



Robert Bosch
Stiftung



Vom PORT-Gesundheits- zentrum zur regionalen Primärversorgung

Vom PORT-Gesundheits- zentrum zur regionalen Primärversorgung

Vorwort

Unsere Gesundheitsversorgung ist mehr denn je in Bewegung. Die Zahl der Gesundheitsfachkräfte sinkt, vor allem im ländlichen Raum. Die Anzahl der älteren Menschen steigt und chronische und Mehrfacherkrankungen nehmen zu. Auch unser Wissen ist gewachsen und damit die Erwartungen an eine qualitativ hochwertige Gesundheitsversorgung. Ihre zukunftsfähige Gestaltung hat sich bei anhaltendem Kostendruck mit verschiedenen Megatrends wie dem demografischen Wandel, der Veränderung des Krankheitsspektrums, der Digitalisierung der Arbeitswelt und Phänomenen wie der aktuellen Corona-Pandemie auseinanderzusetzen. Der Reformdruck steigt.

Mit dem Programm „PORT – Patientenorientierte Zentren zur Primär- und Langzeitversorgung“ fördert die Robert Bosch Stiftung an mittlerweile 13 Standorten in Deutschland die (Weiter-)Entwicklung und Einführung von lokalen, inhaltlich umfassenden und exzellenten Gesundheitszentren für die Primär- und Langzeitversorgung. Mit unserer Förderung wollen wir dazu beitragen, die Gesundheitsversorgung mehr auf die Bedarfe chronisch Erkrankter auszurichten. Dabei geht es uns weniger um das Füllen von Lücken, sondern vor allem um eine qualitative Weiterentwicklung und das Setzen neuer Maßstäbe für eine Versorgung, die konsequent bei den Menschen vor Ort ansetzt.

PORT-Gesundheitszentren für die wohnortnahe, ambulante Versorgung zeichnen sich dadurch aus, dass sie

- auf den regionalen Bedarf abgestimmt sind,
- eine patientenzentrierte, koordinierte und kontinuierliche Versorgung umsetzen,
- die Patienten im Umgang mit ihren Erkrankungen unterstützen,
- multiprofessionelle Teams aus Gesundheits-, Sozial- und anderen Berufen haben, die miteinander auf Augenhöhe arbeiten,
- neue Potenziale wie E-Health nutzen,
- Prävention und Gesundheitsförderung einschließen, sowie
- kommunal gut eingebunden sind.

Die Bündelung dieser Merkmale unter einem Dach oder an einem Standort ist in der deutschen Gesundheitslandschaft innovativ. Für die Patienten ist eine koordinierte Versorgung entscheidend. Sie gewinnen viel, wenn Fachkräfte miteinander kooperieren und eine umfassende Versorgung aus einer Hand bieten. Die bereits bestehenden PORT-Zentren wirken vor Ort und dienen innerhalb ihres Einzugsgebiets als erste Anlaufstelle für alle grundlegenden gesundheitlichen Belange. Für bedarfsgerechte, populationsbezogene Angebote mit regionalem Bezug muss das Konzept erweitert werden. Auf dem Weg zu einer zukunftsfähigen und umfassenden Primärversorgung für alle stellen daher PORT-Regionen eine logische Weiterentwicklung des bislang zentrenbasierten Modells dar.

Strukturell lässt sich eine PORT-Region unterschiedlich modellieren. Wie dies ausgehend vom aktuellen Modell der Einzelförderung gelingen kann, zeigen die Autoren der Oberen AG in dieser in unserem Auftrag verfassten Publikation auf. Angesichts der erheblichen systemischen Hürden, die eine vollumfängliche Umstellung der deutschen ambulanten Versorgungslandschaft im Sinne des PORT-Modells erfordern würde, ist eine „flächendeckende Versorgung“ vielmehr zu interpretieren als eine breit verfügbare Zugangsoption zu PORT-Zentren, die mit anderen örtlichen, etablierten Versorgungsstrukturen kooperieren. Auch mit vergleichsweise kleinen regionalen Versorgungsanteilen ließe sich damit bereits Wirkung erzielen und demonstrieren, dass das Konzept der Primärversorgung nicht nur für einzelne Regionen, sondern auch für das deutsche Gesundheitssystem als solches eine lohnende Entwicklungsoption darstellt.

Mit dieser Veröffentlichung möchten wir die Diskussion über eine flächendeckende Primärversorgung in Deutschland anstoßen sowie Entscheider und Interessenten inspirieren, bei der zukünftigen Gestaltung der Gesundheitsversorgung in ihrer Region auf Gesundheitszentren nach dem PORT-Modell zu setzen und somit möglichst allen Menschen die Wahlmöglichkeit zu geben, umfassend und aus einer Hand versorgt zu werden.

Wir wünschen Ihnen eine interessante Lektüre!

Robert Bosch Stiftung

Stuttgart, im Oktober 2020

Inhalt

09	Executive Summary
10	1 Hintergrund
12	2 Primärversorgung im Lichte internationaler Erfahrungen
12	2.1 Grundlagen und Potenziale der Primärversorgung
17	2.2 Internationale Erfahrungen
17	2.2.1 Überblick
21	2.2.2 Schweden
24	2.2.3 USA
26	2.2.4 Kanada
29	2.2.5 Österreich
32	2.3 Gemeinsamkeiten und Unterschiede im Vergleich mit dem deutschen Gesundheitssystem
33	3 PORT-Zentren als Modell der Primärversorgung
33	3.1 Das Konzept der PORT-Zentren
36	3.2 Herausforderungen im deutschen Gesundheitssystem
39	3.3 Weitere relevante Faktoren im Kontext internationaler Erfahrungen
42	4 Transformationspotenziale des PORT-Konzepts
42	4.1 Wege zur Versorgung einer Region mit PORT-Zentren
42	4.1.1 Vorüberlegungen
49	4.1.2 Vorgehen
54	4.1.3 Auswirkungen auf eine Region
56	4.2 Flächendeckende Primärversorgung als Ziel eines grundlegenden Transformationsprozesses

60	5 Reformwege
60	5.1 Bottom-up- vs. Top-down-Ansatz
61	5.2 Praktische Implikationen
61	5.2.1 Bottom-up-Ansatz
63	5.2.2 Top-down-Ansatz
65	6 Fazit
68	Abbildungsverzeichnis
68	Tabellenverzeichnis
69	Abkürzungsverzeichnis
70	Literaturverzeichnis
79	Impressum

Executive Summary

Diverse internationale Beispiele machen deutlich, dass Primärversorgung kein rein theoretisches Konzept, sondern bereits vielfach gelebter Versorgungsalltag ist. Sie zeigen jedoch auch, wie unterschiedlich dieses Konzept umgesetzt werden kann. Eine einfache Blaupause lässt sich daraus für Deutschland nicht ableiten, zumal das deutsche Gesundheitssystem viele Besonderheiten aufweist, durch die es sich deutlich von anderen Systemen unterscheidet – man denke nur an die gemeinsame Selbstverwaltung.

Entsprechend erscheinen Ansätze, in denen Regionen oder Provinzen mit eigens dafür ausgebildeten Verwaltungsstrukturen flächendeckend die Primärversorgung organisieren, für Deutschland nicht geeignet. Soll in einer Region flächendeckend der Zugang zur Primärversorgung über Versorgungsmodelle wie die PORT-Gesundheitszentren ermöglicht werden, spielen die Kommunen zwar eine zentrale Rolle, jedoch vorrangig in Form eines Partners der den Prozess unterstützt und moderiert und vermutlich nur in Einzelfällen auch als Betreiber auftritt.

Dass das Konzept der Primärversorgung auch im deutschen Setting einen wertvollen Beitrag zur weiteren Verbesserung der Versorgungsqualität leisten kann, ist weitgehend unstrittig. Dennoch ist das Ziel einer vollständigen Transformation in Richtung eines Primärversorgungssystems eher als langfristig angelegte Vision zu verstehen. Ein erster wichtiger Zwischenschritt könnte es sein, flächendeckend sicherzustellen, dass Menschen zumindest die Option haben, sich in einem derartigen System versorgen zu lassen.

Um diesem Ziel näher zu kommen, müssen Rahmenbedingungen verbessert werden, da im Status quo der Aufwand für die Gründung eines PORT-Zentrums unnötig hoch ist. Zu oft muss das Rad neu erfunden werden, müssen dieselben Probleme aufs Neue gelöst werden. Die Analysen zeigen, dass sich bei dem Bemühen, die Rahmenbedingungen zu verbessern, ein Bottom-up- und ein Top-down-Ansatz nicht ausschließen, sondern vielmehr wechselseitig unterstützen.

Diverse Argumente sprechen dafür, dass sich im Bereich der gesetzlichen Grundlagen wie auch der von der Selbstverwaltung verantworteten untergesetzlichen Normen in nächster Zeit Chancen zur Stärkung der Primärversorgung und ganz konkret der PORT-Gesundheitszentren ergeben werden. Dies gilt trotz – oder gerade auch wegen – sich verschlechternder wirtschaftlicher Rahmenbedingungen, der Herausforderungen des Fachkräftemangels, der Ärzte¹ und Pflegekräfte besonders trifft, und der bekannten und weiterhin drängenden Defizite des deutschen Gesundheitssystems. PORT-Zentren und die darin gelebte Vision der Primärversorgung können einen wesentlichen Beitrag bei der Bewältigung dieser Herausforderungen leisten.

1 Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird im Folgenden bei Personenbezeichnungen mal nur die männliche, mal die weibliche Form verwendet. Entsprechende Begriffe gelten grundsätzlich für alle Geschlechter und beinhalten keine Wertung.

1

Hintergrund

Nach der Förderung einzelner patientenorientierter Zentren zur Primär- und Langzeitversorgung (PORT-Zentren) in der Aufbauphase stellt sich die Frage, wie eine künftige Zielvision aussehen könnte. So könnten die PORT-Zentren als Solitäre in der etablierten Versorgungslandschaft fortbestehen oder es könnte ambitioniert angestrebt werden, dieses Versorgungsmodell zum neuen Standard für die grundlegende Gesundheitsversorgung in Deutschland weiterzuentwickeln.

PORT-Zentren stehen in diesem Kontext nicht nur für eine neue Art der Zusammenarbeit verschiedener Professionen, sondern für einen grundsätzlich anderen Ansatz dafür, wie Gesundheitsversorgung gedacht, konzeptioniert und umgesetzt werden soll. Grundlage bildet hierbei das Konzept der Primärversorgung, welches sich deutlich von dem stark durch das Hausarztwesen geprägten deutschen System unterscheidet. Exemplarisch sei nur auf die exponierte Rolle der Pflege, insbesondere in Form der akademisch ausgebildeten Community Health Nurse (CHN), hingewiesen. In den PORT-Zentren soll damit zum einen der Dreiklang – Gesundheit erhalten, Gesundheit wiederherstellen und mit Krankheit und Behinderung gut leben – adressiert werden. Zum anderen sollen die Zentren möglichst umfassend in die Gemeinde integriert werden, um auch das Konzept der sozialen Determinanten von Gesundheit in ihrer Breite zum Gegenstand der PORT-Aktivitäten zu machen. Dies geht deutlich über den vom Sozialgesetzbuch (SGB) V gesteckten Rahmen hinaus, welcher wiederum die Aufgabenstellung für die hausärztliche Versorgung in Deutschland definiert.



Die Zielrichtung des Beitrags ist es, die Transformationspotenziale des PORT-Konzepts zu skizzieren und Empfehlungen zur Weiterentwicklung zu liefern. Nach einer kurzen Einführung des Primärversorgungsansatzes werden zunächst anhand ausgewählter internationaler Beispiele mögliche Treiber für die Implementierung von Primärversorgungsmodellen identifiziert. Darauffolgend wird knapp dargelegt, was PORT-Zentren – als deutsche Variante eines konkreten Primärversorgungsmodells – charakterisiert. Im Zuge dessen wird auch der spezifische deutsche Kontext dargestellt, der das Setting eines möglichen Transformationsprozesses bildet. Anschließend wird skizziert, wie mithilfe von PORT-Zentren die flächendeckende Primärversorgung einer Region erreicht werden könnte und welche Implikationen sich daraus für die Gesundheitsversorgung in diesen Regionen ergeben. Daraufhin wird diskutiert, inwiefern mithilfe der PORT-Zentren eine grundlegende flächendeckende Transformation hin zu einem System der Primärversorgung erreicht werden kann und welche strategischen Ansätze hierbei vielversprechend erscheinen.

2

Primärversorgung im Lichte internationaler Erfahrungen

2.1 Grundlagen und Potenziale der Primärversorgung

Bei der Primärversorgung handelt es sich nicht einfach um einen in jedem Gesundheitssystem vorfindbaren Teil der Gesundheitsversorgung. Das Konzept kann auch in Deutschland nicht einfach mit der hausärztlichen Versorgung gleichgesetzt werden. Vielmehr handelt es sich um einen grundlegenden konzeptionellen Ansatz, der deutlich weiter greift und ein breites Spektrum von Inhalten abdeckt – beginnend bei Angeboten zur sozialen Teilhabe über die akute Behandlung von Erkrankungen bis hin zu einer Langzeitversorgung chronisch Erkrankter. Der Begriff der Primärversorgung wurde stark durch die Erklärung von Alma-Ata (WHO 1978) geprägt:



„Unter primärer Gesundheitsversorgung ist eine grundlegende Gesundheitsversorgung zu verstehen, [...] die für Einzelpersonen und Familien in der Gesellschaft [...] flächendeckend bereitgestellt wird. Sie bildet einen integralen Bestandteil sowohl im Gesundheitssystem eines Landes [...] als auch in der sozialen und wirtschaftlichen Entwicklung der Bevölkerung insgesamt. Sie ist die erste Ebene, auf der Einzelpersonen, Familien und die Gemeinschaft in Kontakt mit dem nationalen Gesundheitssystem treten, [...] und stellt das erste Element eines kontinuierlichen Prozesses der Gesundheitsversorgung dar.“

(Nr. VI)

Primärversorgung geht damit im Sinne eines Public-Health-Ansatzes über die individuelle Ebene hinaus, nimmt spezifische Bedarfe von Bevölkerungsgruppen in der Region in den Blick und fokussiert so auch die Lebensverhältnisse in der Gemeinde (Hill et al. 2007). Die Primärversorgung verfolgt auch deshalb einen gemeindenahen Ansatz, um die Gesundheitsversorgung geografisch wie inhaltlich so nahe wie möglich an Wohnort und Arbeitsplatz der Menschen auszurichten (WHO 1978). In diesem Zusammenhang werden Themen der Primärversorgung auch zu einem zentralen Handlungsfeld der Kommunen, wobei die Aufgaben nicht nur im politischen Sinn zu verstehen sind. Vielmehr bedarf es einer Orientierung am Gemeinwesen und der unmittelbaren Einbindung der Kommune – etwa regionaler Verantwortungsträger – in die Planung und Gestaltung der Primärversorgung (Schaeffer et al. 2015; SVR Gesundheit 2014). Zentral im Konzept der Primärversorgung ist zudem die lokale multiprofessionelle und integrale Versorgung. Dabei werden die gesundheitlichen Bedürfnisse von Gesundheitsteams – bestehend etwa aus Pflegekräften, Hebammen, Sozialarbeitern und Ärzten – fachlich und sozial befriedigt (WHO 1978).

Zentren der Primärversorgung sind damit erste Anlaufstelle in gesundheitsbezogenen Fragen für Einzelpersonen ebenso wie für Familien und über alle Altersgruppen und Lebensphasen hinweg. Diese erste Ebene des Gesundheitssystems „umfasst (...) gesundheitsfördernde, präventive, kurative, pflegerische, rehabilitative und palliative Maßnahmen und bringt – einem gemeindenahen Ansatz folgend – eine multiprofessionelle und integrative Versorgung so nahe wie möglich an den Wohnort und Arbeitsplatz der Menschen“ (Klapper 2018b, S. 3).

Starfield (1994, 1998) prägte die auch als die 4 Cs bekannten vier Kernelemente der Primärversorgung:

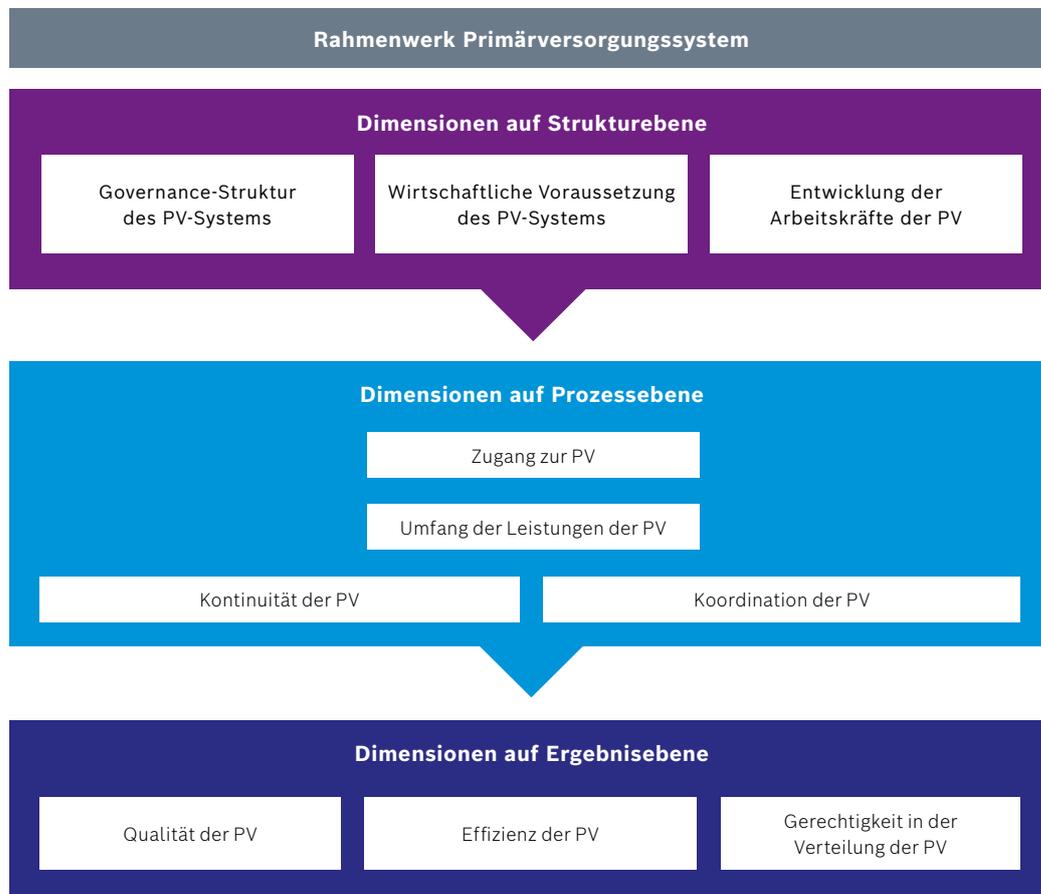
- **„First Contact“** (Erstkontakt): Primärversorgung als Eintrittspunkt in das Gesundheitssystem
- **„Comprehensiveness“** (Umfang): ein weites Spektrum der gesundheitsbezogenen Leistungen, wobei die Primärversorger als Erbringer von Leistungen, aber auch als Vermittler und Netzwerkbilder dienen
- **„Continuity“** (Kontinuität): Aufbau einer Beziehung mit dem Arzt sowie die kontinuierliche Betreuung durch diesen, nicht nur bei Vorliegen einer (akuten) Erkrankung: Der Mensch und nicht die Krankheit steht im Mittelpunkt.
- **„Coordination“** (Koordination): Regelgeleiteter Informationsaustausch und Koordination zwischen der Primärversorgung und anderen Versorgungsbereichen.

