschaft auf die Werte und Prinzipien der Deklaration von Alma-Ata erneuert.⁶ Die Deklaration von Astana gibt der Überzeugung Ausdruck, dass die Stärkung der primären Gesundheitsversorgung (Primary Health Care, PHC) den inklusivsten, effektivsten und effizientesten Ansatz darstellt, die physische und psychische Gesundheit und das soziale Wohlergehen der Menschen zu verbessern. Zudem wird herausgestellt,

dass die primäre Gesundheitsversorgung einen Eckpfeiler nachhaltiger Gesundheitssysteme für eine flächendeckende Gesundheitsversorgung (Universal Health Coverage, UHC) und für das Erreichen der gesundheitsbezogenen Nachhaltigkeitsziele (Sustainable Development Goals, SDG) der Vereinten Nationen darstellt (WHO 2019). Die Deklaration von Astana fasst in Punkt V die Verpflichtung auf den Aufbau bzw. Ausbau sowie die Ausgestaltung nachhaltiger primärer Gesundheitsversorgung zusammen:

„PHC will be implemented in accordance with national legislation, contexts and priorities. We will strengthen health systems by investing in PHC. We will enhance capacity and infrastructure for primary care – the first contact with health services – prioritizing essential public health functions. We will prioritize disease prevention and health promotion and will aim to meet all people’s health needs across the life course through comprehensive preventive, promotive, curative, rehabilitative services and palliative care. PHC will provide a comprehensive range of services and care, including but not limited to vaccination; screenings; prevention, control and management of noncommunicable and communicable diseases; care and services that promote, maintain and improve maternal, newborn, child and adolescent health; and mental health and sexual and reproductive health. PHC will also be accessible, equitable, safe, of high quality, comprehensive, efficient, acceptable, available and affordable, and will deliver continuous, integrated services that are people-centred and gender-sensitive. We will strive to avoid fragmentation and ensure a functional referral system between primary and other levels of care. We will benefit from sustainable PHC that enhances health systems’ resilience to prevent, detect and respond to infectious diseases and out-breaks.“ (WHO 2019, S. 6)

6 Die Grundlage für die Deklaration wurde mit der Veröffentlichung „A Vision for Primary Health Care in the 21st Century – Towards universal health coverage and the sustainable development goals“ der WHO und von UNICEF gelegt. www.who.int/docs/default-source/primary-health/vision.pdf. (Abruf am 12.4.2021)

3.2 Definition von Primärversorgung

Die Europäische Kommission hat in der letzten Dekade einen unabhängigen Expertenausschuss, der in einer beratenden Funktion im Hinblick auf wirksame Gesundheitsinvestitionen eingesetzt wurde, u.a. damit mandatiert, eine Definition des Begriffs Primärversorgung zu erstellen. Auf deren Grundlage sollen EU-Standards, -Statistiken und -Verfahren festgelegt werden können. (EXPH 2014) Der Expertenausschuss zu wirksamen Gesundheitsinvestitionen hat Mitte der letzten Dekade seine Stellungnahme „Primary Care should be of primary concern!“ veröffentlicht, in der Primärversorgung wie im untenstehenden Kasten definiert ist.

Der Expertenausschuss geht davon aus, dass eine gemäß dieser Definition ausgebaut Primärversorgung grundsätzlich in der Lage ist, den Herausforderungen zu begegnen, denen sich die Gesundheitssysteme zukünftig verstärkt stellen müssen. Zu diesen Herausforderungen zählt er u. a. die demographische und epidemiologische Transition hin zu chronischen Erkrankungen und Multimorbidität, die neuen Anforderungen und Ansätze für die Gewährleistung

der Versorgungskontinuität und die steigende Komplexität der Gesundheitsversorgung, die eine Integration innerhalb der Gesundheitsversorgung und mit anderen Sektoren notwendig macht. Der Expertenausschuss betont, dass die Primärversorgungsebene gestärkt werden und der von der Bevölkerung bevorzugte erste Kontaktort für die große Mehrheit an gesundheitlichen Bedarfen sein muss. So können die Patienten in die geeignetste und kosteneffektivste Form der Versorgung gesteuert werden. Grundlage ist, dass die Akteure auf der primären Versorgungsebene in der Lage sind, umfassende, koordinierte und personenzentrierte Versorgung zu erbringen. (EXPH 2014)

Die Primärversorgungsdefinition des Expertenausschusses zu wirksamen Gesundheitsinvestitionen wird, folgt man den Ausführungen der DEGAM, auch von der Arbeitsgruppe Allgemeinmedizin der Bundesärztekammer als Grundlage ihrer auf die Primärversorgung gerichteten Entwicklungsarbeiten verwendet. (DEGAM 2018) In der vorliegenden Studie wird auf diese Definition insbesondere im Abschnitt 3.7 zurückgegriffen.

Primärversorgung ist die Versorgungsebene, welche allgemein zugängliche, integrierte, personenzentrierte und umfassende Gesundheits- und soziale Dienstleistungen bereitstellt. Diese Dienstleistungen werden von einem Team von Fachkräften erbracht, welches dafür verantwortlich ist, dass der großen Mehrheit personen-bezogener Gesundheitsbedürfnisse angemessen begegnet wird.

Die Dienstleistungen werden in einer dauerhaften Partnerschaft mit den Patienten und Laienversorgern/-pflegern unter Miteinbeziehung der Gegebenheiten in der Familie und lokalen Gemeinschaft umgesetzt und spielen eine zentrale Rolle in der gesamten Koordination und Kontinuität der Versorgung der Menschen. (EXPH 2014, S. 49)

3.3 Vorteile entwickelter Primärversorgungssysteme

Bereits Starfield et al. (2005) berichten über die zunehmende Evidenz von gesundheitsförderlichen Effekten entwickelter Primärversorgungssysteme und von einer gerechteren Verteilung von Gesundheit in Populationen.

Kringos et al. (2015a) führen in ihrer im Jahr 2015 veröffentlichten Studie „Building primary care in a changing Europe“ aus, dass weithin davon ausgegangen wird, dass gut entwickelte Primärversorgungssysteme vorteilhafte Effekte auf Gesundheitssysteme als Ganzes haben. Systeme mit einer starken Primärversorgungsebene scheinen besser in der Lage zu sein, die Kosten zu kontrollieren, und zu besseren gesundheitlichen Outcomes zu führen.

Die im vergangenen Jahr von der OECD veröffentlichte Studie „Realising the Potential of Primary Health Care“ fasst die aktuell vorliegende Evidenz der Effekte einer starken Primärversorgung zusammen. Ausgeführt wird, dass es starke Evidenz dafür gibt, dass eine bessere und gut zugängliche Primärversorgung zu geringeren Hospitalisierungsraten und einer selteneren Nutzung von Notfallambulanzen führt. Hervorgehoben wird die Rolle der Primärversorgung bei der Vermeidung der sog. ambulant-sensitiven Krankenhausaufenthalte (bspw. bei Diabetes, COPD, Asthma, Hypertonie und Herzinsuffizienz) und bei der Vermeidung unangemessener oder nicht dringlicher Besuche der Notaufnahmen. Unnötige Leistungen können vermieden und der Bedarf für die Nutzung teurer und knapper Einrichtungen kann verringert werden. In Gesundheitssystemen mit einer starken Primärversorgung ist die Allokationseffizienz höher, da die Versorgung stärker auf der weniger kostenintensiven „Stufe“ des Gesundheitssystems erfolgt. Weiterhin wird ausgeführt, dass die Evidenzbasis dafür, dass eine gute

Primärversorgung zu besseren gesundheitlichen Outcomes führt, zuverlässig ist und weiter zunimmt. Hervorgehoben wird in diesem Zusammenhang neben der Durchführung von Präventionsmaßnahmen im Primärversorgungssystem selbst auch dessen wichtige Rolle bei der Unterstützung und Förderung der Inanspruchnahme von Maßnahmen der Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention durch die Bevölkerung. Zudem gibt es Evidenz, dass eine starke Primärversorgung dazu beiträgt, Gesundheitssysteme stärker auf die Bedürfnisse der Patienten auszurichten. Weiterhin besteht die Evidenz, dass eine starke Primärversorgung mit geringerer sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen assoziiert ist. (OECD 2020)

Die teambasierte Umsetzung von Primärversorgung und der Arbeit in Primärversorgungszentren kann optimalerweise auch dazu beitragen, den Mangel an Hausärzten insbesondere in ländlichen Regionen abzumildern. Hausärzte können, abhängig von der Art des teambasierten Modells und der Übernahme von bislang von (Haus-)Ärzten erbrachten Leistungen durch andere Berufsgruppen, einerseits entlastet werden und andererseits ihr Wirken wieder stärker auf die „ärztlichen Leistungen im Kern“ konzentrieren. (Kringos et al. 2015a)

Eine Neuorganisation der Aufgaben und Zuständigkeiten sowie der Zusammenarbeit in der Primärversorgung befördert die Personenzentrierung in den Versorgungsprozessen und eine bessere Ausrichtung an den Versorgungszielen für einzelne Patienten, aber auch für die Bevölkerung insgesamt. Sie berücksichtigt zudem die Kompetenzen und Erwartungen der verschiedenen Gesundheitsfachberufe und wird diesen besser gerecht.

3.4 Internationale Erfahrungen mit Primärversorgungszentren bzw. -teams und aktuelle Entwicklungen

Mit einer stärkeren Ausrichtung des Gesundheitssystems auf die Primärversorgung und dabei auch auf eine Weiterentwicklung der Primärversorgungsstrukturen im Sinne von unterschiedlich zusammengesetzten Primärversorgungsteams ist in vielen entwickelten Ländern bereits vor Jahren oder Jahrzehnten begonnen worden. Die Erfahrungen sind positiv (vgl. Abschnitt 3.33) und die Entwicklungsaktivitäten werden intensiv fortgesetzt. Die OECD berichtete im Jahr 2020, dass derzeit in 17 OECD-Staaten neue Ansätze der Primärversorgung entwickelt werden.⁷ Diese neuen Primärversorgungsmodelle sind üblicherweise durch folgende vier Merkmale charakterisiert:

- multidisziplinäre oder interprofessionelle Verfahren mit einem Mix unterschiedlicher primärversorgender Berufe, unterschiedlicher Modelle der Teamarbeit und unterschiedlicher Zielgruppen.
- umfassende Gesundheitsleistungen in der Gemeinde mit vielfältigen Dienstleistungen, die von Leistungen der Prävention und Gesundheitsförderung über die Kuration, die Rehabilitation und das Management chronischer Erkrankungen bis hin zur Unterstützung des Selbstmanagements reichen.
- bevölkerungsbezogenes Gesundheitsmanagement, welches üblicherweise auf Risikostratifizierungen durch EDV basiert.
- Einbindung der Patienten im Rahmen von Shared Decision-Making. (OECD 2020)

Die USA (Patient-Centered Medical Homes, Comprehensive Primary Care Plus), Australien (Health Care Homes, Primary Health Networks) und Kanada (My Health Teams) werden von der OECD unter den Ländern, die neue Modelle der Primärversorgung entwickeln, als diejenigen eingestuft, die die oben aufgeführten Merkmale besonders gut in die Praxis umsetzen. Diese Primärversorgungsmodelle sind hochintegriert, arbeiten teambasiert und fördern die personenzentrierte Versorgung durch Patienteneinbezug und

besseren Zugang zur Versorgung. Im Vergleich zur traditionellen Einzelarztpraxis sind die Arbeitszufriedenheit und Work-Life-Balance der Beschäftigten in der Primärversorgung höher bzw. besser, wenn sie in erweiterten Versorgungsteams arbeiten können. Die Hausärzte profitieren von den teambasierten Versorgungsansätzen zudem durch eine geringere Anzahl an Überstunden und haben eine geringere Burnout-Rate. (OECD 2020)

Auch Schaeffer et al. (2015) haben die bereits über einen langen Zeitraum hinweg mit multiprofessionellen Gesundheits- und Versorgungszentren gemachten positiven Erfahrungen an Beispielen aus Finnland und Kanada herausgearbeitet, praktizierte Modelle detailliert beschrieben und vielfältige, an dem umfassenden Begriff von Primärversorgung orientierte Anregungen für die deutsche Diskussion und hiesige Entwicklungsbedarfe abgeleitet. Das PORT-Programm der Robert Bosch Stiftung hat viele dieser Anregungen aufgegriffen (vgl. Abschnitt 5.1).

Die von der Robert Bosch Stiftung im Jahr 2020 herausgegebene Studie „Vom PORT-Gesundheitszentrum zur regionalen Primärversorgung“ gibt einen aktuellen Überblick über die Entstehung von Primärversorgungszentren als Modellen der Primärversorgung, deren Trägerschaft und die Vergütungsmodalitäten in sechs ausgewählten europäischen und drei amerikanischen Staaten. Auch diese Studie führt darauf hin, dass sich die in diesen Ländern etablierten Primärversorgungszentren in der Praxis bewährt haben und als Strukturansatz für bedarfsorientierte Weiterentwicklungen geeignet sind. Zudem wird deutlich, dass der Aufbau von Primärversorgungszentren (mit berufsgruppenübergreifenden Primärversorgungsteams im Zentrum) in einzelnen europäischen Ländern, deren Gesundheitssysteme in ihrem grundlegenden Aufbau dem deutschen System ähneln, nach modellhaften Erprobungen intensiv vorangetrieben wird. (Schmid et al. 2020a)

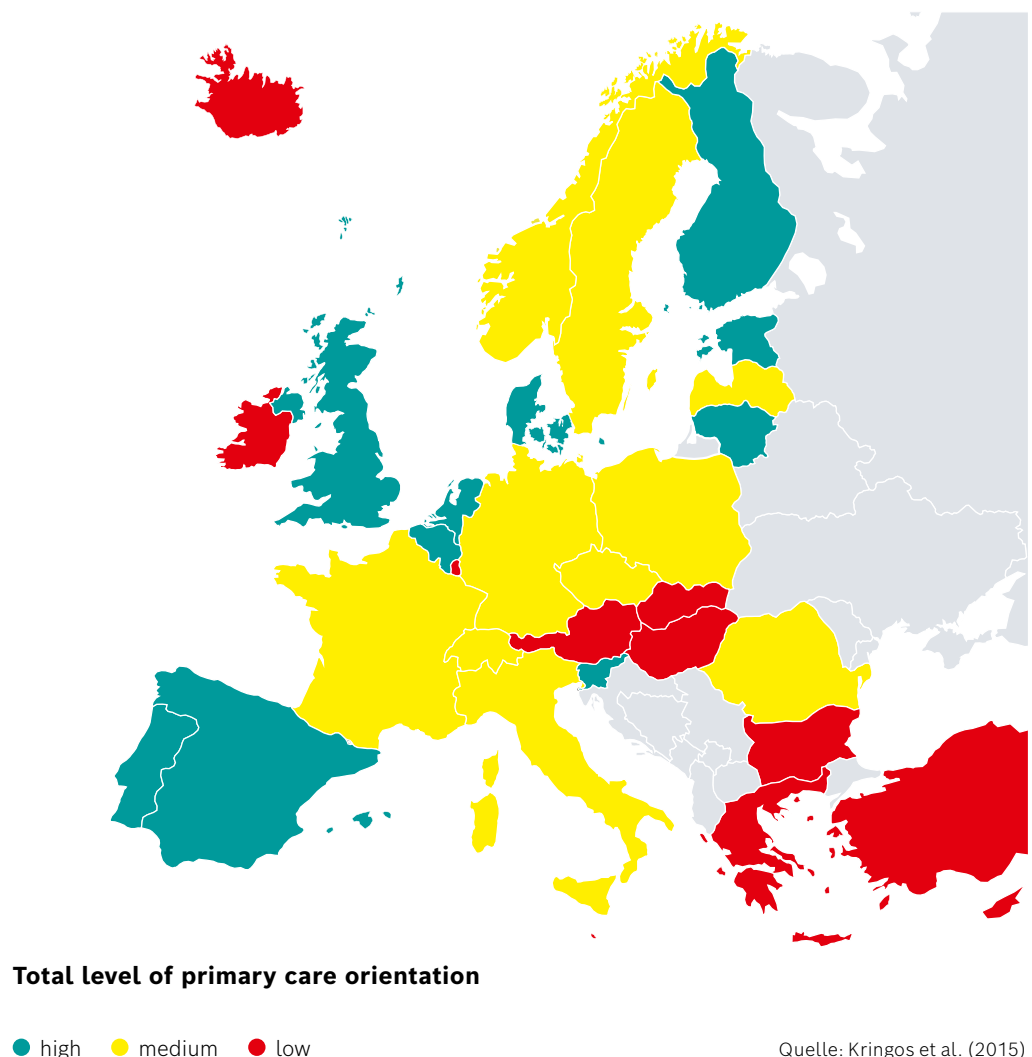
7 Die OECD bezieht sich bei dieser Aussage auf den „OECD Policy Survey on the Future of Primary Care“ aus dem Jahr 2018.

3.5 Entwicklungsstand der Primärversorgung in Deutschland im europäischen Vergleich

Kringos et al. (2015a) stufen Deutschland in ihrer 2015 veröffentlichten Studie „Building primary care in a changing Europe“ als Land auf einem mittleren Niveau der „Primärversorgungsorientierung“ ein (vgl. Abbildung 3). Diese Einstufung ergibt sich aus einer indikatorengestützten Bewertung des Entwicklungsstandes der Primärversorgung (Primary-Care-Monitor) entlang von zehn Dimensionen, die

den Ebenen Strukturen, Prozesse und Ergebnisse zugeordnet sind. Die Operationalisierung der Dimensionen erfolgt über 41 Merkmale und 99 Indikatoren – und hier über einen transparenten Scoring-Ansatz – sowie über elf zusätzliche Informationen, für die in den 27 EU-Ländern sowie der Türkei, der Schweiz, Norwegen und Island Daten zusammengetragen wurden.

Abbildung 3: Variation der Gesamtstärke der Primärversorgung innerhalb Europas



In der nachfolgenden Tabelle 1 ist die ermittelte Positionierung Deutschlands in den einzelnen Dimensionen des Monitoring dargestellt. Lediglich bei den Dimensionen „Ökonomische Bedingungen“ und „Versorgungskontinuität“ ist Deutschland im oberen Drittel der EU-Staaten platziert. Bei der Dimension „Versorgungskoordination“ (u.a. Gatekeeping-Funktion der Hausärzte, Teamarbeit) erreicht Deutschland den vorletzten Rang des EU-Ländervergleichs.

Tabelle 1: Übersicht zur Platzierung Deutschlands in den Dimensionen des Primary-Care-Monitors

Dimensionen (jeweils bezogen auf Primärversorgung)	Indikatoren (beispielhaft)	Einordnung/Platzierung Deutschlands im Länderranking
Strukturebene		
Governance	Staatliche Vorstellung bzw. Vision von Primärversorgung; Vorschriften, die die Primärversorgung unterstützen	Rang 19 von 31 Ländern (untere Hälfte im mittleren Drittel aller Länder)
Ökonomische Bedingungen	Ausgaben für die Primärversorgung, Anreize und Vergütungssystem	Rang 7 von 31 Ländern (untere Hälfte im oberen Drittel aller Länder)
Profil und Stellung der Arbeitskräfte (Workforce Development)	Stellung der in der Primärversorgung Tätigen, Berufsverbände	Rang 20 von 31 Ländern (untere Hälfte im mittleren Drittel aller Länder)
Prozessebene		
Zugang zu Leistungen	Regionale Verteilung, Zugang, Öffnungszeiten	Rang 20 von 31 Ländern (untere Hälfte im mittleren Drittel aller Länder)
Versorgungskontinuität	Beziehung zwischen Patient und Hausarzt, Kontinuität über die Zeit hinweg	Rang 8 von 31 Ländern (untere Hälfte im oberen Drittel aller Länder)
Versorgungskoordination	Gatekeeping-Funktion der Hausärzte, Teamarbeit	Rang 30 von 31 Ländern (untere Hälfte im unteren Drittel aller Länder)
Versorgungsumfang	Verfügbare medizinische Geräte, Spektrum/Bandbreite der angebotenen Dienstleistungen	Rang 20 von 31 Ländern (untere Hälfte im mittleren Drittel aller Länder)
Ergebnisebene		
Versorgungsqualität	Verordnungs-/Verschreibungsverhalten, Management chronischer Erkrankungen	Kein Vergleich aufgrund unzureichender Datenverfügbarkeit
Effizienz der Versorgung	Praxismanagement/-verwaltung	Kein Vergleich aufgrund unzureichender Datenverfügbarkeit
Gesundheitliche (Chancen-)Gleichheit	Unterschiede aufgrund des Sozialstatus oder des Geschlechts	Kein Vergleich aufgrund unzureichender Indikatorenlage

Eine Aktualisierung des Primary-Care-Monitors ist seit dessen erster Veröffentlichung im Jahr 2015 nicht erfolgt. Der für Deutschland festgestellte Rückstand der strukturellen und prozeduralen Ausrichtung auf die bzw. innerhalb der Primärversorgung konnte zwischenzeitlich kaum verkürzt werden (vgl. auch Abschnitt 3.7). Viele der für Deutschland im Monitoring auffälligen Befunde oder Einschätzungen zu den einzelnen Dimensionen oder Teilaspekten eines entwickelten Primärversorgungssystems haben – auch unter Berücksichtigung der in dem o. g. Projekt erstellten Fallstudie für Deutschland (Kringos et al. 2015b) – nach wie vor Gültigkeit. Mit ausschlaggebend hierfür mag sein, dass die internationale Primärversorgungsdebatte in Deutschland lange Zeit nur sehr verhalten rezipiert wurde und sich diesbezüglich erst in den letzten Jahren Veränderungen abgezeichnet haben. (Schaeffer et al. 2015)

Im „Country Health Profile – Germany 2019“ der OECD wird der (weiterhin) nur begrenzte Fortschritt bei der integrierten Erbringung von Versorgung thematisiert. Dies sei auf die stark zersplitterte und unkoordinierte Erbringung von Dienstleistungen zwischen der Primärversorgung und der spezialisierten Versorgung, auf die weiterhin schwachen Anreize für die sektorenübergreifende Zusammenarbeit, auf das Fehlen eines Gatekeepings sowie auf Informationsverluste aufgrund des Fehlens einer elektronischen Patientenakte zurückzuführen. Innovationen im ambulanten Versorgungssektor, insbesondere in ländlichen Regionen und für ältere Menschen, seien darauf ausgerichtet, Pflegefachpersonal und Medizinische Fachangestellte so für die Übernahme neuer Aufgaben zu qualifizieren, dass sie Hausärzte unterstützen können (bspw. bei Hausbesuchen) (vgl. Abschnitt 4.4.4). Obwohl es vermehrt zu solchen Initiativen komme, sei die Übernahme von ärztlichen Leistungen durch Pflegefachpersonen oft auf Modellprojekte oder nur wenige Regionen begrenzt. (OECD 2019)

Die von der Robert Bosch Stiftung im Jahr 2020 herausgegebene Studie „Vom PORT-Gesundheitszentrum zur regionalen Primärversorgung“ betont, dass „das deutsche Gesundheitssystem (...) nach wie vor von einem klassischen Primärversorgungskonzept weit entfernt (ist). Dies beginnt bereits bei der mangelhaften sektorenübergreifenden Zusammenarbeit und setzt sich bei den weiterhin stark verankerten tradierten Rollenbildern in den Gesundheitsberufen fort, welche eine Arbeit in interprofessionellen Teams auf Augenhöhe erschweren. Einen wesentlichen Faktor bildet aber auch das ausdifferenzierte und segmentierte System der sozialen Sicherung und damit auch dessen Finanzierung. Dieses führt dazu, dass viele der im Konzept der sozialen Determinanten von Gesundheit relevanten Dimensionen in Deutschland durch unterschiedliche Zweige der sozialen Sicherung adressiert werden. In der Folge fehlen häufig die Verbindung und Koordination der vorhandenen Ressourcen ...“. (Schmid et al. 2020a, S. 17)

3.6 Rolle, Struktur und Nutzung der hausärztlichen Versorgung in Deutschland

Die vertragsärztliche Versorgung wird in Deutschland von etwa 181.000 Ärzten und Psychologischen Psychotherapeuten gewährleistet (31.12.2020: 180.581 Ärzte und Psychologische Psychotherapeuten). Die Hausärzte⁸ sind mit 55.000 die mit Abstand größte Arztgruppe (36,5 %).⁹ (KBV 2021a)

Die auf der primären Versorgungsebene tätigen Hausärzte stellen bei vielen gesundheitlichen und häufig auch sozialen Fragestellungen die erste Anlaufstelle für die Bevölkerung dar. Der Arbeitsauftrag der Allgemeinmedizin umfasst die folgenden Funktionen.

- „Die primärärztliche Filter- und Steuerfunktion, insbesondere die angemessene und gegenüber Patient und Gesellschaft verantwortliche Stufendiagnostik und Therapie unter Einbeziehung von Fachspezialisten.
- Die haus- und familienärztliche Funktion, insbesondere die Betreuung des Patienten im Kontext seiner Familie oder sozialen Gemeinschaft, auch im häuslichen Umfeld (Hausbesuch).
- Die Gesundheitsbildungsfunktion, insbesondere Gesundheitsberatung und Gesundheitsförderung für den Einzelnen wie auch in der Gemeinde.
- Die Koordinations- und Integrationsfunktion, insbesondere die gezielte Zuweisung zu Spezialisten, die federführende Koordinierung zwischen den Versorgungsebenen, das Zusammenführen und Bewerten aller Ergebnisse und deren kontinuierliche Dokumentation, sowie die Vermittlung von Hilfe und Pflege des Patienten in seinem Umfeld.“ (DEGAM 2021a)

Die allgemeinen hausärztlichen Versorgungsaufgaben und besonderen hausärztlichen Versorgungsfunktionen sind im § 2 des Vertrags über die hausärztliche Versorgung (Anlage 5 zum Bundesmantelvertrag – Ärzte) abgegrenzt.

„Die allgemeinen Aufgaben der hausärztlichen Versorgung erstrecken sich auf die Gesundheitsvorsorge, die Krankheitsfrüherkennung und -behandlung, die Rehabilitation sowie die integrative ärztliche Betreuung im Rahmen ergänzender medizinischer, sozialer und psychischer Hilfen für die Kranken sowie die Zusammenarbeit mit Fachärzten im Rahmen der fachärztlichen Versorgung und die Zusammenarbeit mit Krankenhäusern.“ (BMV, S. 3)

Die ambulante hausärztliche Versorgung wird in Deutschland noch immer überwiegend von Hausärzten in der klassischen Einzelpraxis bestritten. Im Jahr 2020 praktizierten 54 % der Hausärzte in einer Einzelpraxis (2010: 59 %). Die übrigen Hausärzte waren in stärker kooperativen Strukturen (Berufsausübungsgemeinschaft, BAG) oder Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) tätig. Der Anteil der Hausärzte in BAGen lag bei 39 % und 7 % der Hausärzte praktizierten in MVZ. (KBV 2021a) Obwohl sich der Anteil der in MVZ tätigen Hausärzte seit dem Jahr 2010 fast verdreifacht hat, sind sie (noch) vergleichsweise selten in solchen Einrichtungen beschäftigt. (KBV 2021b) Mit dem Stand 31.12.2019 stellten die Hausärzte ca. 15 % aller in MVZ tätigen Ärzte. (KBV o.D.)

Üblicherweise sind Medizinische Fachangestellte die einzige Berufsgruppe, die in den Praxen bzw. Einrichtungen mitwirken. Diesbezüglich werden Erweiterungen der Teamstrukturen innerhalb der Praxis und/oder mit anderen Leistungserbringern gewünscht bzw. erwartet. So verließen in der Befragung zum „Berufsmonitoring Medizin-studierende 2018“ fast 60 % der befragten Studierenden ihrer Erwartung Ausdruck, dass ihnen in ihrer späteren Berufstätigkeit das Arbeiten im Team mit Kollegen anderer Gesundheitsberufe „sehr wichtig“ oder „wichtig“ sein wird (2014: 50,7 %). (KBV 2019) „Aufgrund des sich abzeichnenden Ärztemangels wird die ambulante Versorgung zukünftig verstärkt innerhalb von Kooperationen stattfinden. Dies entspricht auch dem Interesse gerade der jüngeren Ärztegeneration: Neue Kooperationsformen steigern die Attraktivität des Hausarztberufes!“ (BÄK 2012, S. 5)

8 Unter Hausärzten werden in dieser Studie die Fachärzte für Allgemeinmedizin, die hausärztlich tätigen Internisten und die praktischen Ärzte subsumiert, nicht jedoch die Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin.

9 Ohne Berücksichtigung der Psychologischen Psychotherapeuten ermittelt.

Nach dem aktuellsten Arztreport der BARMER hatten im Jahr 2019 ca. 78 % der Bevölkerung mindestens einmal Kontakt mit Hausärzten. Etwa 58 % der hausärztlichen Patienten suchten innerhalb dieses Jahres auch nur genau einen Hausarzt auf und weitere ca. 29 % der Patienten höchstens zwei unterschiedliche hausärztliche Praxen. Lediglich 3,6 % der Patienten mit einem Hausarztkontakt besuchten innerhalb eines Jahres vier oder mehr unterschiedliche hausärztliche Praxen.¹⁰ (BARMER 2021) Diese Zahlen deuten auf überwiegend stabile Patienten-Arzt-Beziehungen in der hausärztlichen Versorgung hin. Offenbar kommt es nur selten zu einer Inanspruchnahme unterschiedlicher Hausärzte, obwohl dieser in Deutschland aufgrund des bestehenden Rechtes auf freie Arztwahl (§ 76 SGB V) grundsätzlich wenig entgegensteht. Durch eine Einschreibung in die sog. Hausarztzentrierte Versorgung (§ 73b SGB V) können sich Versicherte gegenüber ihrer Krankenkasse verpflichten, nur einen von ihnen gewählten Hausarzt in Anspruch zu nehmen sowie sich in ambulante fachärztliche Behandlung mit Ausnahme der Leistungen der Augenärzte und Frauenärzte nur auf dessen Überweisung hin zu begeben. So sollen insbesondere die Bindung an einen Hausarzt und dessen Lotsenfunktion gestärkt werden. Die Teilnahme von Hausärzten und Versicherten an der Hausarztzentrierten Versorgung ist freiwillig.

