

**Voraussetzungen und Möglichkeiten
der Implementierung und Ausgestaltung
von Primärversorgungszentren
im deutschen Gesundheitswesen**

Eine Expertise im Auftrag der Robert Bosch Stiftung

Inhaltsverzeichnis

1. Einführung	3
2. Ausgangslage und Sicht auf die aktuelle Primärversorgungssituation	5
3. Konzeptionelle Ausgestaltung von Primärversorgungszentren.....	8
4. Notwendige rechtliche und strukturelle Rahmenbedingungen.....	18
5. Finanzierung und Trägerschaft von Primärversorgungszentren	21
6. Fazit.....	23

1. Einführung

Die Robert Bosch Stiftung fördert an 13 Standorten verschiedene Projekte der Primärversorgung, die über den hausärztlichen Rahmen hinausgehend pflegerische und therapeutische sowie populationsbezogene und sozialraumorientierte Ansätze ganzheitlich integrieren. Die einzelnen Projekte des im Jahr 2015 aufgelegten Programmes PORT (Patientenorientierte Zentren zur Primär- und Langzeitversorgung) weisen sowohl von den lokalen Voraussetzungen als auch strukturell und fachlich eine hohe Variationsbreite auf.

Absicht dieser Expertise ist es, eine Perspektive für die Ausgestaltung, Umsetzung und Verankerung solcher integrierenden Versorgungsangebote im deutschen Gesundheitswesen zu entwickeln. Die in den PORT-Zentren gewonnenen Erfahrungen sollen als zukunftsorientierte Versorgungsform einer umfassenden Primärversorgung zu einem allgemeingültigen Ansatz weiterentwickelt werden. Die Möglichkeiten einer zukünftigen Etablierung in der Regelversorgung werden aufgezeigt.

Für dieses Vorhaben konnte die Robert Bosch Stiftung mit Unterstützung von Dr. Matthias Gruhl eine Gruppe aus Expertinnen und Experten gewinnen, die aufgrund ihres professionellen Hintergrunds die Perspektive der verschiedenen an Konzeption oder Durchführung der Primärversorgung beteiligten Organisationen und Institutionen einbringen. Mitglieder in alphabetischer Reihenfolge:

- **Prof. Dr. Volker Amelung**, Professor für internationale Gesundheitssystemforschung, Medizinische Hochschule Hannover
- **Ulrike Elsner**, hauptamtliche Vorstandsvorsitzende des vdek
- **Dr. Bernhard Gibis**, Dezernent Sicherstellung und Versorgungsstruktur, KBV
- **Dr. Bernadette Klapper**, Bundesgeschäftsführerin des DBfK Bundesverband
- **Stefan Majer**, Dezernent u.a. für Gesundheit der Stadt Frankfurt a.M. und Vorsitzender Gesundheitsausschuss Deutscher Städtetag
- **Dr. Ulrich Orłowski**, Rechtsanwalt
- **Dr. Gottfried Roller**, Leiter des Landesgesundheitsamts (LGA) Baden-Württemberg
- **Prof. Dr. Martin Scherer**, Professor für Allgemeinmedizin UKE, Präsident der DEGAM
- **Ulrich Weigeldt**, Bundesvorsitzender Deutscher Hausärzterverband

Moderation und Verfasser: **Dr. Matthias Gruhl**, Staatsrat a.D.

Ziel der Expertise ist es, eine integrierte und umfassende Primärversorgung in Deutschland einzuführen und die Voraussetzungen dafür zu definieren.

Grundlage dafür sind:

- die bisherigen Ergebnisse der von der Robert Bosch Stiftung geförderten Zentren des PORT-Programms
- die gutachterlichen Stellungnahmen der Oberender AG aus dem Jahr 2020 und des IGES Instituts aus dem Jahre 2021 zum PORT-Programm¹
- die Expertise von den vorgenannten führenden Persönlichkeiten des deutschen Gesundheits- und Pflegewesens, die über strukturierte Interviews und eine Panelsitzung im Dezember 2021 eingebracht wurde
- der Koalitionsvertrag 2021-2025 für die 20. Legislaturperiode

Diese Expertise wurde unter anderem auf Grundlage von Interviews und Konsultationen mit den genannten Expertinnen und Experten erstellt. Die Inhalte des Papiers stellen nicht zwingend und in allen Punkten die Meinung jedes Mitglieds der Gruppe dar. Die Teilnehmenden haben als Person und nicht in Vertretung ihrer Organisationen an diesem Projekt mitgewirkt. Die Robert Bosch Stiftung dankt den Teilnehmenden sehr herzlich für ihre Unterstützung und ihr Engagement.

¹ Weiterführendes Material zum PORT-Programm der Robert Bosch Stiftung ist am Ende des Papiers angefügt.

2. Ausgangslage und Sicht auf die aktuelle Primärversorgungssituation

2.1. In ländlichen und zunehmend auch im urbanen Setting, insbesondere in sozial benachteiligten Regionen der Ballungsgebiete, ist die medizinische Primärversorgung mit den herkömmlichen Leistungsangeboten nicht mehr durchgehend sicherzustellen.

Insbesondere die (haus-)ärztliche und ambulante pflegerische Versorgung in ländlichen Regionen und in sozial benachteiligten Stadtteilen der Ballungsgebiete ist oft nicht mehr bedarfsgerecht. Unterversorgung besteht in solchen Gebieten zum Teil bereits heute. Gleiches gilt zunehmend auch für die Grundversorgung mit spezialärztlichen Leistungen. Die medizinisch/pflegerische Primärversorgung wird sich aufgrund der Altersstruktur der vertragsärztlichen Leistungserbringer weiter verschlechtern. Die Versorgungsstrukturen müssen sich diesen Herausforderungen stellen.

Hinzu kommt, dass die Bevölkerung in diesen Regionen durch eine Häufung von morbiditätsbedingten, demographischen, gesellschaftlichen und sozialen Problemen besondere Anforderungen an eine gute Gesundheitsversorgung stellen.

Die besondere Versorgungslage in solchen benachteiligten Kommunen und Stadtteilen wird mehrfach im Koalitionsvertrag angesprochen. Darauf aufbauend werden verschiedene Maßnahmen aufgeführt, die über die jetzigen Versorgungsangebote strukturell und finanziell hinausgehen.

Die auf die Stärkung der Allgemeinmedizin ausgerichteten Anreize in der Aus- und Weiterbildung sowie eine bessere hausärztliche Vergütung haben bisher und werden, zumindest mittelfristig, keine entscheidende Verbesserung bewirken, sind aber für die Gesamtentwicklung der Primärversorgung in Deutschland unverzichtbar. Im Koalitionsvertrag wurde zusätzlich die Aufhebung der Budgetierung für die hausärztliche Versorgung verabredet.

Wenn sich auch die Problematik in den oben genannten Regionen am drängendsten darstellt, **sollte insgesamt eine stärkere Integration von medizinischen, pflegerischen und sozialen Hilfesystemen erfolgen**. Ebenso wenig wie sich gesellschaftliche Probleme in Arztpraxen lösen lassen, kann negiert werden, dass soziale Entwicklungen gesundheitliche Auswirkungen haben. Ein Zusammenrücken aller fachlichen Perspektiven ist ein Gebot der Vernunft.

2.2. Gesundheit als Endpunkt individueller, sozialer, gesellschaftlicher und umgebungsorientierter Entwicklungen ist insbesondere in benachteiligten ländlichen und urbanen Regionen nicht allein mit medizinischen Interventionen zu verbessern, sondern braucht Interaktionen zu sozialen, pflegerischen und populationsbezogenen Interventionen. Dafür sind Primärversorgungszentren als integriertes medizinisch-pflegerisches und gesundheitsförderndes bzw. -stärkendes Angebot auszugestalten.