Darüber hinaus bedarf es unbedingt einer Berücksichtigung des sozialen Umfeldes (Familie und Gemeinschaft) des Patienten.

Diese Vorgehensweise stellt eine enge Verknüpfung zum Konzept der sozialen Determinanten von Gesundheit her (WHO 2008a; Marmot et al. 2020; Marmot 2005). Damit wird der Erkenntnis Rechnung getragen, dass der Gesundheitszustand einer Person und damit die Lebenserwartung sowie die Lebensqualität nur zu einem sehr kleinen Teil durch die medizinische Versorgung im engeren Sinne determiniert wird. Neben dem Gesundheitsverhalten spielen sozioökonomische Faktoren und Umwelteinflüsse eine wichtige Rolle (UWPHI und Robert Wood Johnson Foundation o. J.). Die Primärversorgung versucht diese Faktoren mit zu berücksichtigen, um die Person und eben nicht nur die Behandlung einzelner Krankheiten in den Fokus zu rücken.

Neben der Deklaration von Alma-Ata, den 4 Cs und den sozialen Determinanten von Gesundheit wird als weitere Quelle für die Entwicklung der Primärversorgung regelmäßig auf den Triple bzw. Quadruple Aim verwiesen. Sein primäres Ziel ist die Verbesserung des Gesundheitszustands von Populationen (improving population health). Die zwei nachgeordneten Ziele, die die Erreichung des übergeordneten Ziels erlauben sollen, sind die Verbesserung der Versorgungserfahrung des Patienten (enhancing patient experience) und die Reduktion der Gesundheitsausgaben pro Kopf (reducing costs). Dieser Triple Aim wird mittlerweile um ein viertes Ziel ergänzt, nämlich die Verbesserung der Arbeitsbedingungen im Team (improving the work life of those who deliver care). Hintergrund ist das – insbesondere auch in der Primärversorgung – anzutreffende Problem, dass Ärzte, Pflegekräfte und sonstige Gesundheitsberufe von den zunehmenden, auch administrativen Belastungen und der steigenden Arbeitsverdichtung überfordert und ausgezehrt werden. Dem soll durch die Ergänzung um dieses vierten Ziels entgegengewirkt werden (Bodenheimer und Sinsky 2014).

All diese grundsätzlichen Ideen und Konzepte sind schließlich in ein operatives Modell zu überführen. In einer Übersichtsarbeit (Kringos et al. 2010) wird die Primärversorgung als multidimensionales System mit zehn Kerndimensionen konkretisiert, welche die Komplexität des Primärversorgungssystems begründen (Abbildung 1). Neben der von Starfield (1994) beschriebenen Prozessebene werden hier auch die Struktur- und Ergebnisebene beschrieben. In ihrer Gesamtheit verdeutlichen die Ebenen, dass die Primärversorgung wesentlich zur Gesamtleistung des Gesundheitssystems und der Gesundheit der Bevölkerung beiträgt.



PV = Primärversorgung

Abbildung 1: Dimensionen des Primärversorgungssystems

Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Kringos et al. 2010

Bisherige Ergebnisse geben Hinweise auf positive Effekte einer starken Primärversorgung (WHO 2008b; Starfield et al. 2005; Starfield 1994; Macinko et al. 2003). So zeigen sich nach Starfield et al. (2005) positive Effekte einer Primärversorgung in der Erhöhung der Compliance, d. h. der Bereitschaft eines Patienten zum aktiven Mitwirken an den therapeutischen Maßnahmen, in einer Verlängerung der Lebenserwartung und Erhöhung der Lebensqualität von chronisch Erkrankten, eine Senkung der Überweisungsfrequenz an andere (höhere) Versorgungsebenen, in einer Reduzierung von vermeidbaren Krankenhauseinweisungen und -aufenthalten und folglich langfristig in einer Dämpfung der Gesamtkosten. Dabei können sechs Faktoren – allein oder in Kombination – die positiven Effekte der Primärversorgung auf die Gesundheit der Bevölkerung erklären:

- Erleichterter Zugang zum System
- Erhöhte Qualität der medizinischen Versorgung an sich
- Verbesserte Präventionsmaßnahmen
- Frühere Behandlung von gesundheitlichen Problemen
- Kernaspekte der Primärversorgung und ihr Nutzen in der Behandlung
- Vermeidung unnötiger Behandlungen

In einer Übersichtsarbeit der World Health Organization (WHO) (2008b) werden die Effekte der Primärversorgung vier Ebenen zugeordnet, u. a.:

- **Personenzentrierung:** Verbesserung der Versorgungsqualität, des Behandlungserfolges und der Lebensqualität der Patienten
- **Umfang der Primärversorgung:** bessere gesundheitsbezogene Endpunkte; erhöhte Inanspruchnahme von krankheitsbezogener Prävention (z. B. Blutdruck-Screening, Mammographien); Senkung der Krankenhauseinweisungen aufgrund vermeidbarer Komplikationen bei chronischen Erkrankungen
- **Kontinuität der Versorgung:** geringere Gesamtmortalität; besserer Zugang zur Versorgung; geringere Rehospitalisierung, geringere Inanspruchnahme der Notfallversorgung
- **Verbesserter Zugang:** höhere Compliance; geringere Hospitalisierungsrate; höhere Zufriedenheit mit den Leistungen; geringere Inanspruchnahme von Fachärzten und der Notfallversorgung; besseres Verständnis für die psychologischen Aspekte des Befindens eines Patienten; höhere Inanspruchnahme präventiver Angebote bei jungen Erwachsenen

In ihrer Conclusio fordert die WHO alle Staaten explizit dazu auf, ihre Gesundheitssysteme stärker an dem Primary-Health-Care-Ansatz zu orientieren. Diese Empfehlungen wurden in diversen Ländern aufgegriffen und in ganz unterschiedlicher Weise implementiert.

2.2 Internationale Erfahrungen

2.2.1 Überblick

Das deutsche Gesundheitssystem ist nach wie vor von einem klassischen Primärversorgungskonzept weit entfernt. 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 deren 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 – auch dies ist ein Problem, welches mit den PORT-Zentren durch eine bessere Integration und Vernetzung der Akteure so weit wie möglich aufgelöst werden soll.

Im Vergleich zu Deutschland haben andere Länder das Konzept der Primärversorgung deutlich schneller adaptiert und innovative Modelle für eine flächendeckende Primärversorgung entwickelt (Schaeffer et al. 2015). Tabelle 1 gibt einen ersten groben Einblick in die Primärversorgungskonzepte verschiedener Länder. Es zeigt sich, dass überwiegend staatliche Gesundheitssysteme vertreten sind, die allerdings ein breites Spektrum an Entwicklungspfaden, Organisations- und Vergütungsformen aufweisen. Die Primärversorgungskonzepte in Schweden, Kanada, Österreich und in den USA werden im Folgenden noch tiefergehend dargestellt, da sich mit dieser Auswahl ein breites Spektrum unterschiedlicher Voraussetzungen abdecken lässt. So sind im Kontrast zu Schweden und Kanada die Gesundheitssysteme Österreichs und der USA stark von privaten Leistungserbringern geprägt. Das österreichische System weist zudem im grundlegenden Aufbau Ähnlichkeiten zu Deutschland auf. Anders als in Schweden – hier sind die ersten Primärversorgungszentren (PVZ) bereits in den 1970er Jahren entstanden – sind die Zentren in Österreich aktuell erst in der Entwicklungs- und Testphase.

Die folgenden Kernfragen sollen die Betrachtung der ausgewählten Länder leiten:

1. Wie ist das Gesundheitssystem und im Speziellen die Primärversorgung grundlegend aufgebaut?
2. Welche Faktoren führten zur Implementierung des jeweiligen Primärversorgungskonzepts?
3. Was sind die Faktoren für den Erfolg des Primärversorgungssystems?

Die Ergebnisse werden dann mit den Gegebenheiten im deutschen Gesundheitssystem verglichen. Dabei wird eine mögliche Übertragbarkeit der Voraussetzungen auf den deutschen Kontext diskutiert.

Land	Gesundheitssystem	Entstehung	Trägerschaft	Vergütung
Schweden (Vårdecentraler)	Staatliches Gesundheitssystem, über Steuern finanziert ¹	In den 1970er Jahren entstanden ² , Entwicklungsschub in den 1990er Jahren als Folge der Finanzkrise, um Kostensenkung zu erzielen ³	In öffentliche Trägerschaft der 21 Provinziallandtage oder in privater Trägerschaft von Gesundheitsunternehmen oder den Betreibern ⁴	Kopfpauschale + Einzelleistungsvergütung + leistungsabhängige Vergütung ⁵
Kanada (Family Health Teams)	Staatliches Gesundheitssystem, über Steuern finanziert ⁶ (70% steuerfinanziert, 30% Patientenzahlungen ⁷)	Bereits in den 1980er Jahren drohender Ärztemangel, der 2004 Rekordwert erreichte, Folge: Gesundheitsreformen mit Ziel, Mangel an Hausärzten entgegenzuwirken und Primärversorgung für die gesamte Bevölkerung sicherzustellen; 2005 entstehen daraufhin FHTs ⁸	Gruppe von Ärzten, ⁹ Leitung durch einen Vorstand (ärztliche Leitung, kommunale Leitung oder gemischte ärztlich-kommunale Leitung) ¹⁰	Kopfpauschale + Einzelleistungsvergütung + leistungsabhängige Bezahlung ¹¹
Österreich (Primärversorgungseinheit)	Gesundheitssystem überwiegend über Sozialversicherungsbeiträge finanziert ¹²	2013: Gesundheitszielsteuerungsgesetz verabschiedet, um Primärversorgung zu stärken, ¹³ 2015: erstes Pilotprojekt, ¹⁴ 2017: Primärversorgungsgesetz verabschiedet, PVE eingeführt ¹⁵	In privater Trägerschaft der Ärzte ¹⁶	Budget/Pauschalen + Einzelleistungsvergütung + Bonus ¹⁷

Tabelle 1: Übersicht über die Ausgestaltung der Primärversorgung in ausgewählten Ländern**Quelle:** Eigene Darstellung, Quellen entsprechend den Fußnoten

1 Saltman 1992

2 Swartling 2006, S. 1952

3 Petkantchin 2012, S. 2

4 Maun et al. 2015, S. 2

5 Maun et al. 2015, S. 2

6 Andresh 2016, S. 25

7 Ewerset et al. 2015, S. 25

8 Rosser et al. 2011, S. 165 – 171

9 Family Health Teams 2009

10 Haydt 2018, S. 309

11 Andresh 2016, S. 25

12 BMSGPK 2019b, S. 6

13 Österreichisches Parlament 23.05.2013

14 Österreichisches Parlament 2017

15 Österreichisches Parlament 02.08.2017

16 BMSGPK 2019a, S. 7

17 BMG 2014

Land	Gesundheitssystem	Entstehung	Trägerschaft	Vergütung
USA (Patient Centered Medical Homes und darauf aufbauende Modelle)	Starke Fragmentierung des Versicherungssystems mit privaten und großen öffentlichen Trägern ¹⁸	Stärkung der seit den 70er Jahren entstehenden Initiativen durch Unterstützung einer breiten Allianz an Organisationen im Jahr 2007. Seither bilden die damals skizzierten PCMH-Prinzipien die Grundlage für zahlreiche Weiterentwicklungen des Versorgungsmodells ¹⁹	Breites Spektrum an Eigentümer- und Governancestrukturen, vorrangig jedoch private Initiativen ²⁰	Noch immer starke ELV-Elemente, aber zunehmende Verschiebung in Richtung alternativer Vergütungsformen, die von P4P über Komplexpauschalen bis zu Capitation und Budgets reichen ²¹
Finnland (Terveysasemat)	Krankenversicherungspflicht für alle Bürger, ²² Finanzierung über Steuern, ²³ nur 9% der staatlichen Gesundheitsausgaben über Eigenbeteiligung finanziert ²⁴	1960er Jahre: Einführung einer obligatorischen Krankenversicherung, Ende 1960er Jahre: große Diversität an öffentlich angebotenen Gesundheitsdiensten, die unterschiedlich verwaltet werden, Gesundheitszentren wurden 1972 per Gesetz eingeführt, Kommunen seitdem verpflichtet, diese zu unterhalten ²⁵	Kommunen ²⁶	Grundgehalt + Kopfpauschale + Einzeleistungsvergütung ²⁷
Spanien (Centros de Salud)	Staatliches Gesundheitssystem, über Steuern finanziert ²⁸	Nach Ende der Franco-Diktatur 1982: grundlegende Reform des Gesundheitssystems, 1986: Einführung von Primärversorgungsteams ²⁹ Ziel: Gesundheitszustand verbessern, sanitäre Ungleichheiten verringern, höhere Ressourceneffizienz erreichen ³⁰	Großteils städtisch, aber mit weitgehender regionaler Autonomie von den 17 Regionen Spaniens betrieben ³¹	Kopfpauschale (risikoadjustiert) + Boni/Leistungspauschalen/Zulagen ³²

Tabelle 1: Übersicht über die Ausgestaltung der Primärversorgung in ausgewählten Ländern

Quelle: Eigene Darstellung, Quellen entsprechend den Fußnoten

- 18 Benstetter et al. 2020
- 19 Erickson 2010
- 20 Rosenthal 2008
- 21 Philip et al. 2019
- 22 Grunenberg o.J.
- 23 Schmitt-Sausen 2010, S. 1198
- 24 Grunenberg o.J.
- 25 Kokko 2009
- 26 Vogeler 2016
- 27 Cypionka et al. 2015a, S. 18
- 28 Garcia-Armeso et al. 2010, S. 37
- 29 Korsatko 2017b
- 30 da Silva Filho, André Soromenho 2008, S. 13
- 31 Garcia-Armeso et al. 2010, S. 64
- 32 Kroneman o.J., S. 10

Land	Gesundheitssystem	Entstehung	Trägerschaft	Vergütung
Brasilien (Unidades básicas de saúde, Clinicas da Familia)	Staatliches Gesundheitssystem, durch indirekte Steuern finanziert, frei zugänglich für alle brasilianischen Bürger ³³	Unzugänglichkeiten im Versorgungssystem: schlechterer Zugang für untere soziale Schichten, Priorität auf stationärer Versorgung etc., 1988: universeller Zugang zu öffentlicher Gesundheitsversorgung in Verfassung verankert, ³⁴ Mitte der 1990er Jahre wurde Implementierung der Zentren vom Gesundheitsministerium empfohlen ³⁵	Kommunen ³⁶	Abhängig vom Haushalt/Budget jeder Gemeinde für das Gesundheitszentrum, Arztgehalt vertraglich festgelegt ³⁷
Slowenien (Zdravstveni Domovi)	Gesundheitssystem fast ausschließlich über Sozialversicherungsbeiträge finanziert ³⁸	In den 1920er Jahren entstanden, ³⁹ in den 1950er und 1960er Jahren wurde Großteil der Zentren etabliert, da diese nach dem 2. Weltkrieg zum Modell für die medizinische Grundversorgung ernannt wurden ⁴⁰	Kommunen ⁴¹	Kopfpauschale + Einzelleistungsvergütung ⁴²
Portugal (Unidades da Saúde Familiar)	Staatliches Gesundheitssystem, überwiegend steuerfinanziert ⁴³	Gesundheitszentren Mitte der 1970er Jahre nach dem Vorbild des National Health Service entstanden, ⁴⁴ nach letzter Reform 2005 wurden die Family Health Units eingeführt, ⁴⁵ bereits vom Staat angestellte Personen schließen sich zusammen und reichen Bewerbung zur Bildung einer Family Health Unit ein ⁴⁶	Freiwillig und selbstorganisiert von den Teammitgliedern betrieben ⁴⁷	Kopfpauschale + Einzelleistungsvergütung + leistungsabhängige Bezahlung ⁴⁸

Tabelle 1: Übersicht über die Ausgestaltung der Primärversorgung in ausgewählten Ländern**Quelle:** Eigene Darstellung, Quellen entsprechend den Fußnoten

33 international insurance.com o.J.

34 Hämel et al. 2017, S. 38 – 39

35 Silva et al. 2011, S. 150

36 Fleury 2011

37 Giovanella und de Souza Porto, Marcelo Firpo 2004, S. 23

38 Korsatko 2017c

39 Hämel und Vössing 2017, S. 496

40 Klančar und Svab 2014, S. 167; Saric und Rodwin 1993

41 Albrecht et al. 2016, S. xviii

42 Albrecht et al. 2016, S. xvii

43 Korsatko 2017b

44 Korsatko 2017b

45 da Silva Filho, André Soromenho 2008, S. 13

46 Biscaia und Heleno 2017, S. 702

47 Biscaia und Heleno 2017

48 Korsatko 2017b

2.2.2 Schweden

2.2.2.1 Allgemeines

Das schwedische Gesundheitssystem ist ein auf regionaler Ebene staatlich geleitetes, hochgradig dezentralisiertes sowie überwiegend über Steuern finanziertes Gesundheitssystem, womit es der Klasse der Beveridge-Modelle zuzuordnen ist (Saltman 1992) (Abbildung 2). Im Jahr 2018 nehmen die Gesundheitsausgaben einen Anteil von 11 % des schwedischen Bruttoinlandsproduktes (BIP) ein. 15% der Kosten für die Gesundheitsversorgung werden durch Patientenzahlungen finanziert. Weitere 84% werden über Steuereinnahmen gedeckt. Die Finanzierung des verbleibenden Prozents erfolgt über Einnahmen aus der freiwilligen Krankenversicherung (OECD 2020).