Nach dem letzten verfügbaren Honorarbericht der KBV haben die Hausärzte im zweiten Quartal 2019 etwa 45,5 Millionen Behandlungsfälle¹¹ versorgt (831 Behandlungsfälle je Arzt). (KBV 2021b) Die Fallzahlen unterliegen starken saisonalen Schwankungen. So wurden im ersten Quartal 2019 fast 55 Millionen Behandlungsfälle gezählt (888 Behandlungsfälle je Arzt). (KBV 2021c) Die Anzahl der Behandlungsfälle erlaubt allerdings keine Rückschlüsse auf die tatsächliche Anzahl der Arzt-Patienten-Kontakte, da ein gezählter Behandlungsfall mehrere solcher Kontakte im Quartal umfassen kann. Im Jahr 2019 wurden über ein Drittel (35,4 %) aller abgerechneten Behandlungsfälle durch Hausärzte versorgt. Von den Allgemeinmedizinerinnen wurden im Jahr 2019 je 1.000 Versicherte 2.146 Behandlungsfälle

und 4.672 Kalendertage mit Abrechnung mindestens einer Leistung¹² bei einem Versicherten gezählt, bei den hausärztlich tätigen Internisten 914 Behandlungsfälle und 2.002 Kalendertage. (BARMER 2021)

Eine Auswertung des GKV-Spitzenverbandes für den SVR Gesundheit zeigt, dass die Anzahl der hausärztlichen Behandlungsfälle im Jahr 2015 ab der Altersgruppe der 65- bis unter 70-Jährigen bei Frauen und Männern mit durchschnittlich etwa vier Behandlungsfällen pro Jahr fast gleich hoch lag und in den höheren Altersgruppen nur noch geringfügig anstieg. In den jüngeren Altersgruppen lag die durchschnittliche Zahl der hausärztlichen Behandlungsfälle bei den Männern leicht unter der der Frauen. Selbst in diesen Altersgruppen wurden durchschnittlich mindestens zwei hausärztliche Behandlungsfälle pro Versichertem und Jahr gezählt. (SVR 2018) Die durchschnittliche Länge der Konsultationszeit pro Patient ist im internationalen Vergleich kurz. (Irving et al. 2017)

In der Gesamtschau kann konstatiert werden, dass die hausärztliche Versorgungsstruktur überwiegend in Form von Einzelpraxen organisiert ist. Sie wird häufig und insbesondere von der älteren Bevölkerung auch regelmäßig (in jedem Quartal) in Anspruch genommen. Aus dieser kontinuierlichen Begleitung der Patienten durch ihre Hausärzte – üblicherweise arztseitig in hoher personeller Kontinuität – über Jahre hinweg speist sich das hohe hausärztliche Versorgungs- und Steuerungspotenzial, welches in allen übrigen Versorgungsstufen und -sektoren sehr viel geringer ausgeprägt ist. Die Entwicklung und Erhaltung einer vertrauensvollen, partnerschaftlichen Patienten-Arzt-Beziehung unter Berücksichtigung der Patientenpräferenzen, der Einbeziehung salutogener Potenziale und familienmedizinischer Perspektiven werden so erst möglich. (BÄK 2012) „Die langjährige Kenntnis von Patienten erlaubt es Hausärzten, deren Anliegen richtig einzuordnen, Diagnostik und Therapie auf das notwendige Maß zu begrenzen und eine entsprechende Über- und Fehlversorgung zu vermeiden.“ (DEGAM 2018, S. 1)

10 Enthalten sind Praxiswechsel ohne primäre Patientenintention (bspw. aufgrund von Praxisschließungen während der Urlaubszeit oder aufgrund eines Umzugs des Patienten).

11 Diese Statistik bildet nicht die gesamte Inanspruchnahme der Bevölkerung ab. So sind bspw. Behandlungsfälle von privat versicherten Personen nicht enthalten.

12 Da in den Abrechnungsdaten der Vertragsärzte nicht festgestellt werden kann, wie oft Versicherte Ärzte aufsuchen, werden die „Kalendertage mit Abrechnung mindestens einer Leistung“ häufig als Ersatzkenngröße für „Arztkontakte“ verwendet.

3.7 Zusammenführung

Die Weiterentwicklung der Primärversorgungssysteme stand und steht in vielen entwickelten Ländern auf den gesundheitspolitischen Agenden. Dabei sind multiprofessionelle Primärversorgungsteams und Strukturen, in denen diese optimal agieren können, wichtige Ankerpunkte. Diese Ausrichtung auf eine starke erste Versorgungsebene, auf der mit Primärversorgungsteams in stabilen Netzwerken mit anderen Akteuren ein Großteil der gesundheitlichen und ggf. weitergehenden Problemlagen der Bevölkerung qualifiziert und ressourcenschonend bewältigt wird, erkennt die belegten Vorteile von entwickelten Primärversorgungssystemen an. Mit diesen Entwicklungen wird auch auf Probleme in der flächendeckenden Sicherstellung der hausärztlichen Versorgung und die veränderten Wünsche der in der Gesundheitsversorgung Tätigen nach geänderten Rollenmodellen und kooperativen Arbeitsformen sowie flexibleren Arbeits(zeit)modellen reagiert.

Viele der wesentlichen Elemente zukunftsfester Primärversorgungssysteme sind in Deutschland erst unzureichend entwickelt. Für die hierzulande stark ärztlich ausgerichtete erste Ebene der gesundheitlichen Versorgung lassen sich unter Rückgriff auf die in Abschnitt 3.2 vorgestellte Definition von Primärversorgung folgende Feststellungen treffen:

Zu Satz 1 der Definition von Primärversorgung: Primärversorgung ist die Versorgungsebene, welche allgemein zugängliche, integrierte, personenzentrierte und umfassende Gesundheits- und soziale Dienstleistungen bereitstellt.

Die Gesundheitsdienstleistungen werden in Deutschland nur in abgegrenzten Teilbereichen oder bestenfalls modellhaft in integrierter Art und Weise erbracht. Die vieldiskutierte Trennung in eine allgemeinärztliche und eine stark ausgebaute spezialfachärztliche ambulante Versorgung stehen einer Leistungsintegration ebenso entgegen wie das üblicherweise unzureichende Zusammenwirken an den Schnittstellen zwischen ambulanter und stationärer Versorgung. Die auf eine Dominanz der ärztlichen Leistungserbringung ausgerichteten berufsrechtlichen und vergütungsseitigen Regelungen behindern Fortschritte bei der Leistungsintegration durch die Zusammenarbeit verschiedener Berufsgruppen in der Primärversorgung. Patienten nehmen in Deutschland

zu häufig Leistungen in der sekundären und tertiären Versorgung in Anspruch, die prinzipiell in der Primärversorgung erbracht werden könnten. Auch aus der Trennung von gesundheitlicher und sozialer Versorgung der Bevölkerung resultieren Schnittstellenprobleme. Soziale Dienstleistungen werden in Deutschland kaum vom Gesundheitssystem erbracht und werden hier üblicherweise auch nicht vergütet. Der Zugang zur Primärversorgung ist in Deutschland hingegen überwiegend einfach und niedrigschwellig möglich. Allerdings ergeben sich hier durch erodierende Anbieterstrukturen zunehmend Gefährdungen insbesondere im ländlichen Raum und in Stadtteilen, deren Einwohner eher einkommensschwach und in einer vergleichsweise schwierigen sozialen Lage sind. Die Gesundheitskompetenz der deutschen Bevölkerung, deren Förderung zu den elementaren Aufgaben der Gesundheitsprofessionen gehört bzw. gehören sollte, ist aus unterschiedlichsten Gründen vergleichsweise schwach ausgeprägt. So haben Schaeffer et al. (2016) festgestellt, dass der Umgang mit gesundheitsrelevanten Informationen über die Hälfte der deutschen Bevölkerung vor Schwierigkeiten stellt. Nach einer aktuellen Untersuchung hat sich die Gesundheitskompetenz in den letzten Jahren sogar noch verschlechtert. Zu den Bevölkerungsgruppen mit durchschnittlich geringerer Gesundheitskompetenz gehören u.a. Menschen mit niedrigem Bildungsgrad, Menschen mit niedrigem Sozialstatus, Menschen in einem höheren Lebensalter und Menschen mit chronischer Erkrankung oder mit langanhaltenden Gesundheitsproblemen. (Schaeffer et al. 2021)

Zu Satz 2 der Definition von Primärversorgung: Diese Dienstleistungen werden von einem Team von Fachkräften erbracht, welches dafür verantwortlich ist, dass der großen Mehrheit personenbezogener Gesundheitsbedürfnisse angemessen begegnet wird.

Die Teams in der hiesigen Primärversorgung sind üblicherweise klein und „rund um den Hausarzt“ strukturiert. Die hausärztlichen Praxisstrukturen sind in Deutschland noch immer vom Modell der Einzelpraxis dominiert, in dem der Inhaber den Praxisbetrieb nach seinen Vorstellungen und im Hinblick auf den betrieblichen Erfolg organisiert. Das Leistungsangebot der Einzelpraxen ist begrenzt. Es weitet sich aus, je mehr Hausärzte mit unterschiedlichen Zusatz-Weiterbildungen in kooperativen Strukturen zusammenarbeiten. In den letzten Jahren übertragen die Hausärzte weiterqualifizierten MFA zunehmend Aufgaben im Zulässigkeitsbereich (vgl. auch Abschnitt 4.4.4). Andere Gesundheitsfachberufe (bspw. Pflegefachpersonen) sind üblicherweise nicht in den Praxisbetrieb integriert. Die Möglichkeiten und der Einfluss der Hausärzte auf eine umfassende Versorgungssteuerung, die eine personenzentrierte Erbringung von Gesundheitsdienstleistungen in Zusammenarbeit mit anderen Akteuren auf der primären und den weiteren Versorgungsebenen gewährleisten können, sind in der Regelversorgung begrenzt. Instrumente, die eine bessere Koordination der Versorgung unterstützen können, wie bspw. einrichtungsübergreifende Behandlungspfade, Fallkonferenzen oder standardisierte digitale Dokumentationen, lassen sich nur unter Beteiligung aller zu involvierenden Leistungserbringer etablieren. Sie sind jedoch nur in Ausnahmefällen in den üblichen Vergütungssystematiken abgebildet und daher nur wenig attraktiv.

Zu Satz 3 der Definition von Primärversorgung: Die Dienstleistungen werden in einer dauerhaften Partnerschaft mit den Patienten und Laienversorgern/-pflegern unter Mitbeziehung der Gegebenheiten in der Familie und lokalen Gemeinschaft umgesetzt und spielen eine zentrale Rolle in der gesamten Koordination und Kontinuität der Versorgung der Menschen.

Die Bindung insbesondere der älteren Bevölkerungsteile an ihren Hausarzt ist hoch. Gleichzeitig sind die Möglichkeiten und (zeitlichen) Ressourcen der Hausärzte, das familiäre und das weitere soziale Umfeld der Patienten zu kennen und dieses in die Versorgung, Prävention und Gesundheitsförderung mit einbeziehen zu können, in den derzeitigen Arbeits- und Teamstrukturen limitiert. Die oft langjährige Betreuung der Patienten durch ihre Hausärzte und das dabei erworbene Wissen um deren Lebensumstände dürften hier derzeit noch kompensatorisch wirken. Es ist zu vermuten, dass die verbreitete Stabilität der Patienten-Hausarzt-Beziehung mit dem zunehmenden Tätigsein von Hausärzten in Anstellung und in Teilzeit tendenziell abnehmen wird. Auch insoweit kommt der dauerhaften Anbindung der Patienten an stabilere und breiter aufgestellte Primärversorgungsteams eine große Bedeutung zu. Diese Teams könnten auch aktiver und kontinuierlicher in die Kommune hineinwirken, gesundheitsfördernde Aktivitäten in den unterschiedlichen Lebenswelten initiieren und begleiten, mit Selbsthilfegruppen oder Freiwilligeninitiativen etc. zusammenarbeiten, was den Hausärzten derzeit allein (zeitlich) kaum möglich sein dürfte.

4

Hausärztliche Versorgung – Status quo und Prognose der Entwicklung bis 2035

4.1 Gründe für die Erosion der hausärztlichen Versorgung

Die flächendeckende Sicherstellung der hausärztlichen Versorgung wird in den kommenden Jahren insbesondere im ländlichen Raum immer stärker gefährdet sein (vgl. auch Status quo und Prognoserechnung im Abschnitt 4.2). Nachfolgend werden die wesentlichen Entwicklungen, die zu einer Verschärfung der Sicherstellungsproblematik in der hausärztlichen Versorgung beitragen bzw. beigetragen haben, zusammengefasst.

Zu seltene Entscheidungen der Nachwuchs- mediziner für eine hausärztliche Berufslaufbahn

Die Zahl der vertragsärztlich tätigen Hausärzte hat sich zwischen 2009 und 2020 um etwa 1 % erhöht. Dies ist der bei weitem geringste Anstieg aller Arztgruppen. Der Aufwuchs der Zahl der vertragsärztlich tätigen Ärzte in den übrigen Fachgruppen betrug im selben Zeitraum 16 %.¹³ (KBV 2021a)

Häufigere Wahl von Arbeit in Anstellung und in Teilzeitmodellen

Ein bedeutsamer weiterer Trend besteht darin, dass sich auch die Hausärzte zunehmend für flexiblere Arbeitsformen entscheiden (können). Dies ist zum einen die Arbeit in einem Teilzeitmodell und zum anderen – häufig eng damit verknüpft – die Arbeit in Anstellung, anstatt sich eigenunternehmerisch als Praxisinhaber unter Übernahme eines vollen Versorgungsauftrages niederzulassen. Einen solchen vollen Versorgungsauftrag hatten im Jahr 2020 nur noch ca. 76,5 % der Hausärzte inne (2009: ca. 94,5 %). Der Anteil der in Teilzeit tätigen Hausärzte (halber Versorgungsauftrag oder Anstellung mit weniger als 30 Stunden pro Woche) belief sich 2020 auf 11,9 % gegenüber 2,4 % im Jahr 2009. (KBV 2021a)

¹³ Ohne Berücksichtigung der Psychologischen Psychotherapeuten ermittelt.

Der zwischen 2009 und 2020 kaum nennenswerte Zuwachs der Zahl der Hausärzte und die erhebliche Zunahme des Anteils der in Teilzeit tätigen Hausärzte dürften insgesamt zu einer Verringerung des Volumens der von den Hausärzten erbrachten Arbeitsstunden geführt haben. Czihal und von Stillfried (2016) ermitteln für den Zeitraum 2009 bis 2015 einen Rückgang der nach Teilnahmeumfang gewichteten Hausarztzahl um 2,2 %. Nur in der Arztgruppe der Chirurgen fiel der Rückgang noch stärker aus.

Diese Entwicklung wird noch verstärkt, da davon ausgegangen werden kann, dass angestellte Ärzte aufmerksamer und nachdrücklicher auf die Einhaltung des mit ihrem Arbeitgeber üblicherweise vertraglich vereinbarten Arbeitsstundenvolumens achten und dringen (können), als dies die Praxisinhaber üblicherweise für sich selbst realisieren (können). Die Zahl der angestellt tätigen Hausärzte hat sich – sicher auch aufgrund der mit dem Vertragsarztrechtsänderungsgesetz 2007 signifikant erweiterten Möglichkeiten zur Berufsausübung als Angestellter – zwischen 2009 und 2020 von 3,4 Tausend auf 11,9 Tausend mehr als verdreifacht. Im Jahr 2009 war erst jeder 16. Hausarzt in Anstellung tätig, im Jahr 2020 bereits mehr als jeder fünfte. (KBV 2021a)

Die multizentrische, prospektive, längsschnittliche Beobachtungsstudie zu Karriereverläufen von Ärzten in der fachärztlichen Weiterbildung (KarMed) arbeitet heraus, „dass die hausärztliche Versorgung der Zukunft (...) überwiegend weiblich sein wird und die überwiegende Mehrzahl der hausärztlich Tätigen schon vor Abschluss der Weiterbildung Eltern geworden sind (...). Ungefähr zwei Drittel suchen eine Teilzeittätigkeit (vorzugsweise in einem Team) und ungefähr die Hälfte bevorzugt eine Anstellung anstelle einer Niederlassung“. (van den Bussche 2019, S. 1.130) Es ist zu erwarten, dass sich diese Entwicklungen fortsetzen werden. Im „Berufsmonitoring Medizinstudierende 2018“ gaben fast 95 % der befragten Studierenden hinsichtlich ihrer Erwartungen an die spätere Berufstätigkeit an, dass es ihnen sehr wichtig oder wichtig ist, Familie und Beruf gut vereinbaren zu können. Etwa 82 % der Befragten sind geregelte Arbeitszeiten und etwa 81 % die Möglichkeit, die Arbeitszeiten flexibel zu gestalten, sehr wichtig oder wichtig. (KBV 2019)

Es liegen keine Daten darüber vor, in welchem Maße Ärzte ihre eigentlich vereinbarte oder „kalkulierte“ Arbeitszeit in Relation zu ihrem Teilnahmeumfang unterschreiten, einhalten oder überschreiten. Anhaltspunkte bietet das aktuellste Praxis-Panel des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland (Zi). Hier wird die durchschnittliche wöchentliche Arbeitszeit je Inhaber einer hausärztlichen Praxis für das Jahr 2017 mit 50 Wochenstunden ausgewiesen. (Zi 2019) Nimmt man einen vollen Versorgungsumfang für diese Ärzte an, so bedeutet dies ein Arbeitsvolumen, welches bspw. eine 40-stündige Arbeitswoche um 25 % übersteigt. Eine derartige, über die im Arbeitsvertrag vereinbarte Stundenzahl hinausgehende Mehrleistung dürfte bei angestellt tätigen Ärzten kaum zu erwarten sein, so dass der Trend zu mehr Anstellungen das Arbeitsstundenvolumen zusätzlich reduziert haben dürfte und weiter reduzieren wird. Auch der oben beschriebene massive Rückgang des Anteils der als Vertragsarzt niedergelassenen Hausärzte mit vollem Versorgungsauftrag dürfte sich zusätzlich negativ auf das tatsächlich erbrachte Stundenvolumen auswirken. Eine gewisse Kompensation ergibt sich daraus, dass angestellte Ärzte einen im Vergleich zu Praxisinhabern geringeren Teil ihrer Arbeitszeit für Aufgaben des Praxismanagements aufwenden müssen und ihnen somit ein etwas höherer Anteil ihrer Arbeitszeit für die ärztliche Tätigkeit zur Verfügung steht. Bei den Inhabern einer hausärztlichen Praxis entfielen im Jahr 2017 etwa 8 % der Arbeitsstunden auf das Praxismanagement. (Zi 2019)

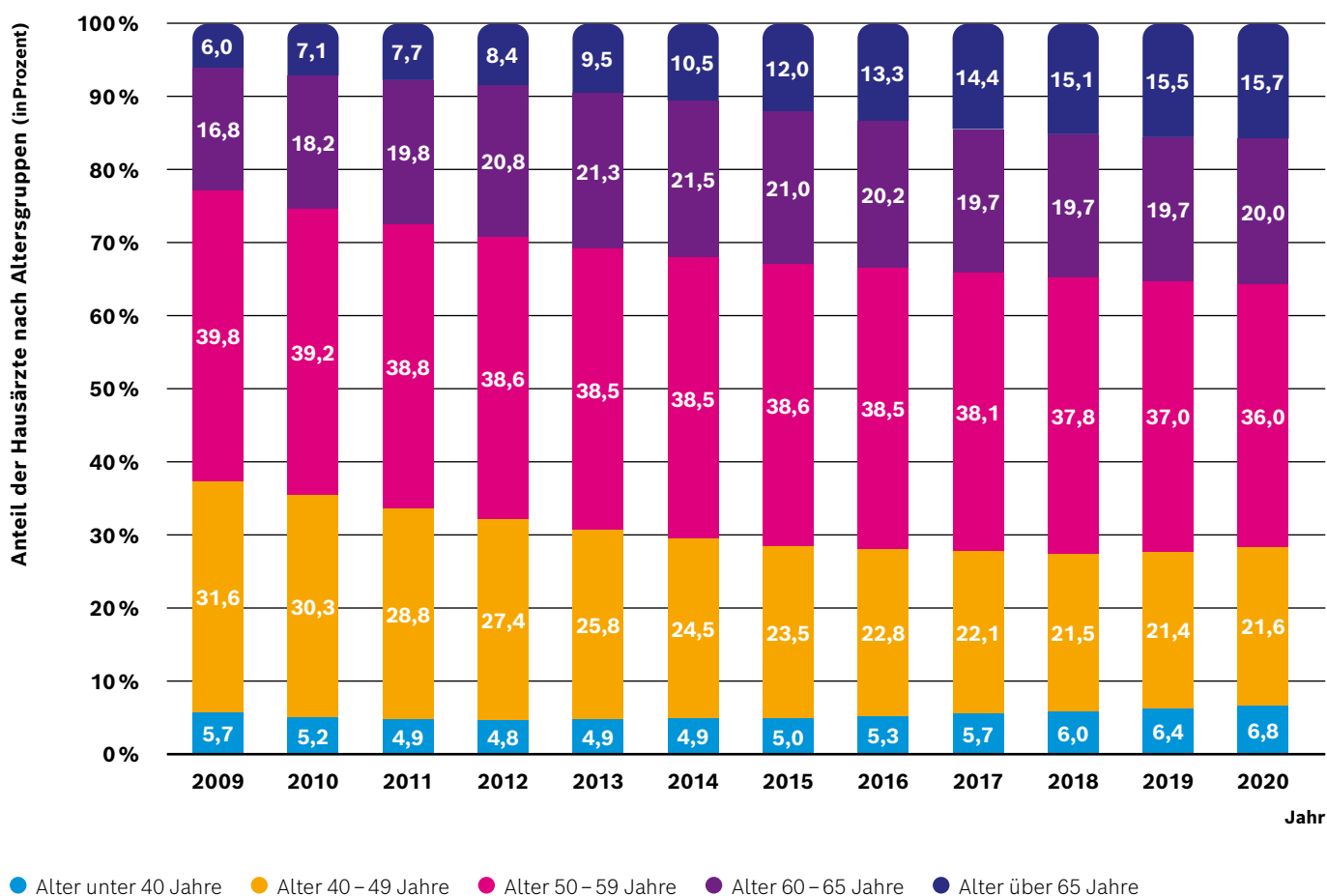
Starke Verschiebung der Altersstruktur der Hausärzte hin zu höheren Altersgruppen

Das Durchschnittsalter der Hausärzte hat sich zwischen 2009 und 2020 von 53,6 Jahren auf 55,4 Jahre erhöht. Der Anteil der Hausärzte, die noch in einem Alter von über 65 Jahren ärztlich tätig sind, ist im selben Zeitraum – bei zuletzt verlangsamttem Anstieg – von 6,0 % auf 15,7 % gestiegen (ca. +160 %). Dies bedeutet, dass sich fast jeder siebente Hausarzt in einem Alter befindet, in dem üblicherweise der Ruhestand beginnt oder absehbar erwogen wird. Zudem ist jeder fünfte Hausarzt zwischen 60 und 65 Jahre alt (Anteil 2009: 16,8 %, Anteil 2020: 20,0 %) und somit nicht mehr weit von einem möglichen Ruhestand entfernt. (KBV 2021a)

Insgesamt war im Jahr 2020 mehr als jeder dritte Hausarzt 60 Jahre oder älter, was absehbar zu einer erheblichen Verschärfung der Probleme bei der Sicherstellung der hausärztlichen Versorgung (in der Fläche) führen wird. In einem Alter von bis zu 49 Jahren waren im Jahr 2020 nur noch etwa 28 % der Hausärzte (2009: ca. 37 %). (KBV 2021a)

Die Besetzung der Altersgruppe der Hausärzte, die jünger als 40 Jahre sind, deutet ggf. eine allmähliche leichte Trendumkehr an (vgl. Abbildung 4). Allerdings werden von den Ärzten in dieser jungen Altersgruppe neue und flexible Arbeits(zeit)modelle (Anstellung, Teilzeit – siehe oben) stark präferiert.

Abbildung 4: Altersstruktur der Hausärzte, 2009 bis 2020



Quelle: eigene Darstellung IGES auf Basis von KBV (2021a)

4.2 Prognose der Entwicklung der hausärztlichen Kapazitäten bis zum Jahr 2035

In diesem Abschnitt wird folgenden Fragestellungen nachgegangen:

- Wie werden sich die hausärztlichen Kapazitäten im vertragsärztlichen Bereich¹⁴ bis zum Jahr 2035 entwickeln?
- Welche regionalen Entwicklungen sind dabei zu berücksichtigen?

Zur Analyse dieser Fragestellungen wurde eine Prognose der Entwicklung der hausärztlichen Kapazitäten bis zum Jahr 2035 vorgenommen, der ein Simulationsmodell zugrunde liegt.¹⁵

4.2.1 Methodisches Vorgehen und Datengrundlagen

Das Simulationsmodell besteht im Wesentlichen aus einer Prognose der zur Verfügung stehenden hausärztlichen Kapazitäten auf der einen Seite und der Anzahl der bis zur Grenze der Überversorgung maximal zu besetzenden Hausarztsitze auf der anderen (Abbildung 5).

Als regionale Ebene wurden nach Einschätzung der Datenverfügbarkeit die 401 amtlichen Landkreise und kreisfreien Städte gewählt.¹⁶

Im Einzelnen erfolgte eine Prognose

- des Ersatz- bzw. Nachbesetzungsbedarfs, der sich infolge des (altersbedingten) Ausscheidens von Hausärzten ergibt,
- des zusätzlichen Bedarfs an Hausärzten, der sich aus freien Hausarztsitzen bis zur Grenze der Überversorgung (Versorgungsgrad von 110 %) ergibt, und
- des ärztlichen Nachwuchses, der zur Besetzung der freien bzw. frei werdenden Hausarztsitze zukünftig zur Verfügung stehen wird.

Aus der Gegenüberstellung des Besetzungsbedarfs und des Nachwuchses ergibt sich ein Saldo von im Jahr 2035 unbesetzten Hausarztsitzen, sofern der Besetzungsbedarf größer ausfällt als die Anzahl der zur Verfügung stehenden Nachwuchsärzte. Der Ersatz- bzw. Nachbesetzungsbedarf wurde anhand einer Simulation des altersbedingten Ausscheidens der Hausärzte (oberer Teil der Abbildung 5) prognostiziert. Dafür wurden Daten zur Altersstruktur der Hausärzte nach Altersgruppen im Jahr 2019 auf Kreisebene aus dem Bundesarztregister bei der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) angefragt und von dieser freundlicherweise zur Verfügung gestellt. Auf dieser Grundlage sowie auf Basis von aggregierten Daten zur Altersstruktur der Hausärzte in Deutschland in den vergangenen Jahren (KBV 2021a) wurde der Anteil der Hausärzte im Alter von 65 Jahren oder älter, die noch aktiv sind, im Jahr 2019 auf etwa 40 % geschätzt.¹⁷ In der Prognose wurde davon ausgegangen, dass dieser Anteil bis zum Jahr 2035 unverändert bleiben wird (Tabelle 2). Im Rahmen von Sensitivitätsanalysen wurde darüber hinaus betrachtet, welche Auswirkungen mit einem abnehmenden Anteil verbunden wären (vgl. Abschnitt 4.2.3).

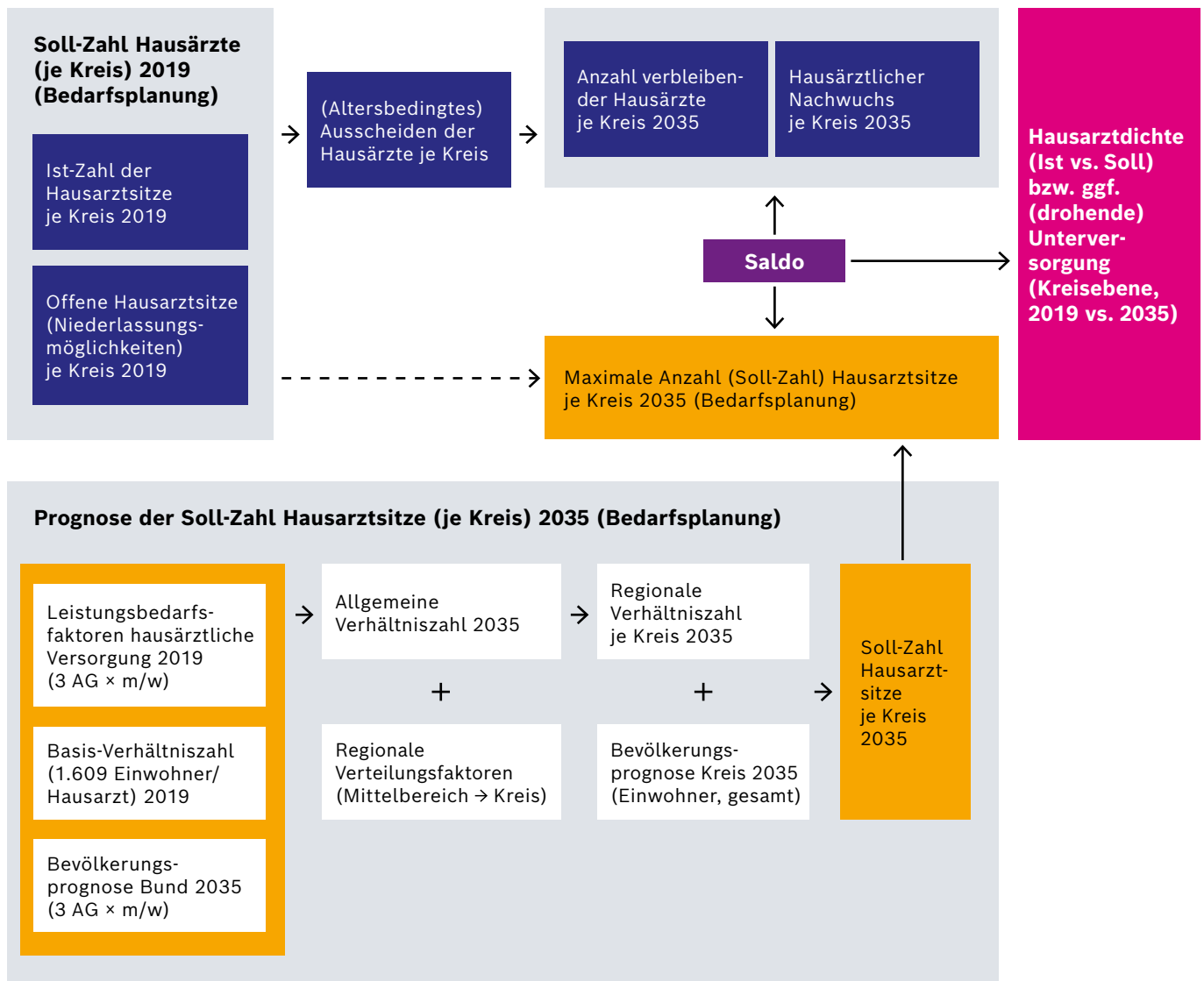
14 Betrachtet wird ausschließlich der vertragsärztliche Bereich. Der rein privatärztliche Bereich hat in der hausärztlichen Versorgung eine nur sehr geringe Bedeutung und kann daher an dieser Stelle vernachlässigt werden.

15 Genauer gesagt handelt es sich nicht um eine Prognose, in der geschätzt wird, wie die Entwicklung wahrscheinlich verlaufen wird, sondern eher um eine Projektion bzw. eine Modellrechnung. Annahmebasiert wurde untersucht, welche Kapazitäten voraussichtlich zur Verfügung stehen werden, wenn bestimmte Entwicklungen berücksichtigt werden bzw. Annahmen zutreffen („Was passiert, wenn ...?“). Zur Vereinfachung wird im Folgenden dennoch von einer „Prognose“ gesprochen.

16 In der vertragsärztlichen Bedarfsplanung wird die hausärztliche Versorgung ausgehend von den sog. Mittelbereichen geplant. Die Mittelbereiche bilden den Verflechtungsraum um ein Mittelzentrum ab und umfassen oft mehrere Gemeinden. Ein Kreis wiederum umfasst oft zwei oder drei Mittelbereiche. Insofern handelt es sich an dieser Stelle um eine Näherung, die tendenziell ein konservatives Bild der Verbreitung von Unterversorgung zeichnet. Für eine Betrachtung auf Ebene der Mittelbereiche lagen im Rahmen dieser Studie keine hinreichend differenzierten Daten vor.

17 Dieser Anteil wurde geschätzt, indem die Anzahl der Hausärzte in der Altersgruppe 65+ im Jahr 2019 auf die entsprechende Anzahl der 50–59-Jährigen im Jahr 2008 bezogen wurde. Dabei wurde angenommen, dass mit letzterer Altersgruppe näherungsweise die entsprechende Kohorte der Hausärzte in einem Alter abgebildet wird, bevor es zu altersbedingten Austritten in relevantem Umfang kommt.

Abbildung 5: Methodisches Vorgehen bei der Prognose der regionalen hausärztlichen Kapazitäten



Quelle: eigene Darstellung IGES

Der zusätzliche Bedarf an Hausärzten, also die über den Ersatz- bzw. Nachbesetzungsbedarf hinaus benötigte Zahl an Hausärzten (bis zu einem Versorgungsgrad von 110 %), wurde prognostiziert, indem die Soll-Zahl für einen Versorgungsgrad von 110 % je Planungsbereich im Jahr 2035 bestimmt wurde (unterer Teil der Abbildung 5). Dafür wurde das Vorgehen zur Bestimmung der regionalen Verhältniszahl

(Einwohner/Hausarzt) je Planungsbereich gemäß Bedarfsplanungs-Richtlinie des G-BA (G-BA 2020) zugrunde gelegt. Diese sieht seit dem 30.06.2019 einen regionalen Verteilungsfaktor zur Berücksichtigung von regionalen Unterschieden bei der Morbidität (Morbiditätsfaktor) vor. In der Prognose wurde davon ausgegangen, dass dieser bis 2035 unverändert bleibt.