Ausgehend von dem Konzept zur "Population Health" als Gesamtergebnis aller in einer Region auf die Gesundheit einwirkenden Faktoren bedarf es eines breiteren Blickes auf die Erhaltung und Herstellung guter Gesundheit. Demnach ist es gerade in strukturschwachen Gebieten zwingend notwendig, neben den individuellen Möglichkeiten der Medizin auch die sozialen und umweltbedingten Determinanten, die den Gesundheitsstatus einer Bevölkerung beeinträchtigen, zu berücksichtigen². Die Bedeutung des Population Health-Ansatzes ist in der SARS-CoV-2-Pandemie praktisch erfahrbar gewesen³.

Der von der Robert Bosch Stiftung erprobte Ansatz, eine primärmedizinische Grund- und Langzeitversorgung im Team mit pflegerischen, therapeutischen und gesundheitsfördernden und -stärkenden Fachkräften gemeinsam in Primärversorgungszentren (PVZ) anzubieten, bildet den international erprobten holistischen Ansatz ab. Er bezieht die medizinische, pflegerische und soziale Bedürfnislage von Populationen ein. Dieser multiprofessionelle Ansatz wird neben den PORT-Projekten in vielfältigen Variationen in Deutschland bereits gelebt⁴. Eingebunden sind dabei auch präventive und gesundheitsfördernde Interventionen. Die Patient:innen werden durch unterschiedliche Formen der Ansprache aller im PVZ tätigen Berufsgruppen dazu gezielt motiviert und in Gesundheitskompetenz und gesundheitlichem Selbstmanagement gestärkt.

Um Unter- und Fehlversorgung abzuwenden, bedarf es Fachpersonals, das trotz der hohen Arbeitslast auch in diesen Regionen tätig werden will. Eine veränderte Gewichtung in der persönlichen Work-Life-Balance sowie andere Erwartungen an Zusammenarbeit und berufliche Entwicklungsperspektiven machen es zwingend notwendig, gerade für diese Problemgebiete attraktive Angebote zu unterbreiten, die bewusst über die bisherigen Rahmen der Versorgung hinausgehen. So leidet die hausärztliche Medizin an der Überlagerung medizini-

² U.a.: D.A. Kinding What Is Population Health? April 2003 American Journal of Public Health 93(3):380-3

³ Einen Überblick über die aktuelle nationale und internationale Umsetzung von Population Health, auch zur Pandemie findet sich in Amelung V. et al, Handbook Integrated Care 2nd Edition, Springer-Verlag, 2021

⁴ IGES, Gesundheitszentren für Deutschland, eine Studie im Auftrag der Robert Bosch Stiftung, z.B. S.57, 2021: www.bosch-stiftung.de/Gesundheitszentren_fuer_Deutschland

scher Sachverhalte durch soziale oder Umfeld bedingte Einflüsse, für deren Behebung oder Linderung die ärztliche Kernkompetenz nicht geeignet ist. Hier gilt es ein Angebot zu unterbreiten, dass berufsgruppenübergreifende, teamorientierte und damit sich ergänzende Kooperationen von Berufsgruppen ermöglicht. Die Verantwortung liegt nicht mehr allein bei der ärztlichen Profession, sondern soll gemeinsam und auf Augenhöhe mit anderen Fachkräften geteilt werden. Dies optimiert die Versorgung für die Patient:innen und wirkt arztentlastend.

PVZ erheben nicht den Anspruch, das alleinige Lösungsmodell für Defizite in der Primärversorgung zu sein. Es geht nicht um einen Systemwettbewerb, sondern um eine an bestimmten Rahmenbedingungen auszurichtende, zusätzliche Form der gesundheitlichen Leistungserbringung.

2.3. Primärversorgungszentren sollen zügig in die Versorgungslandschaft integriert werden. Deshalb ist der Ausgangspunkt die gegebene Versorgungslandschaft.

Das grundgesetzliche Gebot der gleichwertigen Lebensverhältnisse umfasst auch den gleichen Zugang zu einer bedarfsgerechten medizinischen Versorgung. Dass dieser insbesondere für die primärmedizinische Versorgung in strukturschwachen Regionen nicht durchgehend eingehalten werden kann, ist fachlicher Konsens und wird politisch im Koalitionsvertrag 2021-2025 als Handlungsbedarf anerkannt. Da sich die Herausforderungen in diesen Regionen aufgrund der demographischen oder sozialräumlichen Trends eher vergrößern werden, bedarf es zusätzlicher Instrumente.

Grundlegende berufsrechtliche, strukturelle oder sozialrechtliche Strukturveränderungen für eine bessere Primärversorgung im deutschen Gesundheitswesen oder Ableitungen aus Vergleichen mit internationalen Erfahrungen und Strukturen sind für die Diskussion über Verbesserungen dabei wichtig. Sie implizieren aber Veränderungen, die weit über das erkannte Problemfeld der Primärversorgung hinausgehen und werden viel Kraft und Zeit benötigen. Daher erscheint es zunächst geboten und umsetzungsorientierter, sich nicht primär von der Erwartung auf generell zu verändernde Rahmenbedingungen leiten zu lassen, zumal mit der Einrichtung von Primärversorgungszentren eine erprobte Lösungsoption vorliegt. Diese kann in den bestehenden gesetzlichen und strukturellen Rahmen des heutigen Gesundheitswesens eingefügt und später im Sinne des Gewollten weiterentwickelt werden. Ein solcher, erster pragmatischer Schritt wird zeitnah zu einer verbesserten Primärversorgung beitragen.

3. Konzeptionelle Ausgestaltung von Primärversorgungszentren

Für eine Etablierung einer neuen Versorgungsform ist es zwingend notwendig, die Grundvoraussetzungen des Angebots einheitlich zu definieren. Viele der weiteren wünschenswerten und ggf. optionalen Ergänzungen dieses Kerns von PVZ sind abhängig von den jeweiligen regionalen Gegebenheiten.

3.1. Mindeststandards für Primärversorgungszentren

PVZ müssen fachliche und organisatorische Mindeststandards erfüllen.

Zu verlangen sind:

- I. ein bedarfsorientiertes allgemeinmedizinisches Angebot,**
- II. vermittelnde, gesundheitsfördernd tätige (Pflege-)Fachkräfte**
- III. eine Team-Konzeption der gleichberechtigten, berufsgruppenübergreifenden Zusammenarbeit**
- IV. eine Kooperationsvereinbarung mit der jeweiligen Kommune bzw. zuständigen staatlichen Verwaltung**

I. Allgemeinmedizinisches Angebot

Die **medizinische Leitdisziplin** der Primärversorgung ist die Allgemeinmedizin, im Sinne der Familienmedizin ergänzt um ein pädiatrisches Versorgungsangebot. Die pädiatrische Grundversorgung wird weitgehend durch die Allgemeinmedizin abgedeckt. Spezialisierte pädiatrische Expertise sollte zumindest telemedizinisch hinzugezogen werden.