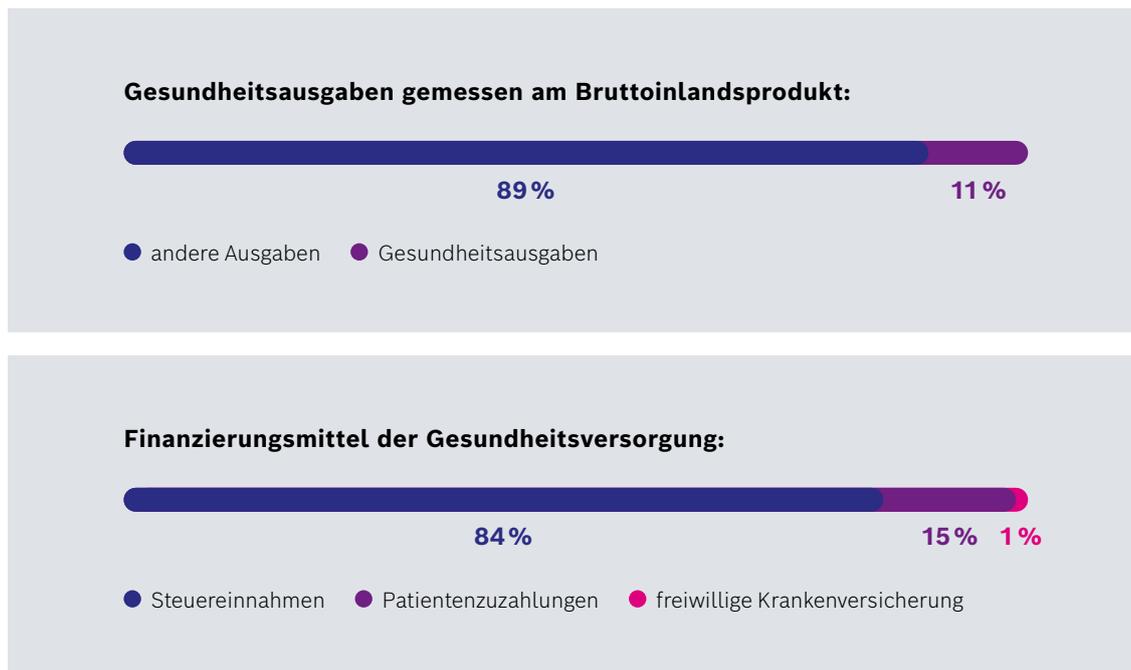


Abbildung 2: Gesundheitsausgaben im Verhältnis zum Bruttoinlandsprodukt und Finanzierung der Gesundheitsversorgung in Schweden, 2018

Quelle: Eigene Darstellung, OECD 2020

Das Grundgerüst des schwedischen Systems bildet die Primärversorgung. Leistungen zur Wiederherstellung, Förderung und Erhaltung der Gesundheit im Bereich der Primärversorgung werden üblicherweise in den mehr als 1.100 PVZ erbracht (Anell et al. 2012). Eine erhebliche Mehrheit dieser Gesundheitseinrichtungen ist entweder in öffentlichem Besitz eines der 21 Provinziallandtage der jeweiligen Landkreise oder in privatem Besitz von Unternehmen aus der Gesundheitsbranche. Nur ein sehr kleiner Teil der PVZ befindet sich in privater Hand (Swedish National Audit Office (Riksrevisionen) 2014). Zentrale Aufgabe der Provinziallandtage im Bereich der Gesundheitsversorgung ist die Bedarfsplanung sowie die Zuordnung von Finanzmitteln zu den verschiedenen Leistungserbringern (Beske et al. 2005). Die PVZ sind gesetzlich verpflichtet, eine medizinische Grundversorgung, Prävention sowie Rehabilitation für die gesamte Bevölkerung zu gewährleisten, unabhängig von Krankheit, Alter und Zugehörigkeit (Anell et al. 2018).

In der Literatur schwankt die Angabe der durchschnittlich versorgten Patienten pro PVZ zwischen einer Anzahl von 7.000 und 10.000 Personen (Korsatko 2017a; Robert Bosch Stiftung 2018). Das Team einer interprofessionellen Primärversorgungseinrichtung besteht in der Regel aus vier bis sechs Hausärzten sowie je nach regionalem Bedarf aus weiterem nichtärztlichem Personal. Dazu zählen beispielsweise Krankenpflegekräfte, Medizinische Fachangestellte, Bezirksschwester, Ergotherapeuten, Sozialarbeiter und Logopäden. Dabei übernimmt die (akademische) Bezirkskrankenschwester Aufgaben wie Hausbesuche bei Patienten und in diesem Rahmen die Verordnung häufig benötigter Medikamente. Alle Teammitglieder, somit auch die Hausärzte, sind direkt bei den Provinziallandtagen angestellt und erhalten ein festes monatliches Gehalt, welches sich nach Qualifikationslevel und wöchentlichen Arbeitsstunden unterscheidet (Robert Bosch Stiftung 2018; WHO 1996).

2.2.2.2 Implementierung

Historisch gesehen bestand das schwedische Gesundheitssystem nicht in der Form, wie es sich heute darstellt. Bis in die 1960er Jahre lag der Fokus auf der Ausweitung der stationären Versorgung. In ganz Schweden gab es Ende der 1960er Jahre noch rund 120.000 Krankenhausbetten, rund 80% der Ärzte waren in Krankenhäusern angestellt und 90% der Gesundheitsausgaben entfielen auf den stationären Sektor. Die stationär tätigen Ärzte wurden für ihre Leistungen mittels eines Einzelleistungsvergütungssystems entlohnt (Anell et al. 2012).

In den 1960er und 1970er Jahren begannen die Gesundheitsausgaben immer weiter zu steigen, sodass der Fokus in der Gesundheitsversorgung vermehrt auf das Auffinden von Kostenvorteilen, auf die Effektivität der angebotenen Leistungen sowie auf Performance und Qualität gelegt werden musste (Anell et al. 2012). Die Probleme und Limitierungen einer überwiegend krankenhausbasierten Gesundheitsversorgung wurden demnach in Schweden bereits in den 1970er Jahren erkannt, woraufhin es zum Aufbau erster PVZ kam (Saltman 1992; Robert Bosch Stiftung 2018). Seit 1970 wurden die zuvor privat zur Verfügung gestellten ambulanten Leistungen in öffentlich geführten Krankenhäusern von den Provinziallandtagen übernommen. Eine im Jahr 1985 verabschiedete Reform übertrug den Provinziallandtagen dann ebenfalls die finanzielle Verantwortung für die von öffentlichen sowie privaten Einrichtungen außerhalb von Krankenhäusern erbrachte ambulante Gesundheitsversorgung. Somit wurde den Provinziallandtagen die Kontrolle über private Einrichtungen sowie die Autorität zu deren Genehmigung übertragen. Die Vergütung erfolgt seitdem nun nicht mehr über Einzelleistungen, sondern mittels eines – seit 2012 auch risikoadjustierten – Kopfpauschalen-Systems (WHO 1996; Czypionka et al. 2015b).

Im Jahr 1993 hatte Schweden mit einer außergewöhnlich starken Rezession zu kämpfen. Es mussten dringend Kosten im öffentlichen Sektor eingespart werden. Daher kam es zu einem massiven Personal- und Bettenabbau in den öffentlichen Krankenhäusern. In Folge reduzierte sich die Bettenanzahl bis zum Jahr 2017 auf 22.377 Krankenhausbetten (Eurostat 2020). Um keinen Versorgungsengpass entstehen zu lassen, musste im Gegenzug die Primärversorgung stark ausgebaut werden, sodass es zu einem Boom der PVZ in den darauffolgenden Jahren kam (Petkantchin 2012). Seit 1994 können die Patienten frei wählen, welchen Hausarzt und damit auch welches PVZ sie zur Gesundheitsversorgung aufsuchen möchten. Den Ärzten wurde dadurch ein finanzieller Anreiz zur Patientengewinnung geboten, mit dem Ziel der Verbesserung der Verfügbarkeit und Kontinuität der Gesundheitszentren (WHO 1996).

Seit dem Jahr 2010 haben die Provinziallandtage keinen Einfluss mehr auf die geografische Niederlassung der privaten PVZ. Eine Steigerung der Anzahl bestehender PVZ um 20%, vor allem durch den Markteintritt privater Anbieter, ist die Folge (Anell et al. 2018). Zentrales Bestreben dieser Regelungen ist die Erhöhung der Verfügbarkeit und Reaktionsfähigkeit der Primärversorgung. Der Wettbewerb zwischen den Anbietern soll intensiviert werden, um die Qualität der PVZ zu steigern. Zudem hat das Management der Zentren nun die Freiheit, sein Geschäft individuell zu führen und Arbeitsbedingungen zu schaffen, die für Ärzte verglichen mit den Konditionen anderer Zentren attraktiver sind. Anreize können beispielsweise durch ein Entbinden der Ärzte von administrativen Tätigkeiten, ein besseres Arbeitsumfeld, höhere Gehälter oder mehr Autonomie geschaffen werden (Andersson Bäck 2016).

2.2.2.3 Erfolgsfaktoren

Einer der Erfolgsfaktoren schwedischer PVZ ist die Einführung der risikoadjustierten Kopfpauschale, denn durch diese kann ein erhöhtes Angebot von PVZ in Regionen mit als eher unvorteilhaft angesehenen sozioökonomischen Merkmalen erreicht werden. Die Risikoadjustierung kann die Ortsauswahl privater Betreiber signifikant verändern und damit die Attraktivität benachteiligter Regionen gezielt durch finanzielle Anreize steigern (Anell et al. 2018). Weiterhin haben die Anbieter der PVZ die Möglichkeit, die Zentren weitgehend im eigenen Ermessen zu führen und somit, wie bereits erwähnt, Ärzte beispielsweise durch bessere Entlohnung, mehr Autonomie und geringeren Verwaltungsaufwand für ihr Zentrum zu gewinnen. Dies kann zu einer Angleichung der in Schweden stark variierenden Ärztedichte – der Großteil der Allgemeinmediziner ist in den großen Städten tätig, während Arztstellen in ländlichen Regionen unbesetzt bleiben – führen (Andersson Bäck 2016). Durch die gestiegene Privatisierung der PVZ sowie durch die Möglichkeit für Patienten, ihren Arzt selbst auszuwählen, haben die Zentren nun keinen festgelegten Patientenstamm mehr. Sie müssen stattdessen an der Verfügbarkeit und Reaktionsfähigkeit ihres Zentrums arbeiten, um Patienten zu überzeugen und erfolgreich an sich zu binden. Bei PVZ ist ein ausgereiftes Qualitätsmanagement unverzichtbar (Andersson Bäck 2016). Aufgrund der Ergebnisse verschiedener Studien kann bisher jedoch nicht eindeutig nachgewiesen werden, dass durch diese Reformen tatsächlich Qualitätsverbesserungen aufgetreten sind (Maun et al. 2015). Bemerkenswert sind sicherlich der Wechsel des Vergütungssystems von der Einzelleistungsvergütung (ELV) zur Kopfpauschale sowie die zunächst erfolgte nahezu restlose Verstaatlichung der Primärversorgung. Damit fand ein öffentlich getriebener, flächendeckender Aufbau der PVZ statt, die verbliebenen privaten Anbieter wurden engmaschig reguliert.

2.2.3 USA

2.2.3.1 Allgemeines

Das Gesundheitssystem der USA besteht aus zahlreichen Teilsystemen. Private Versicherungsmodelle, die über die Arbeitgeber angeboten werden, erreichen dabei rund 50% der Bevölkerung. Individuelle Versicherungsverträge können über die sogenannten Health Insurance Marketplaces abgeschlossen werden. Diese staatlich eng regulierten und weitgehend standardisierten Policen werden zum Teil aus Steuern subventioniert und von rund 7% der Bevölkerung in Anspruch genommen. Jeweils rund 14% der Bevölkerung sind über die zwei öffentlichen Versicherungsprogramme Medicaid und Medicare versichert. Medicaid richtet sich primär an ärmere Bevölkerungsgruppen und wird vorrangig von den Bundesstaaten verwaltet. Medicare wurde zur Versorgung der älteren Bevölkerung ab 65 Jahren sowie von Personen mit bestimmten Behinderungen eingerichtet und wird auf Bundesebene verwaltet und gesteuert. Durch die überdurchschnittlich hohen Gesundheitsausgaben dieser Bevölkerungsgruppen spielt Medicare eine äußerst wichtige Rolle bei der Finanzierung von Gesundheitsleistungen. Weitere Teile der Bevölkerung werden über diverse andere Versicherungssysteme wie TRICARE für aktive Soldaten oder die Veterans Health Administration für Veteranen versorgt, die in der Regel auch eigene Einrichtungen betreiben. Rund 9% der Bevölkerung sind nicht versichert (Daten für 2017; KFF 2019 und CHCF 2019).

Die Leistungserbringung erfolgt über einen Mix aus öffentlichen, gemeinnützigen und privaten Anbietern (im Krankenhausbereich 18,5%, 56,4% und 25,1%, KFF 2017). Die ambulante fachärztliche Versorgung wird über die Krankenhäuser erbracht, ambulante Strukturen im Sinne niedergelassener Ärzte finden sich primär im hausärztlichen Bereich, welcher mit rund einem Drittel aller amerikanischen Ärzte deutlich niedriger ausgeprägt ist als beispielsweise in Deutschland mit rund 50%. Amerikanische Ärzte sind nur noch zu 14% in Einzelpraxen tätig. Die deutlich überwiegende und weiter zunehmende Zahl ist in Gruppen (Physician Groups) zusammengeschlossen, die zum Teil sehr groß sein können (knapp 15% arbeiten in Gruppen mit mehr als 50 Mitgliedern; The Physicians Foundation 2018).

Die hausärztliche Versorgung der USA gilt seit langem als reformbedürftig. Dies begründet sich u. a. in der geringen in diesem Bereich tätigen Anzahl an Ärzten und deren vergleichsweise schlechter Vergütung. Darüber hinaus werden hier Patienten mit zahlreichen nichtmedizinischen Problemen vorgestellt, die eher soziale als gesundheitliche Indikationen darstellen. Dies legt nahe, dass jene Probleme auf das Fehlen eines funktionierenden Systems der sozialen Sicherung zurückzuführen sind, und verdeutlicht, weshalb das Konzept der sozialen Determinanten von Gesundheit in den USA noch mehr als in anderen Ländern von hoher Bedeutung ist. Die meisten der derzeit implementierten Varianten von Primärversorgungsmodellen orientieren sich an den 2007 von verschiedenen Ärzteorganisationen veröffentlichten Joint Principles of the Patient Centered Medical Home (PCMH) (AAFP 2007) entlang folgender Dimensionen:

- Personal physician
- Physician directed medical practice
- Whole person orientation
- Coordinated and/or integrated care
- Quality and safety
- Enhanced Access
- Payment

Diese jeweils nur in wenigen Sätzen ausgeführten Dimensionen lassen großen Spielraum für die Umsetzung, was zu unzähligen Varianten an PCMHs führte. Große Akkreditierungsorganisationen wie das National Committee for Quality Assurance (NCQA) haben eigene Zertifikate entwickelt, welche die Anforderungen konkretisieren und standardisieren. Dies erleichtert es den Leistungserbringern, in den Verhandlungen mit den diversen unterschiedlichen Kostenträgern ihr Modell zu erläutern. Dennoch ist die Spannweite der existierenden Modelle immens, nicht zuletzt durch die zum Teil sehr individuell gestalteten Vergütungskonditionen (Philip et al. 2019). Als prominente Einrichtung hat beispielsweise die Agency for Healthcare Quality and Research eine Definition von PCMHs vorgenommen, die unter anderem auf die zwei Punkte Personal Physician und Physician directed medical practice verzichtet. Sie rückt die Rolle nichtärztlicher medizinischer Heilberufe stärker in den Vordergrund (O'Dell 2016).

2.2.3.2 Implementierung

Die ersten Initiativen zur Einführung von PCMHs reichen bis ins Jahr 1967 zurück, als die American Academy of Pediatrics ein entsprechendes Konzept vorstellte (AAFP 2007; O'Dell 2016). Wichtige Meilensteine waren die Deklaration von Alma-Ata (WHO 1978) und die Arbeiten von Starfield und Kollegen (u. a. Starfield 1998, 1994; Macinko et al. 2003; Starfield et al. 2005). Einen großen Schub erhielt das Modell 2007 durch die bereits erwähnte Unterstützung großer Ärzteorganisationen. Im Affordable Care Act wurde 2010 die Stärkung der Primärversorgung als zentrales Ziel formuliert. Dies führte dazu, dass das neu gegründete Center for Medicare and Medicaid Innovation (CMMI) acht Pilotprojekte förderte, die verschiedene Formen der Weiterentwicklung des PCMH-Ansatzes darstellen. Ab 2021 starten unter Führung des CMMI neue Modelle, die im Bereich der Vergütung deutliche Akzente in Richtung alternativer Vergütungsformen setzen, z. B. in Richtung eines stärkeren Populationsbezugs, leistungsbezogener Boni oder globaler Budgets (Peikes et al. 2020).

Insgesamt gilt, dass die traditionellen Vergütungssysteme einen erheblichen Beitrag zur schlechten Lage der Primärversorgung in den USA geleistet haben. Sie fokussieren zu stark auf Arztkontakte, honorieren Leistungen ohne Arztkontakt, wie Koordination und Dokumentation, zu wenig und lassen die Qualität der Versorgung unberücksichtigt (Berenson und Rich 2010; Rich 2018). Eine Herausforderung stellen die fragmentierten Versicherungsstrukturen dar, die dazu führen, dass Leistungserbringer mit verschiedenen von den unterschiedlichen Kostenträgern favorisierten Varianten zurechtkommen müssen (Rich 2018; Zhai et al. 2019).

2.2.3.3 Erfolgsfaktoren

Ein zentraler Erfolgsfaktor war die breite Unterstützung durch große Ärzteorganisationen. Dies führte zu hoher Akzeptanz, trug aber möglicherweise auch dazu bei, dass in vielen Varianten die Rolle des Arztes im PCMH stark hervorgehoben wird. Der Konsens, dass eine den zentralen Prinzipien folgende Ausgestaltung sinnvoll ist, ist jedoch weitreichend. Dies ist wichtig, da in den USA die organisierte Ärzteschaft als eine der bestorganisierten Lobbygruppen gilt, gegen die politische Initiativen kaum durchsetzbar sind (Starr 2017).