Tabelle 2: Zentrale Modellparameter und Prognoseannahmen

Beschreibung des Parameters bzw. der Annahme	Wert
Durchschnittlicher Teilnahmeumfang (Anrechnungsfaktor der Bedarfsplanung) der Nachwuchshausärzte (ggü. 0,94 bei Bestandshausärzten in 2019)	0,90
Anteil Nachwuchsärzte für hausärztliche Versorgung (ggü. 6,0 % bis 8,6 % in den Jahren 2011 – 2019)	8,3 %
Anteil der im Alter 65+ noch aktiven Hausärzte (entspricht Anteil in 2019)	40 %
Städtische Regionen werden ländlichen grundsätzlich vorgezogen (anhand von 5 Regionstypen nach BBSR). Allerdings wird berücksichtigt, dass hausärztlich interessierter Nachwuchs deutlich öfter ländliche Regionen und Kleinstädte in Erwägung zieht als fachärztlich interessierter (vgl. KarMed-Studie).	
Fördermaßnahmen der KVen wirken: Innerhalb eines Regionstyps werden unterversorgte Kreise bevorzugt.	

Quelle: eigene Schätzung IGES auf Basis der Datengrundlagen der Studie

Veränderungen bei der Soll-Zahl der maximal zu besetzenden Hausarztsitze bis zum Jahr 2035 ergeben sich allerdings aufgrund von demographischen Entwicklungen. Diese wurden im Rahmen der Fortschreibung der Verhältniszahl auf Ebene der einzelnen Kreise berücksichtigt. Dafür wurden Daten der 14. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung der Statistischen Ämter des Bundes und der Länder als Ausgangspunkt zugrunde gelegt.¹⁸ Für einige Kreise wurden die verfügbaren amtlichen Vorausberechnungen um eigene Projektionen des IGES Instituts ergänzt.¹⁹

Schließlich wurde eine Aggregation der prognostizierten Soll-Zahl für das Jahr 2035 von der hausärztlichen Planungsebene (Mittelbereiche) auf die Kreisebene vorgenommen, wobei in solchen Fällen, in denen die Zuordnung regional nicht trennscharf ist, grundsätzlich die Mittelbereiche bevölkerungsproportional den Kreisen zugeordnet wurden.

Die zukünftige Entwicklung des Umfangs des ärztlichen Nachwuchses wurde auf Basis von Daten der amtlichen Statistik der Studierenden nach Hochschulstandort prognostiziert.²⁰ Anhand von Daten zur Anzahl der Studierenden der Humanmedizin an den einzelnen Hochschulstandorten in Deutschland wurde die Entwicklung der vergangenen zehn Jahre in Bezug auf jeden Hochschulstandort für Humanmedizin bis zum Jahr 2035 fortgeschrieben.²¹

Für die zeitliche Bestimmung der Anzahl der Absolventen der Humanmedizin wurde eine Dauer des Studiums von Studienbeginn bis Berufsstart von 15 Jahren (Studium und Facharztweiterbildung) unterstellt.²² Zudem wurde die Entwicklung der aus dem Ausland (netto) zuwandernden Ärzte berücksichtigt.

Bei der Prognose der hausärztlichen (Nachwuchs-)Kapazitäten und ihrer regionalen Verteilung wurde berücksichtigt, dass sich die Vorstellungen des ärztlichen Nachwuchses von ihren Arbeitsbedingungen über den Prognosezeitraum mit hoher Wahrscheinlichkeit verändern werden.

Einen wesentlichen Modellparameter in diesem Zusammenhang stellt der Anteil der Absolventen dar, die sich für eine Teilnahme an der hausärztlichen Versorgung im vertragsärztlichen Bereich entscheiden werden. Dieser Anteil hat sich seit dem Jahr 2011 zwischen schätzungsweise 6,0 % und 8,6 % bewegt, mit einem zuletzt ansteigenden Trend.²³ In der Prognose wurde konservativ angenommen, dass der anhaltende Trend zur hausärztlichen Tätigkeit erhalten bleibt, sich allerdings nicht uneingeschränkt weiter fortsetzt. Es wurde angenommen, dass sich bis zum Jahr 2035 ein Anteil von 8,3 % aller Nachwuchsärzte für die Teilnahme an der hausärztlichen Versorgung entscheidet (vgl. Tabelle 2). Im Rahmen von Sensitivitätsanalysen wurde darüber hinaus betrachtet, welche Auswirkungen mit einem weiter zunehmenden Anteil für die hausärztliche Versorgung verbunden wären (vgl. Abschnitt 4.2.3).

18 Für den Bund insgesamt wurde dabei die „mittlere“ Variante (G2L2W2) und für die Länder vorwiegend ebenfalls die „mittlere“ Variante zugrunde gelegt. Die Variante G2L2W2 geht von einer moderaten Entwicklung aus: Geburtenrate 1,55 Kinder je Frau, Lebenserwartung bei Geburt 2060 für Jungen 84,4, für Mädchen 88,1 Jahre und Wanderungssaldo + 221.000 p.a. Im Ergebnis ergibt sich für den Bund insgesamt eine nahezu unveränderte Einwohnerzahl (83,2 Millionen in 2019 und 2035) (vgl. Destatis 2021).

19 Nicht für alle Länder lagen regionalisierte Bevölkerungsvorausberechnungen bis zum Jahr 2035 auf Kreisebene vor. Sofern Vorausberechnungen fehlten, wurde auf Grundlage von verfügbaren Vorausberechnungen für das Jahr 2030 eine Fortschreibung bis 2035 vorgenommen.

20 Vgl. www.bildungsmonitoring.de/bildung/online. (Abruf am 12.04.2021)

21 Dabei musste der Anteil der Studierenden der Gesundheitswissenschaften herausgerechnet werden. Diese Daten lagen nur bundeslandgenau vor, für einzelne Standorte wurde eine Schätzung vorgenommen.

22 Erkenntnisse aus der Literatur deuten darauf hin, dass dieser Zeitraum durch längere Auszeiten des Nachwuchses (Elternzeit etc.) zunehmend länger wird, vgl. z. B. die KarMed-Studie (van den Bussche et al. 2019). Einen Zeitraum von 15 Jahren bei Prognosen bis zum Jahr 2035 haben vergleichbare Studien ebenfalls angenommen, z. B. eine Studie des Zentralinstituts für die Kassenärztliche Versorgung (Zi) (Kroll et al. 2019) und eine Studie der KV Niedersachsen (Thomsen et al. 2020).

23 Der Anteil in Höhe von 8,6 % an allen Absolventen übersetzt sich in einen Anteil von 12,4 %, der gemäß Bundesärztekammer von allen Facharztanerkennungen zuletzt auf die Hausärzte entfiel. Hausärztlich tätige Internisten sind darin enthalten. Vgl. Bundesärztekammer (mehrere Jahrgänge). Der Unterschied zwischen den beiden Anteilen ist darauf zurückzuführen, dass in dem Anteil von 8,6 % aller Absolventen auch solche Absolventen enthalten sind, die keine Facharztweiterbildung abschließen.

Ein weiterer relevanter Modellparameter, der von einer trendmäßigen Entwicklung betroffen ist, ist der Teilnahmeumfang der Nachwuchsärzte. Der durchschnittliche Teilnahmeumfang (gemessen in dem Umfang wie in der Bedarfsplanung berücksichtigt) der Hausärzte ist in den vergangenen Jahren stetig leicht zurückgegangen, von 0,99 VZÄ/Hausarzt im Jahr 2009 auf 0,94 VZÄ/Hausarzt im Jahr 2019. (KBV 2021a) Mit einem trendmäßig seit einigen Jahren zunehmenden Anteil der in Teilzeit tätigen Hausärzte ist davon auszugehen, dass der durchschnittliche Teilnahmeumfang der Nachwuchs Hausärzte zukünftig weiter rückläufig sein wird. Unterstellt wurde in der Prognose ein Rückgang von 0,94 VZÄ/Hausarzt auf 0,90 VZÄ/Hausarzt bis zum Jahr 2035 (vgl. Tabelle 2).²⁴ Im Rahmen von Sensitivitätsanalysen wurde darüber hinaus betrachtet, welche Auswirkungen mit einem weiter abnehmenden Teilnahmeumfang verbunden wären (vgl. Abschnitt 4.2.3). Bezüglich der regionalen Verteilung der Nachwuchsärzte wurden folgende Annahmen getroffen:

- Je nach Bundesland bleiben ca. 60 % bis 80 % der Medizinabsolventen für den Berufsstart in dem Bundesland des Studienorts, der Rest verteilt sich auf andere Bundesländer und das Ausland.²⁵
- Städtische Regionen werden ländlichen grundsätzlich vorgezogen.²⁶
- Allerdings wurde berücksichtigt, dass hausärztlich interessierter Nachwuchs deutlich öfter ländliche Regionen und Kleinstädte in Erwägung zieht als spezialistisch interessierter.²⁷

- Die Fördermaßnahmen der Kassenärztlichen Vereinigungen, die diese bereits seit einigen Jahren zur Bekämpfung des Hausärztemangels auf dem Land umsetzen (vgl. Abschnitt 4.4), entfalten zumindest ansatzweise Wirkung: Es wurde angenommen, dass innerhalb eines Regionstyps (städtisch/ländlich) der Nachwuchs unterversorgte Kreise wegen der Fördermaßnahmen bevorzugt.

4.2.2 Prognoseergebnisse

Im Jahr 2019 haben rund 52.000 Hausärzte (in Vollzeit-äquivalenten, VZÄ, entsprechend Teilnahmeumfang²⁸) an der vertragsärztlichen Versorgung in Deutschland teilgenommen (Tabelle 3). 3.570 Hausarztsitze waren im Jahr 2019/2020 unbesetzt (hier variiert der Stichtag zwischen den Kassenärztlichen Vereinigungen). Das sind 6 % aller planmäßigen Sitze (bis zur Überversorgung). Die Simulationen ergeben, dass bis zum Jahr 2035 knapp 30.000 Hausärzte bzw. 57 % altersbedingt ausscheiden werden. Demgegenüber werden aber nur rund 25.300 Nachwuchsärzte – inkl. netto zugewanderter Ärzte – an der hausärztlichen Versorgung teilnehmen. Die Zahl der bis zur Überversorgung maximal zu besetzenden Hausarztsitze wird um 4 % auf 58.371 zunehmen, vor allem aufgrund der Alterung der Bevölkerung, während sich die Gesamtzahl der Einwohner in Deutschland im Jahr 2035 annähernd auf dem Niveau des Jahres 2019 bewegen wird. In 2019 waren es 56.296 Soll-Sitze für einen Versorgungsgrad von 110 %.

24 Dabei ist implizit berücksichtigt, dass ein zunehmender Teil der Hausärzte in Zukunft voraussichtlich in Anstellung anstatt als Vertragsarzt und damit mit einer durchschnittlich geringeren Wochenarbeitszeit arbeiten wird.

25 Gemäß einer Studie des ifo-Instituts (Haußen und Übelmesser 2015) bleiben 65 % aller Absolventen (alle Studiengänge) für den ersten Job im Uni-Bundesland (variiert von 34 % in Bremen bis 79 % in Bayern), nur 7,5 % gehen zurück ins Abi-Bundesland. Es wurde davon ausgegangen, dass bei den Absolventen, die sich für eine hausärztliche Tätigkeit entscheiden, der Anteil, der im Uni-Bundesland bleibt, leicht überdurchschnittlich ausfällt.

26 Die Verteilung nach städtischen und ländlichen Regionen wurde anhand der fünf Regionstypen des Konzepts der Großstadregionen des Bundesinstituts für Bau-, Stadt- und Raumforschung (BBSR) umgesetzt. Vgl. www.bbsr.bund.de/BBSR/DE/forschung/raumb Beobachtung/Raumabgrenzungen/deutschland/regionen/Grossstadregionen/Grossstadregionen.html?nn=2544954. (Abruf am 12.04.2021)

27 Vom hausärztlich interessierten Nachwuchs möchten 8 % in ländliche Regionen gehen und 14 % in Kleinstädte (< 20.000 Einwohner). Im Vergleich dazu sind es 2 % bzw. 6 % bei den fachärztlich Interessierten. Vgl. die KarMed-Studie (van den Bussche et al. 2019).

28 Hausärzte wurden stets in dem Umfang gezählt, wie sie in der Bedarfsplanung angerechnet werden. Dabei handelt es sich um eine Art Vollzeit-äquivalent (berücksichtigt vor allem Teilzeittätigkeit), es sind keine reinen „Personenzahlen“ dargestellt worden. Die KBV veröffentlicht im Bundesarztregister eine etwas geringere Zahl der Hausärzte in VZÄ, als in dieser Studie zugrunde gelegt wurde (51.672 im Jahr 2019). Die Differenz ist darauf zurückzuführen, dass für diese Studie die Anzahl der Hausärzte in Köpfen sowie in VZÄ ausgehend von der Kreisebene hoch aggregiert wurde und zudem nur Daten zur Hausarztdichte (in Köpfen) sowie zum durchschnittlichen Teilnahmeumfang auf der Kreisebene zur Verfügung standen. Es handelt sich insofern um eine geringe Schätzungenauigkeit.

Tabelle 3: Zentrale Ergebnisse der Simulation

Ergebnisparameter	Wert
Anzahl der an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Hausärzte (VZÄ) in Deutschland (im Jahr 2019)	52.152
Anzahl der freien Hausarztsitze (VZÄ) (im Jahr 2019/2020)	3.570
Anzahl der Hausärzte (VZÄ), die bis 2035 altersbedingt ausscheiden werden	29.938
Anzahl der Nachwuchsärzte und netto zugewanderten Ärzte (VZÄ), die bis 2035 an der hausärztlichen Versorgung teilnehmen werden	25.307
Anzahl der bis zur Überversorgung maximal zu besetzenden Hausarztsitze (VZÄ) im Jahr 2035	58.371
Anzahl der Hausarztsitze (VZÄ), die im Jahr 2035 unbesetzt bleiben werden	10.851
Hausarztdichte im Jahr 2035 (Anzahl der Hausärzte in VZÄ je 100.000 Einwohner)	57
Veränderung der Hausarztdichte (2035 ggü. 2019)	-9 %
Anzahl der Kreise, die im Jahr 2035 hausärztlich unterversorgt wären (Versorgungsgrad < 75 %)	75

Quelle: eigene Schätzung IGES auf Basis der Datengrundlagen der Studie

Insgesamt ergeben sich damit 10.851 Hausarztsitze, die im Jahr 2035 unbesetzt bleiben werden. Das sind 19 % der dann maximal zu besetzenden Sitze. Die Hausarztdichte sinkt nach unseren Berechnungen bis zum Jahr 2035 um 9 % auf 57 Hausärzte je 100.000 Einwohner (von 63 im Jahr 2019), auch hier in VZÄ gezählt, also unter Berücksichtigung von Teilzeittätigkeit.²⁹

²⁹ Vergleichbare Studien prognostizieren ähnliche Entwicklungen. Die Studie der KV Niedersachsen (Thomsen et al. 2020) kommt für Niedersachsen zu einem Rückgang der Hausarztdichte bis 2035 um 26 % ggü. 2019. In unserer Prognose kommen wir bei isolierter Betrachtung von Niedersachsen (exkl. Zuwanderung von Absolventen aus anderen Bundesländern) auf einen Rückgang in ähnlicher Größenordnung (22 %).

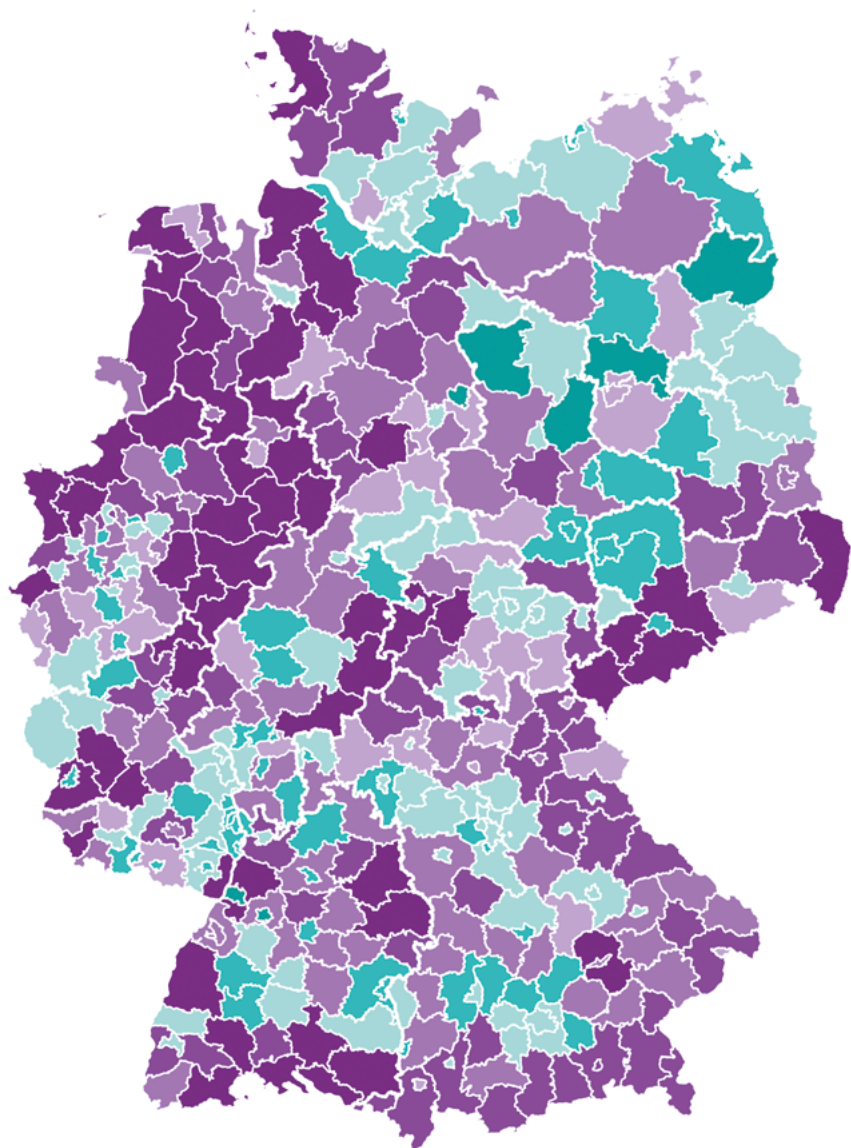
Bei der Entwicklung der Hausarzttdichte bis zum Jahr 2035 gemäß den Simulationsergebnissen zeigt sich eine erhebliche regionale Variation auf Ebene der Landkreise und kreisfreien Städte (Abbildung 6).

Abbildung 6: Geschätzte Veränderung der Hausarzttdichte (2035/2019) nach Kreisen in %

Veränderung Hausarzttdichte 2035/2019

- $\geq -60\%$ bis $< -30\%$
- $\geq -30\%$ bis $< -20\%$
- $\geq -20\%$ bis $< -10\%$
- $\geq -10\%$ bis $< 0\%$
- $\geq 0\%$ bis $< 10\%$
- $\geq 10\%$ bis $< 20\%$
- $\geq 20\%$ bis $< 40\%$

Durchschnitt Bund: -9% Veränderung
der Hausarzttdichte 2035/2019



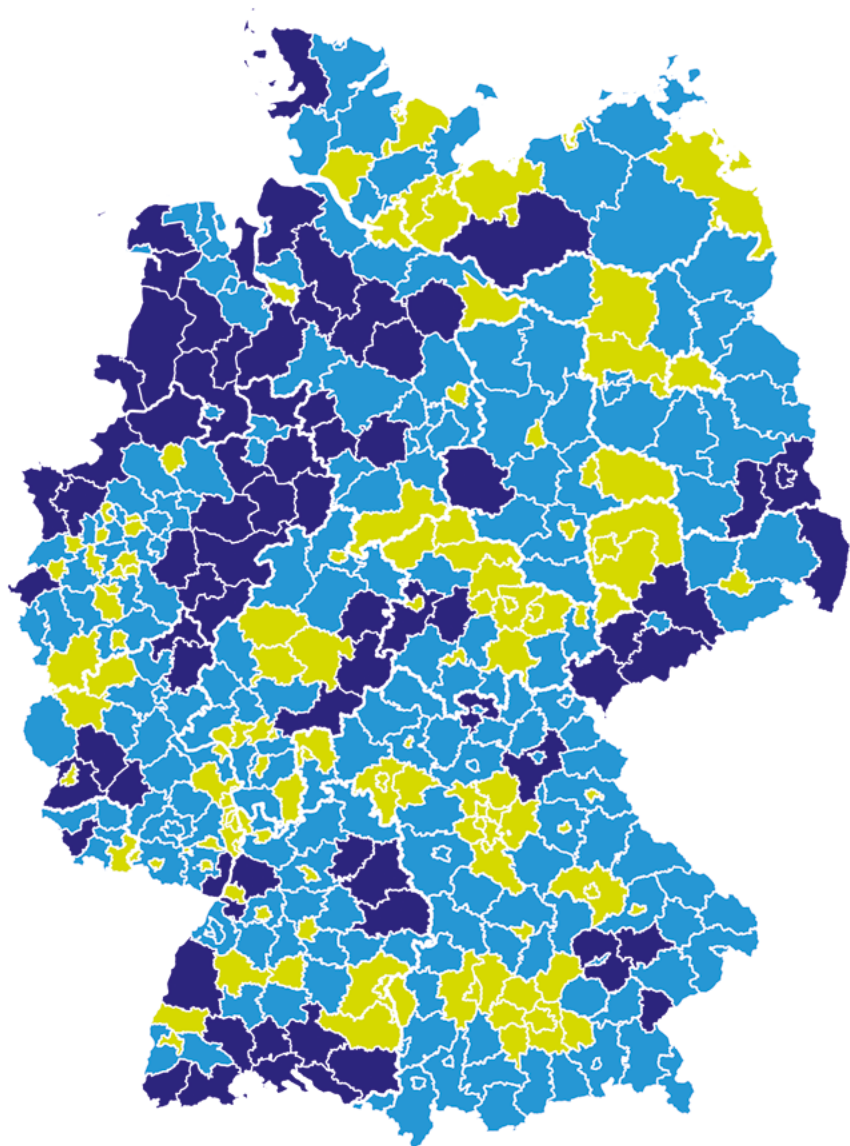
Insgesamt ergibt sich eine Bandbreite von einem Rückgang von bis zu 60 % (z. B. in Teilen Niedersachsens und Sachsens) bis hin zu einer Zunahme von bis zu 40 % (vorrangig in Teilen Brandenburgs und Sachsen-Anhalts). Zu einer kräftigen Zunahme der Hausarztdichte kommt es, wenn in einer Region gegenwärtig viele Hausarztsitze unbesetzt sind, die bis 2035 besetzt werden, und relativ wenige Hausärzte altersbedingt ausscheiden.

Der durchschnittliche hausärztliche Versorgungsgrad in Deutschland sinkt von 102 % (2019) auf 90 % (2035). 75 der 401 amtlichen Kreise (das sind 19 %) wären dann im Jahr 2035 hausärztlich unterversorgt, da sie einen Versorgungsgrad von unter 75 % aufwiesen. Sie verteilen sich über fast alle KV-Regionen bzw. Bundesländer (Abbildung 7).

Abbildung 7: Hausärztliche Unterversorgung (Versorgungsgrad < 75 %) und weitere freie Hausarztsitze (Versorgungsgrad 75 % bis 110 %) im Jahr 2035 nach Kreisen

Unterversorgung und freie Sitze

- Unterversorgung
- freie Sitze
- keine freien Sitze



Anmerkung: Es handelt sich hier um von der Ebene der Mittelbereiche auf die Ebene der Kreise aggregierte Schätzungen zum hausärztlichen Versorgungsgrad (vgl. Abschnitt 4.2.1 Methodisches Vorgehen und Datengrundlagen).

Quelle: Eigene Schätzung auf Basis der Datengrundlagen der Studie

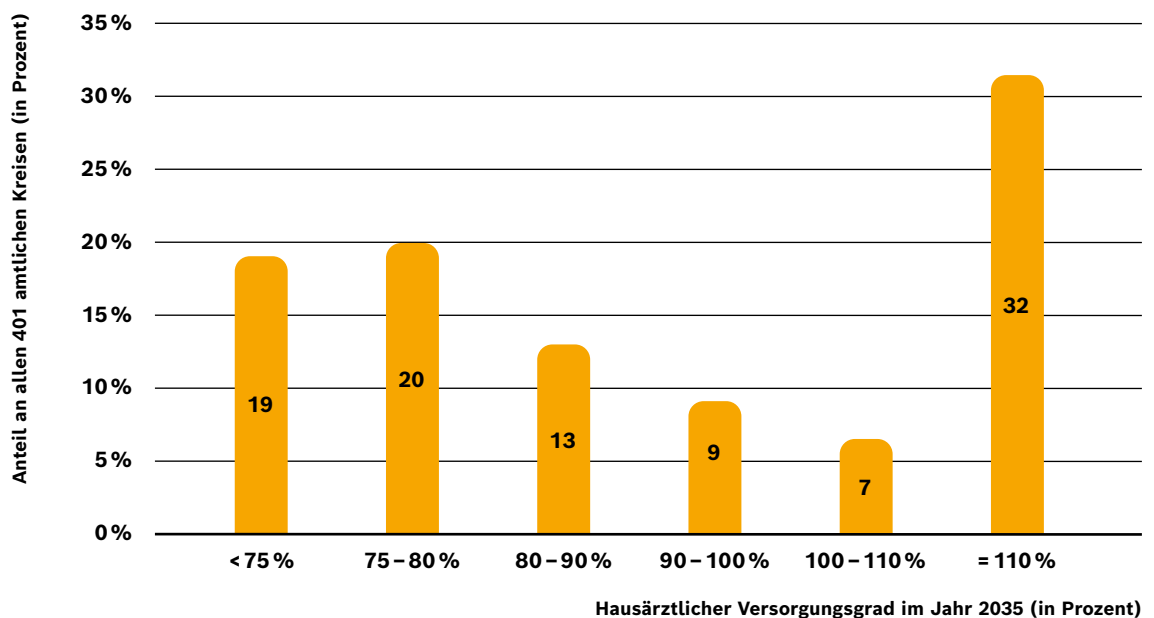
Generell zeigt sich eine hohe Korrelation zwischen den Kreisen, die von Unterversorgung betroffen wären (Abbildung 7), und den Kreisen mit dem stärksten Rückgang der Hausarztdichte (vgl. Abbildung 6). In 199 Kreisen werden darüber hinaus weitere Hausarztsitze unbesetzt bleiben (Versorgungsgrad zwischen 75 % und unter 110 %). In den verbleibenden 127 Kreisen wird es keine freien Hausarztsitze geben (Versorgungsgrad von 110 %, viele von ihnen sind Großstädte).³⁰

Allerdings sei darauf hingewiesen, dass der hausärztliche Versorgungsgrad rein formell nur auf Ebene der Mittelbereiche festgestellt wird. Insofern handelt es sich hier um von der Ebene der Mittelbereiche auf die Ebene der Kreise aggregierte Schätzungen des hausärztlichen Versorgungsgrads (vgl. Abschnitt 4.2.1 „Methodisches Vorgehen und

Datengrundlagen“). Für eine Betrachtung auf Ebene der Mittelbereiche lagen im Rahmen dieser Studie keine hinreichend differenzierten Daten vor.

Eine weitere Aufschlüsselung der Verteilung der Kreise nach dem hausärztlichen Versorgungsgrad zeigt, dass sich über die 75 Kreise mit Unterversorgung hinaus zudem ein Fünftel der Kreise im Jahr 2035 nahe der hausärztlichen Unterversorgung bewegen werden (Versorgungsgrad 75 % bis 80 %) (Abbildung 8). Insgesamt werden damit annähernd 40 % aller Kreise Deutschlands im Jahr 2035 entweder hausärztlich unterversorgt sein oder sich nahe der Unterversorgung befinden. Knapp ein Drittel der Kreise (32 %) werden demgegenüber an der Grenze zur hausärztlichen Überversorgung liegen.

Abbildung 8: Kreise nach dem hausärztlichen Versorgungsgrad im Jahr 2035



Anmerkung: Es handelt sich hier um von der Ebene der Mittelbereiche auf die Ebene der Kreise aggregierte Schätzungen zum hausärztlichen Versorgungsgrad (vgl. Abschnitt 4.2.1 Methodisches Vorgehen und Datengrundlagen).

Quelle: eigene Schätzung IGES auf Basis der Datengrundlagen der Studie

³⁰ In der Simulation wurde angenommen, dass Hausarztsitze nur bis zu einem Versorgungsgrad von 110 % besetzt werden können, Überversorgung (Versorgungsgrad > 110 %) wurde damit ausgeschlossen. Dabei wurde ferner unterstellt, dass die Vorgaben der Bedarfsplanungs-Richtlinie sowie die weiteren Maßnahmen der Kassenärztlichen Vereinigungen zum Abbau von Überversorgung im hausärztlichen Bereich bis zum Jahr 2035 wirksam sein werden.

4.2.3 Sensitivität der Prognoseergebnisse

Eine kombinierte Variation der zentralen Modellparameter der Simulation hat eine insgesamt ähnliche Entwicklung der hausärztlichen Kapazitäten zum Ergebnis (Tabelle 4).

Ein Rückgang der Hausarztdichte bis zum Jahr 2035 von ebenfalls 9 % für Deutschland insgesamt (vgl. die zentralen Hauptergebnisse in Tabelle 2) ergibt sich, wenn man davon ausgeht, dass der durchschnittliche Teilnahmeumfang der Nachwuchshausärzte bis auf 0,8 VZÄ/Hausarzt zurückgeht³¹ (anstatt 0,9), der Anteil der im Alter von 65 Jahren oder älter noch aktiven Hausärzte gleichzeitig auf 30 % abnimmt³²

(statt bei 40 % unverändert bleibt) und der Anteil der Nachwuchsärzte, die sich für eine Teilnahme an der hausärztlichen Versorgung entscheiden, auf 10 % zunehmen wird (und nicht mit 8,3 % in etwa auf dem Niveau des Jahres 2019 bleiben wird).

Die Hausarztdichte geht etwas stärker zurück (-10 %), wenn man von einem noch deutlicheren Rückgang des Teilnahmeumfangs (auf 0,7) sowie des Anteils der älteren noch aktiven Hausärzte (auf 20 %) und von einem Anstieg des Anteils der Ärzte, die sich für die hausärztliche Versorgung entscheiden, auf 12 % ausgeht.

Tabelle 4: Sensitivität der Prognoseergebnisse bezüglich Variation der Modellparameter und Prognoseannahmen

	Parameter	Wert	Veränderung der Hausarztdichte 2035/2019
1	Teilnahmeumfang	0,8	-9 %
	Anteil hausärztlich Tätiger	10%	
	Anteil der im Alter 65+ noch aktiven Hausärzte	30%	
2	Teilnahmeumfang	0,7	-10 %
	Anteil hausärztlich Tätiger	12%	
	Anteil der im Alter 65+ noch aktiven Hausärzte	20%	

Quelle: eigene Schätzung IGES auf Basis der Datengrundlagen der Studie

31 Für einen weitergehenden Rückgang des Teilnahmeumfangs sprechen ein zunehmender Wunsch nach Teilzeitarbeit der Nachwuchsärzte und ein anhaltend zunehmender Anteil von Frauen an der hausärztlichen Versorgung; vgl. die Ergebnisse der KarMed-Studie (van den Bussche et al. 2019). Die Projektion des Zi zum Bedarf an Studienplätzen für Medizin in Deutschland bis 2035 unterstellt einen Rückgang des Teilnahmeumfangs je Arzt (alle Fachrichtungen zusammengefasst) von 89 % (2019) auf 82 % (2035). Vgl. Kroll et al. (2019).