II. (Pflege-)Fachkräfte für vermittelnde und gesundheitsfördernde Tätigkeiten

Die medizinischen Leitdisziplinen in Primärversorgungszentren sind notwendigerweise mit **zusätzlicher nicht-ärztlicher Fachlichkeit** zu ergänzen. Deren Aufgaben für die Patient:innen des PVZ liegen einerseits in der Vermittlung und Verstärkung medizinisch-therapeutische Maßnahmen im jeweiligen individuellen und sozialen Umfeld, sowie in der Initiierung und Förderung von notwendiger Verhaltens- bzw. Verhältnisprävention. Andererseits nehmen sie durch aktiv aufsuchende Tätigkeit Einfluss auf gesundheitsbelastende soziale und individuelle Gegebenheiten und spiegeln diese mit ihren sozialräumlichen Kenntnissen in die medizinische Versorgung zurück. Hinzu kommt die kooperative Vermittlung von weiterführenden sozialen Bedarfen zu kommunalen Diensten. Die Bedeutung der von solchen Fachkräften erbrachten Leistungen zur Erhaltung und Verbesserung von Gesundheit und persönliche Autonomie wird durch den Koalitionsvertrag an verschiedenen Stellen betont.

Für diese wichtige Scharnierfunktion zwischen dem medizinisch-pflegerischen Hilfesystem und der sozialräumlichen Lebenswirklichkeit gibt es bisher in

Deutschland **kein klar definiertes und anerkanntes Berufsbild**, obwohl solche Funktionen in der Versorgungsrealität bereits vielfach eingesetzt werden. Für die Rolle oder Angebote finden sich vielfältige Bezeichnungen: Community Health Nurses (CHN), Case Management, Gesundheitskiosk, Gesundheits- oder Patientenlotse, Kümmerer, Health Hub und oder Gemeindeschwester.

Meist werden Pflegefachkräfte, medizinisches Fachpersonal oder soziale Fachberufe in dieser Funktion eingesetzt, die aber nicht strukturiert in den zusätzlichen, über ihr Berufsfeld hinausgehenden Funktionen aus- bzw. weitergebildet sind. Eine zusätzliche oder grundständige hochschulische Ausbildung, wie sie für Pflegefachkräfte in Masterstudiengängen zur CHN bereits möglich ist⁵, optimiert das berufliche Spektrum um eine wünschenswerte wissenschaftliche Perspektive.

Es ist zu überlegen, ob beide Erwartungen an diese Fachkräfte, also eine stärker arztentlastende, koordinierende Funktion und die populationsbezogene Herangehensweise, sich in einem Berufsbild wiederfinden oder unterschiedliche berufliche Schwerpunkte darstellen sollten. Hier liegen noch zu wenige Erkenntnisse vor.

Berufsbild Community Health Nurse

Der in Deutschland in Anlehnung an angelsächsische Vorbilder an drei Hochschulen neu eingeführte Master-Studiengang zur Community Health Nurse bildet ein solches Berufsbild in einer wissenschaftlichen Ausbildung, meist auf der Grundlage eines Abschlusses eines Pflege-/Gesundheitsfachberufes, ab.

"Eine Community Health Nurse sorgt für eine gute Versorgung der Menschen, entlastet Hausärzte, sorgt für niederschweligen Zugang zum Gesundheitssystem und daraus resultierenden Vorteilen, bereitet Informationen für Betroffene verständlich auf, ist Ansprechpartnerin vor Ort für verschiedene Akteure neben den Patient:innen, kennt die Kommune/ das Quartier, berät Vertretende der Kommune, unterstützt eine Sektorenübergreifende Versorgung, agiert gemeinsam mit anderen Professionen, arbeitet mit Pflegekoordinator:innen der Landkreise zusammen.“⁶

Mit der Ankündigung im Koalitionsvertrag auf Bundesebene und im Land Berlin, für CHN ein für diese zusätzliche Fachlichkeit passendes und eigenständiges Berufsbild zu entwickeln, wird die Initiative zur verbindlichen Ausgestaltung eines solchen Berufes politisch aufgenommen. Ziel muss es sein, so ausgebildeten Fachkräfte berufs- und sozialrechtlich als Leistungserbringer in der (Primär-) Versorgung anzuerkennen. Das im KOAV festgehaltene Vorhaben der Heilkundeübertragung ist für die vollumfängliche Rollenausübung einer CHN unabdingbar.

⁵ Für MFA ist im Rahmen des VERAH-Projekts eine Akademisierung auf Bachelorniveau geplant.

⁶ Agnes-Karll-Gesellschaft, 2018: "Community Health Nursing in Deutschland"

III. Team-Konzeption der gleichberechtigten, berufsgruppenübergreifenden Zusammenarbeit

Der besondere Mehrwert von Primärversorgungszentren im Vergleich zur Regelversorgung in der Hausarztpraxis oder einem MVZ begründet sich einerseits durch die Beschäftigung von zusätzlichen gesundheitsstärkenden beziehungsweise -fördernden Fachkräften, andererseits aber durch eine **anspruchsvolle und verbindliche Konzeption der Integration und Gemeinschaftlichkeit**. Diese Konzeption kann anhand von drei Merkmalen charakterisiert werden:

- (1) Ein von allen Mitarbeitenden getragenes **Grundverständnis** eines handlungsleitenden **umfassenden Gesundheitsbegriffes**, der die Lebenswelt und -wirklichkeit der Patientinnen und Patienten ebenso berücksichtigt wie die medizinisch-pflegerischen Gegebenheiten. Beide für die Gesundheit wichtigen Aspekte sind professionell im PVZ zusammenzuführen. Ziel ist es, ein solches gemeinsames Gesundheitsverständnis zu formulieren, das sich an der Begrifflichkeit eines „continuum of care“ (Evashwick 1989) orientiert.⁷ Erwartet wird eine Versorgungsdynamik, zu der alle Berufsgruppen im PVZ einen Beitrag leisten und die die gesundheitliche Situation bzw. die Autonomie der Patient:innen stärkt.
- (2) In diesem Zusammenhang ist es nötig, sich auf bestimmte **Arbeitsformen und -instrumente** des gegenseitigen Austausches und der Absprachen zu verständigen und diese in die tägliche Arbeit zu integrieren. Dazu eignen sich regelmäßige Fallbesprechungen und Teamsitzungen, eine gemeinsame alle Berufsgruppen einbeziehende Dokumentation. Die jeweiligen Verantwortlichkeiten sind festzulegen. Soweit die medizinische Patientenversorgung berührt ist, unterliegen die Mitarbeitenden der ärztlichen Supervision.
- (3) Eine solche gemeinsame Ausrichtung setzt voraus, sich in einer **Kultur der offenen und gleichberechtigten Kommunikation** zu begegnen. Die jeweilige Fachlichkeit und die daraus erwachsenden Verantwortlichkeiten sind gegenseitig zu respektieren. In einer kooperativen Gesundheitsversorgung im PVZ muss die Bereitschaft gegeben sein, Aufgabenverteilung und Kooperationsformen neu zu ordnen. Aufgrund ihres jeweiligen fachlichen Hintergrundes und ihrer hauptsächlichen Leistungserbringung werden sie zu Gunsten einer umfassenden Patientenversorgung eine sich ergänzende Arbeitsweise in wechselseitiger Wertschätzung entwickeln, von der alle Beteiligten profitieren.

⁷ Siehe z.B.: C J Evashwick 1989 Creating a continuum. The goal is to provide an integrated system of care Health Prog. 1989 Jun 70(5):36-9, 56.

Eine aus diesen drei Bausteinen entwickelte und definierte Konzeption für Kooperation ist für jedes PVZ eine statusbildende Voraussetzung. Sie ermöglicht auch eine attraktive, sich von der sonstigen Versorgung unterscheidende Arbeitsform und die Chance, die eigenen Kompetenzen durch die Zusammenführung von verschiedenen Fachlichkeiten zu ergänzen.