Hilfreich war jedoch auch, dass zahlreiche private Versicherer das PCMH im Zuge ihrer jeweiligen Managed Care-Strategien nutzten. Dies führte zwar einerseits dazu, dass sich Leistungserbringer mit heterogenen Anforderungen unterschiedlicher Kostenträger auseinandersetzen mussten. Andererseits wurde dadurch auch deutlich, dass die breite Masse der Kostenträger derartige Modelle unterstützt bzw. einfordert. Auf Seiten der Leistungserbringer ist durch die dominante Weise des Zusammenschlusses in Gruppen unterschiedlichster Form eine umfangreiche Erfahrung mit der Organisation und dem Management derartiger Strukturen vorhanden. Zudem sind sie es durch die Fragmentierung und Heterogenität des US-Versicherungswesens gewohnt, dass sie sich intensiv mit alternativen Vergütungsmodellen auseinandersetzen müssen. Entsprechend bestehen diesbezüglich geringe Berührungspunkte.

Eine weitere Säule ist die breite Forschungsarbeit zur Rolle der PCMH. Wie O'Dell (2016) ausführt, finden sich in PubMed für den Zeitraum 1994 bis 2016 mehr als 17.000 wissenschaftliche Artikel, die sich mit PCMH auseinandersetzen. Hinzu kommt eine umfassende Förderung durch große und die amerikanische Gesundheitspolitik prägende Stiftungen wie die Robert Wood Johnson Foundation und der Commonwealth Fund.

Im letzten Jahrzehnt kamen die weitreichenden Initiativen des CMMI hinzu. Medicare und Medicaid haben eine so wichtige Rolle als Kostenträger, dass Leistungserbringer Richtungsentscheidungen dieser Kostenträger nicht leichtfertig ignorieren können. Ferner erfolgte eine glaubhafte – parteiübergreifende – politische Festlegung, dass die klassische ELV keine Zukunft habe und in naher Zukunft umfassend auf alternative Vergütungsmodelle umgestellt werde. Dies hatte zur Folge, dass sich die breite Masse der Leistungserbringer auf die sich ändernden Rahmenbedingungen einstellte, sei es aus „love“ – weil sie die Strategie für inhaltlich richtig hielten, aus „fear“ – weil sie Angst hatten, abgehängt zu werden, wenn sie nicht rechtzeitig den Ball aufnahmen, oder aus „greed“ – weil sie dachten, als Vorreiter einen größeren Gewinn herauschlagen zu können (Benstetter et al. 2020).

2.2.4 Kanada

2.2.4.1 Allgemeines

Kanada hat ein staatliches, steuerfinanziertes Gesundheitssystem, das seinen Bürgern freien Zugang zu medizinischer Grundversorgung gewährleistet (Andresh 2016). Insgesamt werden ca. 70% der Gesundheitsausgaben über Steuermittel finanziert, die restlichen 30% setzen sich weitgehend aus privaten Ausgaben – Zuzahlungen und freiwilligen Versicherungen – der Patienten zusammen (Abbildung 3). Im Jahr 2018 beträgt der Anteil der Gesundheitsausgaben am BIP 11% (OECD 2020).

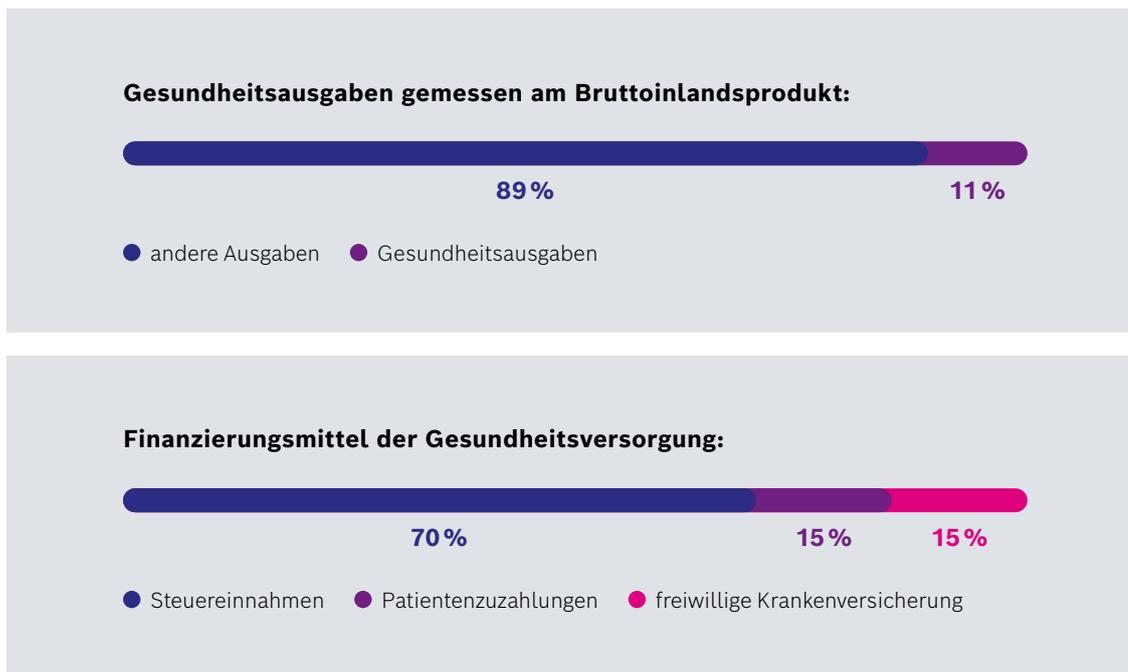


Abbildung 3: Gesundheitsausgaben im Verhältnis zum Bruttoinlandsprodukt und Finanzierung der Gesundheitsversorgung in Kanada, 2018

Quelle: Eigene Darstellung, OECD 2020

Wie in Deutschland teilt sich das Gesundheitssystem in Kanada in einen stationären und in einen ambulanten Sektor. Im ambulanten Bereich sind die Ärzte sowohl in Einzel-, als auch in Gemeinschaftspraxen tätig. 52 % der kanadischen Ärzte sind Hausärzte (Andresh 2016). Innerhalb des landesweiten, einheitlichen Rechtsrahmens obliegt die Ausgestaltung des Gesundheitssystems den zehn kanadischen Provinzen (Ulrich et al. 2019). Eine der Provinzen – Ontario – hat sich in der Primärversorgung von traditionellen Einzelpraxen mit ELV hin zu Konzepten mit Patienteneinschreibesystem gewandelt (Green et al. 2013).

Eines der in Ontario neu entstandenen, innovativen Primärversorgungskonzepte ist das Family Health Team (FHT). Dessen Zweck ist es, den Zugang zur Versorgung zu verbessern, den Gesundheitszustand der Bevölkerung zu steigern und die Kosten zu verringern (Ashcroft 2015). Der Patient soll vom FHT über seine gesamte Lebenszeit hinweg begleitet werden. Außerdem soll das gesamte Spektrum der Versorgung chronisch kranker oder multimorbider Menschen abgedeckt werden (Schaeffer 2017). Insgesamt werden in Ontario bereits 3 Mio. Bürger – was einem Anteil von 21 % der dort lebenden Bevölkerung entspricht – von FHTs versorgt (Ontario Ministry of Health and Long-Term Care 2016).

FHTs sind multiprofessionelle Teams, die je nach regionalem Bedarf unterschiedlich zusammengesetzt sind und eng mit anderen Gesundheitseinrichtungen zusammenarbeiten (Andresh 2016). Ein idealtypisches FHT setzt sich aus sieben Ärzten, zwei Nurse Practitioners, zwei Pflegekräften, einem Pharmazeuten und je nach Bedarf aus weiteren Professionen wie Sozialarbeitern und Psychologen zusammen, wobei die Ärzte als Teamführer verstanden werden (Rosser et al. 2011; Haydt 2018). Der Patient wird ebenfalls als Mitglied des Teams betrachtet. Er muss sich beim FHT einschreiben und bekommt damit seinen persönlichen Hausarzt zugewiesen (Ulrich et al. 2019).

Gemessen an der Patientenzahl variiert die Größe der FHTs deutlich, wobei auf Basis der Zahlen für 2012 bei einem Mittelwert von 21.000 Patienten der überwiegende Teil der FHTs weniger als 12.000 Patienten betreute, zugleich aber 4 % der FHT für mehr als 100.000 Patienten verantwortlich waren, was im Mittel rund 1.500 Patienten pro Arzt entspricht (The Conference Board of Canada 2014). Für 2017 wird eine mittlere Größe von rund 16.000 Patienten berichtet.

Geleitet wird das FHT durch einen Vorstand. Am häufigsten vorzufinden ist das ärztlich geführte System, an zweiter Stelle steht das gemischte System und selten ist die rein kommunale Leitung anzutreffen (Haydt 2018).

2.2.4.2 Implementierung

Wie in Deutschland bestehen in Kanada die Probleme des demografischen Wandels gepaart mit einem drohenden Hausärztemangel bei einer gleichzeitigen Zunahme von Menschen mit chronischen Erkrankungen (Demografie Portal des Bundes und der Länder o. J.). Prägend sind ferner die steigenden Ausgaben für die Gesundheitsversorgung, die starre sektorale Trennung und der vor allem in ländlichen Regionen vorzufindende Ärztemangel in der Primärversorgung. Durch die Etablierung neuer Vergütungsstrukturen – Einführung der Kopfpauschale und Qualitätszuschläge – sowie die Einbindung weiterer Professionen soll die Allgemeinmedizin gestärkt werden (Ulrich et al. 2019).

Ausgelöst wurde diese Entwicklung durch den bereits in den 1980er Jahren spürbaren Hausärztemangel. Es bestanden Schwierigkeiten, die hohe Nachfrage nach Primärversorgungsleistungen zu bewältigen. Zu dieser Zeit waren die Ärzte in der Regel in Einzel- oder Gruppenpraxen organisiert und wurden für gewöhnlich über ELV entlohnt (Rosser et al. 2011). Im Jahr 2004 erreichte der Ärztemangel seinen Rekordwert (Demografie Portal des Bundes und der Länder o. J.). Außerdem wurde um die Jahrtausendwende die Schnittstellenproblematik zwischen ambulantem und stationärem Sektor vermehrt diskutiert (Andresh 2016).

Die anwachsenden Gesundheitsausgaben bei gleichzeitigem Nachwuchsmangel in der Primärversorgung führten zu Reformen, die die Situation unter anderem durch finanzielle Förderung neuer Versorgungsmodelle verbessern sollten (Andresh 2016). Die FHTs sind im Jahr 2005 durch ein Programm des Gesundheits- und Sozialministeriums entstanden und orientieren sich am US-amerikanischen Pendant, dem PCMH (Schaeffer 2017). Sie bauen auf Pilotprojekten wie den Community Health Centers, Family Health Networks und Family Health Groups auf. Diese Modelle unterscheiden sich von den FHTs sowie untereinander beispielsweise durch die Vergütungsstrukturen oder durch den Aufbau und den Grad an Multiprofessionalität des dort tätigen Teams (Rosser et al. 2011). Die im Jahr 2006 entstandenen 14 regionalen Versorgungsnetzwerke der Provinz Ontario, deren Aufgaben die Planung der regionalen Gesundheitsversorgung sowie die Verwaltung und Allokation des zur Verfügung stehenden Budgets sind, tragen Verantwortung für die FHTs (Schaeffer et al. 2015; Ulrich et al. 2019).

Somit wurde hier die Verantwortung der Provinzregierung auf regionale Gesundheitsbehörden übertragen (Schaeffer et al. 2015).

Etabliert wurden die FHTs bisher über vier aufeinanderfolgende Ausschreibungswellen des Gesundheitsministeriums von Ontario. Strebt eine Gruppe von Ärzten die Transformation zu einem FHT an, so reicht sie ihren Antrag innerhalb eines der Ausschreibungsintervalle beim Gesundheitsministerium ein. Im Bewerbungsprozess sind besonders die Governance-Struktur, die Personalsituation, die Räumlichkeiten, Wissen und Integration von Primärversorgungsangeboten in der jeweiligen Kommune sowie die Ausgestaltung der Informationstechnik von Bedeutung. Nach erfolgreicher Bewerbung wird dem zu implementierenden FHT ein Ansprechpartner des Ministeriums zugewiesen, der beratend und unterstützend tätig wird. Außerdem stehen den Gründern einige finanzielle Ressourcen wie eine erstmalige Gründungsfinanzierung zur Verfügung. Im ersten Schritt ist die gewünschte Governance-Struktur und somit die Managementverantwortung klar zu definieren. Nach einem ersten Treffen mit dem Ansprechpartner des Ministeriums müssen die strategischen Ziele und die Vision des FHT festgelegt werden. Maßnahmen zur Erreichung der hierbei gesetzten Ziele sind ebenfalls zu definieren. Danach wird der Businessplan erstellt und final mit dem persönlichen Ansprechpartner abgestimmt. Nun sind ein Implementierungsplan für das FHT mit Berücksichtigung der individuellen Umstände des FHT auszuarbeiten, Personal zu rekrutieren und Räumlichkeiten zu sichern. Anschließend wird ein Vergütungsmodell festgelegt, das auf die individuelle Governance-Struktur des FHT abgestimmt ist. Das angehende FHT erhält zudem einmalig Gelder für die Rekrutierung von Personal sowie fortlaufend für die Personalkosten. Zuletzt wird, falls noch nicht bestehend, ein Patienteneinschreibesystem entwickelt. Des Weiteren wird der Teamaufbau vorgebracht und es werden Programme etabliert, die individuell auf die Bedürfnisse der zu versorgenden Kommune ausgerichtet sind (Family Health Teams 2009).

2.2.4.3 Erfolgsfaktoren

Erfolgsfaktoren der kanadischen FHTs sind der finanzielle Anreiz durch die neuartigen Vergütungsstrukturen sowie die Berücksichtigung des Aufbaus einer Organisationsstruktur, die sich um Abrechnung, Qualitätsmanagement und Personalangelegenheiten kümmert, sodass sich die Leistungserbringer voll auf die Patientenversorgung fokussieren können. Außerdem ist für den Erfolg des Konzeptes essenziell, dass ausreichend Personal für den Teamaufbau vorhanden ist und alle Teammitglieder eine Bereitschaft zur Zusammenarbeit mitbringen (Andresh 2016). Nach Brown und Ryan (2018) können sieben Elemente identifiziert werden, die für eine erfolgreiche Entwicklung des jeweiligen FHTs implementiert und gelebt werden müssen:

- gemeinsame Philosophie bezüglich Teamarbeit
- effektive Führung
- Respekt für die Aufgabenbereiche der anderen Teammitglieder
- Nutzung einer gemeinsamen physischen Umgebung
- Durchführung von Teamaktivitäten
- Unterstützung von Konfliktlösungen
- aktives Management von Veränderungen

Ein weiterer Erfolgsfaktor dürfte das höhere Gehalt von Ärzten in den FHTs verglichen mit Ärzten außerhalb der FHTs sein, wodurch der Beruf des Hausarztes wieder an Attraktivität gewinnt. Die hohe Verbindlichkeit des Transformationsprozesses – auch durch die enge Betreuung durch das Ministerium – dürfte die Etablierung der Teams erleichtern.

2.2.5 Österreich

2.2.5.1 Allgemeines

Bund und Ländern obliegt gemeinsam die Verantwortung für das komplexe und hochgradig fragmentierte österreichische Gesundheitssystem. Dieses ist durch eine gemischte Finanzierung – zum einen vom Staat, zum anderen durch Sozialversicherungsbeiträge – gekennzeichnet. Grundsätzlich sind ansteigende Gesundheitsausgaben zu verzeichnen. Im Jahr 2000 betragen die Ausgaben noch 20 Mrd. Euro, was einem Anteil von 9,2% am BIP gleichkommt. Hingegen nehmen sie im Jahr 2015 bereits einen Anteil von 10,2% am BIP und damit einen absoluten Betrag von 35 Mrd. Euro ein (Bachner et al. 2018).

Traditionell wird die hausärztliche Grundversorgung von niedergelassenen Ärzten in Einzelpraxen erbracht (Bachner et al. 2018). Derzeit befindet sich die Hausarztmedizin jedoch in einem kritischen Zustand, denn es sind nur rund 20% der österreichischen Ärzte hausärztlich tätig. Vergleichsweise üblich sind in anderen Ländern 30–50% (Rebhandl 2014). Zudem werden 60% der zurzeit praktizierenden Hausärzte im Verlauf der nächsten 10 Jahre in den Ruhestand wechseln (Hofmann 2018). Die Gesundheitsversorgung Österreichs ist weiterhin von einer hohen Krankenhauslastigkeit geprägt. Auf 1.000 Einwohner kommen 7,6 Krankenhausbetten. Ausschließlich Deutschland weist im europäischen Setting mehr Betten auf (Gerlof 2018). Hauptprobleme des österreichischen Gesundheitssystems sind demnach die hohe Krankenhauslastigkeit sowie die Vernachlässigung des Primärversorgungsbereichs, sowohl in struktureller als auch in finanzieller Hinsicht (Rebhandl 2014).

Die derzeitige Gesundheitsreform 2017–2021 hat eine Stärkung der Primärversorgung zum Ziel (Bachner et al. 2018). Zusammen mit einer Verbesserung des Gesundheitszustandes der Bevölkerung soll dabei auch eine Kostendämpfung erreicht werden (Czypionka und Ulinski 2014). 75 sogenannte Primärversorgungseinheiten (PVE) sollen bis zum Jahr 2021 entstehen (Bachner et al. 2018). PVE sind sektorenübergreifende Vorhaben zur Förderung einer verbindlichen und strukturierten Zusammenarbeit. Als Erstanlaufstelle für das Gesundheitssystem sollen die PVE Angebote zur Förderung von Gesundheit und Prävention vor Krankheiten bereitstellen sowie Akuterkrankungen und chronische Erkrankungen behandeln (Österreichisches Parlament 02.08.2017).

Das Team einer PVE soll so zusammengesetzt sein, dass es vom Erstkontakt bis hin zur langfristigen und allumfassenden Betreuung eines Patienten die gesamte Versorgung bewerkstelligen kann (Abbildung 4). Falls dennoch externe Versorgungsangebote in Anspruch genommen werden müssen, so übernimmt die PVE die Koordination für den Patienten. Das multiprofessionelle Team der PVE kann in ein Kernteam und in ein erweitertes Team unterteilt werden. Das Kernteam setzt sich aus Ärzten für Allgemeinmedizin, diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegern sowie Ordinationsassistenten zusammen (Mayr et al. o. J.). Die Ärzte übernehmen die Leitung der PVE (BMG 2014). Im erweiterten Bereich des PVE-Teams können orts- und bedarfsabhängig Angehörige anderer Gesundheits- und Sozialberufe eingebunden werden. Eine Vielzahl von Kooperationspartnern sind außerdem möglich (Mayr et al. o. J.).