32 Ein abnehmender Anteil der Hausärzte im Alter von 65 Jahren oder älter, die noch aktiv sind, könnte mit einem zunehmenden Trend zur Anstellung einhergehen (vgl. KarMed-Studie).

4.3 Entwicklung der Nachfrage nach hausärztlichen Leistungen

In welchem Maße die hausärztliche Versorgung bzw. die Primärversorgung in Deutschland zukünftig durch eine zunehmende Inanspruchnahme der Bevölkerung herausgefordert sein wird, kann mit längerer Perspektive nicht verlässlich prognostiziert werden. Die weitere Entwicklung hängt von einer Vielzahl möglicher, jedoch kaum quantifizierbarer Einflussfaktoren ab. Zu diesen Faktoren zählen bspw. der medizinisch-technische Fortschritt, die Arbeitsteilung zwischen ambulanter und stationärer Versorgung sowie zwischen allgemein- und spezialfachärztlicher Versorgung, die Wirksamkeit sowie das Angebot und die Nutzung präventiver und gesundheitsfördernder Maßnahmen durch die Bevölkerung, aber auch pandemische und/oder klimatische Ereignisse. Für Deutschland wird für die Zukunft allgemein eine stärkere Inanspruchnahme und „Belastung“ des Gesundheitssystems und insbesondere der Primärversorgung erwartet, die sich aus der Zunahme der Menschen in höherem Lebensalter und der damit i. d. R. verbundenen höheren Morbidität ergeben.³³

Im Hinblick auf die Morbiditätsentwicklung werden allerdings gegensätzliche Thesen diskutiert. Der o. g. Erwartung dürfte die Annahme zugrunde liegen, dass sich durch den Anstieg der Lebenserwartung, der auch in Deutschland zu beobachten ist, die chronisch kranke Lebenszeit verlängert und die Prävalenz chronischer Erkrankungen ansteigt (Expansion der Morbidität). Dieser Annahme entgegen steht die Erwartung, dass sich chronische Erkrankungen insbesondere durch wirksamere oder umfassendere Maßnahmen der Primär- oder Sekundärprävention ganz vermeiden lassen oder ihr Eintreten in spätere Lebensphasen verschoben werden kann (Kompression der Morbidität). Ein anderer Ansatz geht vereinfacht ausgedrückt von einem dynamischen Gleichgewicht zwischen der Lebenszeit in Gesundheit und Krankheit aus. „Welche der Thesen im speziellen für Deutschland zutreffend bzw. eher zutreffend ist, ist weiterhin umstritten.“ (Schulz et al. 2016a, S. 3)

Es gibt kaum Studien, die eine Abschätzung der Fallzahlentwicklung und/oder der Entwicklung der Fallschwere und der entsprechend veränderten Versorgungs- und Koordinationsaufwände für häufige Erkrankungen oder Krankheitsgruppen für Deutschland vornehmen, die teilweise oder überwiegend auf der Primärversorgungsebene des Gesundheitssystems versorgt werden. Jüngst haben Milan et al. (2021) die Ergebnisse von Projektionen zur Entwicklung der deutschen Patientenzahl für zehn häufige und/oder sehr kostenintensive nicht übertragbare Krankheiten mit dem Zeithorizont 2040 und 2060 vorgelegt, von denen die meisten auch weitgehend durch die Primärversorgung behandelt bzw. versorgt werden können(t)en. Modelliert wurden sechs Entwicklungsszenarien, von denen je zwei unterschiedlich parametrisierte Szenarien die oben kurz beschriebenen Hypothesen der Morbiditätsexpansion bzw. der Morbiditätskompression aufnehmen. Ein „Präventionsszenario“ unterstellt, um den langfristigen Effekt wirksamer Präventionsprogramme zu illustrieren, neben der Erhöhung der Überlebensrate, wie in den vorherigen Szenarien, einen linearen Rückgang der geschlechts- und altersgruppenspezifischen Inzidenz um 30 % bis zum Jahr 2035. Ein Szenario der „erweiterten Genesung“ simuliert die möglichen Effekte einer besseren Versorgung bspw. durch Disease-Management-Programme, indem es einen linearen Anstieg der geschlechts- und altersgruppenspezifischen Heilungsraten um 50 % bis zum Jahr 2060 unterstellt. Die Ergebnisse dieser sechs Szenarien für die Entwicklung der Patientenzahl zwischen 2018 und 2040 sind in der nachfolgenden Tabelle 5 dargestellt.

33 Etwaige entlastende Effekte aus einer rückläufigen Gesamtbevölkerung sind bis zum Jahr 2040 je nach Variante der Bevölkerungsrechnung entweder gar nicht zu erwarten oder fallen nur gering aus (www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bevoelkerung/Bevoelkerungsvorausberechnung/Tabellen/variante-1-2-3-altersgruppen.html. (Abruf am 14.05.2021))

Tabelle 5: Projizierte Patientenzahl im Jahr 2040 nach sechs Entwicklungsszenarien

Erkrankung	Anzahl der Patienten in Millionen						
	Szenarien						
	2018	Expansion 1 2040	Expansion 2 2040	Kompres- sion 1 2040	Kompres- sion 2 2040	Erweiterte Genesung 2040	Präven- tion 2040
Arthrose	11,1	15,7	16,7	15,1	15,3	15,3	13,5
Bösartige Neubildungen der Lunge, der Bronchien und der Trachea	0,16	0,22	0,25	0,22	0,21	0,22	0,16
Koronare Herzkrankheiten	4,9	6,4	6,9	6,0	6,1	6,2	5,2
COPD	3,4	4,9	5,3	4,7	4,7	4,7	4,0
Zerebrovaskuläre Erkrankungen	3,8	5,8	6,3	5,5	5,5	5,6	4,6
Demenz	1,7	2,6	2,9	2,5	2,4	2,5	2,0
Depression	10,3	10,6	11,3	10,3	10,5	10,1	9,1
Diabetes	9,2	10,1	10,7	9,7	9,9	10,0	8,7
Rückenschmerzen	23,5	29,4	30,7	28,6	29,0	28,5	26,1
Herzinsuffizienz	3,7	5,6	6,1	5,3	5,2	5,4	4,3

Quelle: eigene Darstellung IGES auf der Grundlage von Milan et al. (2021)

Für alle zehn betrachteten Erkrankungen ergibt sich in nahezu allen Szenarien ein teilweise erheblicher Anstieg der zu erwartenden Patientenzahl zwischen 2018 und 2040. Lediglich das Präventionsszenario lässt bis zum Jahr 2040 überschaubare Zuwächse der Patientenzahlen oder sogar einen Rückgang bei einzelnen Erkrankungen (Depression, Diabetes) erwarten. (Milan et al. 2021) Dies unterstreicht die Notwendigkeit einer stärkeren Ausrichtung auf wirksame präventive und gesundheitsfördernde Maßnahmen. Auch Tönnies et al. (2019) stellen fest, dass die Inzidenzrate der wesentliche Treiber der für die Zukunft zu erwartenden Zahl der Menschen mit Diabetes Typ 2 ist, und betonen die Bedeutung bevölkerungsbezogener Präventionsmaßnahmen. Zwischen 2015 und 2040 wird hier je nach Szenario eine Zunahme der Fallzahlen um 54 % (auf 10,7 Millionen) bis 77 % (auf 12,3 Millionen) erwartet.

Schulz et al. (2016a) projizieren unter Rückgriff auf die anhand der tatsächlichen alters- und geschlechtsspezifischen Leistungsanspruchnahme modifizierten kalkulatorischen durchschnittlichen Arztarbeitszeit je GKV-Fall, dass allein aufgrund der demographischen Entwicklung bei der Fachgruppe der Hausärzte ein relativer Zuwachs der Arztarbeitszeit je Versicherten zwischen dem Basisjahr 2012 und dem Projektionsjahr 2035 um durchschnittlich 9 % zu erwarten ist. Insgesamt führt der demographische Wandel zu einer erhöhten Beanspruchung von Fachgruppen, darunter den Hausärzten, die hauptsächlich an der Behandlung älterer Menschen beteiligt sind. (Schulz et al. 2016a) Die Projektion zeigt, dass sich die Entwicklung der Beanspruchung der Hausärzte regional unterschiedlich vollziehen könnte. (Schulz et al. 2016b)

4.4 Bisher ergriffene Maßnahmen zur Unterstützung der Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung

Politik und Selbstverwaltung haben in den letzten fast zwei Jahrzehnten mit einer Vielzahl von Anpassungen der (gesetzlichen) Rahmenbedingungen mit unterschiedlichen Stoßrichtungen die Spielräume erweitert, wenn es darum geht, den insbesondere in ländlichen Regionen verstärkt spürbaren ärztlichen Versorgungsengpässen entgegenzuwirken. Andere Maßnahmen zielen auf die Entwicklung und Förderung der Aus- und Weiterbildung in der Allgemeinmedizin ab, die ihre Wirkung erst mittel- bis langfristig entfalten können. Auf die wichtigsten Aktivitäten wird nachfolgend nach Handlungsfeldern untergliedert kurz eingegangen.

4.4.1 Handlungsebene: finanzielle Anreize

Ein großer Teil der Maßnahmen zielt darauf ab, vorrangig den Kassenärztlichen Vereinigungen ein Arsenal an Möglichkeiten zur Verfügung zu stellen, einer eingetretenen oder drohenden Unterversorgung (im ländlichen Raum) durch finanzielle Anreize zu begegnen (bspw.):

- finanzielle Unterstützung einer Tätigkeit und Niederlassung in unterversorgten Planungsregionen (Sicherstellungszuschläge für bestimmte dort tätige vertragsärztliche Leistungserbringer – § 105 Abs. 4 SGB V).
- Maßnahmen, für die Mittel aus den Strukturfonds der KVen zur Finanzierung von Fördermaßnahmen zur Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung eingesetzt werden können (§ 105 Abs. 1a SGB V). Diese Maßnahmen reichen von Zuschüssen zu den Investitionskosten bei der Neuniederlassung, bei Praxisübernahmen oder bei der Gründung von Zweigpraxen über die Förderung von Eigeneinrichtungen nach § 105 Abs. 1c SGB V und von lokalen Gesundheitszentren für die medizinische Grundversorgung bis hin zu Zuschlägen zur Vergütung sowie zur Ausbildung und zur Vergabe von Stipendien.
- Entfall der Maßnahmen zur Fallzahlbegrenzung oder -minderung (§ 87b Abs. 3 SGB V).

Die finanziellen Anreize unterscheiden sich nach Art und Höhe teilweise erheblich zwischen den Kassenärztlichen Vereinigungen.

4.4.2 Handlungsebene: Flexibilisierung der Beschäftigungsverhältnisse

Andere Maßnahmen zielen auf eine Flexibilisierung der Beschäftigungsverhältnisse ab. So wurden bereits mit dem 2007 in Kraft getretenen Vertragsarztrechtsänderungsgesetz (VÄndG) sowie den vorangehenden Änderungen des Berufsrechts die Möglichkeiten für ambulant tätige Ärzte zur Berufsausübung an mehreren Standorten und als Angestellte deutlich erweitert. (BT 2006) Je nach KV-Region wird die Beschäftigung eines angestellten Arztes oder Psychotherapeuten in Regionen mit (drohender) Unterversorgung direkt bezuschusst und/oder per Investitionskostenzuschuss angereizt. Zuschüsse können auch für die Errichtung von Zweigpraxen vorgesehen sein.³⁴

Wie in Abschnitt 4.1 ausgeführt, sind sowohl der Anteil der Hausärzte in einem Angestelltenverhältnis und in Medizinischen Versorgungszentren als auch der Anteil der Hausärzte in einer Teilzeitbeschäftigung sowie ohne Übernahme eines vollen Vertragsarztsitzes in der letzten Dekade stark angestiegen. Die intensive Nutzung der erweiterten Optionen durch die (jungen) Hausärzte unterstreicht das ungebrochen starke Interesse der Nachwuchsmediziner daran, ihre Arbeit besser mit der Familie und ihren anderen Interessen in Übereinstimmung zu bringen und sich weniger durch medizinferne Tätigkeiten im Zusammenhang mit der Führung eines Praxisbetriebes und den Risiken einer Selbständigkeit zu belasten.

34 Bspw.: www.kvb.de/fileadmin/kvb/bilder/Praxis/KVB-Foerderungen-Praxen-Plakat.jpg. (Abruf am 12.04.2021)

4.4.3 Handlungsebene: Stärkung des Fachgebiets Allgemeinmedizin in der Aus- und Weiterbildung und Erhöhung der Studierendenzahlen

Ein weiterer wichtiger Schwerpunkt der Aktivitäten bestand und besteht in Maßnahmen, die auf eine Stärkung des Fachgebiets Allgemeinmedizin in der Aus- und Weiterbildung und auf die Erhöhung der Studierendenzahlen abzielen. Diese Maßnahmen können erst mit geraumer zeitlicher Verzögerung zu einer steigenden Zahl von Ärzten führen, die in der hausärztlichen Versorgung tätig werden können.

Mittlerweile gibt es an nahezu allen medizinischen Fakultäten in Deutschland vollständige Abteilungen oder Institute für Allgemeinmedizin (Beerheide und Richter-Kuhlmann 2020), von denen einige erst in den letzten Jahren etabliert worden sind. Zudem sind neue medizinische Fakultäten (bspw. Augsburg, Bielefeld, Bonn-Siegen oder Oldenburg) und private medizinische Hochschulen (Brandenburg) gegründet worden oder befinden sich im Aufbau. Noch im Beschlusstext des 122. Ärztetages 2019 heißt es: „Bund und Länder werden aufgefordert, unverzüglich darauf hinzuwirken, dass die Zahl der Medizinstudienplätze weiter und deutlich erhöht wird. Die Versorgung der immer älter und kränker werdenden Bevölkerung braucht dringend mehr Ärztinnen und Ärzte. Nur wenige ärztliche Aufgaben können delegiert werden.“ (BÄK 2019, S. 32) In einzelnen Bundesländern sind zudem Erhöhungen der Zahl der Medizinstudienplätze erfolgt oder befinden sich in Planung.³⁵

Die zunehmende Etablierung des Faches Allgemeinmedizin an den medizinischen Fakultäten drückt sich auch in innovativen Lehrkonzepten zur Vermittlung von Fertigkeiten, in neuen Prüfungskonzepten und in der longitudinalen Verankerung des Faches in den Curricula aus, die auch außerhalb von Modellstudiengängen etabliert werden können. (Beerheide und Richter-Kuhlmann 2020) Zum 1. Oktober 2025 soll eine neue Ärztliche Approbationsordnung in Kraft treten. (Richter-Kuhlmann 2020) Mit einem Teil der Änderungen wird das Ziel verfolgt, bei den Studierenden ein größeres Interesse am Fach Allgemeinmedizin zu wecken und mehr allgemeinmedizinischen Nachwuchs für die flächendeckende Versorgung zu gewinnen. Vorgesehen sind bspw. eine longitudinale Verankerung des Faches Allgemeinmedizin im Studium, die Ausdehnung der strukturierten und durch Seminare begleiteten Blockpraktika in

Hausarztpraxen auf sechs Wochen, die Quartalisierung des Praktischen Jahres und die Verankerung der Allgemeinmedizin als weiteres Prüfungsfach im abschließenden Staatsexamen. (DEGAM 2021b)

Die Stärkung des Faches Allgemeinmedizin im Studium ist insbesondere ein Ergebnis des im Jahr 2017 beschlossenen „Masterplans Medizinstudium 2020“, der zahlreiche Impulse zur inhaltlichen Neugestaltung von Studium und Weiterbildung gesetzt hat. Den Ländern wurde es ermöglicht, eine „Landarztquote“ einzuführen, mit der Nachwuchs für eine ärztliche Versorgung in unterversorgten und von Unterversorgung bedrohten ländlichen Regionen oder Planungsbereichen gewonnen werden soll. Die Länder können in ihren Hochschulzulassungsverordnungen bzw. Studienplatzvergabeordnungen festlegen, dass bis zu 10 % der bestehenden Medizinstudienplätze vorab an Bewerber vergeben werden können, die sich verpflichten, nach Abschluss des Studiums und der fachärztlichen Weiterbildung in der Allgemeinmedizin für bis zu zehn Jahre in der hausärztlichen Versorgung der o. g. Regionen des Studiumsbundeslandes tätig zu sein. (BMBF 2017) Bis Ende des Jahres 2020 hatten sieben Bundesländer die „Landarztquote“ umgesetzt, wobei der Anteil der reservierten Studienplätze i. d. R. unter den maximal möglichen 10 % liegt, und mehrere weitere Länder bereiten die Einführung vor. (LMS 2021) Wann und ob eine bundesweite Umsetzung der „Landarztquote“ erfolgen wird, ist nicht absehbar. Insbesondere einzelne Landesärztekammern lehnen diese Maßnahme ab.³⁶

Die Weiterbildung in der Allgemeinmedizin wird seit Ende der 1990er Jahre auch finanziell gefördert. Im Jahr 2010 wurden die finanzielle Förderung deutlich erhöht und infrastrukturelle Maßnahmen eingeleitet. So wurden die sog. Koordinierungsstellen initiiert, die die Koordination und Organisation der Förderung der Weiterbildung in der Allgemeinmedizin auf regionaler und ggf. überregionaler Ebene gewährleisten sollen. Die Koordinierungsstellen stellen in dieser Funktion insbesondere eine Informationsplattform und Vermittlungsstelle für die Ärzte in Weiterbildung und die zur Weiterbildung befugten Vertragsärzte und

35 Bspw.: www.aerztezeitung.de/Nachrichten/75-Studienplaetze-fuer-Landaerzte-in-Baden-Wuerttemberg-410235.html. (Abruf am 12.3.2021)

36 Bspw.: www.bundesaerztekammer.de/ueber-uns/landesaeztekammern/aktuelle-pressemitteilungen/news-detail/hessen-landesaeztekammer-hessen-erteilt-landarztquote-eine-absage/ (Abruf am 10.03.2021); www.bundesaerztekammer.de/ueber-uns/landesaeztekammern/aktuelle-pressemitteilungen/news-detail/schleswig-holstein-experten-lehnen-landarztquote-fuer-schleswig-holstein-ab/. (Abruf am 10.03.2021)

Krankenhäuser bzw. Weiterbildungsstätten dar. Im Jahr 2015 wurde die Weiterbildungsförderung als § 75a in das SGB V aufgenommen. Die im Sommer 2016 in Kraft getretene Vereinbarung gemäß § 75a SGB V regelt die Modalitäten der finanziellen Förderung von insgesamt mindestens 7.500 allgemeinmedizinischen Weiterbildungsstellen in vertragsärztlichen Praxen und Krankenhäusern pro Jahr. Im Jahr 2019 wurden bereits fast 8.000 allgemeinmedizinische Weiterbildungen mit ca. 4.450 Vollzeitäquivalenten finanziell gefördert. Zudem wurde die Einrichtung von sog. Kompetenzzentren Weiterbildung zur weiteren Stärkung der Qualität und Effizienz der allgemeinmedizinischen Weiterbildung initiiert. Die ersten Kompetenzzentren Weiterbildung haben im Sommer 2017 ihren geförderten Betrieb aufgenommen. Die Angebote der Zentren sollen insbesondere eine nahtlose Verbindung zwischen Studium und allgemeinmedizinischer Weiterbildung fördern sowie die Ärzte in Weiterbildung optimal auf eine ambulante Tätigkeit und Niederlassung vorbereiten. Inzwischen bieten sie in fast jeder KV-Region Begleitseminare und Mentoring-Angebote für Ärzte in Weiterbildung sowie Train-the-Trainer-Angebote für Weiterbildungsbefugte an. (KBV 2020a, b)

4.4.4 Handlungsebene: Entwicklung und Nutzung der Kompetenzprofile anderer Gesundheitsfachberufe

In den letzten Jahren wurden die Möglichkeiten behutsam erweitert, andere Gesundheitsfachberufe so zu qualifizieren und einsetzen zu dürfen, dass einzelne Leistungen, die bis dato ausschließlich dem ärztlichen Wirkungskreis zurechnen waren, auch von diesen Berufsgruppen erbracht werden können bzw. dürfen.³⁷

Hervorzuheben sind hier die Weiterbildungen von Medizinischen Fachangestellten zu VERAHs (Versorgungsassistenten in der Hausarztpraxis) und NÄPas (Nicht-ärztliche Praxisassistenten) bzw. EVAs (Entlastende Versorgungsassistenten). Die Kompetenzen und möglichen Aufgaben bspw. der VERAHs reichen von der Unterstützung

der Ärzte beim Fallmanagement über die Erstellung von Versorgungsplänen (in Zusammenarbeit mit dem Patienten und dem Hausarzt) bis hin zur Durchführung delegierter Assessments sowie eigenständiger Haus- und Pflegeheimbesuche und zur Beurteilung und Dokumentation chronischer Wunden sowie zu einer selbständigen Behandlungsdurchführung in Abstimmung mit dem Arzt. Bereits 12.500 Medizinische Fachangestellte haben sich zu VERAHs weiterqualifiziert. (IHF 2021)

Gleichzeitig wurden Vergütungen für Leistungen der höher qualifizierten MFA festgelegt, die es den Ärzten erlauben zu kalkulieren, ob eine Unterstützung der Weiterqualifizierung bereits beschäftigter MFA und/oder die Einstellung bereits speziell qualifizierter MFA für den (wirtschaftlichen) Praxisbetrieb lohnend sind. Berücksichtigen dürften die Ärzte auch, in welchem Maße hierdurch ihre eigene Arbeitsbelastung im Arbeitsalltag verringert und/oder ob eine bessere Versorgung und Koordination der Patienten erwartet werden können.

Hingegen spielen Pflegefachpersonen in Deutschland bislang – im Gegensatz zu Ländern mit einer üblicherweise höheren Primärversorgungsorientierung (vgl. Abschnitte 3.1 und 3.4) – in der ambulanten medizinischen Versorgung sowie bei der Versorgungskoordination und Patientensteuerung etc. noch keine bedeutendere Rolle. „(...) der geringe Grad an akademischer Durchdringung verhindert, dass wir auch in Deutschland zu einer mit der internationalen Entwicklung kompatiblen Aufgabenneueverteilung kommen und diese ausreichend qualifikatorisch absichern können.“ (Schaeffer 2017, S. 31) Die gesetzlich geschaffenen Möglichkeiten zur Erprobung neuer Modelle, die eine Übertragung von ärztlichen Tätigkeiten, bei denen es sich um selbständige Ausübung von Heilkunde handelt und für die die Angehörigen des im Pflegeberufegesetz geregelten Berufs auf Grundlage einer Ausbildung nach § 14 des Pflegeberufegesetzes qualifiziert sind, vorsehen (§ 63 Abs. 3c SGB V), wurden bislang kaum genutzt.

37 Grundlagen bilden die „Vereinbarung über die Delegation ärztlicher Leistungen an nichtärztliches Personal in der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung gemäß § 28 Abs. 1 S. 3 SGB V“ (https://www.bundes-aerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/MFA/Delegation_KBV_GKv.pdf (Abruf am 14.05.2021)) und die am 17.03.2019 in Kraft getretene „Vereinbarung über die Erbringung ärztlich angeordneter Hilfeleistungen in der Häuslichkeit der Patienten, in Alten- oder Pflegeheimen oder in anderen beschützenden Einrichtungen gemäß § 28 Abs. 1 Satz 2 SGB V oder in hausärztlichen Praxen“ (www.bundes-aerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/MFA/Delegationsvereinbarung.pdf (Abruf am 14.05.2021)).

Mit der Übertragung von ärztlichen Leistungen verbinden die Hausärzte insbesondere die Erwartungen, ihre Arbeitszeit zu entlasten, wieder mehr Zeit für den einzelnen Patienten zu haben und insgesamt mehr Patienten versorgen zu können. So stellten Goetz et al. (2017) in einer Befragung von bereits länger praktizierenden Hausärzten in Deutschland fest, dass etwa die Hälfte der Hausärzte eine positive Einstellung zur Delegation von Leistungen an nichtärztliche Gesundheitsfachberufe hat. Über 90 % der Hausärzte erwarten oder stellen durch die Delegation von Leistungen Zeitersparnisse fest und/oder erwarten bzw. haben mehr zeitlichen Spielraum, sich um einzelne Patienten mit hohem ärztlichen Versorgungsbedarf zu kümmern. 80 % der Hausärzte haben oder erwarten eine höhere Arbeitszufriedenheit. Etwa drei von vier Ärzten gehen davon aus, durch die Delegation von Leistungen eine größere Zahl von Patienten versorgen zu können. Etwa die Hälfte der Hausärzte hatten zum Befragungszeitpunkt bereits mindestens sieben unterschiedliche Tätigkeiten an ihre nichtärztlichen Teammitglieder delegiert, darunter nahezu durchweg Standardleistungen (EKG-Aufzeichnung, Blutzuckermessung o. Ä.). Nur von etwa einem Drittel dieser Hausärzte wurden auch Leistungen delegiert, die mehr Beratungsanteile beinhalten (bspw. Wundinspektionen). Bemerkenswert ist auch, dass nur jeder fünfte Arzt erwartet oder festgestellt hat, dass die Patienten die Leistungsdelegation nicht akzeptieren (würden). Lediglich 10 % der Hausärzte gaben an, über eine etwaige Substitution wichtiger Aspekte der bisher arztbasierten Gesundheitsversorgung besorgt zu sein. Jedro et al. (2020) bestätigen die prinzipiell hohe Akzeptanz einer erweiterten Aufgabenübernahme durch andere Gesundheitsfachberufe in der Bevölkerung. In einer repräsentativen Bevölkerungsbefragung äußerten mehr als zwei Drittel der Befragten ihre Bereitschaft, sich bei kleineren Erkrankungen auch ohne Arzt-Patienten-Kontakt ausschließlich von einer MFA versorgen zu lassen. Selbst bei chronischen Erkrankungen gaben etwas mehr als die Hälfte der Befragten an, dass eine ausschließliche Versorgung durch eine speziell dafür ausgebildete MFA für sie akzeptabel wäre. Eine ablehnendere Haltung gegenüber einer Übertragung ärztlicher Leistungen an MFA war insbesondere mit einem höheren Alter, dem Wohnsitz in der Region Westdeutschland und einer nichtdeutschen Staatsangehörigkeit assoziiert. In der Befragung wurde nicht näher zwischen der Delegation und der Substitution ärztlicher Leistungen unterschieden.

Eine Untersuchung von Mergenthal et al. (2016) zeigt, dass die Patienten nach Einschätzung von in der Hausarztzentrierten Versorgung (vgl. Abschnitt 3.6) tätigen VERAHs von deren erweitertem Aufgabenprofil profitieren. So sehen sich die VERAHs als zusätzliche Vertrauens- und Ansprechpersonen im Praxisteam, mit denen die Patienten auf einer niedrigschwelligen Ebene in Kontakt treten können. Die Einschätzung der VERAHs lautet, dass die Patienten durch ihr Wirken besser über die Erkrankung und die Therapie informiert sind und sich aktiver in die Behandlung einbringen. Die zusätzlichen Organisations- und Koordinationsleistungen verbessern nach Einschätzung der VERAHs zudem den Zugang der Patienten zum Versorgungssystem.

4.4.5 Weitere Handlungsebenen

Prolongation der Tätigkeit als niedergelassener Arzt in höherem Alter

Eine Maßnahme stellt auch die Bezuschussung der Praxisfortführung für Ärzte bei (drohender) Unterversorgung durch die Kassenärztlichen Vereinigungen dar. So bezuschusst bspw. die Kassenärztliche Vereinigung Bayerns die Praxisfortführung durch Ärzte ab dem 63. Lebensjahr für einen Zeitraum von maximal zwei Jahren mit bis zu 4.500 Euro je Quartal, sofern in dieser Zeit ein intensives Bemühen um die Sicherung der Praxisübernahme nachgewiesen wird. (KVB 2019)

Verpflichtung zum Betrieb von Eigeneinrichtungen durch die KVen bei festgestellter Unterversorgung

Mit dem im Jahr 2019 in Kraft getretenen TSVG wurden die KVen verpflichtet, bei festgestellter Unterversorgung spätestens nach Ablauf von sechs Monaten – als Ultima Ratio – die Versorgung durch den Betrieb von Eigeneinrichtungen sicherzustellen. (§ 105 Absatz 1c SGB V) In diesen Fällen sind die Ärzte – zumindest in der Startphase – bei der jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigung angestellt und müssen weder hohe Anfangsinvestitionen noch das wirtschaftliche Risiko des Praxisbetriebes tragen.³⁸ Diese Regelung dürfe das Interesse der Kassenärztlichen Vereinigungen weiter erhöhen, mit dem verfügbaren Instrumentenkasten (siehe vorn) Unterversorgung in einzelnen Planungsregionen zu verhindern.

38 Bspw.: www.kvb.de/praxis/niederlassung/kvb-eigeneinrichtung/. (Abruf am 21.03.2021)

4.5 Zusammenführung

Die gesundheitliche Primärversorgung wird in Deutschland weitgehend von den Hausärzten erbracht. Andere Gesundheitsfachberufe sind bislang gar nicht oder nur wenig involviert. Der auf eine Weiterentwicklung und Stärkung der Primärversorgungsebene auszurichtende Handlungsbedarf ist umso dringlicher, da – trotz der vielfältigen in den letzten zwei Jahrzehnten auf den unterschiedlichen Handlungsebenen ergriffenen Maßnahmen – mit einiger Sicherheit davon ausgegangen werden kann, dass sich die Mangelsituation bei den Hausärzten in den kommenden Jahren weiter verschärfen wird. Unsere Prognoserechnung ergibt für das Jahr 2035 etwa 11.000 unbesetzte Hausarztstellen. Fast ein Fünftel der Kreise wird dann hausärztlich unterversorgt sein (Versorgungsgrad < 75 %). Ländliche Regionen sind und werden am stärksten von der Erosion der hausärztlichen Versorgung betroffen sein.

Einzelne der zur Sicherstellung der hausärztlichen Versorgung ergriffenen Maßnahmen, wie bspw. die Erhöhungen der Zahl der Medizinstudienplätze und die Einführung von Landarztquoten, werden innerhalb des Prognosezeitraums aufgrund der langen Studiums- und Weiterbildungszeiten noch keine spürbare Entlastung bringen können. Thomsen et al. (2020) zeigen für Niedersachsen, dass sich bei Fortbestehen der gegenwärtigen Zulassungsbedingungen auch in Arztgruppen der allgemeinen fachärztlichen Versorgung in vielen Planungsbezirken, die derzeit aufgrund von Überversorgung gesperrt sind, Niederlassungsmöglichkeiten ergeben werden. Dazu zählen bspw. Frauenärzte, HNO-Ärzte oder Nervenärzte. Diese Perspektive könnte die Weiterbildungsentscheidungen der Studierenden mit entsprechenden negativen Konsequenzen für die in den letzten Jahren leicht angestiegene Allgemeinmedizinerquote beeinflussen.

Das Problem der Sicherstellung einer ausreichenden und weitgehend einheitlichen Primärversorgung in der Fläche wird sich durch die zunehmend stärker präferierte Form der Arbeit in Teilzeitmodellen und/oder in Anstellung weiter verstärken. Da zu erwarten ist, dass die Hausärzte in einem

insgesamt deutlich geringeren verfügbaren Zeitvolumen mehr Patienten versorgen und managen müssen, die zudem komplexere Behandlungsbedarfe haben, wird zudem die Arbeitslast im hausärztlichen Bereich eher zu- als abnehmen. Auch eine Implementierung noch stärkerer finanzieller Anreize, die die Entscheidungen für die Aufnahme einer allgemeinmedizinischen Weiterbildung und/oder eine Arbeitsaufnahme in unterversorgten und von Unterversorgung bedrohten Regionen befördern sollen, werden das Sicherstellungsproblem nicht allein lösen können.