IV. Kooperation mit der Kommune

Viele der für die Zielbevölkerung relevanten gesundheitlichen Problemlagen betreffen auch die **Zuständigkeit kommunaler Dienste** (z.B. Gesundheitsamt, soziale Dienste, Jugendamt). Deren Aufgaben decken in vielfältiger Weise Themenbereiche ab, die mit der sozialen Lage verknüpft sind, seien es die präventiven oder infektiologische Angebote der Gesundheitsämter, die sozial flankierenden Angebote und Leistungen der sozialen Dienste oder die Wahrnehmung der besonderen Schutzbedürfnisse von Kindern und Jugendlichen durch die Jugendhilfe. Moderne Kommunalverwaltungen vernetzen diese unterschiedlichen kommunalen Stränge zunehmend – ausgehend von einem multifokalen Problemansatz bei den Zielgruppen. Die gesundheitliche Ergänzung in einer solchen Strategie bietet sich dabei an (z.B. in Form eines social prescribings).

Nur durch einen engen Austausch und Kooperation mit den kommunalen Diensten auf Basis eines gemeinsamen Grundverständnisses kann auf eine multifokal ausgerichtete, nachhaltige Verbesserung der Situation hingewirkt werden. Dabei sind möglichst die kommunal verantwortlichen Mandatsträger:innen im Sinne des „Health in All Policies“-Ansatzes einzubeziehen.

Eine Kooperationsvereinbarung zu der kommunalen Seite stellt insofern eine wichtige Grundvoraussetzung für ein PVZ dar. Ein weiterführendes Engagement von Kommunen in oder an PVZ soll später erläutert werden.

Diese zu erfüllenden Grundvoraussetzungen decken sich mit den Erfahrungen der PORT-Projekte, finden sich aber z.B. auch in den Vorstellungen zu den niedersächsischen „regionalen Gesundheitszentren (RGZ)⁸ wieder.

⁸ Enquetekommission „Sicherstellung der ambulanten und stationären medizinischen Versorgung in Niedersachsen - für eine qualitativ hochwertige und wohnortnahe medizinische Versorgung“ Bericht der Enquetekommission, Kapitel 6.3 S.149 ff, Niedersächsischer Landtag – 18. Wahlperiode Drucksache 18/8650, 02.21

3.2. Wünschenswerte Erweiterungen des Leistungsangebots von PVZ als Anpassungen an jeweilige lokale Bedarfe

Wünschenswert ist die Ergänzung durch grundversorgende vertragsärztliche Spezialdisziplinen (insbesondere: Gynäkologie und Psychotherapie) und Gesundheitsfachberufe (insbesondere: Physiotherapie), eine Ein- oder Anbindung von Präventions- und Gesundheitskompetenzangeboten und von ambulanten Pflegeleistungen, soweit ein lokaler Bedarf vorhanden ist. Für eine stabile Versorgung soll das Team der PVZ aus mindestens 10 Personen bestehen. Über einen Beirat sollten Nutzerinteressen eingebunden werden.

Neben den aufgeführten Kernelementen sind wünschenswerte bzw. optionale Angebote von PVZ abhängig von den jeweiligen regionalen Gegebenheiten. Deshalb wird vorgeschlagen, vor einer endgültigen Festlegung des Profils ein **Sozialraum-Mapping** durchzuführen, mit dem sowohl die aktuell notwendigen als auch die künftigen Bedarfe von medizinisch-pflegerischen Kompetenzen im Einzugsgebiet der Einrichtung erhoben werden. Ebenso ist die Kooperationsbereitschaft Dritter zu prüfen. Um die gemeinsame Grundeinstellung zu betonen, sollten nur Fachkräfte in PVZ eingebunden werden, die sich mit dem integrativen, holistischen Anspruch identifizieren können.

Es ist zu prüfen, ob, wie und ggf. durch wen **gesundheitsfördernde bzw. präventive Angebote der Verhaltens- und besonders der Verhältnisprävention im regionalen Setting** bereitgestellt werden können. Dazu kann beispielsweise auf das Partnerprogramm der BZgA „Bundesweiter Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit“ Bezug genommen werden, dessen zentrales Ziel die Stärkung und Verbreitung guter Praxis in Projekten und Maßnahmen der Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten ist. Eine häufige Überschneidung der Zielregionen für PVZ und des Kooperationsverbundes ist zu erwarten. Diese Ressourcen können in oder am PVZ angebunden werden. Weitere Angebote der Gesundheitsämter, der Krankenkassen oder anderer lokaler Präventionsträger in der Verhaltens- und Verhältnisprävention sind auf ihre Eignung für die Zielregionen zu prüfen. In Betracht kommen z. B. setting-orientierte oder offene Präventionsprogramme mit entsprechend lokalem Bezug, aber auch institutionelle Angebote wie Mütterberatungsstellen bzw. solche des schulärztlichen Dienstes. Dies setzt voraus, dass die in der Vergangenheit oft aus Kostengründen erfolgte Zentralisierung der Dienste z.B. von Gesundheitsämtern in ein dezentralisiertes Angebot zurückgeführt werden.

Die lokalen Präventionsangebote sollten in den gesundheitlichen Ansatz der PVZ einbezogen werden oder zumindest in gegenseitiger Kenntnis erfolgen. Gleiches gilt auch für die offene Sozial- und Jugendarbeit. Dabei wird die Kom-

munikation zwischen dem PVZ einerseits und den möglichst abgestimmt handelnden kommunalen Diensten andererseits ein wichtiges Bindeglied für das Verständnis und die gesundheitliche Entwicklung des jeweiligen Gebietes sein (s.o.).

Gerade in den Zielregionen sind Maßnahmen zur **Stärkung der Gesundheitskompetenz** angezeigt. Soweit diese nicht in den präventiven Angeboten integriert sind, bedarf es eines verstärkten Engagements in Verbindung mit den pädagogischen Einrichtungen, auch der Erwachsenenbildung.

Bekanntlich wird es in den Zielregionen der PVZ zunehmend schwieriger, ambulante Pflegeleistungen zu erhalten. Aus ähnlichen Gründen wie im ärztlichen Bereich haben gemeinnützige oder private Pflegeanbieter hier besondere Rekrutierungsprobleme. Schnittstellen, insbesondere aufgrund mangelnder Kooperation und Kommunikation des ambulanten Pflegedienstes und der medizinischer Primärversorgung, sind ein bekanntes, aber ungelöstes Problem in der Versorgungslandschaft und treten bei reduzierten Personalressourcen patientengefährdend verschärft auf. Von daher ist eine **institutionelle Einbindung eines Pflegedienstes in das PVZ** (wenn wettbewerbsrechtlich ermöglicht) als Teil des Teams oder zumindest über eine geregelte Kommunikation mit den örtlichen Anbietern sehr wünschenswert. Hier kann die gesundheitsfördernde und -stärkende tätige Fachkraft, die CHN bzw. der Case Manager die Rolle eines Bindegliedes für eine solche routinemäßige Kommunikation übernehmen.

Wünschenswert wäre – nach einer Bedarfsprüfung – eine **Erweiterung des fachärztlichen Spektrums**. Dabei sollen vorrangig die Disziplinen ausgewählt werden, die die hausärztliche Grundversorgung ergänzen und dafür häufig hinzugezogen werden. Vorrangig wird dies auf die Gynäkologie und psychologische Psychotherapie zutreffen. Gleiches gilt für die Integration von bestimmten **Gesundheitsfachberufen**, allen voran die Physiotherapie.

Die Einrichtung eines **lokalen Beirates** aus Patient:innen und Einwohner:innen der Einzugsgebietes wird im weiteren Verlauf dieser Expertise als zusätzlich wünschenswertes Element näher ausgeführt.