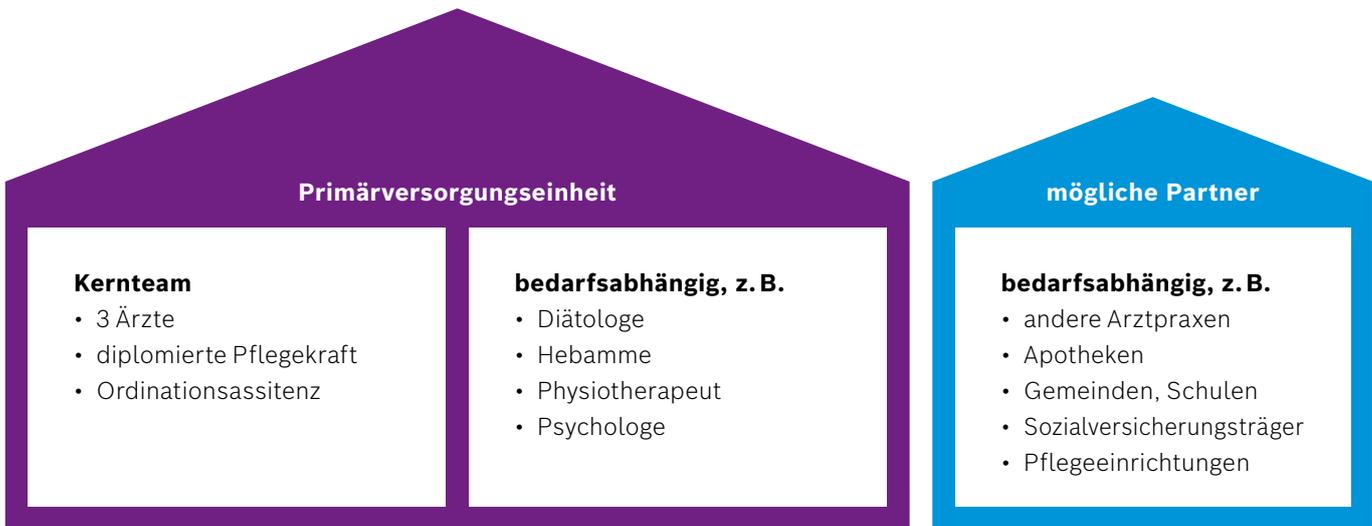


Abbildung 4: Teamstruktur einer Primärversorgungseinheit

Quelle: Eigene Darstellung, Mayr et al. o. J.

2.2.5.2 Implementierung

Österreich steht zurzeit im Gesundheitswesen vor den gleichen Herausforderungen wie Deutschland. Der demografische Wandel führt zu einer Alterung der Bevölkerung, während die Anzahl der Menschen mit chronischen Erkrankungen gleichzeitig ansteigt. Bereits im Jahr 2005 wurde mittels des Gesundheitsreformgesetzes ein Reformpool für Projekte eingerichtet, dessen Ziel es ist, stationäre Leistungen in den ambulanten Sektor zu verlagern. 2013 wurde im Zuge dessen die Gesundheitsreform zur Stärkung der Primärversorgung verabschiedet – die sogenannte Zielsteuerungsvereinbarung. Dies wird als Geburtsstunde des österreichischen Modells von PVE verstanden (Hofmann 2018). Am 1. April 2015 eröffnete die PVE Wien-Mariahilf als erstes PVE-Pilotprojekt (Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger 2019a). Im Jahr 2017 wurde das Primärversorgungsgesetz beschlossen, welches den Grundstein für die Implementierung der PVE setzt (Bachner et al. 2018). Zwei Jahre später wurde der bundesweite Gesamtvertrag zwischen österreichischer Ärztekammer und dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger beschlossen. Der zum 1. Mai 2019 in Kraft getretene Gesamtvertrag deckt alle rechtlichen Aspekte der PVE gesetzlich ab (Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger 2019b). Entschließen sich Ärzte zur Gründung einer PVE, soll frühzeitig die jeweils zuständige Gebietskrankenkasse kontaktiert werden,

sodass das weitere Vorgehen im Bewerbungsprozess sowie offene Fragen beider Seiten schon im Vorfeld geklärt werden können. Grundlage für die Bewerbung um einen Primärversorgungsvertrag bei den zuständigen Trägern ist die Ausgestaltung eines individuellen Versorgungskonzeptes. Hier werden die verbindlich zu erbringenden Versorgungsziele, das Leistungsspektrum sowie die Aufbau- und Ablauforganisation der PVE festgelegt. Zu beachten ist, dass eine PVE-Gründung immer zwingend in Kooperation mit der regionalen Gebietskrankenkasse erfolgt (BMSGPK 2019a).

Eine PVE kann grundsätzlich in zwei verschiedenen Organisationsformen bestehen. Erste Alternative ist die Bündelung der Ärzte an einem Standort in Form eines PVZ mit möglichen Rechtsformen der GmbH, der OG oder des Ambulatoriums. Zweite Alternative ist das Primärversorgungsnetzwerk in Form eines Vereins oder einer dislozierten Gruppenpraxis (BMSGPK 2019a).

Von den bis zum Jahr 2021 in Österreich insgesamt geplanten 75 PVE sind im Dezember 2019 bereits 16 PVE in 5 der österreichischen Länder in Betrieb gegangen. 14 weitere befinden sich derzeit in der Umsetzungsphase (Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger 2019b).

2.2.5.3 Erfolgsfaktoren

Entscheidend für den Erfolg der PVE ist ein Vergütungsmodell, das zur Erreichung strategischer Ziele beiträgt. Beispielsweise soll das Vergütungssystem eine hochwertige Patientenversorgung sowie eine faire Honorierung sicherstellen, die Risikoselektion möglichst geringhalten und präventive Maßnahmen fördern (Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger 2018). Eine Studie von Bachler und Bertsch (2017) besagt zudem, dass die Kenntnis der zu Beginn regional bestehenden Strukturen essenziell für die Umsetzung der Reformvorhaben ist. In Österreich ist beispielsweise das gewünschte Kernteam erst in ca. 20 % der Praxen vorhanden, außerdem werden die angestrebten Kernarbeitszeiten bisher nur selten erfüllt. Weiterhin stimmt bislang keine der in der Studie befragten Praxen die Kompatibilität ihrer IT-Systeme mit anderen Praxen ab (Bachler und Bertsch 2017). Um die Primärversorgung erfolgreich aufzuwerten, muss die Ausbildung der Hausärzte verbessert und evtl. über die Einführung eines Facharztes der Allgemeinmedizin nachgedacht werden. Des Weiteren sind gezielte Ausbildungs- und Fortbildungsmaßnahmen sowie Qualitätsentwicklungsstrategien für die Aufwertung anderer Gesundheitsberufe zu schaffen. Ein System zur Steuerung der Patientenströme ist vonnöten, um die Abgrenzung der fachärztlichen Leistungen zu gewährleisten und den grundsätzlichen Behandlungsablauf zu koordinieren. Außerdem sind Verbesserungen in der Qualitätssicherung dringend erforderlich (Czypionka und Ulinski 2014). Ein Hemmnis für den Übertritt von Kassenärzten in eine PVE ist der Verfall ihres bestehenden Einzelvertrages mit der Krankenkasse. Eine Übergangslösung hierfür wurde bereits geschaffen: In einem bestimmten Zeitfenster nach Eintritt in die PVE hat der Arzt die Möglichkeit, in seinen ursprünglichen Einzelvertrag zurückzukehren, wodurch sich das mit der PVE verbundene Risiko für ihn verringert (Hofmann 2018).

2.3 Gemeinsamkeiten und Unterschiede im Vergleich mit dem deutschen Gesundheitssystem

Das deutsche **Gesundheitssystem** wird überwiegend über Beiträge zur gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) und in deutlich geringerem Umfang über Prämien der privaten Krankenversicherung finanziert. Trotz deutlich steigender Tendenz nehmen Steuerzuschüsse mit rund 14,5 Mrd. Euro eine nachgelagerte Rolle ein. Kanadas und Schwedens Systeme hingegen sind vor allem durch Steuermittel finanziert (Andresh 2016; Saltman 1992; Busse und Blümel 2014). In den USA existiert ein im internationalen Vergleich singulärer Mix unterschiedlicher Versicherungssysteme (Bodenheimer und Grumbach 2012). Österreich ist in Sachen Finanzierung und Planung dem deutschen Modell sehr ähnlich, es existieren Gebietskrankenkassen. Anders als in Deutschland kann der Bürger seine Versicherung jedoch nicht selbst auswählen, sondern wird je nach Wohnort den Gebietskrankenkassen automatisch zugeordnet. Zudem bestehen die Privatversicherungen in Österreich ausschließlich als Zusatz zur GKV.

Bund und Länder tragen in Deutschland sowie in Österreich gemeinsam die **Verantwortung** für die Gesundheitsversorgung, wobei in Deutschland die Bundesebene deutlich dominiert (Busse und Blümel 2014). In Schweden wird die Primärversorgung auf Provinzebene geplant (Beske et al. 2005). Die Planung der FHTs in Kanada findet dezentral auf regionaler Ebene statt. Die Verantwortung für die FHTs wurde dort damit von den Provinzen auf die regionalen Versorgungsnetzwerke übertragen (Schaeffer et al. 2015). In den USA herrscht einerseits bei den privaten Versicherern eine extreme Form der Dezentralisierung, andererseits wird durch das CMMI über die staatlichen Kostenträger Medicare und Medicaid eine zentral und systematisch gesteuerte Entwicklung innovativer Versorgungs- und Vergütungssysteme vorangetrieben (Benstetter et al. 2020). Während in Deutschland und in Österreich eine wenn auch zunehmend pauschalierte, im Kern dennoch an Einzelleistungen anknüpfende Vergütung für die medizinische Grundversorgung der Normalfall ist, finden sich in Kanadas FHTs und den schwedischen PVZ gemischte Kopfpauschalen-Systeme mit verschiedenen Komponenten zur gezielten Anreizsetzung (Czypionka und Ulinski 2014; Rosser et al. 2011; Czypionka et al. 2015a).

In Deutschland wird die **medizinische Grundversorgung** nach wie vor nahezu ausschließlich von niedergelassenen **Ärzten** erbracht. Zwar geht der Trend in letzter Zeit hin zu Zusammenschlüssen wie in medizinischen Versorgungszentren (MVZ) und damit zu räumlicher Integration, jedoch sind interprofessionelle Teams nach wie vor selten aufzufinden (Busse und Blümel 2014). Die Situation in Österreich ist dem sehr ähnlich. Auch hier wird die Primärversorgung traditionell von niedergelassenen Ärzten erbracht (Bachner et al. 2018). Diese bilden mit diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegern das Kernteam, welches durch weitere Professionen wie z. B. Logopäden oder auch einen PV-Manager ergänzt werden kann (Österreichische Sozialversicherung o. J.). In Kanada haben sich die interprofessionellen Teams erst in der jüngsten Vergangenheit entwickelt, wobei die Provinz Ontario eine Vorreiterrolle einnimmt. Zuvor waren ebenfalls niedergelassene Ärzte in Einzel- und Gruppenpraxen der Normalfall (Andresh 2016). Nach wie vor wird im kanadischen System der Arzt als Leiter der FHTs verstanden (Haydt 2018). In Schweden hingegen ist die vorherrschende Primärversorgungsform die der PVZ. Für die Leitung der Zentren gibt es keine gesetzlichen Vorgaben, sodass sowohl Ärzte als auch diplomierte Gesundheits- und Krankenpfleger diese innehaben können. Ein Großteil der Bevölkerung wird hier von interprofessionellen Teams versorgt (Korsatko 2017a). In den USA finden sich sowohl Varianten, die einem Arzt die leitende Rolle zuweisen, als auch Varianten, die stärker auf die nichtärztlichen Leistungserbringer abstellen (O'Dell 2016).

In Österreich weist die **Struktur der Gesundheitsversorgung** genauso wie in Deutschland eine hohe Krankenhauslastigkeit auf (Gerlof 2018). Die gleiche Problematik lässt sich in Schweden erkennen. Die Krankenhäuser verursachten hohe Kosten, was die Suche nach Alternativen auslöste (Anell et al. 2012). In Kanada wird die Schnittstellenproblematik zwischen ambulanter und stationärer Versorgung besonders deutlich (Andresh 2016). Auch hier wurde die Suche nach alternativen Lösungen durch die ansteigenden Gesundheitsausgaben sowie den hervortretenden Hausärztemangel angetrieben (Ulrich et al. 2019). In den USA ist weniger eine zu starke Fokussierung auf die stationäre Leistungserbringung ein Problem als eine allgemeine Schwäche der hausärztlichen bzw. primärmedizinischen Versorgung.

3

PORT-Zentren als Modell der Primärversorgung

3.1 Das Konzept der PORT-Zentren

Die von der Robert Bosch Stiftung geförderten PORT-Zentren (Klapper 2018a, 2018b) greifen die internationalen Erfahrungen auf und adressieren einen Dreiklang aus Gesundheit erhalten, Gesundheit wiederherstellen und mit Krankheit und Behinderung gut leben. Dies findet sich auch in den exemplarisch und im konkreten Fall immer auf die Situation vor Ort anzupassenden Grundsätzen der Vision, Mission und Werte eines PORT-Zentrums wieder (Abbildung 5).





Abbildung 5: Exemplarische Formulierung von Vision, Mission und Werten eines PORT-Zentrums

Quelle: Eigene Darstellung

In den Werten finden sich viele der im vorangegangenen Kapitel dargestellten Charakteristika der Primärversorgung wieder, beginnend bei der Patientenzentrierung über den Populationsbezug bis zur kommunalen Einbindung. Zentral ist auch die starke Betonung interprofessioneller Arbeit, die – neben den positiven Auswirkungen auf die Versorgungsqualität – das vierte Ziel des Quadruple Aims befördern kann.

Die starke koordinative und vernetzende Funktion eines PORT-Zentrums lässt sich aus Abbildung 6 ableiten. Neben der vollständigen Integration verschiedener Gesundheitsberufe in der wirtschaftlichen Kerneinheit sind verschiedenste Formen der Kooperation im Konzept der PORT-Zentren angelegt.

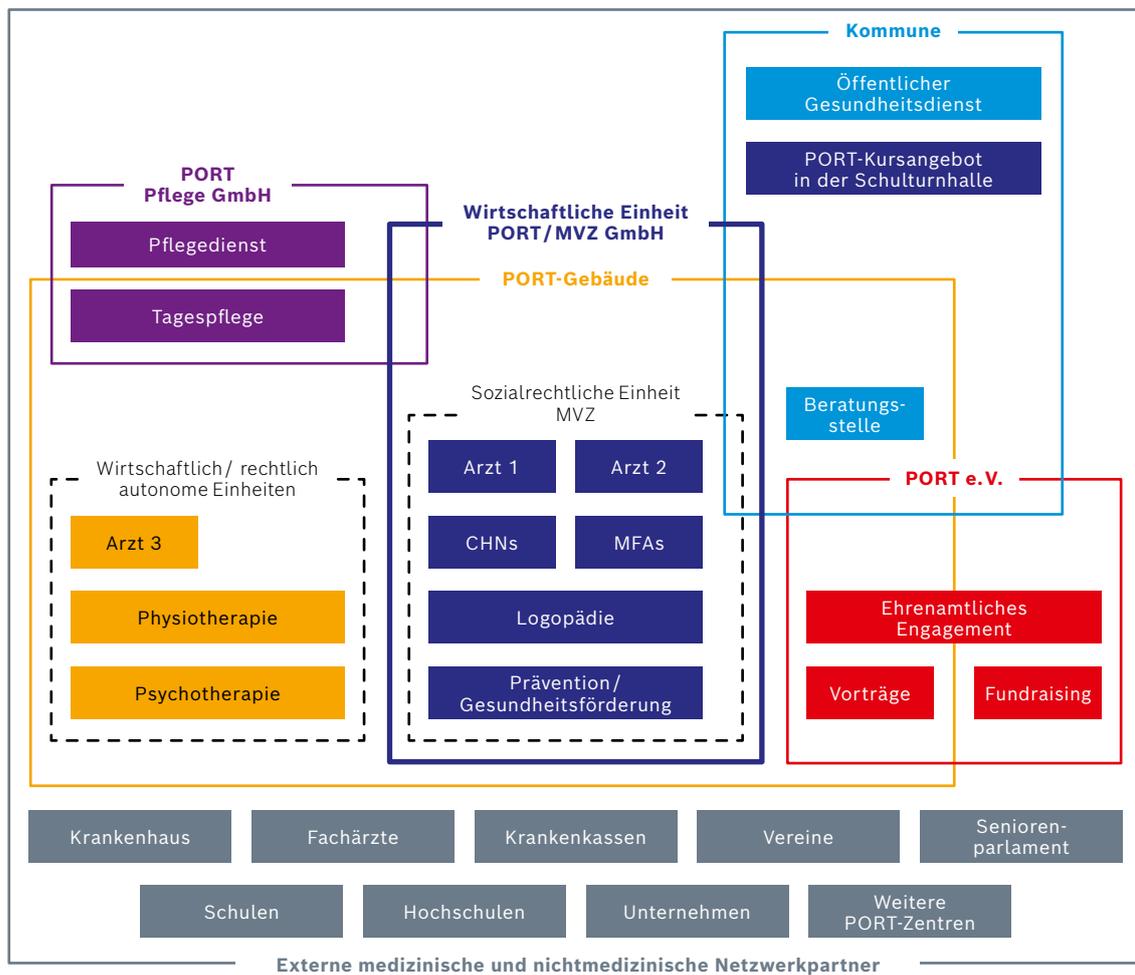


Abbildung 6: Ein PORT-Zentrum mit einem breiten Spektrum verschiedener Integrations- und Kooperationsformen

Quelle: Eigene Darstellung

PORT-Zentren können als eine konsequente Ableitung aus den Paradigmen der Primärversorgung angesehen werden und sind entsprechend anschlussfähig zu den damit in Zusammenhang stehenden Konzepten. Sie sind daher geeignet, das Konzept der Primärversorgung umzusetzen.