Es müssen zusätzliche versorgungsstrukturelle Entwicklungen intensiv(er) vorangetrieben oder überhaupt erst initiiert werden, die mit hoher Wahrscheinlichkeit einen substantiellen Beitrag zur Steigerung der Attraktivität des Hausarztberufes – auch in ländlichen Regionen – leisten können. Diese versorgungsstrukturellen Entwicklungen müssen gleichzeitig auch geeignet sein, die Produktivität der Primärversorgungseinrichtungen – im Sinne der pro Arbeitsstunde durch die gesamte Einrichtung und ihr Personal „bearbeiteten“ Versorgungsaufgaben – substantiell zu erhöhen. Diese erforderliche Produktivitätssteigerung wird sich nur bewerkstelligen lassen, wenn neue Primärversorgungsstrukturen entstehen, in denen die Arbeit in multiprofessionellen Teams auf Basis optimierter und technisch besser unterstützter Prozesse organisiert ist.

Mit dem Wandel weg von analogen Prozessen hin zu digitalen Lösungen sind nicht unerhebliche Hoffnungen auf eine Entlastung des Gesundheitspersonals verbunden. Auch in Deutschland besteht die Erwartung, „... dass eine gute IT-Infrastruktur sowie digitale Anwendungen zu einer effizienteren Gestaltung des klinischen Alltags und einer verbesserten Versorgungsqualität führen“ (BJÄ 2020, S. 265). Ein vermehrter Technikeinsatz dürfte aber nur dann substantiell zur notwendigen Produktivitätssteigerung beitragen, wenn er im Rahmen grundsätzlich revidierter Versorgungsprozesse im Sinne einer koordinierten Arbeitsteilung innerhalb von und zwischen Versorgungseinrichtungen stattfindet (vgl. Abschnitt 3).

5

Neugestaltung der Versorgung zur Stärkung der Primärversorgung

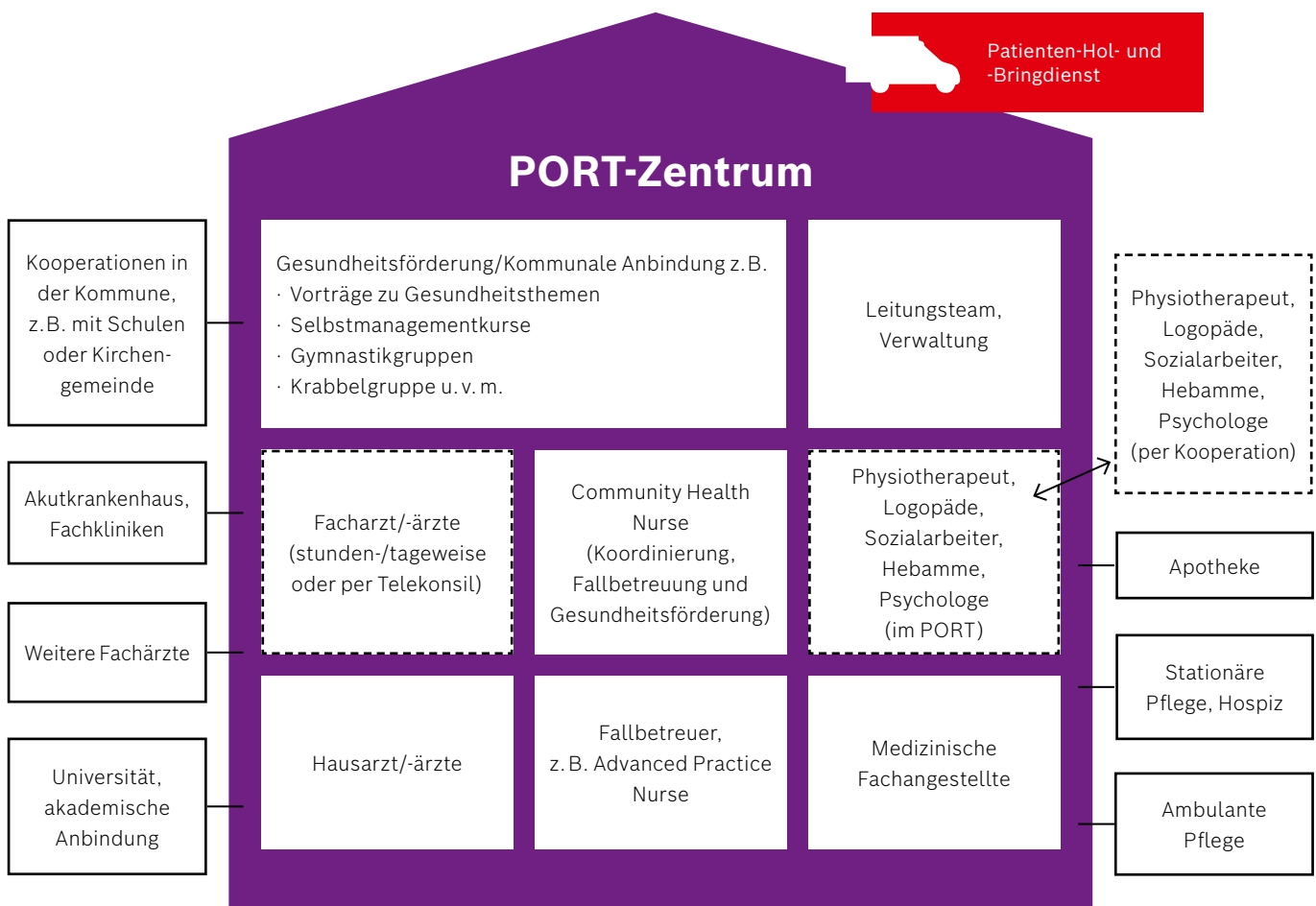
5.1 Patientenorientierte Zentren zur Primär- und Langzeitversorgung (PORT-Zentren)

Die Robert Bosch Stiftung fördert mit dem Programm „PORT – Patientenorientierte Zentren zur Primär- und Langzeitversorgung“ seit 2017 in über der Hälfte aller Bundesländer die (Weiter-)Entwicklung und den Aufbau von lokalen, inhaltlich umfassend aufgestellten Gesundheitszentren an mittlerweile 13 Standorten. In der Startphase des PORT-Programms wurden erste Initiativen für ein Jahr bei der Konzeptentwicklung unterstützt. Seit dem Jahr 2018 fördert die Robert Bosch Stiftung – nunmehr bereits in einer zweiten Förderphase – spezifische, von den Gesundheitszentren als weiterentwicklungsbedürftig angesehene Bausteine ihres Primärversorgungsansatzes.³⁹

Die Vorstellung der Robert Bosch Stiftung von PORT-Gesundheitszentren knüpft an das skizzierte WHO-Modell der Primärversorgung an, in dessen Kern gut vernetzte Primärversorgungsteams stehen (vgl. Abschnitt 3.1). Im PORT-Programm werden nicht „nur“ Prozessmodifikationen innerhalb der bestehenden Strukturen erprobt, sondern auch der Aufbau von Versorgungseinrichtungen bzw. regionalen Strukturen gefördert. Der Aufbau der Zentren und ihres Netzwerkes kooperierender Institutionen und Dienste macht sich an den Bedarfen der Bevölkerung im Einzugsgebiet sowie den Möglichkeiten der Gestaltung von Versorgung und der Übernahme von Versorgungsaufgaben durch die PORT-Zentren fest (vgl. Abbildung 9).

39 Die Aktivitäten der PORT-Initiativen werden zudem durch Vernetzungstreffen, (internationale) Fachtagungen, Expertenberatungen, Hospitationen und Studienreisen begleitet und fachlich vertieft.

Abbildung 9: Aufbau und Ausgestaltungsoptionen der Patientenorientierten Zentren zur Primär- und Langzeitversorgung (PORT-Zentren)



Quelle: Darstellung Robert Bosch Stiftung

Derartige Zentren werden seit einigen Jahren für Deutschland in unterschiedlichen Ausgestaltungsformen und üblicherweise mit einer Ausrichtung auf ländliche Regionen diskutiert (insbesondere „Lokale Gesundheitszentren zur Primär- und Langzeitversorgung“ (SVR 2014)). Andere

Konzepte fokussieren stärker auf die Absicherung basaler Funktionen kleinerer ländlicher Krankenhausstandorte über deren Transformation und engere Verknüpfung mit den lokalen ambulanten Versorgungsstrukturen (insbesondere „Intersektorale Gesundheitszentren“ (Schmid et al. 2018)).

Die Robert Bosch Stiftung hat die Funktionen der Primärversorgungszentren bzw. die Aufgaben und die Art der Leistungserbringung in einem entwickelten Primärversorgungssystem (vgl. Abschnitte 3.1 und 3.2) in ein Merkmalsset transferiert, welches grundsätzlich konstitutiv für geförderte PORT-Zentren ist. PORT-Zentren sollen:

- auf den regionalen Bedarf abgestimmt sein.
 - multiprofessionelle Teams aus Gesundheits-, Sozial- und anderen Berufen haben, die auf Augenhöhe arbeiten.
 - eine patientenzentrierte, koordinierte, kontinuierliche Versorgung „aus einer Hand“ entlang des Verlaufs- kontinuums umsetzen.
 - ein gutes Schnittstellenmanagement unterstützen bzw. an den Schnittstellen arbeiten.
 - den Patienten im Umgang mit seiner Erkrankung unterstützen.
 - Prävention und Gesundheitsförderung für die Einzugsbevölkerung miteinschließen.
 - kommunal gut eingebunden sein.
 - neue Potenziale, z. B. von E-Health, nutzen.
- (Robert Bosch Stiftung 2021)

Es wird u. a. erwartet, dass Gesundheitszentren, die sich in ihren Strukturen und Prozessen auf diese Merkmale ausrichten, auch Berufsgruppen mit neuer oder erweiterter Fachlichkeit (bspw. Community Health Nurses) gut integrieren und optimal einsetzen sowie die Vorteile der Digitalisierung besonders zielgerichtet heben können.

Die bisherigen PORT-Zentren demonstrieren in ihrer Vielfalt und mit ihren unterschiedlichen strukturellen und konzeptionellen Ausrichtungen die Flexibilität und Anpassungsfähigkeit von Primärversorgungszentren auf den regionalen Bedarf der Bevölkerung. So übernehmen die Zentren Versorgungsaufgaben für kleinere, aber auch für große Populationen (bspw. das Gesundheitsnetzwerk PORT Willingen-Diemelsee, der MVZ-Verbund Dachau), für enge lokale, aber auch für weite überregionale Gebiete (bspw. das Ärztezentrum Büsum, der MVZ-Verbund Dachau) und sind sowohl im dünn besiedelten ländlichen als auch im hoch verdichteten städtischen Raum beheimatet (bspw. das

PORT Gesundheitszentrum Schwäbische Alb Hohenstein, die Poliklinik Veddel in Hamburg). Teilweise haben die Zentren eine starke Ausrichtung auf hochbetagte, geriatrische, hausbesuchspflichtige Menschen, zum Teil fokussieren die Zentren stärker auch auf jüngere Personengruppen mit erhöhten Zugangsbarrieren in Bezug auf das Gesundheitssystem (bspw. das Hausarztzentrum Brüggen, das Gesundheitskollektiv Berlin). Es gibt Zentren, die alle PORT-Dienstleistungen unter einem Dach anbieten, aber auch Zentren, deren Leistungserbringer an unterschiedlichen Orten tätig sind (bspw. das PORT Gesundheitszentrum Schwäbische Alb Hohenstein, das Gesundheitsnetzwerk PORT Willingen-Diemelsee). Zum Teil verfügen die Zentren über eine sehr breite personelle Ausstattung der angebotenen Dienste, teilweise werden wesentliche Zentrumsfunktionen auch bei einer weniger breiten personellen Ausstattung realisiert (bspw. das Hausarztzentrum Brüggen, das Gesundheitsnetzwerk PORT Willingen-Diemelsee). Es gibt Zentren mit einer starken hausärztlichen Prägung und solche, die stärker vom Wirken anderer Berufsgruppen geprägt sind (bspw. das Zentrum der medizinischen Versorgung Darmstadt-Dieburg, das Heilhaus Kassel oder die Poliklinik Veddel). Zum Teil haben die Zentren in ihrer Standortregion eine „marktdominierende“ Position im primärärztlichen Leistungssegment, zum Teil stellen sie (auch) in diesem Leistungssegment gemeinsam mit länger etablierten Hausarztpraxen die ärztliche Primärversorgung sicher.

Die Zentren unterscheiden sich zudem im Hinblick auf ihre Größe bzw. auf die Anzahl der eingebundenen Mitarbeiter und in diesem Zusammenhang auch dahingehend, in welchem Umfang sinnvollerweise zentral zu organisierende bzw. auszuübende Zentrumsfunktionen auch von hauptamtlich Tätigen oder externen Dienstleistern übernommen werden und die Beschäftigten in den Gesundheitsfachberufen von sog. Overhead-Arbeiten entlastet sind. Auch die realisierten Trägerschaftskonstruktionen unterscheiden sich. Unter den PORT-Zentren befindet sich bspw. auch das Ärztezentrum Büsum, welches bei seiner Gründung im April 2015 bundesweit die erste derartige kommunale Eigeneinrichtung war.

5.2 Ergebnisse der Evaluation der etablierten PORT-Zentren

Die im Jahr 2020 vom IGES Institut für die Robert Bosch Stiftung durchgeführte Evaluation des PORT-Programms stützte sich außer auf eine Sichtung der Förderunterlagen und Berichte der Zentren auf schriftliche Befragungen aller Zentrumsleitungen sowie der Stakeholder von vier ausgewählten Zentren. In diesen vier Zentren wurden zudem Interviews mit den Hauptverantwortlichen, mit angestellten Mitarbeitern, mit weiteren in die Zentren eingebundenen Gesundheitsdienstleistern sowie mit einzelnen Patienten der Zentren durchgeführt.

Bezüglich der Umsetzung der einzelnen PORT-Merkmale hat die Evaluation in den Zentren unterschiedliche Entwicklungsstände festgestellt. Die Leistungsangebote, -strukturen und -prozesse werden von den Zentren schrittweise weiterentwickelt und professionalisiert. Der im Rahmen des PORT-Programms in vielen Zentren realisierten Konzipierung, Qualifizierung und Förderung von Stellen/Personen – insbesondere im Bereich Care- und Case-Management, Lotsen, Community Health Nurses etc. – kommt in den Zentren besondere Bedeutung zu. Dieses zusätzliche Personal konnte die Arbeit der Zentren entsprechend der PORT-Philosophie erheblich befördern. Es ist auch für die Außenwirkung der Zentren und für die Wahrnehmung der Zentren in der Bevölkerung bedeutsam. Gleichzeitig zeigte die Evaluation, dass solche gänzlich neu integrierten und anfänglich noch unbekannten Zentrumsangebote von der Bevölkerung erst nach einer gewissen „Anlaufzeit“ angenommen werden. Nach der Etablierung dieser Angebote übersteigt die Nachfrage dann in vielen Fällen die vorhandenen personellen Kapazitäten.

Die Vernetzung der Zentren ist auf der regionalen Ebene insgesamt sehr breit und mannigfaltig. Sie ist insbesondere davon abhängig, wie lange sie bereits aktiv sind und welche Leistungserbringer, -angebote und spezifische Kompetenzen in ihnen unter einem Dach und/oder einem Namen vereint sind. Die Zentren richten ihre Vernetzungsaktivitäten insbesondere auf solche Netzwerkpartner aus,

die zu einer sinnvollen Abrundung des Gesamtleistungsportfolios beitragen können, die für die Gestaltung von optimierten Versorgungslösungen benötigt werden und die für Impulse der PORT-Zentren zugänglich sind. Die Hälfte der Zentren arbeitet mit schriftlich dokumentierten Behandlungspfaden, die teilweise auch mit externen Partnern im Netzwerk abgestimmt sind. Eine Hälfte der Zentren hat Fallkonferenzen mit externen Kooperationspartnern etabliert, die teilweise sogar wöchentlich durchgeführt werden (insbesondere mit Kliniken, Altenheimen und Pflegediensten, Sozialarbeitern der Kommunen und anderen Mitarbeitern des Sozial- und Jugendamtes sowie ehrenamtlichen Hilfsdiensten). Die Zentren sind bemüht, in der Standortregion etablierte Leistungserbringer kooperativ zu integrieren. Teile ihrer Angebote (Lotse, Case Management) stehen grundsätzlich auch für die Nutzung durch andere Leistungserbringer und deren Klienten offen. Den Zentren gemeinsam ist die Zielstellung, mit der Struktursicherung und/oder dem Strukturaufbau bereits aktuell oder perspektivisch einen wichtigen Beitrag zur Sicherung und Weiterentwicklung einer qualifizierten Primärversorgung in der Region zu leisten.

Hervorzuheben ist die bei zwei Dritteln der Zentren bestehende kontinuierliche Zusammenarbeit mit politischen Akteuren (Ortsvorsteher, Bürgermeister, Landrat). In einigen Fällen sind die Zentren aus den Überlegungen und Anstrengungen zur Sicherung und zukunftsfesten Gestaltung der medizinischen Primärversorgung vor Ort entstanden oder angeregt worden, die von der Kommunal- und Kreispolitik unternommen wurden. Hier sind die Zentren oft auch in Gesundheitskonferenzen und Arbeitsgruppen der Landkreise und auch auf lokaler Ebene eingebunden. Zum Teil ist die Kommune Träger des Zentrums. In einzelnen Fällen ergaben sich in der Evaluation aber auch Hinweise darauf, dass das politische Augenmerk noch kaum auf die Aspekte der Sicherung und Entwicklung der lokalen Primärversorgung gerichtet ist und die Unterstützung der Zentren trotz deren Bemühungen nur gering ausfällt.

Die Zentren sind kommunal überwiegend gut und breit eingebunden und arbeiten mit einer Vielzahl kommunaler Akteure kontinuierlich zusammen (bspw. lokale Vereine für Aktivitäten der Freizeitgestaltung und bürgerschaftliches Engagement, Kirchengemeinden, Selbsthilfegruppen, kommunale Beratungsstellen). In 75 % der Zentren sind auch ehrenamtliche Helfer in den Zentren tätig und decken ein breites Spektrum an Aufgaben (mit) ab (bspw. beratende Tätigkeiten im Rahmen der mobilen Gesundheitsberatung, Sterbebegleitung, Fahrdienste, Begleitungen zu Behörden und Ärzten, Besuchsdienste oder Hilfen im Haushalt).

Die Teamkultur und -arbeit sind ausgeprägt und profitieren erheblich von der häufig räumlich engeren Konzentration der Leistungserbringer in den Zentren. Die Mitarbeiter und die in die Zentren eingebundenen Dienstleister betonen die Vorteile des vereinfachten Austauschs und der verbesserten Koordination patientenbezogener Anliegen und Sachverhalte. Der patientenbezogene (personenzentrierte) Austausch zwischen den Berufsgruppen wurde zum Zeitpunkt der Evaluation bereits in der Hälfte der Zentren auch über interne Fallkonferenzen intensiviert bzw. strukturiert. In fast allen Zentren gibt es mindestens einmal pro Monat Besprechungen, in denen sich die Mitarbeiter über die Erfahrungen mit den Strukturen und Prozessen im Zentrum austauschen, Optimierungsmöglichkeiten „auf Augenhöhe“ erörtern und die Umsetzung dieser Möglichkeiten vorbereiten. Auf diesem Weg haben die Zentren vielfältige Verbesserungen erreicht, die eine multiprofessionelle Teamarbeit befördern (Entwicklung eines neuen Miteinanders, Änderung des Rollenverständnisses, interprofessionelle Zusammenarbeit, fachlicher Austausch u. Ä.). In fast der Hälfte aller Zentren gab es im Jahr 2019 ein Fortbildungsprogramm zum Thema „Zusammenarbeit in multiprofessionellen Teams“, welches auch auf nahezu alle in diesen Zentren tätigen Berufsgruppen ausgerichtet war. Von den interviewten Mitarbeitern wurde eine hohe Zufriedenheit mit den Zentrumsstrukturen und den Möglichkeiten zur Ausgestaltung ihrer Arbeit geäußert.

Die Leistungsangebote der Zentren im Bereich Prävention und Gesundheitsförderung umfassen bei mindestens der Hälfte aller Zentren Präventionskurse, Patientenschulungen/Selbstmanagementkurse, Angebote der Ernährungs-

beratung, aufsuchende Beratungen zu Gesundheitsthemen, aber auch Vorträge und Veranstaltungen zu Gesundheitsthemen, die teilweise in den Zentrumsräumlichkeiten abgehalten werden.

Bei Patienten/Klienten, in der Bevölkerung und bei den Stakeholdern ist die Zufriedenheit mit den vertiefend evaluierten Zentren hoch. Die Zentren selbst sind durchweg davon überzeugt, einen größeren Beitrag zur Verbesserung der Primärversorgung in ihrer Region als zu Beginn ihrer Teilnahme am PORT-Programm der Robert Bosch Stiftung zu leisten. Während der Laufzeit der ersten Förderphase wurden die Zentren von zahlreichen Akteuren aus anderen Regionen besucht, die sich für die Übertragbarkeit der in den Zentren gewonnenen Erkenntnisse interessierten.

Ein Schwerpunkt der Evaluation war es, zu eruieren, inwieweit die von den Zentren zur Optimierung der regionalen Primärversorgung der Bevölkerung angestoßenen und bereits realisierten Veränderungen nachhaltiger Natur sind, d.h. auch nach dem Auslaufen der Förderung durch die Robert Bosch Stiftung beibehalten werden können. Nach Einschätzung der Zentren können die PORT-Merkmale „Zusammenarbeit und Einbindung in die Kommune“, „Integration vor Prävention und Gesundheitsförderung“, „Patientenzentrierung, die sich in den Arbeitsabläufen widerspiegelt“ sowie „Ausrichtung der Versorgungsschwerpunkte auf den regionalen Bedarf“ mit den etablierten Strukturen und Prozessen auch weiterhin unterlegt werden.

Andere PORT-Merkmale, die insbesondere zu einer Überwindung der Defizite in der hiesigen (Primär-)Versorgung beitragen (Arbeit in multiprofessionellen Teams, die aufeinander abgestimmt und auf Augenhöhe zusammenwirken, gutes Schnittstellenmanagement bzw. Arbeit an den Schnittstellen), bedürfen der Unterstützung und Förderung durch die Politik. Die Umsetzung dieser Merkmale ist ressourcenintensiv und wird in/von den Zentren üblicherweise durch Leistungen, Angebote und Instrumente (z. B. interdisziplinäre Fallkonferenzen, intensiviertes Fallmanagement und Langzeitversorgung) unterstützt, die häufig von der Robert Bosch Stiftung gefördert werden, da sie derzeit nicht regelhaft vergütet werden.

5.3 Sichtweisen von Stakeholdern auf Primärversorgungscentren und auf neue Formen der Zusammenarbeit der in der Primärversorgung Tätigen

In diesem Abschnitt sind Sichtweisen und Positionen relevanter Stakeholder-Gruppen zusammengestellt, die sich auf die Weiterentwicklung der Strukturen und Formen der Zusammenarbeit der Gesundheitsfachberufe in ggf. neuen Organisationsstrukturen beziehen. Im Rahmen dieser Studie war es nicht möglich, hierzu eine systematische Recherche durchzuführen. Insofern dürften die nachfolgend aufgeführten Akteursgruppen und Institutionen nur exemplarisch für ein ggf. noch breiteres Spektrum von Akteuren stehen, die grundsätzlich eine Weiterentwicklung der hiesigen Primärversorgung befürworten.

5.3.1 Medizinstudierende

Die Bundesvertretung der Medizinstudierenden in Deutschland e.V. (bvmd) setzt sich in ihrem Mitte 2018 auf der bvmd-Medizinstudierendenversammlung beschlossenen Positionspapier „Wie können wir Ärzt*innen motivieren, als Landärzt*in zu arbeiten? – Strategien zur Begegnung des Haus- und Landärztemangels“ mit Lösungskonzepten auseinander, die dazu beitragen, den Beruf des Landarztes wieder attraktiv zu gestalten. Die bvmd fordert bspw. eine zukünftig mehr auf die Sicherstellung der Gesundheit in einer Region ausgerichtete Allgemeinmedizin, die sowohl die Koordination der Gesundheitsförderung als auch das Management der Patienten im Gesundheitssystem umfasst. Um dieses neue bzw. erweiterte Rollenbild einnehmen zu können, müssten die Strukturen von „Einzelkampfpraxen“ hin zu Netzwerken, Gesundheitszentren/-Campus – regionale, interprofessionelle Gesundheitszentren, die Anlaufstelle für alle Fragen der Gesundheit sind – und interprofessionellen Gesundheitsteams in nichtärztlicher Trägerschaft weiterentwickelt werden. Exemplarisch wird ausgeführt, dass in einem Gesundheitszentrum unter ärztlicher oder anderer Leitung ein interprofessionelles Team aus den Bereichen der ärztlichen Versorgung (verschiedene Fachrichtungen), Pflege, Physiotherapie und anderen Gesundheitsberufen tätig sein könnte. Sprechstunden könnten ebenso stattfinden wie Beratungen, Präventions- und Therapieangebote oder Selbsthilfegruppen sowie die

Koordination der medizinischen Versorgung der ländlich gelegenen Orte (z. B. durch Filialpraxen, mobile Praxen). (bvmd 2018)

Betont wird von der bvmd, dass im Rahmen des Versorgungskonzepts auch über die Delegation und Substitution ärztlicher Tätigkeiten wie z. B. die Durchführung von Hausbesuchen, die Betreuung chronisch Kranker oder die Wundversorgung nachgedacht werden sollte. Um berufliche Entwicklungsmöglichkeiten für Landärzte zu etablieren, sollten Angestelltenverhältnisse geschaffen werden, die dann in Niederlassungen oder Leitungs- und Koordinationsstellen von Netzwerken/Gesundheitszentren münden können. (bvmd 2018)

Im „Berufsmonitoring Medizinstudierende 2018“ gaben ca. 68 % der befragten Studierenden an, dass sie Entwicklungen hin zu einer Übertragung von ärztlichen Aufgaben an andere medizinische Berufsgruppen begrüßen, während etwa 15 % derartige Entwicklungen ablehnen. In der Befragung zum „Berufsmonitoring Medizinstudierende 2014“ sprachen sich noch etwa 51 % der Befragten für und etwa 22 % gegen solche Entwicklungen aus. (KBV 2019)

5.3.2 Fachgesellschaften

Die Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM) führt in ihren Zukunftspositionen „Allgemeinmedizin – spezialisiert auf den ganzen Menschen“ aus dem Jahr 2012 unter Punkt 2, „Die Hausarztpraxis der Zukunft ist eine Teampraxis“, aus, dass Hausärzte zunehmend in hausärztlichen Teams sowie im Team mit Angehörigen anderer Berufsgruppen (insbesondere den Medizinischen Fachangestellten, Pflegekräften, Physio-/Ergotherapeuten, Sozialarbeitern etc. und anderen Disziplinen (anderen Fachärzten, Psychologen etc.)) zusammenarbeiten wollen und müssen. Diese teambasierte Versorgung könne es ermöglichen, die steigenden Anforderungen der Versorgung chronisch Kranker zu bewältigen und dennoch eine bessere Vereinbarkeit von Familie und Beruf (Tätigsein

in Teilzeitmodellen und/oder als Angestellter) zu erreichen. Betont wird in diesem Zusammenhang, dass die jeweiligen Honorierungs- und Anreizsysteme einer erfolgreichen Teamarbeit nicht entgegenstehen dürfen. (DEGAM 2012)

Im DEGAM-Positionspapier „Wir brauchen ein Primärarztsystem“ aus dem Jahr 2018 finden sich hingegen kaum Bezüge auf die Notwendigkeit einer teambasierten Versorgung der Patienten in der hausärztlichen Praxis. Hinsichtlich der Definition von Primärversorgung wird auf entsprechende Aktivitäten der Arbeitsgruppe Allgemeinmedizin der Bundesärztekammer verwiesen, bei denen „die Primärversorgung durch ein hausarztgeleitetes Team von Fachkräften“ in den Mittelpunkt gestellt wird. (DEGAM 2018) Auch in dem Papier zu den Hintergründen für das DEGAM-Positionspapier wird auf die Ausgestaltung von Primärversorgungsteams nur zurückhaltend eingegangen. Betont wird, dass Hausärzte durch eine zusätzliche Einbindung von besonders qualifiziertem medizinischen Fachpersonal in ein hausärztliches Behandlungsteam entlastet, aber nicht ersetzt werden können. Arztentlastende Effekte würden allerdings längst genutzt und zusätzliche Optionen würden durch die notwendigerweise große Bandbreite der hausärztlichen Tätigkeit begrenzt. Das strukturierte Ineinandergreifen (primär-)ärztlicher, pflegerischer, therapeutischer und sozialer Leistungsbereiche im Rahmen der integrierten Versorgung könne die primärärztliche Versorgung entlasten. Dies sei insbesondere durch berufsgruppenübergreifend aufeinander abgestimmte Zusammenarbeit, interprofessionell ausgerichtete Behandlungspfade sowie ein berufsgruppenübergreifendes DMP und gemeinsam abgestimmte (Mindest-)Qualitätsstandards möglich. (Popert et al. 2018)

5.3.3 Bund, Länder, Kommunen

Die wesentlichen auf eine Stärkung der Primärversorgung zielenden gesetzgeberischen Aktivitäten erstreckten sich in den vergangenen Jahrzehnten auf die im Abschnitt 4.4 beschriebenen Handlungsebenen und Maßnahmen. Unter den auf strukturelle Weiterentwicklungen ausgerichteten Aktivitäten ist die Flexibilisierung des Zulassungsrechts, insbesondere aber die Einführung der Möglichkeit zur Gründung von medizinischen Versorgungszentren durch das Gesundheitsmodernisierungsgesetz im Jahr 2004, hervorzuheben. Diese Öffnungen waren stark von der Erwartung getrieben, dass es diese neuen Betriebsformen Anbietern erleichtern würden, eine Sicherung der Versorgung im ländlichen Raum zu übernehmen und dauerhaft zu gewährleisten.

Zum 31.12.2019 waren allerdings nur etwa 14 % der MVZ in ländlichen Gemeinden angesiedelt (in Kernstädten: 48 %, in Ober- und Mittelzentren: 38 %). In 45 % aller MVZ waren auch Hausärzte tätig. (KBV o.D.)

Speziell für Primärversorgungszentren finden sich im SGB V keine Regelungen. Der Begriff der „lokalen Gesundheitszentren für die medizinische Grundversorgung“ kommt im SGB V lediglich im § 105 Absatz 1a vor, der sich mit den möglichen Verwendungszwecken der Mittel der Strukturfonds der KVen befasst.

Auf der Ebene der Länder und Kommunen sind in den letzten Jahren vermehrte Initiativen zu beobachten, die auf eine Erprobung und/oder Förderung von überwiegend primärversorgenden Gesundheitszentren ausgerichtet sind. So sind bspw. in Schleswig-Holstein bereits über ein halbes Dutzend Gesundheitszentren nach dem „Büsumer Modell“ unter Förderung des Landes errichtet worden, in denen die Gemeinde die Mediziner im Gesundheitszentrum anstellt und die wirtschaftliche Verantwortung des Praxisbetriebes trägt. (MILIG 2020) In Niedersachsen sollen drei regionale Versorgungszentren (RVZ) als Modellprojekte zur Verbesserung der Daseinsvorsorge unter Förderung des Landes entstehen. In diesen Zentren soll die Hausarztversorgung dem regionalen Bedarf entsprechend mit anderen Angeboten (Hebammendienst, Pflegeangebote, soziale Beratungsangebote, Physiotherapie etc.) verbunden werden. (MB Niedersachsen 2020) Auf der Ebene der Kommunen zeigt sich nach unserer Einschätzung ein beschleunigter Trend hin zur Gründung kommunaler MVZ.⁴⁰ Soweit ersichtlich, erfolgen Gründungen kommunaler MVZ insofern überwiegend aufgrund einer lokalen Mangelsituation bei Hausärzten und folgen dann keinem Konzept, das den Aufbau zukunfts-fähiger Primärversorgungsstrukturen (mit) berücksichtigen würde.