PVZ sollten möglichst eine Größe aufweisen, die eine dauerhafte Arbeitsfähigkeit gewährleistet. Idealtypisch sollten nach Expertenmeinung im Kernteam 10 bis 15 Fachkräfte⁹ zusammenarbeiten, um eine kritische Masse aufzubauen, die eine effektive und effiziente Struktur ermöglicht. Von einer Mindestgröße

⁹ Aus zwei hausärztlichen Teams a ca.4 Personen sowie 2 Fachkräften für Vermittlung, Koordination und aufsuchenden Tätigkeit plus Overhead berechnen sich mindestens 10 VK. Auch die Richtlinie des GBA zu § 92 Abs. 6b SGB V (Regelungen für eine berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung, insbesondere für schwer psychisch kranke Versicherte mit einem komplexen psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf) sieht diese Mindestzahl für arbeitsfähige Einheiten vor.

spricht beispielsweise auch das vom BMG initiierte Gutachten „Zum Stand und Weiterentwicklung der gesetzlichen Regelungen zu medizinischen Versorgungszentren (MVZ)“¹⁰ und schlägt im ärztlichen Bereich mindestens drei volle Versorgungsaufträge vor. Im Ausnahmefall kann ein PVZ auch mit einer geringeren Personalstärke aufgebaut werden, wenn die lokalen Bedingungen keine wünschenswerte Breite des Angebotes ermöglichen.

3.3. Optionale Erweiterung des Leistungsspektrums von PVZ zu umfassenden Gesundheitszentren

Die Kernkompetenzen von PVZ können optional bis zu einem umfassenden Gesundheitszentrum erweitert werden, wenn die Räumlichkeiten und der Bedarf dies gestatten. Insbesondere bei der Möglichkeit, auch stationäre Low-Care-Versorgung oder Kurzzeitpflege zu integrieren, steigt allerdings die Komplexität der Einrichtung überproportional. Vorab sind hierzu rechtliche Klärungen notwendig.

Zusätzlich kann das Zentrum seine **Räumlichkeiten** für den Stadtteil oder die Region **öffnen**, um lokale Angebote der Seniorenarbeit, eines Pflegestützpunktes, der Selbsthilfe oder der ehrenamtlichen Arbeit räumlich zu integrieren. Weitere denkbare Ergänzungen des Portfolios über den Primärversorgungsbereich hinaus wären ambulante Leistungen im **rehabilitativen Bereich** oder in der **Kurzzeitpflege**, falls diese nicht anderweitig bedarfsdeckend vorgehalten werden. Hiermit würde sich das Primärversorgungszentrum in Richtung eines „Gesundheitshauses“ oder umfassenden Gesundheitszentrums weiterentwickeln. Die Herausforderung an das Management sind allerdings nicht zu unterschätzen. Eine solche Breite des Angebotes sollte daher wohl überlegt werden.

Die aufgrund der in Deutschland verhältnismäßig hohen Zahl an Krankenhaus-einweisungen oft diskutierte optionale Erweiterung für PVZ ist die Integration von **Kurzliegerbetten**, also eine kurzzeitige stationäre Versorgung **im Low-Care-Bereich**. Der Aufbau von ambulanten Kurzliegerbetten scheint nur dann sinnvoll, wenn kein entsprechendes stationäres Angebot in vertretbarer Wegezeit erreichbar ist. Doppelstrukturen sollten vermieden werden. Bisher fehlen aber rechtliche und finanziell praktikierbare Grundlagen, um ein solches low-care Bettenangebot in die ambulante Versorgung zu realisieren.

¹⁰ Ladurner, A. et al, Stand und Weiterentwicklung der gesetzlichen Regelungen zu medizinischen Versorgungszentren (MVZ) Rechtsgutachten im Auftrag des BMG, 2020
www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Ministerium/Berichte/Stand_und_Weiterentwicklung_der_gesetzlichen_Regelungen_zu_MVZ.pdf

Die teilweise in Gutachten geäußerte Meinung¹¹, dass solche in einen ambulanten Praxisbetrieb eingebundenen stationären Leistungen nach § 140a SGB V im Rahmen von Integrationsverträgen eingerichtet werden können, erscheint nicht wirklich realistisch. Abgesehen von den in § 122 SGB V erwähnten Praxiskliniken, die aber aufgrund einer seit 2009 fehlenden vertraglichen Vereinbarung mit den Kostenträgern kaum Relevanz entwickelt haben, sind ambulante Kurzliegerbetten weder planerisch (durch den Krankenhausplan) noch finanziell (Abrechnung über DRGs nur an Krankenhäusern) vorgesehen. Es sind also sowohl bundes- als auch landesrechtliche Erweiterungen zu schaffen, wie sie in einem Zusammenhang mit umfassend strukturierten Gesundheitszentren diskutiert werden, die in der Regel ein breiteres fachärztliches Versorgungsspektrum anbieten wollen. Die programmatische Erwähnung der kurzstationären Versorgung im Koalitionsvertrag lässt hoffen, dass sich neue Perspektiven ergeben.

Exkurs: Verhältnismäßig viele Krankenhauseinweisungen in Deutschland

Deutschland hat nach Angaben der OECD bezogen auf die Bevölkerung nach Österreich und Frankreich die höchste Zahl an **Krankenhauseinweisungen** (227 je 1000 Einwohner, OECD-Mittel 158, Niederlande 109). Von rund 20 Mio. Patient:innen pro Jahr (2019) gelten rund 9 Mio. als Kurzlieger (1-3 Tage Verweildauer). Eine Anbindung von stationären Kurzliegern an die ambulante Versorgung ist vielfach medizinisch-pflegerisch möglich und sinnvoll, ist doch eine ortsnahe, pflegerische und ärztliche Überwachung und Beobachtung auch ohne aufwändige diagnostische und therapeutische Interventionen im Kontinuum einer Behandlung oft ausreichend und patientenschonend. Dies trifft besonders für die Behandlung älterer und chronisch Erkrankter zu. Zahlreiche, durchaus hausärztlich behandelbare Indikationen sind denkbar. Bei Verzicht auf eine ggf. ortsferne Krankenhauseinweisung können therapeutische Brüche und diagnostische Mehrfachuntersuchungen sowie ein in ländlichen Regionen weiter Krankentransport vermieden werden. Das familiäre Umfeld als sozialer und psychischer Stabilisator bleibt örtlich eingebunden.

¹¹ Schmid, A, Hacker J., Rinsche, F., Distlerl, F. 2018 Intersektorale Gesundheitszentren – Ein innovatives Modell der erweiterten ambulanten Versorgung zur Transformation ländlicher Krankenhausstandorte Gutachten im Auftrag der KBV, Oberender AG, Universität Bayreuth
https://www.kbv.de/media/sp/IGZ_Gutachten.pdf

3.4. Chancen der Digitalisierung für Kooperation, Kommunikation und Qualitätsmonitoring

Eine unverzichtbare Grundlage einer effektiven und effizienten Abbildung der verschiedenen Behandlungs- und Kommunikationsanlässe durch das Team der PVZ ist ein modernes Datenmanagementsystem. Telemedizin und digitale Vernetzungen zu anderen Leistungserbringern sind zu integrieren. Eine kontinuierliche und multiprofessionelle digitale Dokumentation ermöglicht aus Routinedaten outcome-orientierte Qualitätsinformationen zu generieren. Ein Beirat sollte für ein qualitatives Feedback herangezogen werden.