3.2 Herausforderungen im deutschen Gesundheitssystem

Ist in Deutschland von Primärversorgung die Rede, ist damit bisher häufig die hausärztliche Versorgung gemeint (AOK-Bundesverband 2019; AOLG 2008). Zwar stellt der Hausarzt meist die erste Anlaufstelle bei gesundheitsbezogenen Problemen dar, es handelt sich damit jedoch um eine extreme Verengung des Konzepts auf eine vorrangig ärztliche und zumeist stark medizinisch ausgerichtete Versorgung. Wesentliche Elemente des oben geschilderten Verständnisses fehlen. Ausgelöst nicht zuletzt durch die aus dem demografischen Wandel entstehenden Veränderungen der Versorgungsbedarfe, stößt dieser verengte Versorgungsansatz jedoch zunehmend an Grenzen und entspricht auch nicht dem Stand der Wissenschaft (SVR Gesundheit 2018, 2014, 2009b). Letztlich gilt es, im deutschen Gesundheitssystem eine Reihe von Herausforderungen zu adressieren.

Ein regelmäßig thematisiertes und zweifellos zentrales Problem, das bislang nicht behoben werden konnte, liegt in der **sektoralen Fragmentierung** des deutschen Gesundheitswesens. Die Aufteilung und Trennung verschiedener medizinischer Versorgungsbereiche – insbesondere in den ambulanten und stationären Teil sowie den weitgehend abgekoppelten Bereich der Altenpflege – begünstigt den Umstand, dass eine ganzheitliche Betreuung zumeist nicht gegeben ist, da die systematische Kommunikation zwischen den einzelnen Leistungserbringern fehlt und an den Sektorengrenzen somit Informationsverluste auftreten. Die Koordinationsprobleme entstehen so insbesondere aufgrund der fehlenden Verzahnung an den Schnittstellen der an der Versorgung Beteiligten (Häckl 2010). Allgemein fehlen Anreize zur Kooperation zwischen Sektoren sowie zwischen Berufsgruppen. Stattdessen wird eine Kooperation durch die existierenden Vergütungssysteme sogar eher erschwert. Zusätzlich finden sich ineffiziente Parallelstrukturen und eine regionale Fehlallokation von Versorgungskapazitäten.

Da insbesondere auch bei chronisch kranken (älteren) Patienten Ansätze der Gesundheitsförderung, Prävention, Kuration, Rehabilitation und Pflege relevant sind sowie ein umfassendes Assessment der Lebensumstände Eingang in ein ganzheitliches Versorgungskonzept finden sollte, sind komplexe Organisations- und Abstimmungsprozesse erforderlich, die sich im Status quo nicht abbilden lassen. Die Versorgungssituation zeigt nicht selten einen suboptimalen Ressourceneinsatz in Form von Unter-, Über- und Fehlversorgung. Daraus folgen sowohl vermeidbare Kosten für das Gesundheitssystem als auch individuelle Belastungen und Einschränkungen in der Lebensqualität der Bevölkerung (SVR Gesundheit 2009a).

Ein weiteres Problem ist das **Missverhältnis zwischen kurativen und präventiven bzw. gesundheitsfördernden Leistungen**. Trotz kleiner Fortschritte sind Prävention und Gesundheitsförderung in Deutschland nach wie vor von eher geringer Bedeutung. Eine Ursache hierfür ist der traditionelle Fokus des Versorgungssystems auf die Kuration und Therapie von Krankheiten. Eine ausführliche Problemanalyse wird im Gutachten des Sachverständigenrats zum Thema Unter-, Über- und Fehlversorgung dargelegt, die ein deutliches Missverhältnis zwischen der Überversorgung im kurativen Bereich und andererseits einer Unterversorgung im Bereich der Prävention und Rehabilitation von chronisch Erkrankten beschreibt (SVR Gesundheit 2001).

Im internationalen Vergleich hebt sich Deutschland durch ein nach wie vor stark hierarchisch geprägtes **Rollenverständnis** ab. Der Arzt hat eine dominante Rolle inne und nichtärztliche Heilberufe sind mit deutlich eingeschränkten Befugnissen ausgestattet. Dies führt zu vermeidbaren Ineffizienzen und Unzufriedenheit bei allen Beteiligten. Auch hinsichtlich der Akademisierung der Pflegeberufe hat Deutschland gravierenden Nachholbedarf, auch wenn sich erste Veränderungen abzeichnen (Donner-Banzhoff 2009; Kälble und Pundt 2016; Völkel und Weidner 2020).

Der demografische Wandel stellt das deutsche Gesundheitssystem auch vor dem Hintergrund des **Fachkräftemangels** vor kritische Herausforderungen. Ein spezifischer Blick auf die Altersstruktur der niedergelassenen Ärzte in Deutschland auf Basis von 2018 zeigt, dass 17,4% der Allgemeinmediziner über 65 Jahre alt sind, in der Altersgruppe der 60- bis 65-Jährigen sind es 22,9% (BÄK 2018). Es ist also davon auszugehen, dass in den kommenden fünf Jahren rund 34% der Hausärzte nicht mehr berufstätig sein werden (KBV 2018b).

Der demografische Wandel führt neben einem Rückgang der berufstätigen Hausärzte zugleich aber auch zu einer Erhöhung der Nachfrage nach (haus-)ärztlichen Leistungen und verschärft die Versorgungssituation so in zweierlei Hinsicht. Durch die zunehmend alternde Bevölkerung und die damit einhergehende wachsende Anzahl an chronisch kranken und multimorbiden älteren Menschen wird der Bedarf an Hausärzten in Zukunft weiter zunehmen (RKI 2015).

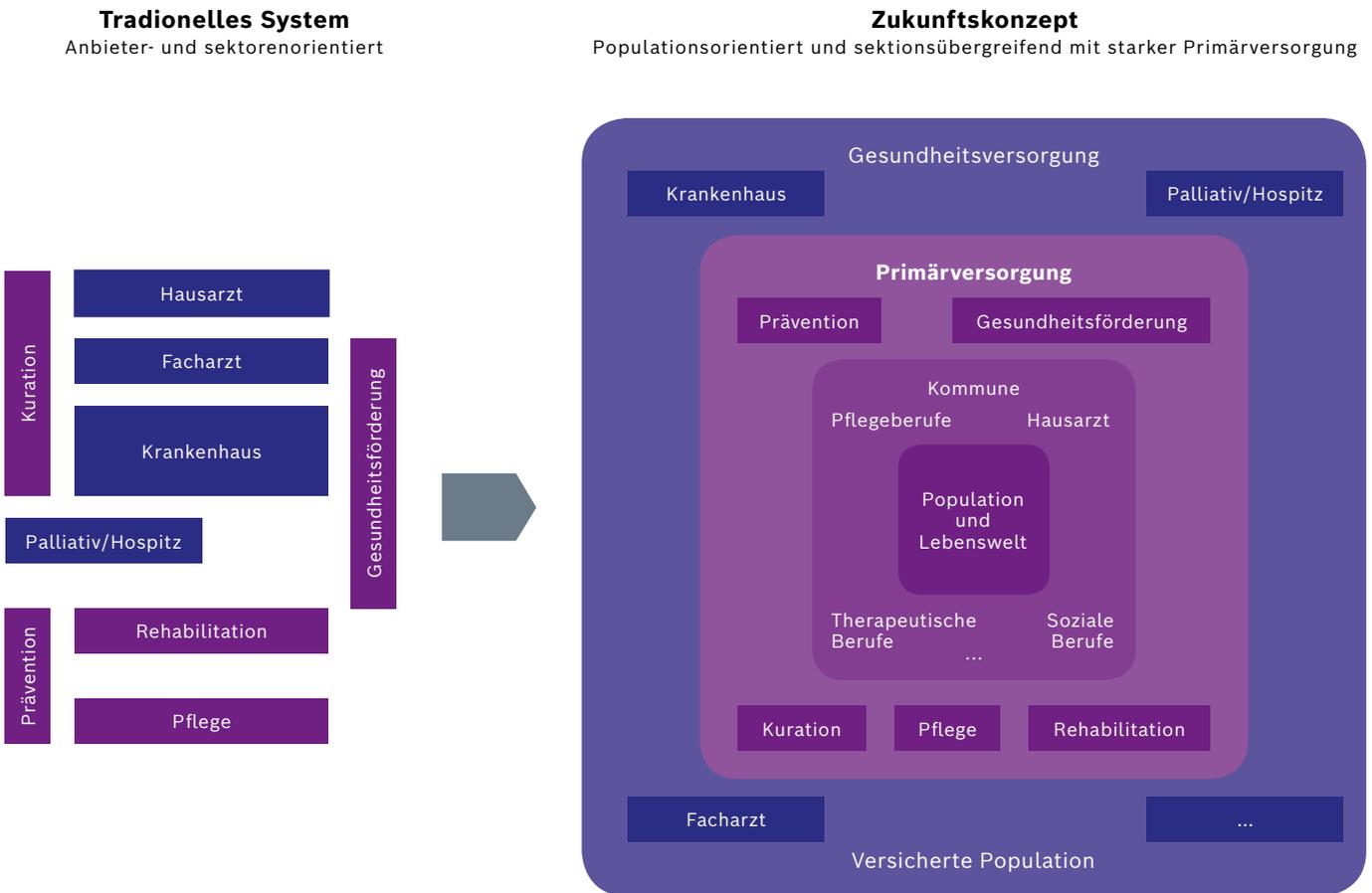
Im Zuge dieser demografischen Herausforderungen ergibt sich auch unter Berücksichtigung der Entwicklung der Arztzahlen als auch im Hintergrund der Koordinationsanforderungen in der Versorgung von älteren und multimorbiden Erkrankten kaum eine Alternative zur Stärkung der Primärversorgung (SVR Gesundheit 2009b).

Gleichzeitig dürften sich auch in anderen Berufsgruppen die schon bestehenden Fachkräfteengpässe in den kommenden Jahren des durch den demografischen Wandel bedingten Rückgangs der erwerbstätigen Bevölkerung deutlich ausweiten – auch in der Pflege (RKI 2015).

Auch vor dem Hintergrund dieser Herausforderungen hat der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen in drei Sachverständigenratsgutachten (SVR Gesundheit 2009a, 2014, 2018) die **Relevanz der Stärkung der Primärversorgung** und der Etablierung von lokalen Gesundheitszentren für die Primär- und Langzeitversorgung in Deutschland verdeutlicht. Konkrete Empfehlungen für eine koordinierte, populationsbezogene und sektorenübergreifende Versorgung unter besonderer Beachtung einer starken Primärversorgung wurden 2009 in einem Zukunftskonzept mit folgenden Bestandteilen vorgestellt, u. a. (SVR Gesundheit 2009b, S. 175):

- „definierte Population (defined population) als Grundvoraussetzung für alle populationsbezogenen Ansätze, im typischen Fall mit Einschreibung und Verlagerung möglichst vieler Entscheidungskompetenzen in die Regionen bzw. an die vor Ort verantwortlichen Akteure,
- patientenzentrierte Versorgung (person centered) mit Ausrichtung an den Bedürfnissen bzw. dem Bedarf individueller, insbesondere chronisch Kranker,
- umfassende und horizontal wie vertikal koordinierte Grundversorgung aus einer Hand (comprehensive, coordinated care) im Sinne einer verbesserten vertikalen Koordination über traditionelle Sektorengrenzen hinweg,
- kontinuierliche (Langzeit-)Versorgung (long-term continuity) mit Vermeidung von Informationsverlusten und diskontinuierlicher Betreuung insbesondere bei chronisch Kranken [...]“.

Abbildung 7 skizziert ausgehend von einem traditionellen sektoralen System das Zukunftskonzept einer sektorenübergreifenden, populationsbezogenen Versorgung.

**Abbildung 7:** Von der sektoralen zur populationsbezogenen Versorgung**Quelle:** Eigene Darstellung nach SVR Gesundheit 2009a

Entsprechende Vorstellungen wurden 2014 in einem Modell mit lokalen Gesundheitszentren zur Primär- und Langzeitversorgung für eine regional vernetzte Gesundheitsversorgung speziell für ländliche Regionen konkretisiert (SVR Gesundheit 2014). Dieses lässt sich in weiten Teilen mit den PORT-Zentren replizieren.

An dieser Stelle kann subsummiert werden, dass das Konzept der Primärversorgung per se zahlreiche Potenziale besitzt, um die Gesundheitsversorgung zu verbessern. Das Konzept der PORT-Zentren greift die Paradigmen des Primärversorgungskonzepts auf und überführt diese in ein operatives Versorgungskonzept. Bezogen auf den deutschen Kontext können sowohl das Konzept der Primärversorgung allgemein als auch konkret die PORT-Zentren einen Beitrag leisten, bekannte Defizite zu adressieren. Auch wenn nicht alle Probleme durch PORT-Zentren gelöst werden können bzw. eine Kooperationsbereitschaft anderer an der Versorgung beteiligter Voraussetzung für eine erfolgreiche Vernetzung ist, lässt sich eine substantielle Verbesserung der Versorgungssituation plausibel ableiten.

3.3 Weitere relevante Faktoren im Kontext internationaler Erfahrungen

Auch wenn in allen in Kapitel 2.2 beschriebenen Ländern bei Einführung von Primärversorgungssystemen die Vision in Anlehnung an die Deklaration von Alma-Ata (WHO 1978) betont wurde, waren wirtschaftliche, strukturelle und personelle Rahmenbedingungen wichtige Katalysatoren für die entsprechenden Reformen. So haben meist gravierende Defizite im Status quo einen Handlungsdruck erzeugt, welcher die Tür für die Etablierung eines innovativen Konzepts öffnete.

Auch in Deutschland zeichnet sich wie beschrieben ein sich weiter verschärfender Ärztemangel bzw. eine zunehmende Fehlverteilung der Ärzte ab.² Parallel dazu entwickelt sich ein mindestens ebenso eklatanter Mangel an Pflegekräften. Ferner ist nach Jahren wirtschaftlich äußerst positiver Rahmenbedingungen – mit Beschäftigung auf einem Rekordhoch sowie Arbeitslosigkeit auf einem Tiefststand (Abbildung 8) – in den nächsten Jahren mit einer gravierenden Verschlechterung der finanziellen Lage der Krankenkassen zu rechnen. Die Covid-19-Pandemie dürfte die Situation nochmals deutlich verschärfen.

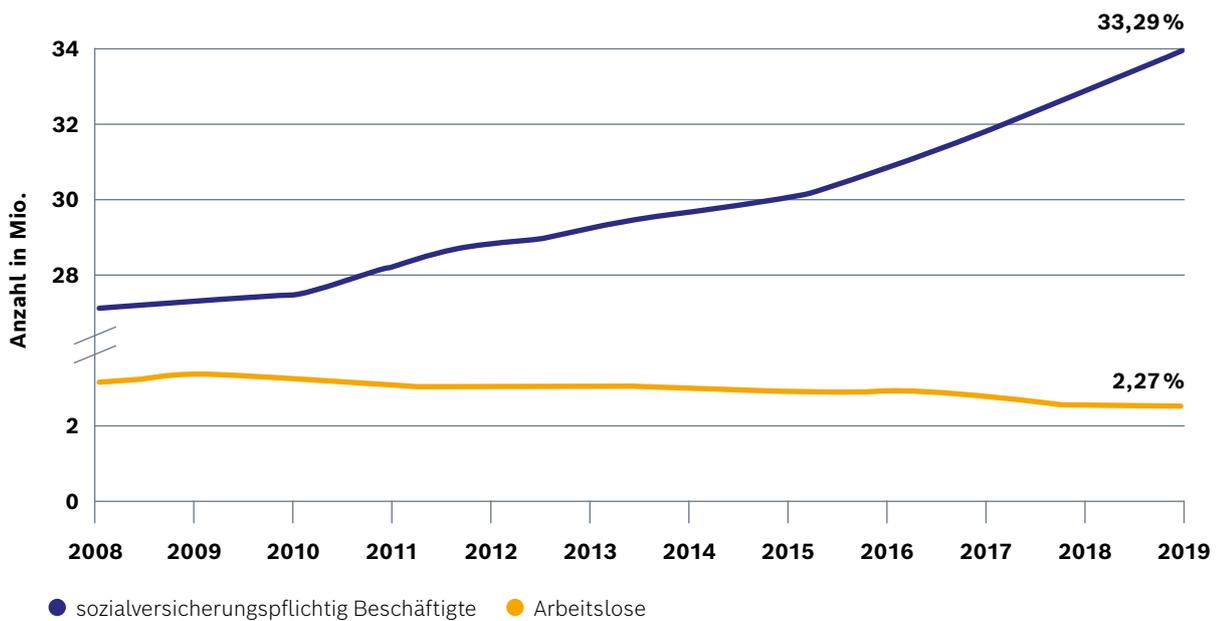


Abbildung 8: Entwicklung der Anzahl sozialversicherungspflichtig Beschäftigter und Arbeitsloser in Deutschland 2008 – 2019

Quelle: Eigene Darstellung, Bundesagentur für Arbeit 2020b, 2020a

² Im internationalen Vergleich hat Deutschland eine relativ hohe Arztdichte (OECD 2019), was andeutet, dass durch alternative Versorgungsstrukturen hier noch Effizienzpotenziale gehoben werden könnten, um den Mangel zumindest etwas abzumildern.

Trotz der außergewöhnlich guten wirtschaftlichen Lage hielten bereits in den vergangenen Jahren die Einnahmen nicht mit den Ausgaben Schritt. Die kontinuierlich schneller als die beitragspflichtigen Einkommen wachsenden Ausgaben wurden insbesondere über Erhöhungen der Beitragsbemessungsgrenze sowie Steuerzuschüsse geschlossen. Die kurzfristigen Überschüsse im Gesundheitsfonds dürfen über die sich abzeichnenden Probleme nicht hinwegtäuschen.

Eindeutige Treiber lassen sich bei den Ausgabenbereichen nicht identifizieren, wobei die Maßnahmen im Bereich der Krankenhausvergütung (u. a. Ausgliederung der Pflegepersonalkosten aus der DRG) das Potenzial für deutliche Ausgabensteigerungen mit sich bringen (Abbildung 9).