40 Bspw.: Schleswig-Holstein: aegnord.de/weitere-kommunale-medizinische-versorgungszentren-in-planung/ (Abruf am 12.04.2021), Bayern: www.dostal-partner.de/bayerns-erstes-kommunales-medizinisches-versorgungszentrum-interview/ (Abruf am 12.04.2021), Hessen: www.dostal-partner.de/zukunftsfeld-kommunale-medizinische-versorgungszentren/. (Abruf am 12.04.2021)

5.3.4 Krankenkassen

Die Innungskrankenkassen sprechen sich in ihrem „Positionspapier zur Bundestagswahl 2021“ (Teil A) unter der Überschrift „Abbau von Unter-, Über- und Fehlversorgung“ dafür aus, „Gesundheitszentren im ländlichen Raum“ zu schaffen, um die Versorgung mit Basis- und Notfallleistungen sowohl ambulant wie auch stationär im dünner besiedelten Raum zu sichern. Unter der Überschrift „Ausbau von Kooperation, Delegation und Substitution“ wird zudem eine Änderung der Aufgabenteilung zwischen Ärzten und nichtärztlichen Berufsgruppen entsprechend deren Kompetenz (zur Entlastung ärztlicher Strukturen) gefordert. (IKK 2021)

Der Dachverband der Betriebskrankenkassen hat im Jahr 2020 den schrittweisen Aufbau kommunaler pflegerischer Versorgungszentren (KpVZ) unter der Leitung entsprechend hochqualifizierter Pflegefachpersonen (Advanced Practice Nurses) vorgeschlagen. Die Zentren sollen insbesondere die Versorgung älterer und pflegebedürftiger Menschen sichern, koordinieren, vernetzen und bündeln. „Für Menschen mit stabilen chronischen Erkrankungen erfolgt in diesen neuartigen pflegerischen Versorgungszentren die Versorgung im Sinne eines Case Managements durch speziell ausgebildete Pflegefachkräfte, die im Bedarfsfall die notwendigen ärztlichen und nichtärztlichen Professionen hinzuziehen. Beratung, Schulung und Anleitung zum Selbstmanagement, aber auch diagnostische und therapeutische Entscheidungen bei Bagatellverletzungen und -erkrankungen sowie stabilen chronischen Erkrankungen entlang der interprofessionell abgestimmten Therapieziele nehmen hierbei eine wichtige Rolle ein. (...) Ein weiteres Aufgabefeld liegt im Bereich der Prävention, Gesundheitsförderung und Gesundheitsbildung.“ (BKK DV 2020, S. 5)

Die AOKs haben im Februar 2019 ihre Initiative „Stadt.Land.Gesund“ gestartet, mit der insbesondere die Bedürfnisse der ländlichen Bevölkerung mehr in den Fokus gerückt und innovative Versorgungsansätze im Gesundheitsbereich ausgeweitet werden sollen. In diesem Zusammenhang wurde hervorgehoben, dass die AOKs bundesweit eine Vielzahl von Projekten initiiert haben und/oder begleiten, in denen es um die Erprobung alternativer Versorgungsformen in ländlichen Regionen geht. (AOK-BV 2019) In einem Anfang 2021 erschienenen Beitrag wird spezifisch auf Projekte

der AOKs eingegangen, in denen die interdisziplinäre Zusammenarbeit unter Führung bzw. unter Beteiligung von Pflegefachpersonen vorangetrieben wird. Betont wird die zukünftige Bedeutung von Community Health Nurses, „... um den heutigen Defiziten in der Koordination und Kommunikation entgegenzuwirken und die Versorgung personenzentrierter zu gestalten“ (Szepan 2021).

5.3.5 Parteien

Die CDU hat im Oktober 2020 im Eckpunktepapier „Gute Gesundheitsversorgung in ländlichen Regionen“ des Bundesausschusses „Gleichwertige Lebensverhältnisse in Stadt und Land“ (CDU 2020) eine Vielzahl von Maßnahmen zusammengeführt, mit denen Versorgungsprobleme auf dem Land verhindert werden sollen.⁴¹ Auf neue Versorgungsstrukturen und Modelle der Arbeitsteilung in der Primärversorgung nimmt das Papier unter der Überschrift „Örtliche Gesundheitszentren und Gemeindeschwestern“ wie folgt Bezug: „In Kommunen ohne Hausarzt sollten in Absprache mit der umliegenden Ärzteschaft Gesundheitszentren eingerichtet werden, in denen Ärzte Vor-Ort-Sprechstunden abhalten. Grundsätzlich können dort auch Gemeindeschwestern arbeiten, die von Ärzten mit Assistententätigkeiten beauftragt werden. Auf den Erfahrungen der zahlreichen Modellprojekte sollte die gesetzliche Grundlage für die Tätigkeit und Vergütung von Gemeindeschwestern weiterentwickelt werden.“ (CDU 2020, S. 8) Vorgeschlagen wird zudem, die sektorübergreifende Zusammenarbeit weiterzuentwickeln. „Für eine optimale medizinisch-pflegerische Versorgung der Menschen im ländlichen Raum müssen die Sektorengrenzen sowohl zwischen ambulant und stationär abgebaut als auch die Gesundheitsförderung und Prävention, Rehabilitation, Pflege, Arzneimittelversorgung, soziale und kommunale Angebote sowie die Palliativversorgung miteinander verknüpft werden. Das kann durch mehr Transparenz und Information, insbesondere durch digitale Kommunikation, gemeinsame Behandlungspläne, sektorübergreifende Bedarfsplanung in Bezug auf Krankenhäuser, niedergelassene Ärzte und Notfallversorgung, lückenlose und sektorenübergreifende Qualitätssicherung, sektorenunabhängige Vergütung gleicher Leistungen sowie die Verringerung bzw. Überwindung von Schnittstellen geschehen.“ (CDU 2020, S. 11)

41 archiv.cdu.de/system/tfd/media/dokumente/gesundheitspapier_-_beschluss_bfa_gleichwertige_lebensverhaeltnisse.pdf?file=1. (Abruf am 14.05.2021)

Mitte März 2021 haben Bündnis 90/Die Grünen ihren Programmentwurf zur Bundestagswahl 2021 (Die Grünen 2021) öffentlich gemacht. Darin wird unter der Überschrift „Gesundheitsämter stärken“ eine Stärkung des öffentlichen Gesundheitsdienstes als Zielstellung angegeben, wofür auch eine stärkere Einbindung pflegerischer Fachkräfte als sog. Community Health Nurses oder in der Schulgesundheitspflege erfolgen soll. Unter der Überschrift „Gute gesundheitliche Versorgung in Stadt und Land“ wird ausgeführt, dass eine Förderung von Gesundheitsregionen mit enger Anbindung an die Kommunen angestrebt werden soll. Weiter heißt es: „Gleichzeitig wollen wir die interdisziplinäre Zusammenarbeit zwischen den Gesundheitsberufen stärken. Denn die Versorgung muss von den Patient*innen aus gedacht werden. Dafür wollen wir insbesondere die Einrichtung von kommunalen Gesundheitszentren unterstützen, in denen alle Gesundheitsberufe auf Augenhöhe zusammenarbeiten. Die Aufgabenverteilung im Gesundheitswesen werden wir so reformieren, dass Gesundheits- und Pflegeberufe mehr Tätigkeiten eigenverantwortlich übernehmen können.“ (Die Grünen 2021, S. 65)

5.3.6 Weitere Stakeholder

Der Sachverständigenrat für die konzertierte Aktion im Gesundheitswesen bzw. zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen hat bereits frühzeitig auf die Notwendigkeit einer Weiterentwicklung der Primärversorgung in Deutschland hingewiesen, die auch mit einer Neuverteilung der Aufgaben im Gesundheitswesen verbunden sein muss. In seinem Gutachten aus dem Jahr 2014 hat der Sachverständigenrat das Konzept von lokalen Gesundheitszentren zur Primär- und Langzeitversorgung (LGZ) vorgeschlagen, dem das PORT-Modell (vgl. auch Abschnitt 5.1) stark ähnelt. (SVR 2014)

Der Governance Report 2019 der Hertie School empfiehlt den Aufbau einer Infrastruktur mit integrierter Versorgung und multiprofessionellen Gesundheitszentren, die von allen Patienten erreicht werden können. Diese Gesundheitszentren sollen als erste Anlaufstelle (zusammen mit einer sektorübergreifenden Krankenhausversorgung) die Kontinuität der Gesundheitsversorgung in allen Bereichen des Gesundheitssystems gewährleisten. Zudem wird empfohlen, die Kompetenzen der nichtärztlichen Gesundheitsberufe zu stärken und die Kommunikation, Koordination und Zusammenarbeit in der medizinischen Fachbetreuung dringend zu fördern. (Governance Report 2019)

5.4 Modellrechnung für einen flächendeckenden Zugang der Bevölkerung zu PORT-Zentren

Die im Jahr 2020 veröffentlichte Studie der Robert Bosch Stiftung „Vom PORT-Gesundheitszentrum zur regionalen Primärversorgung“ beschreibt die vier Phasen, die zur flächendeckenden Versorgung einer Region mit PORT-Zentren zu absolvieren sind. An eine initiale Bedarfs-erhebung und Konzeptionalisierung (Phase 1) schließt sich der Aufbau eines ersten PORT-Zentrums als Hub (Phase 2) an. Im Idealmodell folgen in der Phase 3 der Aufbau weiterer PORT-Zentren und in der Phase 4 die kontinuierliche Evaluation und Anpassung der initial getroffenen Annahmen, indem die Qualität der Strukturen, Prozesse und Ergebnisse systematisch erfasst und bewertet sowie die notwendigen Modifikationen auf der Struktur- und Prozessebene abgeleitet und initiiert werden. (Schmid et al. 2020a)

Die Studie und ein auch daraus abgeleitetes Thesenpapier der Robert Bosch Stiftung zur „Umsetzung, Vergütung und Weiterentwicklung zu einer regionalen Primärversorgung“ (Schmid et al. 2020b) betonen, dass es bereits bei einer Verlagerung von etwa 10 % aller hausärztlichen Sitze in PORT-Zentren (unter der Annahme von Vollzeitäquivalenten) gelingen kann, der Bevölkerung grundsätzlich einen flächendeckenden Zugang zu diesen spezifisch am Konzept der Primärversorgung ausgerichteten Zentren zu ermöglichen. Dies entspräche nach aktuellen Zahlen ca. 5.400 Hausarztsitzen, die in PORT-Zentren einzubringen bzw. in diesen anzubieten wären. Für eine Flächendeckung werden bundesweit verteilt etwa 1.000 PORT-Zentren zu gründen sein. Das Kernteam/Primärversorgungsteam der PORT-Zentren setzt sich im favorisierten Modell aus Hausärzten (im Durchschnitt etwa fünf Hausärzte je Zentrum), mindestens zwei akademisch qualifizierten Pflegefachpersonen (bspw. Community Health Nurses)⁴² und (ggf. weiterqualifizierten) MFAs zusammen (Schmid et al. 2020b). Das Versorgungsgebiet größerer PORT-Zentren dürfte sich im ländlichen Raum über die Grenze der Gemeinden hinaus erstrecken.

Daher sollten die Planung und Konzeptionierung mindestens auf Ebene der Kreise und Städte, ggf. auch im Verbund mehrerer Kreise und Städte erfolgen. (Schmid et al. 2020a)

Nach unserer Simulation (Basisvariante) der hausärztlichen Kapazitäten werden bis zum Jahr 2035 etwa 25.300 Hausärzte (in VZÄ) neu in die vertragsärztliche Versorgung eintreten (vgl. Abschnitt 4.2). Legt man die Parameter des obigen Modellansatzes zugrunde, so müsste sich (nur) jeder fünfte bis zum Jahr 2035 neu an der vertragsärztlichen Versorgung beteiligte Hausarzt für die Aufnahme einer Tätigkeit in einem PORT-Zentrum entscheiden, um einen flächendeckenden Zugang zu den Primärversorgungszentren zu realisieren. Dies ist – auch mit Blick auf die Präferenzen der Medizinstudierenden – grundsätzlich keine unrealistische Größenordnung.

Mit hoher Wahrscheinlichkeit müssen die PORT-Zentren auch nicht notwendigerweise ein Fünftel aller nachrückenden Hausärzte attrahieren. Ein von Region zu Region ggf. unterschiedlicher Teil der Arztsitze der PORT-Zentren dürfte und sollte nach Möglichkeit mit bereits länger in der Region tätigen Hausärzten besetzt werden (können). Ein Wechsel von in der Region bereits bekannten und mit den spezifischen Bedarfen der lokalen Bevölkerung und den sonstigen Gegebenheiten vertrauten Hausärzten in die Primärversorgungszentren dürfte die Akzeptanz der Zentren als neue Versorgungsstrukturen steigern und deren bruchfreie Integration in die lokalen Versorgungsnetzwerke stark befördern.

Die Gewinnung der in der obigen Modellrechnung vorgesehenen etwa 2.000 akademisch qualifizierten Pflegefachpersonen wie Community Health Nurses stellt eine Herausforderung dar. Masterstudiengänge für Community Health Nurses werden erst seit dem Wintersemester 2020/2021 an drei Universitäten/Hochschulen angeboten. (Deutsches Ärzteblatt 2020) Es ist zudem wenig wahrscheinlich, dass die Community Health Nurses nach dem Abschluss ihres Masterstudiums ausschließlich in Primärversorgungszentren tätig sein werden, da ihr Kompetenzprofil für eine Vielzahl von Arbeitgebern hochattraktiv sein dürfte. Auf der anderen Seite würde das Modell erstmals ein attraktives und regelhaftes Handlungsfeld für akademisch qualifiziertes Pflegefachpersonal in der direkten Patientenversorgung darstellen, was mittelfristig sowohl ein größeres Angebot an entsprechenden Studienplätzen als auch eine stärkere Nachfrage erwarten ließe.

42 Bei PORT-Zentren mit bis zu fünf Hausärzten wird von einem Bedarf an zwei Community Health Nurses je Zentrum, bei sechs oder sieben Hausärzten von einem Bedarf an drei Community Health Nurses ausgegangen (Schmid et al. 2020a).

5.5 Zusammenführung

Die von der Robert Bosch Stiftung seit 2017 und mittlerweile in der zweiten Förderphase unterstützten PORT-Zentren orientieren sich an den Prinzipien einer weiterentwickelten Primärversorgung. Das PORT-Modell ist für unterschiedliche regionale Konstellationen adaptionsfähig.

Die Evaluation der PORT-Zentren am Ende der ersten Förderphase zeigt, dass die Zentren bei ihrer Weiterentwicklung unterschiedliche Schwerpunkte gesetzt haben. In der Förderphase haben die Zentren Fortschritte insbesondere bei denjenigen Prozessen und Instrumenten erreicht, die Hausarztpraxen allein häufig nicht oder nicht wie für eine umfassende und kontinuierliche Primärversorgung erforderlich etablieren können. Die Zufriedenheit der Patienten und der Stakeholder mit den Zentren ist hoch. Die Mitarbeitenden haben eine hohe Arbeitszufriedenheit mitgeteilt, die auf veränderte Prozesse, Aufgabenzuschneide und das hohe Maß an erlebter Kollegialität in größeren Teams und auf die Involvierung bei der Weiterentwicklung der Zentren und bei der Gestaltung optimierter Versorgungsangebote zurückgeführt werden. Die Zentrumsleitungen gehen davon aus, einen deutlich größeren Beitrag zur Verbesserung der Primärversorgung in ihrer Region als zu Beginn ihrer Teilnahme am PORT-Programm der Robert Bosch Stiftung zu leisten. Die für die PORT-Zentren festgestellten Befunde decken sich mit den in anderen Ländern zu Primärversorgungszentren als neuen Modellen der Primärversorgung gewonnenen Erfahrungen. Die positiven Effekte auf die Versorgung werden von einer Erhöhung der Arbeitsattraktivität und -zufriedenheit sowohl bei den Ärzten als auch den anderen Gesundheitsfachberufen begleitet.

Wichtige PORT-Merkmale (Zusammenarbeit und Einbindung in die Kommune, Integration von Prävention und Gesundheitsförderung, Patientenzentrierung, die sich in den Arbeitsabläufen widerspiegelt, sowie Ausrichtung der Versorgungsschwerpunkte auf den regionalen Bedarf) lassen sich in den Zentrumsstrukturen nach einer Etablierung von Absprachen, Standards und Routinen abdecken und ggf. weiterentwickeln. Andere PORT-Merkmale, die insbesondere zu einer Überwindung der Defizite in der hiesigen (Primär-)Versorgung beitragen (Arbeit in multiprofessionellen Teams, die aufeinander abgestimmt und auf Augenhöhe zusammenwirken, gutes Schnittstellenmanagement bzw. Arbeit an den Schnittstellen), bedürfen der Unterstützung und Förderung durch die Politik. Die

Umsetzung dieser Merkmale wird in/von den Zentren üblicherweise durch Leistungen, Angebote und Instrumente unterstützt, die häufig von der Robert Bosch Stiftung gefördert werden, da sie derzeit nicht vergütet werden.

Auch in Deutschland mehren sich die Stimmen, die eine Stärkung der Primärversorgungsstruktur(en) fordern. Positive Signale für eine Weiterentwicklung der Primärversorgung kommen von ganz unterschiedlichen Akteursgruppen (vgl. Abschnitt 5.3). Die teilweise Weiterentwicklung der primären Versorgungsstrukturen in Gesundheitszentren mit lokaler Verwurzelung, teambasierten Arbeitsmodellen und Angeboten auch für die Arbeit in Anstellung und/oder in Teilzeit o. Ä. wird insbesondere auch von den Medizinstudierenden begrüßt. Diese Gruppe wird letztlich den Ausschlag geben, wenn es darum geht, ob es in Deutschland gelingt, tradierte Rollenmodelle aufzubrechen, teambasierte Arbeitsformen zu leben und die Vorstellungen von einer modernen Primärversorgung auch in der Kommune und bei anderen lokalen Akteuren zu verankern. Der moderne Primärversorgungsansatz ist auch inhaltlich attraktiv. Es liegt im originären Interesse auch der jungen Ärzte, ihr Arbeitskontingent zu entlasten und sich intensiver der Versorgung und der adäquaten Koordination medizinisch besonders anspruchsvoller Patienten widmen zu können.

Um der Bevölkerung grundsätzlich einen flächendeckenden Zugang zu spezifisch am Konzept der Primärversorgung ausgerichteten Zentren zu ermöglichen, müssten bundesweit verteilt etwa 1.000 PORT-Zentren gegründet werden (vgl. Abschnitt 5.4). Nach Modellrechnungen müsste sich höchstens ein Fünftel der bis zum Jahr 2035 neu an der vertragsärztlichen Versorgung beteiligten Hausärzte für die Aufnahme einer Tätigkeit in einem PORT-Zentrum entscheiden. Die Gewinnung der nach der Modellrechnung benötigten etwa 2.000 akademisch qualifizierten Pflegekräfte wie Community Health Nurses für die Bildung der multiprofessionellen Primärversorgungsteams in den PORT-Zentren dürfte zwar eine größere Herausforderung darstellen, insbesondere da der Aufbau entsprechender Qualifizierungsangebote gerade erst begonnen hat. Die Bundesländer sollten prüfen, ob der Aufbau zusätzlicher Studienplätze in diesem Bereich nicht eine notwendige Ergänzung der jüngst im Zusammenhang mit der SARS-CoV-2-Pandemie beschlossenen Investitionen in den öffentlichen Gesundheitsdienst wären.

6

Schritte zum Aus- bzw. Aufbau von leistungsfähigen Primärversorgungsstrukturen in Deutschland

6.1 Aufgabenstellungen

Aus den Analysen in den vorangehenden Abschnitten resultieren die folgenden zentralen Aufgabenstellungen, die gesundheitspolitisch möglichst kurzfristig aufgegriffen werden sollten:

1. Die Versorgungsbedarfe der alternden Gesellschaft erfordern eine Anpassung der bestehenden Strukturen und Prozesse des Gesundheitssystems: Das bisher stark auf die spezialfachärztliche diagnostisch-therapeutische Versorgung von einzelnen Krankheitsbildern ausgerichtete System muss in Richtung einer umfassenderen Ausrichtung verändert werden, d.h. neben einer stärkeren Gewichtung von Prävention, Rehabilitation, Pflege und palliativer Versorgung ist eine systematische Vernetzung mit anderen Akteuren der gesundheitlich-sozialen Versorgung im öffentlichen und zivilgesellschaftlichen Raum erforderlich.
2. Um den sowohl in quantitativer als auch in qualitativer Hinsicht wachsenden Versorgungsaufgaben gerecht werden zu können, muss die Effizienz des Gesundheitssystems steigen. Schlüsselemente sind hier: (a) eine arbeitsteilig organisierte multiprofessionelle Versorgung, die es erlaubt, ein Gesundheitsproblem jeweils durch die am besten geeignete Ebene bzw. Profession behandeln zu lassen, (b) eine aktive Koordination von komplexeren Versorgungsprozessen durch Beratung und kontinuierliche Begleitung der Patienten sowie einen zeitgemäßen Einsatz von Informationstechnik.
3. Die tradierten hausärztlichen Versorgungsstrukturen – idealtypisch repräsentiert durch die vertragsärztliche Einzelpraxis – sind in einigen Regionen bereits erodiert. Selbst wenn es gelingt, zukünftig mehr Medizinabsolventen für eine allgemeinmedizinische Weiterbildung zu gewinnen, wird ihr zunehmendes Interesse an einer Arbeit in Teilzeit und/oder als Angestellter zu Weiterentwicklungen der Betriebs- und Arbeitsformen in der Primärversorgung zwingen.

4. Positiv hervorzuheben ist dabei zum einen, dass die unter der Überschrift „Steigerung der Effizienz“ angesprochenen Veränderungen – insbesondere die Arbeit in professionsübergreifenden Teams, aber auch die technikbasierte Koordination und Steuerung – offenbar den Wünschen der jungen Gesundheitsprofessionellen entgegenkommen.
5. Zum anderen wurden mit dem Pflegeberufegesetz wichtige Weichen gestellt, die künftig kooperative Arbeitsformen ermöglichen werden, in denen Pflegefachpersonen neue Rollen einschließlich einer erweiterten Heilkundenausübung übernehmen können.

Als geeigneter Weg zur Einleitung dieser notwendigen Strukturveränderungen kommt vor allem ein gesundheitspolitisches Programm zum gezielten Aus- bzw. Aufbau einer leistungsfähigeren Primärversorgung in Betracht. Zahlreiche OECD-Länder haben diesen Weg bereits eingeschlagen und erzielen nachweisbar positive Effekte (vgl. Abschnitte 3.3 und 3.4). Anknüpfungspunkte können dabei zum einen die Erfahrungen aus Modellen in Deutschland sein (vgl. die Ausführungen zu den PORT-Zentren im Abschnitt 5.2). Mit Blick auf die politisch-regulatorischen Gestaltungsoptionen kann ferner ein Blick in zwei Nachbarländer hilfreich sein, deren Gesundheitssysteme hinsichtlich der gewachsenen Versorgungsstrukturen dem unsrigen relativ nahestehen und die bereits früher die Stärkung der Primärversorgung eingeleitet haben.

6.2 Gestaltungsoptionen am Beispiel von zwei Nachbarländern

Österreich und Frankreich sind u.E. in diesem Zusammenhang besonders interessant, weil diese Länder gerade nicht über traditionell starke Primärversorgungsstrukturen – wie bspw. Finnland, Kanada sowie eine Reihe weiterer Länder (vgl. Abschnitt 3.4.4) – verfügen, sondern erst kürzlich mit der Umsteuerung begonnen haben. Die Entwicklung in den beiden Ländern wird hier in sehr stark geraffter Form zusammengefasst.

6.2.1 Österreich: erweiterte hausärztliche Versorgung in Primärversorgungseinheiten

Die Republik Österreich hat 2013 einen längerfristigen Reformprozess im Gesundheitswesen eingeleitet, der über eine gemeinsam von Bund, Ländern und Sozialversicherung getragene „partnerschaftliche Zielsteuerung“ angeleitet wird.⁴³ Im Kontext dieses übergeordneten Reformprozesses wurde u.a. ein Konzept für eine „multiprofessionelle und interdisziplinäre Primärversorgung“ entwickelt und 2014 von der Bundes-Zielsteuerungskommission beschlossen. (BMG 2014) Leitgedanke dieses Konzepts ist „Das Team rund um den Hausarzt“, d.h. die Erweiterung der hausärztlichen Versorgung durch die obligatorische Einbindung von Pflegefachpersonen sowie eine strukturierte Kooperation mit weiteren Partnern.

Im Jahr 2017 wurde die Implementierung der neuen „Primärversorgung in Primärversorgungseinheiten“ gesetzlich geregelt.⁴⁴ Im Mittelpunkt stehen „Primärversorgungseinheiten“, die das Gesetz folgendermaßen definiert:

„Eine Primärversorgungseinheit nach diesem Bundesgesetz ist eine durch verbindliche und strukturierte Zusammenarbeit gemäß dem Versorgungskonzept (§6) nach außen, vor allem gegenüber der Bevölkerung im Einzugsgebiet, als Einheit auftretende Erstanlaufstelle im Gesundheitsversorgungssystem und hat als solche Angebote zur Förderung von Gesundheit und Prävention vor Krankheiten und für eine umfassende Behandlung von Akuterkrankungen und chronischen Erkrankungen zur Verfügung zu stellen sowie die für eine gesamtheitliche und kontinuierliche

Gesundheitsvorsorge und Krankenversorgung erforderlichen Maßnahmen zu koordinieren.“ (§ 2 Primärversorgungsgesetz 2017)

Die Primärversorgungseinheiten (PVE) werden – so wie die „traditionellen“ Versorgungseinrichtungen – auf der Grundlage eines Gesamtvertrags zwischen den Organisationen der Ärzteschaft und den Sozialversicherungsträgern tätig. PVE sind somit ein eigenständiger ambulanter Leistungserbringer neben den – überwiegend in Einzelpraxen tätigen – niedergelassenen Ärzten, den selbständigen Ambulatorien und Spitalsambulanzen.

Konstitutiv für eine PVE sind gemäß den gesetzlichen bzw. gesamtvertraglichen Bestimmungen vor allem folgende Elemente:

- Versorgungskonzept: Die PVE muss ein eigenes Versorgungskonzept formulieren, welches konkretisiert, wie die gesetzlich vorgesehenen allgemeinen Anforderungen (z. B. zu Öffnungszeiten, Erreichbarkeit, Gewährleistung von Hausbesuchen, Sicherstellung der Behandlungskontinuität, vgl. § 4 PVG 2017) sowie der Leistungsumfang („... breite diagnostische, therapeutische und pflegerische Kompetenz mit (Zusatz-)Kompetenzen für ... die Versorgung von Kindern und Jugendlichen ... älteren Personen ... chronisch Kranken ... psychosoziale Versorgung ... Arzneimittelmanagement ... Gesundheitsförderung und Prävention“, vgl. § 5 PVG 2017) mit Blick auf die Bevölkerung im Einzugsgebiet umgesetzt werden sollen. Ferner müssen Aussagen zur Organisation, d.h. zur Aufbau- und Ablauforganisation innerhalb der PVE sowie in der Kooperation mit anderen Versorgungsbereichen, getroffen werden.
- Kernteam: Eine PVE besteht mindestens aus drei allgemeinmedizinischen Vollzeit-Arztstellen, mindestens einer Pflegefachperson (Angehöriger des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege) sowie Ordinationsassistenten (MFA). Bedarfsabhängig können auch Ärzte für Kinder- und Jugendheilkunde Teil des Kernteams sein. Die PVE soll darüber hinaus weitere Gesundheitsfachberufe und Einrichtungen „verbindlich und strukturiert“ in die Arbeit einbinden.

⁴³ Gesundheits-Zielsteuerungsgesetz (G-ZG).

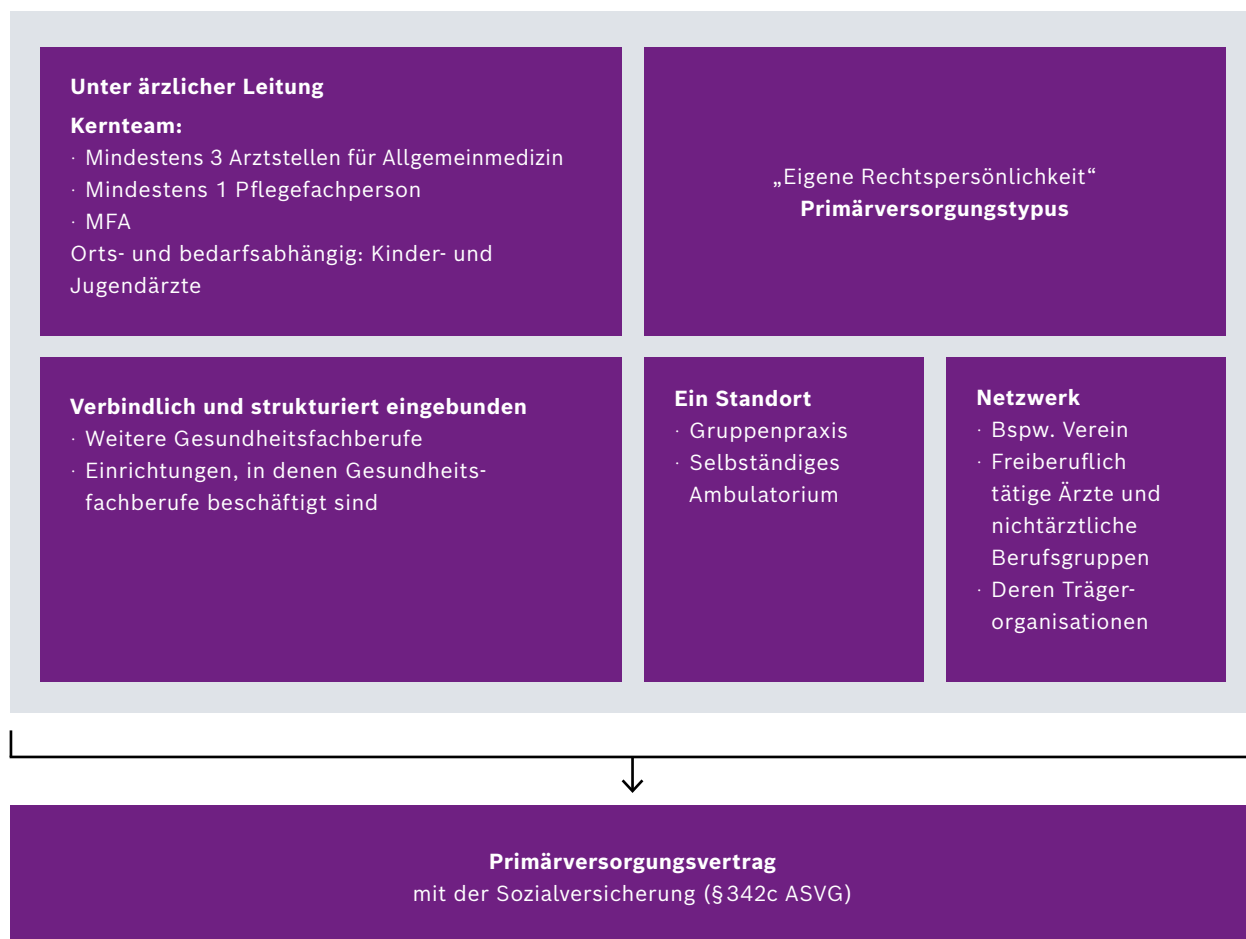
⁴⁴ Bundesgesetz über die Primärversorgung in Primärversorgungseinheiten (Primärversorgungsgesetz 2017 – PVG 2017).