Die Versorgung der Patient:innen in den PVZ ist entsprechend der hausärztlichen Ausrichtung lebensbegleitend angelegt. Der integrierte berufsübergreifende Ansatz der PVZ ermöglicht es, aus mehreren Perspektiven und über einen längeren Zeitraum den Behandlungsverlauf zu dokumentieren (Orientierung an Konzepten von Clinical Pathways oder Patient Journey). Sprechende Medizin, also verbale Interventionen, bestimmt die primärversorgenden Tätigkeiten und wird durch den multiprofessionellen Ansatz noch wichtiger. Die heutigen, eher abrechnungs- und technisch orientierten Dokumentationssysteme in der ambulanten Versorgung berücksichtigen in der Regel weder eine solche verbale Intervention noch den berufsübergreifenden Ansatz hinreichend.

Im Rahmen der digitalen Transformation können **moderne interne Datenmanagementsysteme** über Chat- und Videokommunikation telemedizinische Angebote für zu Versorgende und Konsultationsoptionen innerhalb des PVZ bieten sowie digitale Austausche mit anderen Leistungserbringern eröffnen. Gleichzeitig unterstützen sie die Entscheidungsfindung zur Abschätzung der Dringlichkeit von Patientenanliegen und optimieren die Zentrumsorganisation. Sie dokumentieren die vielfältigen internen und externen Kontakte zwischen den Akteur:innen der PVZ und den Patient:innen lebens- und krankheitsbegleitend. Ziel ist eine longitudinal ausgerichtete und die multiprofessionellen Ansätze der Primärversorgungszentren berücksichtigende elektronische Patientendokumentation. Ob und ggf. welche weiteren Schnittstellen in die Datenmanagementsysteme integriert werden sollen, ist nach Maßgaben des Patientenwillens und des Datenschutzes zu entscheiden.

Durch eine solche lebensbegleitende digitale Dokumentation wird es möglich sein, aus den gewonnenen Routinedaten auch ergebnisorientierte Aussagen zur **Qualität** der Versorgung aufwandsarm zu erheben. Werden diese Qualitätsaspekte rechtzeitig in die Ausgestaltung solcher digitalen Dokumentations-Tools eingebracht, können eine Vielzahl von Qualitätsindikatoren auch im Sinne von PROMs (Patient Related Outcome Measures) ohne zusätzliche Dokumentation

generiert werden. Patientenbefragungen können diese Routinedaten ergänzen (Patient-Reported Experience Measures/PREMs).

Es wäre eine zukunftsorientierte Aufgabe, die Entwicklung passgenauer Datenmanagementsysteme für eine umfassende Primärversorgung zu unterstützen. Auch wenn Qualitätsmessung bisher in der ambulanten Versorgung wenig ausgeprägt und standardisiert ist, lassen sich ambulante Qualitätsindikatoren erheben, die schon heute aus Routinedaten abgeleitet werden können. Konzepte dafür liegen bereits vor (z.B. in Form von Medikationsanalysen oder berufsübergreifenden Konsultationen).¹²

Ein weiteres Element der Qualitätssicherung ist die Einrichtung eines **lokalen Beirates** für jedes PVZ, bestehend aus zu versorgenden Bevölkerung bzw. den Patient:innen des jeweiligen Einzugsgebietes und der wichtigsten Kooperationspartner. Dieser hat die Aufgabe, die Entwicklungen und Planungen der Zentren aus externer Sicht zu begleiten, zu bewerten und eigene Anregungen zur Verbesserung zu geben. Über Rückmeldungen des Beirats lassen sich quasi systembezogene PROMs und PREMS erhalten.

¹² Qisa – Das Qualitätsindikatorensystem für die ambulante Versorgung
https://www.aok-gesundheitspartner.de/bund/qisa/ueber_qisa/index.html
oder: QuATRo: Qualitäts-Check für Arztnetze
<https://www.aok.de/gp/aerzte-psychotherapeuten/versorgungsqualitaet-aerzte/quatro>

4. **Notwendige rechtliche und strukturelle Rahmenbedingungen für eine flächendeckende Einführung von Primärversorgungszentren**

PVZ stellen ein patientenorientierte und für die Leistungserbringer attraktive Lösungsoption dar. Sie sind damit eine Alternative zu den bisherigen medizinisch geprägten Strukturen, die in vielen zuvor skizzierten Gebieten keine ausreichende Versorgung sicherstellen können. Zur Implementierung von PVZ in die Versorgungslandschaft bedarf es klarer Rahmenbedingungen, die gesetzlich dem Grunde nach vorgegeben und von der Selbstverwaltung ausgefüllt werden.

Die PVZ sollen eine für das Fachpersonal attraktive, durch den holistischen Ansatz für die jeweilige Bevölkerung angemessene und damit auch umfassende Versorgung in schlecht(er) versorgten Regionen ermöglichen. Die – neben der medizinischen Versorgung – zusätzliche Einbindung von arztentlastendem beziehungsweise gesundheitsfördernden und -stärkenden Know-how in PVZ stellt zusätzliche Anforderungen im Vergleich zur normalen hausärztlichen Versorgung. Die neue Versorgungsform wird andere Voraussetzungen z.B. an Zulassung, Abrechnungsformen, Arbeitsweisen oder an die Akzeptanz der unterschiedlichen Leistungserbringer im Versorgungskontext bedingen.

Um eine Beliebigkeit zu vermeiden, bedarf es der **Setzung einheitlicher Kriterien für die PVZ**. Dies ist eine notwendige Voraussetzung, um PVZ als besondere Versorgungsform im SGB V zu berücksichtigen. Der Gesetzgeber ist aufgefordert, diese Rahmenbedingungen dem Grunde nach und als zu konkretisierenden Auftrag an die Selbstverwaltung zu definieren, allerdings auch einen relevanten regionalen und lokalen Ausgestaltungsspielraum zuzulassen. Durch die Definition von klaren strukturellen Voraussetzungen kann eine Etablierung von PVZ in einem rechtlich gebundenen Verfahren erfolgen.

Eine selektivvertragliche Einführung von Primärversorgungszentren über § 140a SGB V **ist nicht zu empfehlen**. Zwar hätte sie den Vorteil einer schnellen Umsetzung, es ist aber nicht zu erwarten, dass aus § 140a-Projekten eine Blaupause für eine klar definierte neue Versorgungsform entstehen wird. Kein Modellvorhaben hatte bisher ein so normsetzendes Potential, dass es bundesweit ausgerollt wurde.

Insofern wird eine **kollektivvertragliche Lösung** vorrangig befürwortet.

Die über das SGB V zu fordernden einheitlichen Bedingungen für die Ermöglichung von PVZ sind z.B.

- ein geringer Versorgungsgrad in der entsprechenden Region,
- eine besonders hohe Krankheitslast und/oder
- die Gesundheitsentwicklung beeinträchtigende Faktoren wie eine schlechte Gesundheitskompetenz, mangelhafte Compliance oder bestimmte soziale Indikatoren wie hohe Arbeitslosigkeit oder Wohnverhältnisse bis hin zu Umweltfaktoren wie Lärmbelastung und Luftverschmutzung.

Über den Gesetzestext werden die Partner des Bundesmantelvertrags respektive die einzubeziehenden Spitzenverbände aufgefordert, innerhalb einer gesetzten Frist eine **Rahmenvereinbarung** zu entwickeln. Eine Konfliktlösung erfolgt über eine Schiedsstelle. Bei Vorliegen der bundeseinheitlichen Rahmenbedingungen sind solche primärversorgenden Zentren dann zu ermöglichen (Soll-Lösung).