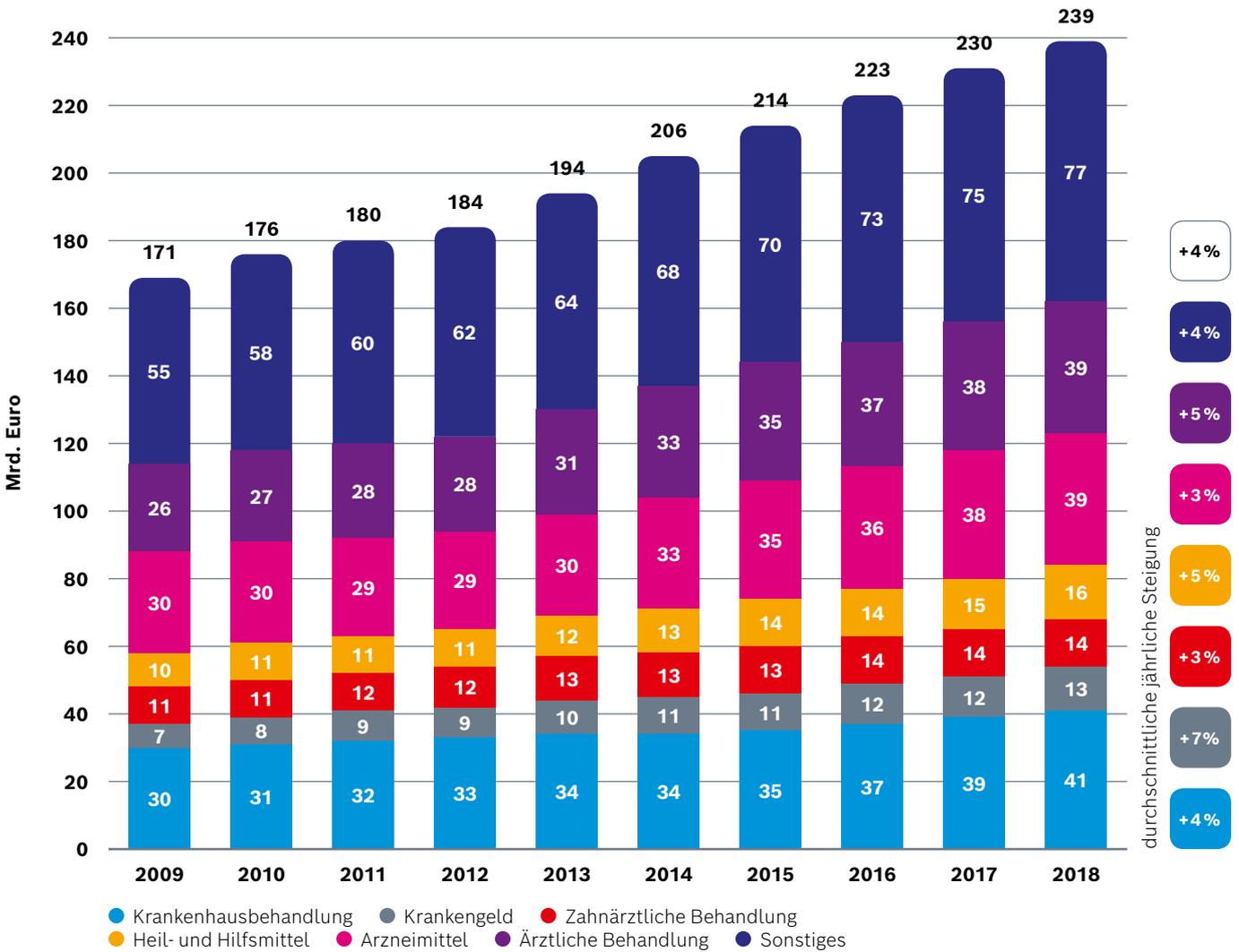


Abbildung 9: Ausgaben GKV nach Leistungsbereichen in Mrd. € und durchschnittliche jährliche Steigerung 2009–2018 in Prozent
 Vermerk: Abweichungen der Summen aufgrund von Rundungsdifferenzen
Quelle: Eigene Darstellung, Bundesagentur für Arbeit 2020b, 2020a

Entsprechend könnte sich auch in Deutschland durch die voraussichtlich in den kommenden Jahren angespannte wirtschaftliche Lage der Druck erhöhen, auch aus wirtschaftlichen Gründen stärker auf alternative Versorgungsformen zu setzen. Es dürfte jedoch gleichzeitig zunehmend schwierig werden, zusätzliche Fördermittel zur Gestaltung von Transformationsprozessen zu generieren. Entsprechend müsste das Augenmerk eher darauf liegen, dass sich für diejenigen, die bereit sind, einen derartigen Transformationsprozess zu riskieren, die wirtschaftlichen Rahmenbedingungen weniger stark verschlechtern als für diejenigen, die im Status quo verbleiben (Benstetter et al. 2020). Während der wirtschaftliche Druck im positiven Sinne ein Katalysator sein kann, um tradierte Widerstände und verkrustete Strukturen aufzubrechen, muss andererseits dem Risiko begegnet werden, dass die Reformen zu Lasten der Qualität gehen. Entsprechend muss von Anfang an – bei allen Limitationen und methodischen Herausforderungen, die die Messung von Qualität mit sich bringt – eine konsequente Erhebung und Evaluation der Versorgungsqualität erfolgen (Benstetter et al. 2020).

Eine Implementierung von PVZ könnte in Deutschland ähnlich dem Vorbild Kanadas und Österreichs erfolgen. Hier entscheiden die Ärzte sowie die Patienten frei darüber, ob sie ein Teil der FHTs bzw. der PVE sein möchten. Der Aufbau und die Verbreitung der interdisziplinären Modelle werden somit langsam Schritt für Schritt umgesetzt. Zunächst werden ausschließlich kleine Teile der Bevölkerung versorgt und es bestehen parallel weitere Versorgungsmodelle. In Österreich erfolgt die Implementierung der PVE derzeit noch über Pilotprojekte (Brown und Ryan 2018; Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger 2019b), wobei Interessenten nach erfolgreicher Bewerbung einen Versorgungsvertrag in Kooperation mit der zuständigen Gebietskrankenkasse abschließen (BMSGPK 2019a). Eine interessante Alternative zu Einschreibemodellen stellen die in den USA bei Accountable Care-Organisationen praktizierten Zuordnungsmodelle dar, welche die Verantwortung eines Leistungserbringers für einen bestimmten Patienten rein statistisch festlegen (Benstetter et al. 2020). In Kanada fand die bisherige Implementierung der FHTs über die Bewerbung innerhalb der aufeinanderfolgenden Ausschreibungswellen des Gesundheitsministeriums von Ontario statt (Family Health Teams 2009). Ein Aufbau der PVZ in Anlehnung an das schwedische Modell mit einer zunächst nahezu vollständigen Verstaatlichung der dortigen Primärversorgung ist in Deutschland aufgrund der vorhandenen Vielzahl an privaten und dezentralen Strukturen als nicht realistisch einzuschätzen.

Beim Aufbau eines interdisziplinären Teams in Deutschland bestehen nach wie vor einige Hürden. Beispielsweise fehlt für den Einsatz von akademisierten Pflegekräften und deren Einbindung in medizinische Tätigkeiten vielfach noch die Vergütungsoption. Rechtliche Fragen und Haftungsfragen sind noch in Klärung. Auch die Finanzierungsmöglichkeiten von nichtmedizinischen und nichttherapeutischen Berufsgruppen in der Gesundheitsversorgung, wie z. B. von kommunal tätigen Sozialarbeitern, sind noch nicht im SGB V verankert (Ulrich et al. 2019). In Österreich besteht bereits ein bundesweiter Gesamtvertrag für die PVZ (Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger 2019b). Für den Erfolg der PORT-Zentren in Deutschland könnte im Sinne eines Bundesmantelvertrags ein vergleichbares Dokument geschaffen werden, sollte eine direkte Integration in den einheitlichen Bewertungsmaßstab nicht möglich sein.

Im Vergleich zu anderen Ländern ist in Deutschland trotz einer zunehmenden Versorgungsforschung ein Defizit in der wissenschaftlichen Aufbereitung von Primärversorgungskonzepten zu sehen. Neben den historischen Faktoren, die dazu führten, dass in Deutschland Public Health, Versorgungsforschung und Gesundheitsökonomie lange Zeit ein Nischendasein führten, mag dies an der schweren Zugänglichkeit der entsprechenden Daten liegen. So existieren zwar viele Pilotprojekte, deren Daten können jedoch bestenfalls im Zuge einer begleitenden Evaluation genutzt werden. Im Kontrast dazu stehen der Forschung im Kontext der Pilotprojekte des CMMI große Datensätze von Medicare-Abrechnungs- und Qualitätsdaten zur Verfügung

4

Transformationspotenziale des PORT-Konzepts

4.1 Wege zur Versorgung einer Region mit PORT-Zentren

4.1.1 Vorüberlegungen

4.1.1.1 Organisation und Versorgungsziel

Setzt man sich das Ziel, mit PORT-Zentren flächendeckend die Versorgung einer Region von ambulanten Einzelpraxen hin zu einer Primärversorgung umzugestalten, stellen sich verschiedene Fragen. Zunächst ist zu klären, wie die Koordination einer flächendeckenden Versorgung organisiert wird und wie sich eine Region sinnvoll räumlich abgrenzen lässt. Für diese Region ist zunächst der Bedarf zu ermitteln, um diesem sinnvoll ein Angebot gegenüberstellen zu können. Die Organisation des Angebots ist dann einerseits aus Perspektive der Organisation selbst, andererseits aus einer wettbewerbsökonomischen Sicht zu betrachten. Auf Basis dieser Vorüberlegungen lassen sich anschließend Folgerungen zu einem möglichen Implementierungspfad ableiten.



Soll eine flächendeckende Versorgung mit PORT-Zentren angestrebt werden, erfordert dies eine Form der Koordination (Abbildung 10). Die Aufgaben liegen hier in der Vermeidung lokaler Unter- und Überversorgung. Entsprechend muss auf die Anzahl und Größe sowie die geografische Verteilung der Zentren und die angebotenen Leistungen Einfluss genommen werden. Es bleibt allerdings zunächst offen, ob es sich um einen zentralistisch planerischen Ansatz oder einen eher wettbewerblich orientierten Rahmen handeln soll.

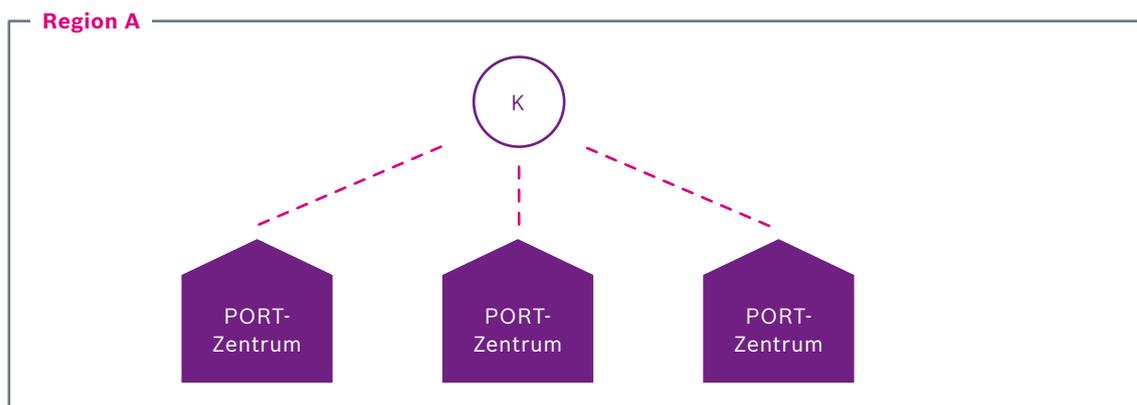


Abbildung 10: Koordination mehrerer PORT-Zentren in einer Region

Quelle: Eigene Darstellung

4.1.1.2 Die Rolle der Kommune im Kontext von Planung, Regulierung und Trägerschaft

Ein Laissez-faire-Ansatz kann dem Anspruch einer flächen-deckenden Versorgung nicht gerecht werden. Rechtlich verankert ist zunächst lediglich die Bedarfsplanung für Vertragsärzte, auf Basis einer Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA). Die Selbstverwaltungspartner mit der Planung von PORT-Regionen zu betrauen, würde die Komplexität deutlich erhöhen und wäre auch wenig zielführend. Die Bedarfsplanung für Vertragsärzte ist jedoch mit zu berücksichtigen, da auch für ein in der Regel als MVZ organisiertes PORT-Zentrum Vertragsarztsitze benötigt werden.

Die Kommunen haben zwar einen Auftrag zur Daseinsvorsorge, der viele in einem PORT-Zentrum relevante Dimensionen adressiert. Der Sicherstellungsauftrag für die ambulante ärztliche Versorgung liegt jedoch nach § 72 Abs. 1 S. 1 SGB V dezidiert bei den Selbstverwaltungspartnern, also den Krankenkassen und den Kassenärztlichen Vereinigungen.³ Entsprechend fehlt den Kommunen eine rechtliche Basis für Maßnahmen der Steuerung, wie sie beispielsweise die Zulassungsausschüsse haben. Kommunen sind entsprechend mehr in der Rolle eines Moderators gefragt, der zwar durch eigene Initiativen Angebote schafft (z. B. als Träger eines PORT-MVZ) oder unterstützen kann, aber keine Möglichkeiten hat, die Gründung eines PORT-Zentrums zu unterstützen. Bei (drohender) Unterversorgung können Kommunen somit aktiv werden, bei drohender Überversorgung muss das Korrektiv der Bedarfsplanung durch die Selbstverwaltungspartner ausreichen.

Folgt man der Logik des PORT-Ansatzes, sollten Kommunen eine zentrale Rolle bei der Planung der Angebote einnehmen. Über die Gesundheitsämter kann durch eine neutrale Organisation entsprechendes Know-how zur Bedarfsanalyse eingebracht werden. Daraus folgt jedoch nicht zwingend, dass die Kommune auch als Träger einer Einrichtung oder als Koordinator verschiedener Zentren auftritt. So ist zu bedenken, dass das Kommunalrecht viele Einschränkungen (Beschränkung auf die Gebietskörperschaft, Tarifbindung etc.) mit sich bringt, die für die agile Führung eines PORT-Zentrums Nachteile bedeuten. Auch müssen in der jeweiligen Kommune das Interesse, die notwendigen Kompetenzen und personellen wie finanziellen Ressourcen vorhanden sein, um eine derartige Rolle ausfüllen zu können.

Vor diesem Hintergrund scheint es sinnvoller, die für ein MVZ zugelassenen Gründer (vgl. § 95 Abs. 1a SGB V), nämlich

- zugelassene Ärzte
- zugelassene Krankenhäuser
- Erbringer nichtärztlicher Dialyseleistungen nach § 126 Abs. 3
- Praxisnetze nach § 87b Abs. 2 S. 3
- gemeinnützige Träger, die aufgrund von Zulassung oder Ermächtigung an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen
- Kommunen

auch für die Trägerschaft der koordinierenden Einheit heranzuziehen. Dies lässt je nach den regionalen Gegebenheiten die Wahl eines geeigneten Trägers zu. Dies kann, muss aber nicht die Kommune sein.

Während in einer Kommune keine andere Kommune ein (weiteres) PORT-Zentrum gründen kann, gelten für andere Träger diesbezüglich keine Einschränkungen. Es kann also die Situation entstehen, dass mehrere Akteure für sich eine koordinierende Rolle beanspruchen (Abbildung 11). Möglicherweise haben sie auch kein Interesse an einer Koordination im Sinne der obenstehenden Ausführungen, sondern wollen als Eigentümer mehrerer PORT-Zentren diese einer ganz eigenen Zielfunktion folgend optimal koordinieren. Die Kommune als Vertreterin der Interessen ihrer Bürger kann im letzten Fall lediglich moderierend eingreifen, eine Handhabe, den Marktzutritt zu regeln, hat sie dabei nicht (s. o.).

³ Für weitere Details siehe KOMV (2019, S. 18).

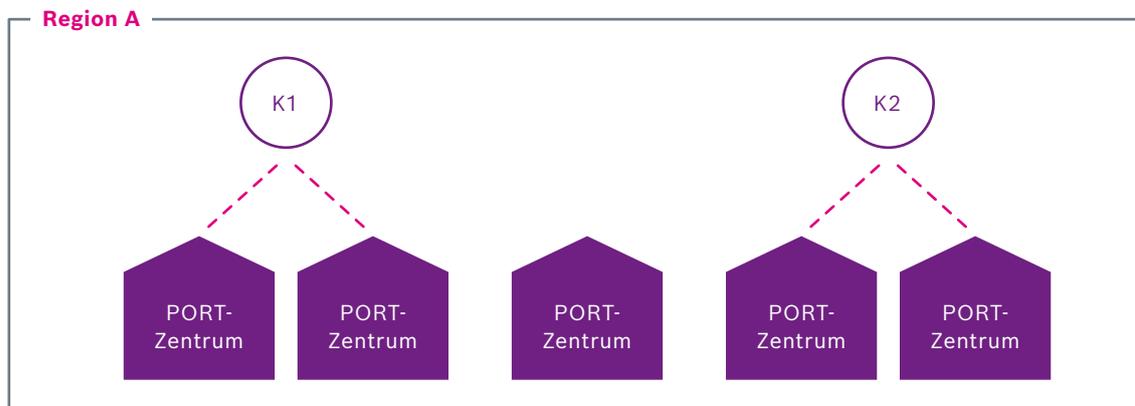


Abbildung 11: Autonome Cluster von PORT-Zentren ohne übergeordnete Koordination

Quelle: Eigene Darstellung

Betrachtet man die sich weiter verschärfende Knappheit von Hausärzten und Pflegekräften, dürfte ein Überangebot kurz- bis mittelfristig in den meisten Regionen kein Problem darstellen. Es existieren aber nach wie vor auch attraktive Lagen zur ärztlichen Niederlassung, in denen eher ein Überangebot entstehen könnte. Die Situation der Personalknappheit kann sich langfristig wieder ändern, wenn die Generation der Babyboomer die Bevölkerungspyramide nicht mehr so stark prägt, wie sie es in den kommenden 20 bis 30 Jahren tun wird, und sich so der Bedarf an Ärzten und Pflegekräften rein demografisch wieder reduziert.

Wie in Kapitel 4.1.4 noch näher ausgeführt, ist ferner zu beachten, dass eine vollständige und exklusive Abdeckung der Bevölkerung einer Region mit Angeboten der Primärversorgung über PORT-Zentren mittelfristig nicht möglich ist und langfristig wenig wahrscheinlich erscheint. Dies ist schon aufgrund der existierenden hausärztlichen Versorgungsstrukturen der Fall. Eine „flächendeckende Versorgung“ ist vor diesem Hintergrund besser zu interpretieren als flächendeckende Zugangsoption zu PORT-Zentren, die mit den etablierten Versorgungsstrukturen verzahnt und vernetzt sind. Entsprechend wird es meist parallele Strukturen geben. Auch für parallele PORT-Strukturen wird es jenseits von dünnbesiedelten Regionen eine ausreichende Nachfrage geben.