Eine PVE kann entweder als Gruppenpraxis an einem Standort oder als Netzwerk, z. B. als Verein von freiberuflich tätigen Ärzten und Angehörigen anderer Gesundheits- und Sozialberufe, sowie als Ambulatorium betrieben werden. Die Gründung von PVE knüpft somit an bereits existierende Betriebsformen der ambulanten Versorgung an, die sich in eine PVE umwandeln können. Voraussetzungen für die Zulassung einer PVE (Abschluss eines Primärversorgungsvertrags mit der Sozialversicherung) sind die Feststellung eines entsprechenden Bedarfs in dem auf Länderebene erstellten „Regionalen Strukturplan Gesundheit“ (vgl. §21 Gesundheits-Zielsteuerungsgesetz) sowie die Vorlage des Versorgungskonzepts.

In Bezug auf die Vergütung der PVE gibt der Gesamtvertrag nur Grundsätze vor, die in zu vereinbarenden Honorierungsmodellen konkretisiert werden sollen. Gemäß diesen Grundsätzen soll das Honorierungsmodell bspw. Anreize zur Versorgung von Patienten mit hohem Betreuungsaufwand, Anreize für Ärzte zur Teilnahme an PVE oder eine Förderung der Teamarbeit innerhalb der PVE vorsehen. Explizit sind auch die Möglichkeit einer Anschubfinanzierung bei der Gründung von PVE sowie die Möglichkeit der Finanzierung von PVE-Managern vorgesehen.

Der konkrete Aufbau der neuen Primärversorgungsstrukturen ist zentraler Gegenstand des „Zielsteuerungsvertrags“ für den Zeitraum 2017 bis 2021, der die Gründung von 75 PVE bis 2021 vorsieht. Im Januar 2021 bestanden 24 PVE. (ÖSV 2021)

Abbildung 10: Österreich: Primärversorgungseinheiten – „Das Team rund um den Hausarzt“



6.2.2 Frankreich: pluriprofessionelle Versorgung

In Frankreich existieren zwei Arten von Versorgungsstrukturen, die – zumindest teilweise – mit dem Ziel einer umfassenden Primärversorgung verbunden sind:

- Bereits seit einigen Jahrzehnten existieren die Centres de Santé (CdS, Gesundheitszentren), die meist einen institutionellen Träger haben (z. B. Kommunen, Sozialversicherungsträger, Rotes Kreuz) und in denen ausschließlich angestellte Ärzte tätig sind. CdS gibt es sowohl in multiprofessioneller Form als auch beschränkt auf einzelne Berufsgruppen (z. B. Zahnmedizin, Pflege). Sie sind vorwiegend in urbanen Regionen, vielfach in sozialen Brennpunkten, angesiedelt. Die spezifischen Maßnahmen zur Stärkung der Primärversorgung in Frankreich beziehen auch die CdS mit ein. Wegen der besonderen, von den ambulanten Versorgungsstrukturen in Deutschland stärker abweichenden Betriebsform werden sie im Folgenden nicht weiter betrachtet.
- Nicht zuletzt als Maßnahme zur Sicherung der auch in Frankreich immer stärker beeinträchtigten Gesundheitsversorgung in ländlichen Regionen wurden seit 2007 die Maisons de Santé Pluriprofessionnelles (MSP, pluri- bzw. multiprofessionelle Gesundheitshäuser) eingeführt, die sich an freiberuflich tätige Gesundheitsprofessionen richten und speziell die gemeinsame und koordinierte Primärversorgung durch unterschiedliche Berufsgruppen etablieren sollen.

Kennzeichnend für ein MSP sind die obligatorisch pluriprofessionelle Struktur sowie – ähnlich wie eine österreichische PVE – ein explizites Versorgungskonzept (Projet de Santé). Frankreich verfolgt mit der 2018 verkündeten gesundheitspolitischen Strategie („Ma Santé 2022“) explizit das Ziel, dass die isolierte Tätigkeit von Angehörigen der Gesundheitsberufe in Einzelpraxen im Jahr 2022 den Ausnahmefall darstellt. Die ambulanten wohnortnahen Versorgungseinrichtungen sollen sich grundsätzlich in Form von CdS oder MSP organisieren. (MSS 2021)

Das Konzept der MSP ist insofern von besonderem Interesse, weil es den Angehörigen der Gesundheitsberufe die Möglichkeit – und entsprechende Anreize – bietet, sich zu kooperativen Versorgungseinheiten zusammenzuschließen, ohne dass sie ihren bestehenden freiberuflichen Status aufgeben müssen. Ein weiteres wichtiges Merkmal ist die gezielte Förderung von primärversorgungstypischen Struktur- und Prozesselementen durch daran geknüpfte Zusatzvergütungen.

Eine wesentliche Grundlage für die Arbeit der MSP ist der Vertrag zwischen dem Dachverband der Krankenversicherungen (UNCAM) und den Verbänden der Gesundheitsberufe⁴⁵, der vor allem die zusätzlichen Vergütungen für die koordinierte pluriprofessionelle Versorgung definiert. Um Partner dieses Vertrags zu werden, d. h. um die Zusatzvergütungen erhalten zu können, müssen die Leistungserbringer eine zivilrechtliche Gesellschaft gründen, die der französische Gesetzgeber eigens für diesen Zweck geschaffen hat: Mit der „Société Interprofessionnelle de Soins Ambulatoires (SISA)“ wurde ein eigener rechtlicher Rahmen geschaffen, der es den neuen Primärversorgungsstrukturen ermöglicht, als Kollektiv – also als MSP – Vergütungen von den Sozialversicherungsträgern (auf Grundlage des o. g. Vertrags) zu beziehen.⁴⁶

Die in einem MSP zusammengeschlossenen Leistungserbringer rechnen somit ihre individuell erbrachten Leistungen auf den herkömmlichen, für ihre jeweilige Profession vorgesehenen Wegen mit den Sozialversicherungen ab. Darüber hinaus profitieren sie von den zusätzlichen Vergütungen, die die SISA im Rahmen des speziellen MSP-Vertrags erlöst, insofern sie Teilhaber der SISA sind.

45 Accord conventionnel interprofessionnel relatif aux structures de santé pluri-professionnelles. www.ameli.fr/sites/default/files/Documents/400408/document/texte_signe_vf.pdf. (Abruf am 12.04.2021)

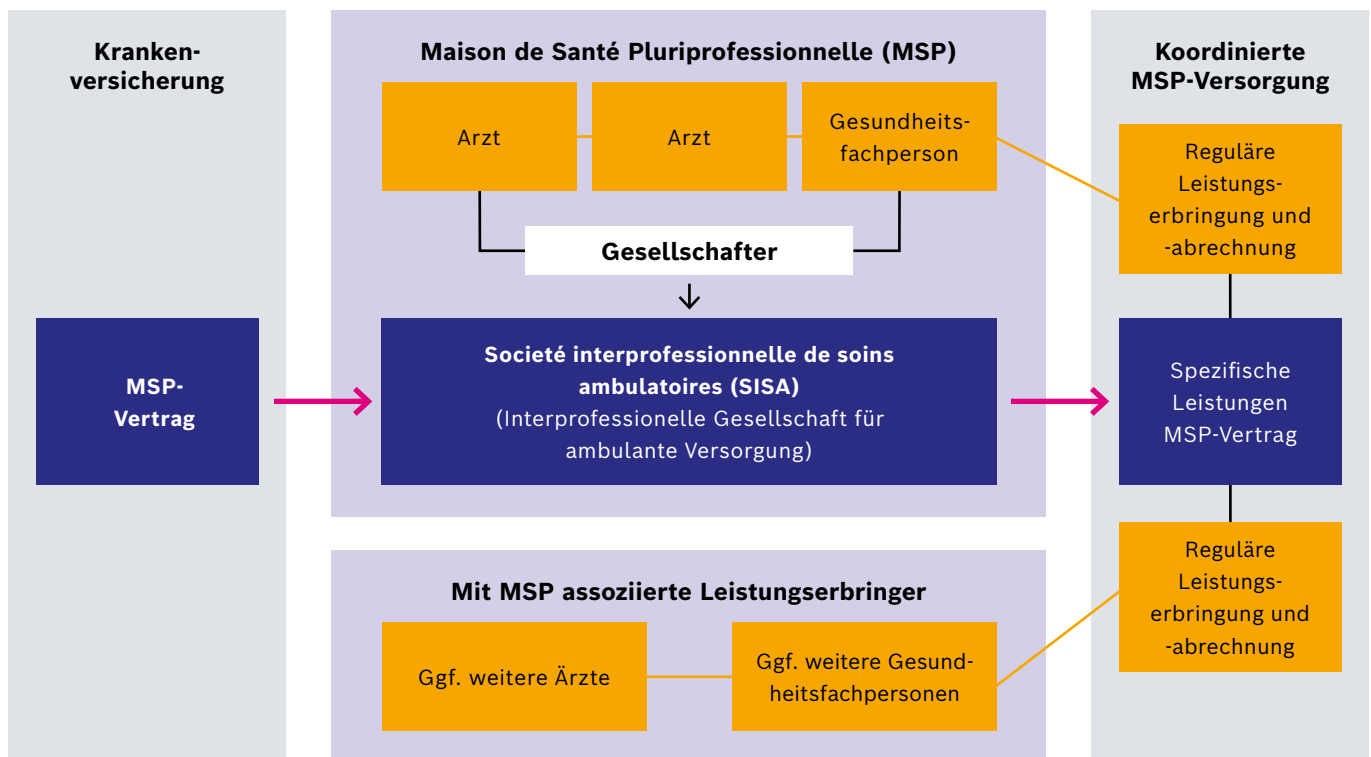
46 Vgl. Code de la Santé Publique, Articles L4041-1 – L4043-2. www.legifrance.gouv.fr/codes/id/LEGITEXT000006072665/. (Abruf am 12.04.2021)

Die speziellen MSP-Vergütungen sind an 13 Indikatoren geknüpft, die teilweise obligatorisch zu erfüllende Anforderungen oder Leistungsangebote betreffen (z. B. zu Öffnungszeiten, Wahrnehmung von Koordinationsfunktionen, IT-Ausstattung gemäß einer Standardvorgabe) und teilweise optionale Angebote und Leistungen umfassen (z. B. Durchführung pluriprofessioneller Fallkonferenzen, Einbindung von weiteren Leistungserbringern außerhalb des MSP, Angebot von Weiterbildungsstellen). Das Honorarsystem kombiniert verschiedene systematische Vergütungskomponenten, die von der Strukturförderung (z. B. im Bereich der IT-Ausstattung) über die Honorierung bestimmter Prozesse (z. B. Koordinations- und Lotsenfunktionen, Einführung von professionsübergreifenden

Versorgungspfaden für definierte Patientengruppen) bis hin zur Honorierung für das Engagement bei bestimmten „Public-Health-Missionen“ in Abstimmung mit den regionalen bzw. kommunalen Akteuren reichen (z. B. Adipositas bei Kindern; psychische Störungen und Suchtverhalten bei Adoleszenten).

Eine SISA als formelle Basis für ein MSP muss aus mindestens zwei Ärzten und einer anderen Gesundheitsprofession bestehen.⁴⁷ Dabei kommen nahezu alle Gesundheitsberufe als Teilhaber der SISA in Betracht. Alle Teilhaber der SISA sind berechtigt, jegliche Berufstätigkeit außerhalb der SISA auszuüben, die nicht von der Satzung ausdrücklich als gemeinsame Tätigkeit vorgesehen ist.

Abbildung 11: Frankreich: Maisons de Santé Pluriprofessionnelles – SISA als rechtliche Basis



Quelle: eigene Darstellung IGES

47 Vgl. Code de la Santé Publique, Article L4041-4. www.legifrance.gouv.fr/codes/id/LEGITEXT000006072665/. (Abruf am 12.04.2021)

6.3 Vorschläge für ein gesundheitspolitisches Programm

6.3.1 Anknüpfungspunkte

Auch in Deutschland wurden bereits Initiativen zur Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen mit dem Ziel einer stärkeren sektorübergreifenden Integration sowie mit explizitem Fokus auf der Verbesserung der Versorgung in ländlichen Regionen formuliert. Diese teilweise auf Vergütungsmodellen mit Risikoteilungselementen (Capitation-Vergütungen, z. B. Augurzky et al. 2018) oder komplexen Vertragsmodellen (z. B. Hildebrandt et al. 2020a, b) aufsetzenden Konzepte sind jedoch anspruchsvoll im Hinblick auf die Umsetzung bzw. die erforderlichen Managementfähigkeiten der Beteiligten.

Dem gegenüber stehen die Initiativen zur Gründung von MVZ durch Kommunen, mit denen regionale Unterversorgungssituationen behoben werden sollen, die allerdings konzeptionell, d. h. mit Blick auf die Entwicklung von Primärversorgungsstrukturen, i. d. R. eher anspruchslos sind. Auch die Vorschläge zur Umwandlung von nicht mehr bedarfsnotwendigen Krankenhausstandorten sehen zwar bisweilen die Tätigkeit von mehreren unterschiedlichen Leistungserbringern in einer Immobilie vor, ein übergreifendes, vor allem multiprofessionell definiertes Konzept im Sinne der hier beschriebenen Primärversorgung muss damit jedoch nicht verbunden sein. (Bspw. Schmid et al. 2018)

Einen eigenen Entwicklungsstrang stellen demgegenüber die PORT-Zentren dar: Entstanden als lokale Zusammenschlüsse oder Kooperationen von unterschiedlichen Gesundheitsprofessionen, meist mit vertragsärztlichen Praxen oder MVZ als Kristallisationspunkt und mit starker Verbindung zu den kommunalen Strukturen, stellt ihre Gründung zunächst keine besonderen Ansprüche an die betriebswirtschaftliche und vertragsjuristische Steuerungsfähigkeit, die über das in der Regelversorgung übliche Maß hinausgehen. Auf der anderen Seite verfolgen alle PORT-Zentren ambitionierte versorgungsinhaltliche Entwicklungsziele, die Voraussetzung für den Erhalt von Fördermitteln der Robert Bosch Stiftung sind.

Die PORT-Zentren sind somit ein formal niedrigschwelliges und daher für zahlreiche ambulante Leistungserbringer grundsätzlich zugängliches Modell. Aufgrund der konzeptionellen Ausrichtung an den Merkmalen einer leistungsfähigeren Primärversorgung ist das PORT-Konzept jedoch gleichzeitig ausgesprochen anspruchsvoll: Die Realisierung der entsprechenden Strukturen und Prozesse ist in den existierenden Vertrags- und Vergütungsstrukturen der ambulanten Versorgung nicht darstellbar und wird – abgesehen vom hohen persönlichen Engagement und Interesse der PORT-Akteure – erst durch die Fördermittel ermöglicht.

Um den Prozess des Umbaus der ambulanten Versorgung in Richtung einer leistungsfähigen Primärversorgung kurzfristig voranzubringen, sollten daher – ggf. in Ergänzung zu den anderen angesprochenen Konzepten – Maßnahmen ergriffen werden, die nach dem Vorbild der PORT-Zentren den Aufbau von Primärversorgung in der Breite gezielt unterstützen.

6.3.2 Vorschlag einer Verankerung der multiprofessionellen Primärversorgung als eigenständiger Versorgungsbereich

Dazu sollte in Deutschland die Primärversorgung als eine eigenständige kooperative und multiprofessionelle Versorgungsform im SGB V sowie in den nachgeordneten Vertragswerken formal verankert werden.

Die spezifischen Leistungen dieser Versorgungsform werden durch lokale Versorgungseinrichtungen (Primärversorgungszentren) erbracht, an denen jeweils mehrere unterschiedliche Leistungserbringer und Gesundheitsprofessionen beteiligt sind. Es ist wünschenswert, dass neben zugelassenen Leistungserbringern der Sozialgesetzbücher V und XI auch öffentliche und zivilgesellschaftliche Instanzen und Akteure vertreten sind. Die Integration und Zusammenarbeit mit diesen Akteuren werden durch entsprechende Regelungen in den Vertrags- und Vergütungsbedingungen der Versorgungsform „Primärversorgung“ eigens gefördert.

Primärversorgungszentren können auch als Netzwerke von Leistungserbringern an unterschiedlichen, aber regional eng benachbarten Standorten betrieben werden.

Die Regularien der Teilnahme an der Versorgungsform „Primärversorgung“ sollten eine teambasierte Zusammenarbeit unterschiedlicher Gesundheitsprofessionen in den Primärversorgungszentren fördern. Dies wird durch Kooperationsverträge erreicht, die von den an einem Zentrum Beteiligten geschlossen werden müssen. Die obligatorischen Inhalte dieser Kooperationsverträge werden durch den G-BA in einer Richtlinie („Primärversorgungs-Richtlinie“) festgelegt.

Voraussetzungen für die Zulassung bzw. Anerkennung als Primärversorgungszentrum sind:

1. eine Empfehlung durch das Landesgremium nach § 90a SGB V;
2. die Vorlage eines Versorgungskonzepts, welches u. a. Auskunft über die Einzugsbevölkerung und deren spezifisch durch das Primärversorgungszentrum angesprochene Versorgungsbedarfe sowie die geplanten Aktivitäten des Zentrums im Bereich der Prävention und Gesundheitsförderung gibt;
3. die Übernahme der Verpflichtung zur Erbringung bzw. Sicherstellung der in der Richtlinie des G-BA als obligatorische Leistungen bzw. Strukturkomponenten der Versorgungsform „Primärversorgung“ festgelegten Merkmale;
4. die durch Kooperationsverträge gesicherte Beteiligung einer noch festzulegenden Mindestanzahl von Ärzten des hausärztlichen Versorgungsbereichs (gemäß § 73 SGB V) sowie einer noch festzulegenden Mindestanzahl von weiteren zugelassenen Leistungserbringern gemäß SGB V.

Sobald entweder die formalen Voraussetzungen für die Beteiligung von entsprechend qualifizierten Pflegefachpersonen (z. B. Community Health Nurses, Advanced Practice Nurses oder Personen mit analogen Qualifikationen) an der Versorgung nach dem SGB V geschaffen sind oder solche Fachpersonen im Einzugsgebiet des Primärversorgungszentrums bei einer Institution des öffentlichen Sektors (z. B. Gesundheitsamt) beschäftigt sind, muss ferner mindestens eine solche Pflegefachperson auf Grundlage eines Kooperationsvertrags in einem Primärversorgungszentrum mitwirken.

Das Leistungsspektrum von Primärversorgungszentren umfasst zunächst die bereits bestehenden Leistungen der hausärztlichen Versorgung sowie der übrigen beteiligten Professionen (z. B. aus dem Heilmittel-Sektor oder der Pflege). Darüber hinaus erbringen die Zentren spezifische Leistungen, die durch die Richtlinie des G-BA näher bestimmt und in Verträgen mit den gesetzlichen Krankenkassen gemeinsam und einheitlich festgelegt werden.

Die durch den G-BA in der Richtlinie zu definierenden spezifischen Leistungen und Strukturen der Versorgungsform „Primärversorgung“ sowie die daran anknüpfenden vertraglichen und Vergütungsregelungen müssen den Aufbau und Betrieb einer bevölkerungsbezogen arbeitenden, multiprofessionellen und kooperativen Primärversorgung ermöglichen. Dazu zählen insbesondere:

- Maßnahmen und Strukturen zur internen kooperativen Planung und Entwicklung der Versorgungsangebote des Zentrums mit dem Ziel eines möglichst umfassenden und auf die Bedarfe der Einzugsbevölkerung abgestimmten Leistungsangebots (z. B. Erarbeitung von multiprofessionellen Versorgungspfaden für bestimmte Patienten- oder Bevölkerungsgruppen unter Berücksichtigung der lokalen Angebotsstrukturen).
- Leistungen zur Koordination von Behandlungsprozessen in Interaktion mit Patienten (z. B. durch Case und Care Managers, Community Health Nurses) sowie mit Leistungserbringern und Kooperationspartnern außerhalb der Zentrumsstruktur (z. B. im Bereich des Informationsaustauschs und der gemeinsamen Abstimmung und Behandlungsplanung).
- Leistungen und Prozesse im Rahmen der Zusammenarbeit mit öffentlichen Akteuren der gesundheitlichen und sozialen Versorgung bzw. Übernahme von besonderen Aufgaben im Interesse der öffentlichen Gesundheitspflege (z. B. im Kontext der Primärprävention).

Unser Vorschlag richtet sich an die überwiegend heute bereits in der Primärversorgung tätigen Akteure und Berufsgruppen, denen durch verbesserte Rahmenbedingungen die Weiterentwicklung in Richtung einer stärker personenzentrierten, koordinierten und kooperativen Versorgung in multiprofessionellen Settings ermöglicht werden soll. Der Aufbau bzw. die Weiterentwicklung einer bevölkerungsbezogen ausgerichteten Primärversorgung eignet sich nicht als Wettbewerbsfeld, weshalb eine Umsetzung innerhalb

des Rechtsrahmens der Besonderen Versorgung (§ 140a SGB V) nicht in Betracht kommt. Mit der Verankerung als eigenständige Versorgungsform besteht die Möglichkeit, die konstitutiven Strukturen und Prozesse einer zeitgemäßen Primärversorgung gezielt durch gesetzliche Regelungen, Vorgaben des G-BA sowie korrespondierende Vergütungsregelungen zu etablieren.

6.3.3 Weitere Schritte hin zu einer multiprofessionellen Primärversorgung in Deutschland

Eine Umsetzung unseres Vorschlags für die kurzfristig umsetzbare Stärkung einer multiprofessionellen Primärversorgung in Deutschland darf nicht dazu führen, dass die Entwicklungsaktivitäten in anderen, für die Weiterentwicklung der Primärversorgung essentiellen Themenfeldern zurückgefahren oder gar eingestellt werden. Ganz im Gegenteil sollten die diesbezüglich in den letzten Jahren verstärkt in den Blick genommenen Bereiche aktiver bearbeitet werden.

Zu diesen Themen zählen sicherlich all diejenigen Aktivitäten, die die Sicherung des Fachkräftenachwuchses betreffen. Auf die realisierten, in Umsetzung befindlichen und geplanten Strategien zur Stärkung der Allgemeinmedizin ist in dieser Studie bereits an anderer Stelle eingegangen worden. Die aktuelle Personalsituation sowie die Prognosen zum künftig noch deutlich höheren Personalbedarf in der Pflege sind hinlänglich bekannt. Dieses Problem soll insbesondere durch die vielfältigen Maßnahmen der Konzentrierten Aktion Pflege angegangen werden.

Ein wichtiger Baustein im Gesamtspektrum der Maßnahmen besteht darin, neue Aufgaben- und Verantwortungsbereiche für Pflegefachpersonen zu gestalten, um die Versorgung qualitativ auf zukünftige Anforderungen auszurichten sowie um den Beruf für junge Menschen attraktiver zu machen und bereits in der Pflege Tätige „im Beruf“ zu halten.⁴⁸

In Ländern mit entwickelten Primärversorgungssystemen liegen üblicherweise größere Teile der Versorgung als in Deutschland in den Händen und in der Verantwortung akademisch qualifizierter Pflegekräfte, also hochschulisch ausgebildeter Pflegefachpersonen mit Bachelorgrad und insbesondere auf Masterniveau weiterqualifizierter Pflegekräfte (Advanced Practice Nurses, Community Health Nurses o.Ä.). Die Akademisierung des Pflegeberufs hat in Deutschland erst in den letzten Jahren eingesetzt. Nach dem Positionspapier der Stiftungsallianz für eine neue Rolle der professionellen Pflege im Gesundheitswesen (Stiftungsallianz 2020) müssten ca. 30.000 Studienplätze für eine hochschulische Pflegeausbildung an deutschen Hochschulen zur Verfügung stehen, damit, einer Empfehlung des Wissenschaftsrates aus dem Jahr 2012 folgend (Wissenschaftsrat 2012), etwa 20 % eines Pflegeausbildungsjahrgangs akademisch qualifiziert werden können.⁴⁹ In der „Ausbildungsoffensive Pflege“ (2019–2023) wurde vereinbart, die Anzahl der Studienplätze für eine hochschulische Pflegeausbildung bundesweit deutlich zu erhöhen. „Die Länder haben sich dabei verpflichtet, auf die Bereitstellung einer bedarfsgerechten Anzahl von Studienplätzen für die hochschulische Pflegeausbildung hinzuwirken und auch berufserfahrenen Pflegefachpersonen einen fachgebundenen Hochschulzugang zu ermöglichen. Die Studienplatzplanung wie auch die Schaffung und Finanzierung eines entsprechenden Studiengangs liegt in der Regelungszuständigkeit der Länder.“ (BT 2019, S. 3)

In der vorliegenden Studie wurde an verschiedenen Stellen die wichtige Rolle der Community Health Nurses, die sie bei der wohnortnahen und evidenzbasierten Versorgung und Gesundheitsförderung einnehmen können bzw. sollten, hervorgehoben. Unser Vorschlag für einen eigenständigen Versorgungsbereich „Primärversorgung“ (vgl. Abschnitt 6.3.2) schließt die Einbindung von Community Health Nurses oder analog qualifizierten Pflegefachpersonen verpflichtend ein. Neben der Etablierung weiterer und/oder der Vergrößerung vorhandener CHN-Studiengänge müssen der rechtliche Rahmen für ein Community Health Nursing geschaffen werden, eine leistungsrechtliche Verankerung der Angebote des CHN im Rahmen des SGB V erfolgen und berufsrechtliche Fragestellungen einer Klärung zugeführt werden. Diesbezüglich verweisen wir auf das aktuelle Gutachten von Burgi und Igl (2021).

48 Bspw. hat die Konzentrierte Aktion Pflege die Fachkommission nach § 53 PflBG beauftragt, Module zur eigenständigen Heilkundeausübung durch Pflegefachpersonal zu entwickeln, die dann ohne viel Bürokratie in die berufliche und hochschulische Pflegeausbildung integriert oder angeschlossen werden können sollen. Diese Module liegen inzwischen den zuständigen Ministerien (BMG und BMFSFJ) zur Abnahme bzw. zur weiteren Bearbeitung vor.

49 In Orientierung an der Obergrenze des vom Wissenschaftsrat (2012) benannten Korridors von 10 % bis 20 %.

Auf das Thema Digitalisierung ist in der vorliegenden Studie nur am Rande eingegangen worden. Dies bedeutet jedoch nicht, dass ihr Potenzial für die Optimierung der Leistungserbringung und der Zusammenarbeit in der Primärversorgung und darüber hinaus unterschätzt wird. Ein vermehrter Technikeinsatz bzw. die Digitalisierung im Allgemeinen können nach unserer Einschätzung insbesondere dann zur notwendigen Produktivitätssteigerung in der Primärversorgung beitragen, wenn sie im Rahmen von grundsätzlich revidierten Versorgungsprozessen im Sinne einer koordinierten multiprofessionellen Versorgung zum Einsatz kommen. Der Gesetzgeber hat der Digitalisierung im Gesundheitswesen in den letzten Jahren ein stärkeres Augenmerk gewidmet (z. B. Forcierung der Einführung einer elektronischen Patientenakte, Regelungen zur Einführung und Erstattung digitaler Gesundheitsanwendungen). Wir gehen davon aus, dass Primärversorgungszentren zum einen aufgrund ihrer multiprofessionellen Ausrichtung und der erweiterten Koordinations- und Steuerungsfunktionen sowie wegen ihrer Größe und ihrer Strukturen besonders gut dazu geeignet sind, digitale Lösungen zu implementieren und die notwendigen Investitionen zu tätigen. Zum anderen bieten Primärversorgungszentren durch ihre bevölkerungsbezogene Ausrichtung gut geeignete Strukturen, wenn es darum geht, die digitale Gesundheitskompetenz aktiv zu fördern, die Bevölkerung im Umgang mit neuartigen Angeboten (z. B. elektronische Patientenakte, telemedizinische Anwendungen, digitale Gesundheitsanwendungen) gezielt zu beraten und zu schulen oder hierfür zumindest als kompetenter lokaler Ansprechpartner im Bedarfsfall zur Verfügung zu stehen. Sowohl die Förderung digitaler Lösungen zur Unterstützung der multiprofessionellen Arbeit der Zentren als auch Schulungs- und Beratungsangebote für die Bevölkerung sollten Bestandteil der vorgeschlagenen G-BA-Richtlinie sein, die die spezifischen Leistungen und Strukturen in der multiprofessionellen Primärversorgung in Deutschland regelt.

Weitere wichtige Aufgabenfelder sind die Prävention und die Gesundheitsförderung, die von den Primärversorgungszentren in der Zusammenarbeit der Professionen in einem viel stärkeren Maße als einzelnen Akteuren möglich auch bevölkerungszentriert ausgerichtet erbracht und/oder unterstützt werden können. Die bisherigen Aktivitäten der PORT-Zentren in diesen Themenfeldern unterstreichen, dass hierfür zum einen vertiefte Kenntnisse über die gesundheitliche Situation und über den tatsächlichen

Bedarf der regionalen Bevölkerung erforderlich sind. Zum anderen trägt die enge Zusammenarbeit der Zentren mit relevanten Akteuren des staatlich-öffentlichen Bereichs sowie der Zivilgesellschaft maßgeblich dazu bei, dass die angesprochenen Bevölkerungsteile über die präventiven und gesundheitsförderlichen Angebote adäquat informiert bzw. aufgeklärt und die Angebote daher besser angenommen werden. Es kann davon ausgegangen werden, dass die Einbindung von Community Health Nurses zu einer wirksameren Ausrichtung dieser Angebote sowohl für einzelne Personen als auch für abgrenzbare Bevölkerungsteile und für die Gemeinde insgesamt führt. Auf eine Verbesserung der gesundheitlichen Situation der Bevölkerung ausgerichtete Aktivitäten der Zentren sollten daher ebenfalls Bestandteil der G-BA-Richtlinie sein, die die spezifischen Leistungen und Strukturen in der multiprofessionellen Primärversorgung regelt.

Vor allem im Zusammenhang mit den Problemen der Sicherstellung einer bedarfsgerechten Versorgung in ländlichen Regionen ist in den letzten Jahren die potenzielle Rolle der Landkreise und Kommunen stärker in den Blick genommen worden. Abgesehen von den Regelungen zum Betrieb von MVZ durch Kommunen (§ 105 Abs. 5 SGB V) sind deren formale Kompetenzen im Rahmen der Versorgung unter dem Dach der gesetzlichen Krankenversicherung (SGB V) bislang sehr gering. Inwieweit den Landkreisen oder Kommunen in Anbetracht ihrer zentralen Funktionen für die Gestaltung der Lebensumstände von örtlichen Gemeinschaften künftig auch stärkere Planungs- oder Mitspracherechte z. B. in Bezug auf die regionalen Angebotsstrukturen eingeräumt werden sollten, konnte in der vorliegenden Studie nicht diskutiert werden. Das Beispiel vieler PORT-Zentren zeigt, dass es Kommunen gibt, die die Entwicklung von Primärversorgungszentren mit viel Engagement und vor allem mit einer klaren Vorstellung von den Vorteilen einer kooperativen multiprofessionellen Primärversorgung vorantreiben. Nach unserer Einschätzung ist dies aktuell jedoch eher der Ausnahme- als der Regelfall. Das Engagement von Kommunen bei der Gründung eigener medizinischer Versorgungszentren dient nach unserer Wahrnehmung primär der möglichst raschen Behebung einer lokalen Mangelsituation – meist im hausärztlichen Bereich – und folgt i. d. R. keinem Konzept zum Aufbau zukunftsfähiger Primärversorgungsstrukturen. Vor diesem Hintergrund wäre es erforderlich, das Interesse der kommunalen Entscheidungsträger für diese Thematik zu wecken und ihre

Kompetenzen und ihr Wissen zu erweitern. Hieraus kann zumindest eine bessere Verknüpfung der Angebote von Primärversorgungszentren mit kommunalen Dienstleistungen bzw. Diensten erwachsen. So kann die Arbeit der Zentren unterstützt werden – beispielsweise durch eine kooperative Ausrichtung kommunaler Hilfs- und Beratungsangebote, eine Öffnung von Kindertagesstätten für Zentrumsangebote zur Gesundheitsförderung, eine intensivierte Zusammenarbeit mit dem öffentlichen Gesundheitsdienst oder eine derartige Ausgestaltung der Angebote des öffentlichen Personennahverkehrs, dass eine gute Erreichbarkeit der Primärversorgungszentren auch für die Bevölkerung aus weiter entfernten Orten oder Ortsteilen gegeben ist. Überlegungen, die Rechte und Kompetenzen der kommunalen Ebene im SGB V bspw. im Hinblick auf Planungs- und Zulassungsentscheidungen im ambulanten Versorgungsbereich zu erweitern, können unabhängig davon verfolgt werden.