Eine Verortung von PVZ kann im SGB V sowohl der vertragsärztlichen Versorgung (§ 72 ff SGB V) zugeordnet werden oder als Einzelleistung – z.B. in Anlehnung an die spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV) – erfolgen. Die Zulassung erfolgt auf Landesebene.

Da eine kollektivvertragsrechtliche Regelung angestrebt wird, ist zu entscheiden, mit welchem Bezug die Etablierung von PVZ im SGB V verortet werden sollen. Möglich wäre dies im **Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung** (§ 72 SGB V ff.). Hier bietet es sich an, diese besondere hausärztliche Versorgungsform in Anlehnung an § 73b - aber getrennt davon - zu schaffen, da Hausarztverträge ebenso an der langfristigen und verbindlichen Behandlung und Betreuung ansetzen. Es ist zu prüfen, ob durch eine Einschreibung von Patient:innen für die PVZ-Versorgung, ähnlich wie bei der HZV, die gegenseitige Verantwortlichkeit und Verbindlichkeit erhöht werden. Bei einer rechtlichen Angliederung an die hausärztliche/vertragsärztliche Versorgung verbleibt das PVZ innerhalb der vertragsärztlichen Regularien, auch wenn zusätzliche Leistungen, die bisher nicht als Regelleistung der vertragsärztlichen Versorgung gelten, eingebunden sind.

Alternativ könnten PVZ als **gesonderter Einzelatbestand** im Achten Abschnitt (§ 132 ff SGB V) mit Bezug zum ersten Teil des fünften Abschnittes (wie beispielsweise für die SAPV oder Psychotherapie) verankert werden. Hier kann eine Parallele zu § 37b SGB V (Spezialisierte ambulante Palliativversorgung) gezogen werden. Bei dieser zielgruppenspezifischen Versorgungsform werden die berufsgruppenübergreifende Zusammenarbeit, eine Vorlage einer integrativen Konzeption sowie die Mitarbeit sozialunterstützender und pflegerischer Fachkräfte in der gemeinsamen Empfehlung der Spitzenverbände vorgeschrieben

und damit anerkannt¹³. Hier können durchaus Parallelen zu den strukturellen Anforderungen an PVZs gezogen werden.

Die Festlegung, wo ein PVZ vor Ort eingerichtet werden soll, erfolgt auf Landesebene anhand der bundeseinheitlichen Kriterien. Bei Nutzung der bestehenden Strukturen läge die Verantwortung **beim Landesausschuss nach § 95 SGB V**, da die stationäre Versorgung nicht beteiligt ist. In Anlehnung an § 103 Abs. 2 Satz 4 SGB V sollten die zuständigen staatlichen Stellen bei der Festlegung der Standorte maßgeblich beteiligt sein. Sollte die Bedarfsplanung künftig sektorenübergreifend neu geordnet werden und in gemeinsamer Verantwortung von Kassen, niedergelassener Ärzteschaft, Krankenhausgesellschaft plus des jeweiligen Landes festgelegt werden, kann die Zuweisung von PVZ entsprechend durch dieses Gremium erfolgen.

Exkurs: Aktueller Status der Bedarfsplanung

Die heutigen rechtlichen Gegebenheiten können die Umsetzung solcher, über den Rahmen etablierter Versorgungsformen hinausgehende Optionen sogar behindern. Dies sei am Beispiel der Bedarfsplanung erläutert:

Laut der Bedarfsplanungsrichtlinie des G-BA ist die Raumordnungsgröße der Mittelbereiche die Planungsgrundlage für die hausärztliche Versorgung. Deutschland ist in fast 900 Mittelbereiche eingeteilt. Diese sind sehr ungleich strukturiert. Der kleinste Mittelbereich umfasst 10.000 Einwohner, aber ebenso sind ganze Metropolen wie Berlin oder Hamburg jeweils ein Mittelbereich. Während in Mittelbereichen mit geringer Einwohnerzahl die hausärztliche Bedarfsplanung kleinteilig und deshalb zielgenau möglich ist, ist dies für große Mittelbereiche nicht herstellbar. Die gravierenden Unterschiede in der Arztdichte in den unterschiedlichen Stadtteilen nivellieren unterversorgte Stadtteile durch überversorgte, da der Mittelbereich bedarfsplanerisch als Einheit betrachtet wird. Von daher ist für sozial belastete Gebiete und die dort zu ermöglichende PVZ-Versorgung eine gesonderte Form der Zulassung erforderlich. Dazu bedarf es Ausnahmeregelungen, die eine Zustimmung aller beteiligter Institutionen (Kassenärztliche Vereinigung, Krankenkassen und ggf. das Land) voraussetzen. Diese ist nicht immer herstellbar. Im Fall einer rechtlichen Normierung von Primärversorgungszentren müsste insofern das heutige Instrumentarium der Bedarfsplanung angepasst werden.

¹³ Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Verordnung von spezialisierter ambulanter Palliativversorgung (Spezialisierte Ambulante Palliativversorgungsrichtlinie), zuletzt geändert am 18. März 2021, veröffentlicht im Bundesanzeiger (BAnz AT 15.04.2021 B3), in Kraft getreten am 1. April 2021

5. Finanzierung und Trägerschaft von Primärversorgungszentren

5.1. Finanzierung von PVZ

Die Zusage des Koalitionsvertrages, in benachteiligten Kommunen und Stadtteilen niedrigschwellige, die Patient:innen unterstützende und aufsuchende Angebote zu errichten, ist eine Vorentscheidung für die Finanzierung der entsprechenden Fachkräfte. Ein zusätzliches Engagement von Kommunen kann förderlich sein.

Das Leistungsspektrum eines PVZ ist hinsichtlich vertragsärztlich medizinischer oder veranlasster Leistungen finanziert. Bleibt die Frage der **Absicherung von koordinierenden, arztentlastenden, Compliance-fördernden und sozialraumorientierten Aufgaben**. Es besteht ein Zusammenhang zwischen solchen Tätigkeiten und erfolgreichen ärztlichen Interventionen. Die Krankenkassen haben diese Leistungen inzwischen in einer Vielzahl von Projekten, teilweise über den Innovationsfonds, aber auch (zum Teil konsekutiv zu Projekten des Innovationsausschusses) über Verträge nach § 140a SGB V als relevant für die Patientenversorgung anerkannt.

Es besteht also eine Bereitschaft, solche ergänzenden Leistungen mit zu übernehmen, wie die Beispiele der Psychotherapie und der SAPV zeigen. Solange diese Leistungen zielführend nur für besondere ausgewiesene Versorgungsregionen (anhand der bundeseinheitlichen Kriterien) eröffnet werden, ist das zusätzlich notwendige Refinanzierungsvolumen verhältnismäßig gering. Der Koalitionsvertrag greift diese Überlegung auf und sagt für einen definierten Prozentsatz von besonders benachteiligten Kommunen und Stadtteilen die Errichtung und damit auch Finanzierung von niedrigschwelligen Beratungsangeboten (z.B. Gesundheitskioske) für Behandlung und Prävention zu.

Dennoch kann und soll die Verantwortung der Krankenkassen nicht beliebig in den sozialen Sektor ausgeweitet werden. Hier gibt es eindeutige Schnittstellen und Trennlinien zu den Zuständigkeiten der staatlichen Verwaltungen. Die Kommunen oder sonstige lokale staatliche Stellen haben in letzter Zeit eine politische Verantwortung für eine gute medizinische Grundversorgung akzeptiert und mahnen diese im Interesse der Bevölkerung an. Mit den Primärversorgungszentren wird ein Angebot unterbreitet, zu optimierten Konditionen eine Verbesserung der gesundheitlichen Lage insbesondere in schwierigen Regionen zu gewährleisten. Insofern ist es zu vermitteln, dass ein finanzielles Engagement der Kommune die Realisierung sozialraumorientierter Leistungen deutlich erleichtern würde. Die staatlichen Körperschaften sollten motiviert werden, sich ausgewogen an der Ausgestaltung von PVZs zu beteiligen und beispielsweise durch **den kommunalen Anteil** an partnerschaftlichen Modellen definiert werden.