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1	Versorgungsaspekte, die herkömmliche Patientenversorgung von einer personenzentrierten Primärversorgung unterscheiden	17
Abbildung 2	Primärversorgung als Koordinationszentrum: Netzwerkarbeit in der versorgten Region und mit externen Partnern	18
Abbildung 3	Variation der Gesamtstärke der Primärversorgung innerhalb Europas	24
Abbildung 4	Altersstruktur der Hausärzte, 2009 bis 2020	33
Abbildung 5	Methodisches Vorgehen bei der Prognose der regionalen hausärztlichen Kapazitäten	35
Abbildung 6	Geschätzte Veränderung der Hausarztdichte (2035/2019) nach Kreisen in %	40
Abbildung 7	Hausärztliche Unterversorgung (Versorgungsgrad < 75 %) und weitere freie Hausarztsitze (Versorgungsgrad 75 % bis 110 %) im Jahr 2035 nach Kreisen	41
Abbildung 8	Kreise nach dem hausärztlichen Versorgungsgrad im Jahr 2035	42
Abbildung 9	Aufbau und Ausgestaltungsoptionen der Patientenorientierten Zentren zur Primär- und Langzeitversorgung (PORT-Zentren)	52
Abbildung 10	Österreich: Primärversorgungseinheiten – „Das Team rund um den Hausarzt“	65
Abbildung 11	Frankreich: Maisons de Santé Pluriprofessionnelles – SISA als rechtliche Basis	67

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1	Übersicht zur Platzierung Deutschlands in den Dimensionen des Primary-Care-Monitors	25
Tabelle 2	Zentrale Modellparameter und Prognoseannahmen	36
Tabelle 3	Zentrale Ergebnisse der Simulation	39
Tabelle 4	Sensitivität der Prognoseergebnisse bezüglich Variation der Modellparameter und Prognoseannahmen	43
Tabelle 5	Projizierte Patientenzahl im Jahr 2040 nach sechs Entwicklungsszenarien	45

Abkürzungsverzeichnis

AG	Altersgruppe
AOK	Allgemeine Ortskrankenkasse
BAG	Berufsausübungsgemeinschaft
BBSR	Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung
bvmd	Bundesvertretung der Medizinstudierenden in Deutschland e. V.
CDU	Christlich Demokratische Union Deutschlands
CHN	Community Health Nurse
COPD	Chronic Obstructive Pulmonary Disease
DEGAM	Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin e. V.
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
KBV	Kassenärztliche Bundesvereinigung
KV	Kassenärztliche Vereinigung
MFA	Medizinische Fachangestellte
MVZ	Medizinisches Versorgungszentrum
OECD	Organization for Economic Cooperation and Development
PHC	Primary Health Care
PORT	Patientenorientierte Zentren zur Primär- und Langzeitversorgung
PVE	Primärversorgungseinheiten
SARS	Schweres Akutes Respiratorisches Syndrom
SGB	Sozialgesetzbuch
TSVG	Terminservice- und Versorgungsgesetz
UNICEF	United Nations International Children's Emergency Fund
VERAH	Versorgungsassistent in der Hausarztpraxis
VZÄ	Vollzeitäquivalente
WHO	World Health Organization
Zi	Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland

Literaturverzeichnis

AOK-Bundesverband GbR (AOK-BV) (2019). Umfrage zeigt Relevanz der Gesundheitsinfrastruktur – AOK-Initiative für eine bessere ländliche Versorgung startet. Pressemitteilung vom 20.02.2019. www.aok-bv.de/presse/pressemitteilungen/2019/index_21784.html. (Abruf am 12.04.2021)

Augurzky B, Graf C, Griewing B, Walter D (2018). Versorgung und Vergütung regional gedacht: „Von der Volumen- zur Wertorientierung“. Gesundheits- und Sozialpolitik 72 (4–5/2018), S. 64–71. doi.org/10.5771/1611-5821-2018-4-5-64. (Abruf am 12.04.2021)

Beerheide R, Richter-Kuhlmann E (2020). Universitäten: Allgemeinmedizin etabliert sich. Deutsches Ärzteblatt 2020 117(45): A-2155 / B-1833. www.aerzteblatt.de/archiv/216591/Universitaeten-Allgemeinmedizin-etabliert-sich. (Abruf am 12.04.2021)

BKK Dachverband (BKK DV) (2020). Kommunale pflegerische Versorgungszentren (KpVZ) für eine bedarfsgerechte gesundheitliche Versorgung. https://www.bkk-dachverband.de/fileadmin/Artikelsystem/Positionspapiere/Kommunale_pflegerische_Versorgungszentren__KpVZ___002_.pdf. (Abruf am 26.04.2021)

Bundesmantelvertrag und Anlagen (BMV) (2021): Bundesmantelvertrag und Anlagen. Anlage 5 – Vertrag über die hausärztliche Versorgung. In Kraft getreten am 1. Oktober 2000. www.kbv.de/media/sp/05_Hausaerztl._Versorgung.pdf. (Abruf am 12.04.2021)

Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) (2017). Beschlusstext: Masterplan Medizinstudium 2020. www.bmbf.de/files/2017-03-31_Masterplan_Beschlusstext.pdf. (Abruf am 12.04.2021)

Bundesministerium für Gesundheit (BMG) (2014). „Das Team rund um den Hausarzt“. Konzept zur multiprofessionellen und interdisziplinären Primärversorgung in Österreich. www.sozialministerium.at/dam/jcr:a9e378a1-0c36-4e0e-85f3-fff4703481cf/PV-Konzept_30062014_final.pdf. (Abruf am 12.04.2021)

Bündnis Junge Ärzte, Fritz T (BJÄ) (2020). Positionspapier des Bündnis Junge Ärzte (BJÄ) zu Digitalisierung, Applikationen (Apps) und Künstlicher Intelligenz im Gesundheitswesen. Chirurg 2020 (91), S. 265–266. doi.org/10.1007/s00104-020-01120-y. (Abruf am 12.04.2021)

BÜNDNIS 90/Die Grünen (Die Grünen) (2021). Programmentwurf zur Bundestagswahl – „Deutschland. Alles ist drin“. cms.gruene.de/uploads/documents/2021_Wahlprogrammentwurf.pdf. (Abruf am 12.04.2021)

Bundesärztekammer (BÄK) (mehrere Jahrgänge): Ärztestatistik. www.bundesaerztekammer.de/ueber-uns/aerztestatistik/. (Abruf am 12.04.2021)

Bundesärztekammer (BÄK) (2011). Empfehlung der Bundesärztekammer für den „Quereinstieg in die Allgemeinmedizin“. 21.10.2011. www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/2011-10-21_Quereinstieg-AllgMed.pdf. (Abruf am 12.04.2021)

Bundesärztekammer (BÄK) (2012). Entschließungsantrag des Vorstandes der Bundesärztekammer „Die Rolle des Hausarztes in der gesundheitlichen Versorgung der Bevölkerung“. BÄK GROUND – Hintergrundinformationen für Journalisten zum 115. Ärztetag in Nürnberg. www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/BAeK_Ground_Hausarzt.pdf. (Abruf am 12.04.2021)

Bundesärztekammer (BÄK) (2019). 122. Deutscher Ärztetag. Beschlussprotokoll. Stand 27.06.2019. www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/122.DAET/Beschlussprotokoll_122_DAET_2019_Stand_20190627.pdf. (Abruf am 12.04.2021)

Bundestags-Drucksache (BT) (2006). Bundestags-Drucksache 16/2474. Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des Vertragsarztrechts und anderer Gesetze. 30.08.2006. dipbt.bundestag.de/dip21/btd/16/024/1602474.pdf. (Abruf am 12.04.2021)

Bundestags-Drucksache (BT) (2019). Bundestags-Drucksache 19/11887. Antwort der Bundesregierung auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Kordula Schulz-Asche, Maria Klein-Schmeink, Dr. Kirsten Kappert-Gonther weiterer Abgeordneter und der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN – Drucksache 19/11461 –. dipbt.bundestag.de/dip21/btd/19/118/1911887.pdf. (Abruf am 16.04.2021)

Bundesvertretung der Medizinstudierenden in Deutschland e.V. (bvmd) (2018). Positionspapier „Wie können wir Ärzt*innen motivieren, als Landärzt*in zu arbeiten? – Strategien zur Begegnung des Haus- und Landärztemangels“. Beschlossen am 30.06.2018. https://www.bvmd.de/fileadmin/redaktion/Grundsatzentscheidung_2018-06_Zukunft_der_Primärversorgung_-_Landärztemangel.pdf. (Abruf am 12.04.2021)

Burgi M, Igl G (2021). Rechtliche Voraussetzungen und Möglichkeiten der Etablierung von Community Health Nursing (CHN) in Deutschland. Schriften zum Sozialrecht, Band 61. Basel: Nomos Verlagsgesellschaft. doi.org/10.5771/9783748924319. (Abruf am 16.04.2021)

Christlich Demokratische Union Deutschlands (CDU) (2020). Eckpunktepapier „Gute Gesundheitsversorgung in ländlichen Regionen“ des Bundesfachausschusses „Gleichwertige Lebensverhältnisse in Stadt und Land“. Beschluss Oktober 2020. archiv.cdu.de/system/tdf/media/dokumente/gesundheitspapier_-_beschluss_bfa_gleichwertige_lebensverhaeltnisse.pdf?file=1. (Abruf am 12.04.2021)

Contandriopoulos D, Perroux M, Cockenpot A, Duhoux A, Jean E (2018). Analytical typology of multi-professional primary care models. BMC Fam Pract 19, 44 (2018). doi.org/10.1186/s12875-018-0731-8. (Abruf am 12.04.2021)

Czihal T, von Stillfried D (2016). Konsequenzen der Flexibilisierung des Zulassungsrechts auf die Produktivität in der vertragsärztlichen Versorgung. Gesundheits- und Sozialpolitik 70 (6/2016), S. 27 – 31. doi.org/10.5771/1611-5821-2016-6. (Abruf am 12.04.2021)

Deutsche Ärztezeitung (Ärztezeitung) (2020). Freie Arztsitze – Fast 3300 Hausarztstellen sind unbesetzt. Artikel vom 24.09.2020. www.aerztezeitung.de/Politik/Fast-3300-Hausarztstellen-sind-unbesetzt-413131.html. (Abruf am 12.04.2021)

Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin e.V. (DEGAM) (2012). DEGAM-Zukunftspositionen: „Allgemeinmedizin – spezialisiert auf den ganzen Menschen“. 15.11.2012. www.degam.de/files/Inhalte/Degam-Inhalte/Ueber_uns/Positionspapiere/DEGAM_Zukunftspositionen.pdf. (Abruf am 12.04.2021)

Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin e.V. (DEGAM) (2018). DEGAM-Positionspapier „Wir brauchen ein Primärarztsystem“. Mai 2018. https://www.degam.de/files/Inhalte/Degam-Inhalte/Ueber_uns/Positionspapiere/DEGAM_Positionspapier_Primärarztversorgung_final_NEU.pdf. (Abruf am 12.04.2021)

Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin e.V. (DEGAM) (2021a). Fachdefinition. www.degam.de/fachdefinition.html. (Abruf am 23.04.2021)

Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin e.V. (DEGAM) (2021b). Presseinformation: Änderung der Ärztlichen Approbationsordnung (ÄApprO) endlich konsequent umsetzen. Februar 2021. https://www.degam.de/files/Inhalte/Degam-Inhalte/Presse/Presseordner_2020/PM_DEGAM_ÄApprO_fin.pdf. (Abruf am 12.04.2021)

Deutsches Ärzteblatt (2020): Hochschulen starten mit Studiengängen „Community Health Nursing“. Artikel vom 18.06.2020. www.aerzteblatt.de/nachrichten/113920/Hochschulen-starten-mit-Studiengaengen-Community-Health-Nursing. (Abruf am 12.04.2021)

Expert Panel on effective ways of investing in Health (EXPH) (2014). Report on definition of a frame of reference in relation to primary care with a special emphasis on financing systems and referral systems. 10.07.2014. ec.europa.eu/health/sites/health/files/expert_panel/docs/004_definitionprimarycare_en.pdf. (Abruf am 12.04.2021)

Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA) (2020). Bedarfsplanungs-Richtlinie – Richtlinie über die Bedarfsplanung sowie die Maßstäbe zur Feststellung von Überversorgung und Unterversorgung in der vertragsärztlichen Versorgung. Letzte Änderung: 17.12.2020. www.g-ba.de/downloads/62-492-2391/BPL-RL_2020-12-17_iK-2021-02-18.pdf. (Abruf am 12.04.2021)

Goetz K, Kornitzky A, Mahnkopf J, Steinhäuser J. (2017). At the dawn of delegation? Experiences and attitudes of general practitioners in Germany – a questionnaire survey. BMC Fam Pract. 2017 Dec 19;18(1):102. doi.org/10.1186/s12875-017-0697-y. (Abruf am 12.04.2021)

Governance Report (2019). Gesundheitspolitik: Herausforderungen und Empfehlungen. Zusammenfassungen. [https://www.bosch-stiftung.de/sites/default/files/documents/2019-10/Governance Report_2019_Summary Deutsch.pdf](https://www.bosch-stiftung.de/sites/default/files/documents/2019-10/Governance%20Report_2019_Summary_Deutsch.pdf). (Abruf am 12.04.2021)

Haußen T und Übelmesser S (2015): Mobilität von Hochschulabsolventen in Deutschland. Ifo Dresden berichtet 2/2015.

Hildebrandt H, Bahrs O, Borchers U et al. (2020a). Integrierte Versorgung als nachhaltige Regelversorgung auf regionaler Ebene – Teil 1. Welt der Krankenversicherung 7 – 8/2020, S. 163 – 172.

Hildebrandt H, Bahrs O, Borchers U et al. (2020b). Integrierte Versorgung als nachhaltige Regelversorgung auf regionaler Ebene – Teil 2. Welt der Krankenversicherung 9/2020, S. 210 – 219.

IKK e. V. (IKK) (2021). Anforderungen des IKK e.V. an eine zukunftsgewandte und krisenfestе Gesundheitspolitik. https://www.ikkev.de/fileadmin/Daten/Positionen-2021/Downloads/Bundestagswahl-Broschüre_WEB.pdf. (Abruf am 23.04.2021)

Institut für hausärztliche Fortbildung im Deutschen Hausärzterverband e.V. (IHF) (2021). www.verah.de/. (Abruf am 16.03.2021)

Irving G, Neves AL, Dambha-Miller H, et al. (2017). International variations in primary care physician consultation time: a systematic review of 67 countries. *BMJ Open* 2017;7:e017902. doi.org/10.1136/bmjopen-2017-017902. (Abruf am 12.04.2021)

Jedro C, Holmberg C, Tille F, et al. (2020). The acceptability of task-shifting from doctors to allied health professionals – results from a representative telephone survey of members of the National Association of Statutory Health Insurance Physicians. *Deutsches Ärzteblatt International* 2020 (117), S. 583–590. doi.org/10.3238/arztebl.2020.0583. (Abruf am 12.04.2021)

Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) (o.D.). Medizinische Versorgungszentren aktuell – Statistische Informationen zum Stichtag 31.12.2019. www.kbv.de/media/sp/mvz-aktuell.pdf. (Abruf am 12.04.2021)

Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) (2019). Berufsmonitoring Medizinstudierende 2018. Juli 2019. www.kbv.de/media/sp/Berufsmonitoring_Medizinstudierende_2018.pdf. (Abruf am 12.04.2021)

Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) (2020a). Weiterbildungsförderung gemäß § 75a SGB V – Evaluationsbericht 2019. www.kbv.de/media/sp/Evaluation_2019>Weiterbildungsfoerderung_75a.pdf. (Abruf am 12.04.2021)

Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) (2020b). Vereinbarung zur Förderung der Weiterbildung gemäß § 75a SGB V, in Kraft getreten am 01.07.2016, in der Fassung vom 03.11.2020. www.kbv.de/media/sp/Foerderung_Allgemeinmedizin.pdf. (Abruf am 12.04.2021)

Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) (2021a). Gesundheitsdatenportal der Kassenärztlichen Bundesvereinigung. www.kbv.de/html/gesundheitsdaten.php. (Abruf am 12.04.2021)

Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) (2021b): Honorarbericht – Quartal 2/2019. Januar 2021. www.kbv.de/media/sp/Honorarbericht_Quartal_2_2019.pdf. (Abruf am 12.04.2021)

Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) (2021c). Honorarbericht – Quartal 1/2019. Januar 2021. www.kbv.de/media/sp/Honorarbericht_Quartal_1_2019.pdf. (Abruf am 12.04.2021)

Kassenärztliche Vereinigung Bayerns (KVB) (2019). KVB-Merkblatt: Zuschuss für die Praxisfortführung ab dem 63. Lebensjahr (gemäß Anhang 5 der Sicherstellungsrichtlinie). Stand 05/2019. <https://www.kvb.de/fileadmin/kvb/dokumente/Praxis/Sicherstellungsrichtlinie/Merkblätter/KVB-Merkblatt-Zuschuss-Praxisfortfuehrung.pdf>. (Abruf am 12.04.2021)

Kringos DS, Boerma WGW, Hutchinson A, Saltman RB (2015a). Building primary care in a changing Europe. European Observatory on Health Systems and Policies – European Observatory Health Policy Series: Copenhagen. apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/154350/9789289050319-eng.pdf. (Abruf am 12.04.2021)

Kringos DS, Boerma WGW, Hutchinson A, Saltman RB (2015b). Building primary care in a changing Europe – Case Studies. European Observatory on Health Systems and Policies – European Observatory Health Policy Series: Copenhagen. https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0018/271170/BuildingPrimary-CareChangingEurope.pdf. (Abruf am 12.04.2021)

Kroll LE, Schulz M, Hering R, Czihal T und von Stillfried D (2019). Bedarfsprojektion für Medizinstudienplätze in Deutschland. Zi-Paper 14/2019. Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland. www.zi.de/fileadmin/images/content/Publikationen/Zi-Paper_14-2019_Bedarfsprojektion_fuer_Medizinstudienplaetze.pdf. (Abruf am 12.04.2021)

Leipzig Medical School (LMS) (2021). Landarztquote. leipzigmedicalschooll.de/wiki/landarztquote/. (Abruf am 12.04.2021)

Mergenthal K, Leifermann M, Beyer M, Gerlach F M, Güthlin C (2016). Wie schätzen Versorgungsassistentinnen in der Hausarztpraxis (VERAH) den Nutzen ihrer Tätigkeit für die Patienten ein? Zeitschrift für Allgemeinmedizin 92 (1/2016), S. 36 – 40. www.online-zfa.de/fileadmin/user_upload/Heftarchiv/ZFA/article/2016/01/251D3D19-43ED-4FCE-9B6E-1BC6B49384C7/251D3D1943ED4FCE9B6E1BC6B49384C7_mergenthal_verah_selbst_1_original.pdf. (Abruf am 23.04.2021)

Milan V, Fetzter S und Hagist C (2021). Healing, surviving, or dying? – projecting the German future disease burden using a Markov illness-death model. BMC Public Health 21, 123 (2021). doi.org/10.1186/s12889-020-09941-6. (Abruf am 12.04.2021)

Ministerin für Inneres, ländliche Räume, Integration und Gleichstellung des Landes Schleswig-Holstein (MILIG) (2020). Alle Dienste unter einem Dach. Artikel vom 28.05.2020. https://www.schleswig-holstein.de/DE/Landesregierung/IV/_startseite/Artikel2020/II/200528_lunden.html. (Abruf am 12.04.2021)

Ministère des Solidarités et de la Santé (MSS) (2021). Ma santé 2022: un engagement collectif. solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/masante2022/. (Abruf am 12.04.2021)

Niedersächsisches Ministerium für Bundes- und Europaangelegenheiten und Regionale Entwicklung (MB Niedersachsen) (2020). Land ebnet Weg für Regionales Versorgungszentrum im Leinebergland. Presseinformation vom 10.12.2020. www.mb.niedersachsen.de/startseite/aktuelles/presseinformationen/land-ebnet-weg-fur-regionales-versorgungszentrum-im-leinebergland-195370.html. (Abruf am 12.04.2021)

Österreichische Sozialversicherung – Dachverband der Sozialversicherungsträger (ÖSV) (2021). Teambasierte Primärversorgung. www.sv-primaerversorgung.at/cdscontent/?contentid=10007.796740&view-mode=content. (Abruf am 12.04.2021)

Organization for Economic Cooperation and Development /European Observatory on Health Systems and Policies (OECD) (2019). Germany: Country Health Profile 2019. State of Health in the EU. OECD Publishing, Paris/European Observatory on Health Systems and Policies, Brussels. ISBN: 9789264583115.
https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/419459/Country-Health-Profile-2019-Germany.pdf.
(Abruf am 12.04.2021)

Organization for Economic Cooperation and Development (OECD) (2020). Realising the Potential of Primary Health Care. OECD Health Policy Studies. OECD Publishing. Paris. doi.org/10.1787/a92adee4-en.
(Abruf am 12.04.2021)

Popert UW, Egidi G, Eras J, Kühlein T, Baum E (2018): Warum wir ein Primärarztsystem brauchen – Hintergründe für ein DEGAM-Positionspapier. Zeitschrift für Allgemeinmedizin 94 (6/2018): 250 – 254.
www.online-zfa.de/fileadmin/user_upload/Popert-Primaerarztsystem.pdf. (Abruf am 12.04.2021)

Richter-Kuhlmann E (2020). Medizinstudium: Neue Approbationsordnung 2025. Deutsches Ärzteblatt 117 (48/2020), A-2335/B-1970. www.aerzteblatt.de/archiv/216883/Medizinstudium-Neue-Approbationsordnung-2025. (Abruf am 12.04.2021)

Robert Bosch Stiftung (RBS) (2021): PORT – Patientenorientierte Zentren zur Primär- und Langzeitversorgung. www.bosch-stiftung.de/sites/default/files/documents/2021-03/PORT-Flyer_012021.pdf. (Abruf am 16.04.2021)

Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR) (2014). Gutachten 2014. Bedarfsgerechte Versorgung – Perspektiven für ländliche Regionen und ausgewählte Leistungsbereiche. www.svr-gesundheit.de/fileadmin/Gutachten/Gutachten_2014/Langfassung2014.pdf. (Abruf am 12.04.2021)

Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR) (2018). Gutachten 2018. Bedarfsgerechte Steuerung der Gesundheitsversorgung. www.svr-gesundheit.de/fileadmin/Gutachten/Gutachten_2018/Gutachten_2018.pdf. (Abruf am 12.04.2021)

Schaeffer D, Hämel K, Ewers M (2015). Versorgungsmodelle für ländliche und strukturschwache Regionen – Anregungen aus Finnland und Kanada. Weinheim und Basel: Beltz Juventa. ISBN: 978-3-7799-1990-2.

Schaeffer D, Vogt D, Berens EM, Hurrelmann K (2016). Gesundheitskompetenz der Bevölkerung in Deutschland – Ergebnisbericht. Bielefeld: Universität Bielefeld. doi.org/10.2390/0070-pub-29088450.
(Abruf am 16.04.2021)

Schaeffer D (2017). Advanced Nursing Practice – Erweiterte Rollen und Aufgaben der Pflege in der Primärversorgung in Ontario/Kanada. Pflege & Gesellschaft 22 (1/2017), S. 18 – 34. <https://pub.uni-bielefeld.de/record/2911082>. (Abruf am 12.04.2021)

Schaeffer D, Berens E-M, Gille S, Griesse L, Klinger J, de Sombre S, Vogt D, Hurrelmann K (2021). Gesundheitskompetenz der Bevölkerung in Deutschland – vor und während der Corona Pandemie: Ergebnisse des HLS-GER 2. Bielefeld: Interdisziplinäres Zentrum für Gesundheitskompetenzforschung (IZGK), Universität Bielefeld. doi.org/10.4119/unibi/2950305. (Abruf am 23.04.2021)

Schmid A, Hacker J, Rinsche F, Distler F (2018). Intersektorale Gesundheitszentren. Ein innovatives Modell der erweiterten ambulanten Versorgung zur Transformation kleiner ländlicher Krankenhausstandorte. Gutachten im Auftrag der Kassenärztlichen Bundesvereinigung. www.kbv.de/media/sp/IGZ_Gutachten.pdf.

(Abruf am 12.04.2021)

Schmid A, Günther S, Baierlein J (2020a): Vom PORT-Gesundheitszentrum zur regionalen Primärversorgung. Robert Bosch Stiftung. doi.org/10.15495/EPub_UBT_00005134. (Abruf am 12.04.2021)

Schmid A, Günther S, Baierlein J (2020b): PORT-Gesundheitszentren – Thesenpapier zu Umsetzung, Vergütung und Weiterentwicklung zu einer regionalen Primärversorgung. Robert Bosch Stiftung. www.bosch-stiftung.de/PORT_Thesenpapier. (Abruf am 12.04.2021)

Schulz M, Czihal T, Bätzing-Feigenbaum J, von Stillfried D (2016a). Zukünftige relative Beanspruchung von Vertragsärzten – Eine Projektion nach Fachgruppen für den Zeitraum 2020 bis 2035. Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland (Zi). Versorgungsatlas-Bericht Nr. 16/02. Berlin 2016. www.versorgungsatlas.de/fileadmin/ziva_docs/67/VA-16-02-Bericht-Final_V3.pdf. (Abruf am 12.04.2021)

Schulz M, Czihal T, Bätzing-Feigenbaum J, von Stillfried D (2016b). Zukünftige relative Beanspruchung von Vertragsärzten – Eine Projektion nach Fachgruppen für den Zeitraum 2020 bis 2035 (Anhang: Kartenmaterial). Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland (Zi). Versorgungsatlas-Bericht Nr. 16/02. Berlin 2016. www.versorgungsatlas.de/fileadmin/ziva_docs/67/VA-16-02-Anhang-Final_V2-komprimiert_1.pdf. (Abruf am 12.04.2021)

Starfield B, Shi L, Macinko J (2005). Contribution of primary care to health systems and health. *Milbank Q.* 2005;83(3):457-502. doi.org/10.1111/j.1468-0009.2005.00409.x. (Abruf am 16.04.2021)

Statistisches Bundesamt (Destatis) (2019). Bevölkerung im Wandel – Annahmen und Ergebnisse der 14. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung. 27.06.2019. Wiesbaden.

Statistisches Bundesamt (Destatis) (2021): Vorausberechneter Bevölkerungsstand: Deutschland, Stichtag, Varianten der Bevölkerungsvorausberechnung, Geschlecht, Altersjahre. Ergebnisse der 14. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung (Basis: 31.12.2018).

Robert Bosch Stiftung, Bertelsmann Stiftung, Stiftung Münch (Stiftungsallianz) (2020). Pflege kann mehr! Positionspapier der Stiftungsallianz für eine neue Rolle der professionellen Pflege im Gesundheitswesen. *Pflege & Gesellschaft* 25 (1/2020), S. 78 – 85. <https://www.bosch-stiftung.de/de/publikation/pflege-kann-mehr>. (Abruf am 16.04.2021)

Szezan NM (2021). Den Verantwortungsbereich der Pflege ausbauen. *Die Schwester | Der Pfleger* 1/2021, S. 56 – 59.

- Thomsen S, Ingwersen K, Weilage I (2020). Ärztebedarf in Niedersachsen 2035. Modellrechnungen zur Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung im Gebiet der Kassenärztlichen Vereinigung Niedersachsen – Endbericht. https://www.kvn.de/internet_media/über+uns/Termine/KVN_Symposium_+Ärztebedarf+in+Niedersachsen+2035/KVN_Symposium_+Ärztebedarf+in+Niedersachsen+2035_+Dokumentation-p-25410.pdf. (Abruf am 10.01.2021)
- Tönnies T, Röckl S, Hoyer A, Heidemann C. et al. (2019). Projected number of people with diagnosed Type 2 diabetes in Germany in 2040. *Diabet Med* 2019 Jan 19. doi.org/10.1111/dme.13902. (Epub ahead of print). (Abruf am 16.04.2021)
- van den Bussche H, Boczor S, Siegert S, Nehls S, Selch S, Kocalevent RD, Scherer M (2019). Die Resultate von sechs Jahren Weiterbildung für die hausärztliche Versorgung in Deutschland – Ergebnisse der KarMed-Studie (Teil 2). *Zeitschrift für Allgemeinmedizin* 95 (1/2019), S. 9 – 13. www.online-zfa.de/fileadmin/user_upload/van_der_Bussche_KarMed_Studie2.pdf. (Abruf am 12.04.2021)
- van den Bussche H (2019). Die Zukunftsprobleme der hausärztlichen Versorgung in Deutschland: Aktuelle Trends und notwendige Maßnahmen. *Bundesgesundheitsblatt* 62 (2019), S. 1.129 – 1.137. doi.org/10.1007/s00103-019-02997-9. (Abruf am 16.04.2021)
- Wissenschaftsrat (2012). Empfehlungen zu hochschulischen Qualifikationen für das Gesundheitswesen. Drs. 2411-12. www.wissenschaftsrat.de/download/archiv/2411-12.pdf?__blob=publicationFile&v=1. (Abruf am 16.04.2021)
- World Health Organization (WHO) (2008a). The world health report 2008: primary health care now more than ever. www.who.int/whr/2008/whr08_en.pdf. (Abruf am 12.04.2021)
- World Health Organization (WHO) (2008b). A Summary of the 2008 World Health Report “Primary Health Care: Now More Than Ever”. www.who.int/whr/2008/summary.pdf?ua=1. (Abruf am 12.04.2021)
- World Health Organization (WHO) (2019). Declaration of Astana: Global Conference on Primary Health Care: Astana, Kazakhstan, 25 and 26 October 2018. www.who.int/docs/default-source/primary-health/declaration/gcphc-declaration.pdf. (Abruf am 12.04.2021)
- Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland (Zi) (2019). Zi-Praxis-Panel – Jahresbericht 2018. 9. Jahrgang. Berlin: Dezember 2019. https://www.zi-pp.de/pdf/ZiPP_Jahresbericht_2018.pdf. (Abruf am 12.04.2021)

Impressum

Herausgegeben von der

Robert Bosch Stiftung GmbH
Heidehofstraße 31, 70184 Stuttgart
www.bosch-stiftung.de

Kontakt in der Stiftung

Jannis Feller
Senior Projektmanager Gesundheit
Telefon +49 711 46084-340
jannis.feller@bosch-stiftung.de

Cordula Hoffmanns
Senior Projektmanagerin Gesundheit
Telefon +49 711 46084-855
cordula.hoffmanns@bosch-stiftung.de

Autoren

Hans-Dieter Nolting
Dr. Richard Ochmann
Karsten Zich

IGES Institut GmbH
Friedrichstraße 180, 10117 Berlin
studien@iges.com

Copyright 2021

Robert Bosch Stiftung GmbH, Stuttgart
Alle Rechte vorbehalten.

Gestaltung

siegel konzeption | gestaltung, Stuttgart

Druck

Offizin Scheufele
Druck und Medien GmbH & Co. KG

ISBN 978-3-939574-66-8