5.2. Vielfalt in der Trägerschaft von PVZ

Die bestehende Trägervielfalt in der ambulanten Versorgung soll grundsätzlich auch für PVZ bestehen. Fachlich kompetente Betreiber oder/und kommunale Träger könnten sich auch in partnerschaftlicher Form gut für eine Trägerschaft eignen.

Soweit nicht bundeseinheitliche Vorgaben für die **Trägerstrukturen** festgelegt werden, sind PVZ nach der jetzigen Rechtslage als Berufsausübungsgemeinschaften, unverbundene vertragsärztliche Praxen oder als MVZ zu organisieren. Die Ausgestaltung hängt sicherlich stark von den lokalen Gegebenheiten ab. Gerade im ländlichen Raum bemühen sich **Kommunen** zunehmend, attraktive Rahmenbedingungen für ärztliche Niederlassungen zu schaffen, wenn diese wichtige Infrastruktur für ihre Bevölkerung gefährdet ist. Einige Gemeinden haben kommunale MVZ gegründet oder mit direkten bzw. geldwerten Zuwendungen MVZ-Strukturen gefördert. Die Bedingungen für kommunale MVZs sollen laut Koalitionsvertrag erleichtert werden. Darüber hinaus könnte es eine neue Facette von kommunalem Engagement werden, Modelle einer **Partnerschaft zwischen den Trägern des PVZs, den Krankenkassen und den Kommunen** aufzubauen und so die Interessenlage der Kommunen und der beteiligten Leistungserbringer gemeinsam umzusetzen. Allerdings sind viele Kommunen (noch) nicht bereit, sich mangels eigener Fachkompetenz in der ambulanten Versorgung zu engagieren. Mit zunehmender Unterversorgung wird diese Zurückhaltung aufgegeben werden, da die Primärversorgung als Standortvorteil und regionale Entwicklungsvoraussetzung erkannt wird.

Ob die Kassenärztlichen Vereinigungen die rechtliche Möglichkeit von Eigeneinrichtungen für den Betrieb von PVZ einlösen werden, ist abzuwarten. Selbstverständlich sind bereits existierende Ärztenetze als Betreiber möglich, wenn sie die Sicherstellung in bisher unterversorgten Regionen zusätzlich ermöglichen wollen und können. Auch ist es vorrangig in bestimmten ländlichen Regionen denkbar, dass **Krankenhäuser** in ihrem Einzugsgebiet **Betreiber** von primärversorgenden Dependancen nach den PVZ-Kriterien werden und dadurch auch zu einem effektiven (Pflege-)Personal-Einsatz beitragen. Ob allerdings bei Krankenhäusern die notwendige Fachlichkeit für die Primärversorgung aufgebaut werden kann und welchen Stellenwert die hausärztliche Medizin in der Hierarchie der Krankenhäuser einnehmen wird, bleibt offen. In der jetzigen Situation würden krankenhausbundene PVZ am ehesten durch die Institute für Allgemeinmedizin der Medizinischen Fakultäten zu realisieren sein, die über anerkanntes allgemeinmedizinisches Know-how verfügen und diese Einrichtungen gut für die Ausbildung von Medizinstudierenden nutzen könnten.

Als weitere Träger sind aufgrund der Schnittstellen der PVZ zu den Institutionen der Pflege nach SGB XI, zu gemeinnützigen Verbänden und zum Sozialsektor

beispielsweise auch Wohlfahrtsverbände oder Genossenschaftsmodelle vorstellbar, aber rechtlich zurzeit nicht möglich.

Die aktuelle Debatte über die **Nutzung von privatem Kapital** in der ambulanten Medizin bezieht sich nicht vorrangig auf die Primärversorgungszentren. Allerdings wäre die rechtliche Bindung, dass Gewinne nicht systemfremd abgeführt werden dürfen, auch für die gemeinwohlorientierte Philosophie der Primärversorgung hilfreich. Durch eine ausschließliche, unmittelbare und damit im Grunde gemeinnützige Zweckbindung als integriertes medizinisches und sozialraumorientiertes Versorgungsangebot könnte vermieden werden, dass PVZ zu Renditeobjekten werden.

6. Fazit

Der Koalitionsvertrag 2021-2025 benennt, unterstützt und fördert wesentliche Aspekte von Primärversorgungszentren (inhaltlich und zum Teil auch materiell) und wird die Einführung in die Regelversorgung erleichtern.

Während der Beratungen der Expert:innengruppe wurde der Koalitionsvertrag 2021-2025 veröffentlicht. Die Beratungsergebnisse wurden mit den Formulierungen der gesundheitspolitischen Aussagen der Koalition verglichen. In einer ersten Bewertung kann eine hohe Übereinstimmung der gesundheitspolitischen Absichten der Koalition mit den Überlegungen der Robert Bosch Stiftung und der Expert:innengruppe zur Ausgestaltung und Implementation von Primärversorgungszentren festgestellt werden. So finden sich alle Kernelemente der PVZ (hausärztliche Versorgung, unterstützende und aufsuchende Fachkräfte, konzeptionelle Integration der Berufsgruppen, verstärktes kommunales Engagement) in der Agenda der neuen Bundesregierung wieder. Dies wurde in den einzelnen Kapiteln dieser Expertise im Detail erläutert.

Anhang:

Weiterführende Literatur zum PORT-Programm der Robert Bosch Stiftung

Böhm K, Schönknecht, M (2022) Die Rolle der Kommunen im Bereich Gesundheit. Eine Analyse der Kooperationen zwischen Kommunen und Leistungserbringern des Versorgungssystems im Rahmen von Patientenorientierten Zentren der Primär- und Langzeitversorgung (PORT).

www.zefir.ruhr-uni-bochum.de/mam/images/materialien_band_18_kommunale_gesundheitsversorgung_projektbericht.pdf

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)

Burgi M, Igl G (2020) Community Health Nursing – Wegweiser für die Etablierung in Deutschland. www.bosch-stiftung.de/CHN_Wegweiser

Nolting H-D et al. (2021) Gesundheitszentren für Deutschland. Wie ein Neustart in der Primärversorgung gelingen kann. Hrsg. Robert Bosch Stiftung.

www.bosch-stiftung.de/Gesundheitszentren_fuer_Deutschland

Robert Bosch Stiftung (2021) Programm-Flyer PORT – Patientenorientierte Zentren zur Primär- und Langzeitversorgung.

www.bosch-stiftung.de/PORT_Flyer

Schmid A et al. (2020a) Vision und Umsetzung eines PORT-Gesundheitszentrums. Hrsg. Robert Bosch Stiftung. www.bosch-stiftung.de/PORT_Vision

Schmid A et al. (2020b) Vom PORT-Gesundheitszentrum zur regionalen Primärversorgung. Hrsg. Robert Bosch Stiftung.

www.bosch-stiftung.de/PORT_Regionen

Kontakt in der Stiftung:

Cordula Hoffmanns

Senior Projektmanagerin Gesundheit

Robert Bosch Stiftung GmbH

Cordula.Hoffmanns@bosch-stiftung.de