Dies alles kann aus einer an produktiver Effizienz (Vermeidung von Doppelstrukturen, Sicherstellung einer optimalen Auslastung etc.) ausgerichteten Planungssicht suboptimal erscheinen. Es gibt jedoch auch positive Aspekte zu berücksichtigen. So bieten parallele Angebote den Patienten die Chance, zwischen verschiedenen Anbietern zu wählen, was als wettbewerbliches Element qualitätsfördernd wirkt. Auch erlaubt es anders als ein streng interpretierter Planungsansatz mehr Raum, um innovative Lösungen zu erproben. Trotz einer zunehmenden regulatorischen Dichte entspricht letztlich ein Ansatz, der wettbewerbliche Elemente und möglichst große Freiheitsgrade für die Leistungserbringer mit einem Ordnungsrahmen kombiniert, auch eher den Prinzipien des deutschen Gesundheitssystems.

Damit würde den Kommunen eher die Rolle eines Koordinators im Sinne eines Moderators zufallen. Legt man das Subsidiaritätsprinzip zugrunde, übernehmen sie den aktiven Part primär dann, wenn private bzw. freigemeinnützige Akteure dies nicht tun. Für diese wiederum bietet sich das aus MVZ-Strukturen bekannte Spektrum verschiedener wirtschaftlicher Organisationsformen an.

So kann ein PORT-Zentrum als Solitär tätig sein. Da dieses dann auch alle Fixkosten selbst refinanzieren muss, ist hier auch aus wirtschaftlicher Sicht eine gewisse Mindestgröße zu unterstellen. Mehrere MVZ können auch als regionales Cluster von Satelliten unter einheitlicher Trägerschaft geführt werden. Dies erleichtert eine standortübergreifende Abstimmung des Bedarfs und erlaubt es, sowohl in den Bereichen Management und Verwaltung als auch hinsichtlich bestimmter Leistungsangebote zentrale Funktionen vorzuhalten, die sich in einem einzelnen PORT-Zentrum nicht abbilden ließen. Darüber hinaus sind überregionale Ketten denkbar, die entweder zentral geführt werden oder eher Franchise-Systeme darstellen, bei denen den Franchise-Nehmern bestimmte Pakete standardisiert zur Verfügung gestellt werden (Abbildung 12).

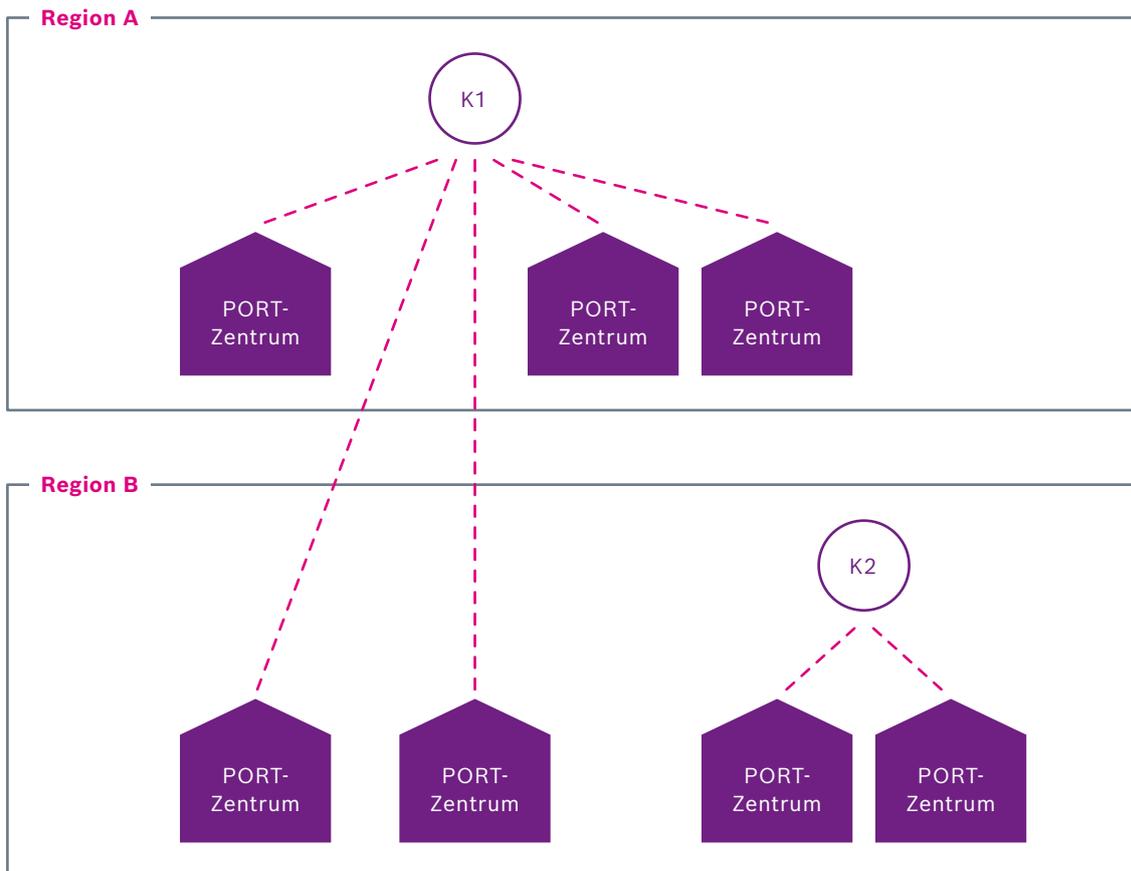


Abbildung 12: Regionsübergreifende Koordination von PORT-Zentren

Quelle: Eigene Darstellung

Hier erscheint es sinnvoll, keine Organisationsform per se auszuschließen, da jede Variante ihre spezifischen Vor- und Nachteile hat. Wichtiger erscheint es, dass über das Vergütungssystem sichergestellt wird, dass inhaltliche Mindeststandards eingehalten werden und die durch das Vergütungssystem generierten Anreize in Einklang mit der Zielstellung eines PORT-Zentrums stehen. Hierzu gehört auch, dass durch eine angemessene Risikoadjustierung der Anreiz minimiert wird, sich auf besonders „lukrative“ Regionen oder Patientengruppen zu fokussieren.⁴

4.1.1.3 Wettbewerbsstrukturen

Gerade wenn eine schnelle Verbreitung ein relevantes Ziel darstellt, sind die Vorteile durch die Bildung von Ketten oder Franchise-Systemen⁵ nicht zu unterschätzen. Neue Erfahrungen können sehr effizient geteilt und über die ganze Organisation verbreitet werden. Weitere Gründungen profitieren von den Erfahrungswerten und können die Transaktionskosten deutlich reduzieren. Zugleich erhöhen – mehr noch als überregional tätige Ketten – insbesondere lokale Cluster möglicherweise die Gefahr einer marktbeherrschenden Stellung.

In dieser Frage kann eine Analogie zum Krankenhaussektor gezogen werden. So ist einerseits die Option der Patienten, zwischen unterschiedlichen Leistungserbringern wählen zu können, ein wichtiges Gut, das nicht gegeben ist, wenn nur die Wahl zwischen verschiedenen PORT-Zentren eines Trägers gewählt werden kann. Unter anderem zwingt diese Wahloption die Leistungserbringer, sich an den Nutzern zu orientieren und für sie attraktiv zu bleiben. Andererseits ist insbesondere in sehr ländlichen Regionen bereits die Verfügbarkeit von mehreren zur Wahl stehenden Hausärzten unrealistisch. Mehr noch als bei Krankenhäusern ist bei primärmedizinischen Angeboten von einem sehr kleinen relevanten geografischen Markt auszugehen. Entsprechend wird es in vielen Regionen faktische Versorgungsmonopole geben. Wie im Krankenhaussektor auch ist jedoch nicht davon auszugehen, dass monopolistische Strukturen per se notwendig sind, um eine gute Versorgungsqualität zu erreichen.

Zum Wettbewerbsaspekt lässt sich festhalten, dass die parallele Existenz mehrerer PORT-Zentren in unterschiedlicher Trägerschaft in einer Region wünschenswert erscheint. Dies ist in vielen dünnbesiedelten Regionen allerdings nicht möglich. Wo das Potenzial besteht, sollte es jedoch nicht ohne Not zugunsten monopolistischer Strukturen aufgegeben werden. Insbesondere für die Regionen, in denen ein direkter Wettbewerb keine reale Option darstellt, ist ein Vergütungssystem wichtig, das als Surrogat dient. So können Benchmarking-Elemente integriert werden, die auch überregional eine Konkurrenz zwischen PORT-Zentren erzeugen können. Dies kann im Hinblick auf die Kosten ein Benchmarking ähnlich dem DRG-System sein, welches jedoch eine umfassende Erhebung von Kostendaten voraussetzt und einen sehr scharfen Anreiz zur Kostenminimierung setzt. Alternativ können die Versorgungskosten einer Population mit einer statistisch generierten Vergleichspopulation verglichen werden. Dieser kostenseitige Wettbewerb sollte zwingend mit einem entsprechenden Benchmarking zu Qualitätsparametern komplementiert werden, welche die Zieldimensionen eines PORT-Zentrums adäquat abbilden.

Abschließend sei zum Punkt Wettbewerb noch auf folgende Aspekte hingewiesen: Die im Gesetz gegen Wettbewerbsbeschränkungen (GWB) definierten Aufgreifschwelle des Bundeskartellamtes sind hoch. Dies verhindert im Regelfall, dass regionale MVZ-Cluster – sofern sie nicht zu einem größeren Krankenhaus(-verbund) gehören – vom Bundeskartellamt in der Fusionskontrolle überhaupt geprüft werden. Die bei Nichtzuständigkeit des Bundeskartellamtes verantwortlichen Bundesländer sind in ihrem Prüfverhalten sehr zurückhaltend. Organisches Wachstum ist zudem nicht Gegenstand der Fusionskontrolle. Die Frage nach der Relevanz von wettbewerblichen Strukturen ist entsprechend weniger durch akut drohende Interventionen der Aufsichtsbehörden getrieben. Vielmehr stellt sich die Frage, in welche Richtung Einfluss genommen werden soll, wenn es um die Ausgestaltung der Strukturen in einer Region geht. Ferner bleibt die Option der Kooperation sowie ggf. sinnvoller Spezialisierung in Teilbereichen bestehen. Dies gilt selbst bei Krankenhäusern, die im Sinne der Fusionskontrolle über den Aufgreifschwelle liegen.

4 Eine Diskussion, ob unter derartigen Vorzeichen die restriktiven Vorgaben des § 95 Abs. 1a SGB V zu den möglichen Gründern eines MVZ obsolet werden, würde an dieser Stelle zu weit führen.

5 Eine ähnliche Wirkung könnten Zertifizierungsoptionen bieten, siehe Kapitel 5.2.1.

4.1.1.4 Geeignete Planungsregion

Wie bereits im Wettbewerbskontext angedeutet ist das Einzugsgebiet eines einzelnen PORT-Zentrums und damit seine Zielregion geografisch vergleichsweise klein. Soll für eine größere Region eine Abdeckung mit PORT-Zentren erreicht werden, ist ex ante eine Region abzugrenzen, für die dann die optimale Versorgungsstruktur identifiziert werden muss. Die Planungsregion muss groß genug sein, um einen entsprechenden Planungsanspruch entwickeln zu können, andererseits klein genug, um differenzierte lokale Strukturen hinreichend abbilden zu können.

Orientiert man sich an politischen Entitäten, sind kommunale Gebietskörperschaften auf Ebene der Kreise eine naheliegende Einheit. Zur Orientierung: In Deutschland gibt es rund 400 Kreise und kreisfreie Städte. Die hausärztliche Versorgung wird für die Bedarfsplanung, die eine Über- wie auch eine Unterversorgung verhindern soll, in knapp 900 Planungsräume, die sogenannten Mittelbereiche, unterteilt. Je nach Größe eines Kreises – bezogen auf die Bevölkerungszahl wie auch die geografische Ausdehnung – ist es in manchen Fällen sicherlich sinnvoll, mehrere Kreise im Sinne einer Gesundheitsregion zusammenzufassen, wenn es um Fragen der strategischen Weiterentwicklung der Versorgung geht. Um den Zugang der Versorgung in der ganzen Region sicherzustellen, sollte jedoch innerhalb der Region eine Betrachtung auf Ebene der Mittelbereiche erfolgen. Zudem stellen diese für die hausärztliche Zulassung zur Versorgung die relevante Einheit dar.

Die Frage der sinnvollen Größe einer Region sowie der geografischen Verteilung ist jedoch nicht statisch am Status quo zu orientieren. Allein schon Veränderungen des öffentlichen Nahverkehrs können die faktische Erreichbarkeit von Gesundheitseinrichtungen gravierend verändern. Weiter kann z. B. die Nutzung von digitalen Technologien ggf. in Kombination mit Optionen für Hausbesuche oder Hol- und Bringdienste das Einzugsgebiet eines PORT-Zentrums deutlich erhöhen. Auch nur temporär besetzte Zweigstellen für Bedarfsprechstunden o. Ä. können hierzu einen Beitrag leisten.

Ist eine sinnvolle Region definiert, kann mit der Analyse des Versorgungsbedarfs sowie der bestehenden Angebote begonnen werden. An dieser Stelle sei nur kurz darauf verwiesen, dass durch den ganzheitlichen Ansatz des PORT-Zentrums eine breitgefächerte, qualitative wie quantitative Analyse vorzunehmen ist, die auch soziodemografische und sozioökonomische Faktoren berücksichtigt. Um sicherstellen zu können, dass diese Analysen methodisch sauber und frei von möglichen Partikularinteressen sind, sollten sie in enger Abstimmung und sofern möglich in Kooperation mit den Gesundheitsämtern der Region erfolgen.

4.1.2 Vorgehen

4.1.2.1 Gliederung des Prozesses

Soll eine Region flächendeckend mit einem Angebot an PORT-Zentren versorgt werden, lassen sich vier Phasen identifizieren (Abbildung 13). Dieser Prozess beginnt bei der Bedarfserhebung, erstreckt sich über Aufbau vom initialen und weiteren PORT-Zentren und wird von einer fortlaufenden Evaluation begleitet.



Abbildung 13: Phasen hin zu einer flächendeckenden Versorgung einer Region durch PORT-Zentren

Quelle: Eigene Darstellung

In diesen Phasen sind Arbeitsschritte zu absolvieren und Stakeholder einzubinden. Neben der Kommune und der Bevölkerung nehmen in diesem Prozess die in der Region aktiven Leistungserbringer sowie wichtige Gremien der Selbstverwaltung (z. B. Zulassungsausschüsse) eine zentrale Rolle ein.

Um den Prozess starten zu können, braucht es zunächst jedoch einen Initiator. Dies kann die Kommune sein, der Impuls kann aber auch von Leistungserbringern oder engagierten Bürgern kommen. Der Impuls sollte – sofern er nicht ohnehin von der Kommune kommt – in Richtung der Kommune gerichtet bzw. gelenkt werden. Sofern die Kommune bereit ist, diese Aufgabe wahrzunehmen, fällt ihr eine Schlüsselrolle in den im Folgenden dargestellten Phasen zu. Diese Bereitschaft kann jedoch nicht in allen Kommunen vorausgesetzt werden, was den Prozess zwar erschwert, aber nicht verhindern muss.

4.1.2.2 Phase 1: Bedarfserhebung und Konzeptionierung

Um einen Prozess starten zu können, muss zunächst Klarheit über dessen Ziel geschaffen werden. Hierzu müssen sich die Impulsgeber mit einer Kerngruppe, die sinnvollerweise einen engen Kreis mit Vertretern der Kommune und engagierter Leistungserbringer umfasst, intensiv mit dem Konzept der PORT-Zentren auseinandersetzen. Vision, Mission und Werte sollten in einer ersten Arbeitsfassung erstellt werden, um sicherzustellen, dass alle Beteiligten die gleiche Entwicklungsrichtung im Blick haben. Spätestens zu diesem Zeitpunkt sollte die „Ownership“ für den Prozess geklärt werden, d. h., es sollte klar sein, wer die treibende Kraft für die weitere Entwicklung darstellt und sich als „Kümmerer“ beispielsweise auch um die Kommunikation und die Netzwerkarbeit kümmert.

Darauf aufbauend kann die Ermittlung des Bedarfs stattfinden. Zur Sensibilisierung eignet sich eine Auseinandersetzung mit der Patient Journey, die das Bewusstsein schärfen kann, wie sich die Versorgungssituation aus Sicht der Betroffenen darstellt. Dies sollte vor dem breit gefassten Anspruch des PORT-Gedankens erfolgen, der über die reine medizinische Leistungserbringung hinausgeht und auch soziale Determinanten von Gesundheit, damit also auch über das SGB V hinausgehende Bereiche der sozialen Sicherung berücksichtigt.

Eine genaue Kenntnis des dahingehenden Bedarfs der Bevölkerung sowie ein Abgleich mit den existierenden Angeboten und die daraus resultierende Identifikation von Handlungsbedarfen kann als zentrale Aufgabe der Daseinsvorsorge interpretiert werden. Entsprechend ist hier ein starkes Engagement der Kommune wünschenswert. Die relevante Ebene der kommunalen Gliederungen stellen hier die bereits angesprochenen Kreise und Städte dar, auf deren Ebene in der Regel auch die Gesundheitsämter angesiedelt sind, bzw. Zusammenschlüsse ebendieser, die beispielsweise in Form von Gesundheitsregionen verankert sind. Die entsprechend generierten Erkenntnisse sollten öffentlich zugänglich gemacht werden. Sollte von Seiten der Kommune keine Bereitschaft existieren, diese Phase zu unterstützen, können die entsprechenden Analysen auch durch andere Stakeholder durchgeführt werden.

Nach dieser Analysephase sollte klar sein, inwiefern die Versorgungssituation der Region durch PORT-Zentren verbessert werden kann – beispielsweise indem die Qualität vorhandener Angebote durch eine bessere Vernetzung optimiert werden kann oder Lücken im Leistungsangebot geschlossen werden. Hieraus lässt sich auch ableiten, ob ein oder mehrere PORT-Zentren erforderlich sind, um eine Region flächendeckend zu versorgen. Hierzu ist auch eine genaue Bewertung der (zukünftigen) hausärztlichen Versorgung notwendig, um abschätzen zu können, in welchem Umfang durch die PORT-Struktur klassische hausärztliche Versorgungsstrukturen substituiert oder ergänzt werden sollen.

Die zunächst noch recht abstrakte Vorstellung eines PORT-Zentrums bzw. einer Struktur von mehreren PORT-Zentren ist nun in einen Businessplan zu überführen, der zunächst auf etwas allgemeinerem Niveau das Geschäftsmodell für die komplette Region konkretisiert. An diesem Punkt muss sich final klären, wer als Träger firmiert, ob eine Abdeckung der Region aus einer Hand erfolgen soll oder lediglich Impulse zur dezentralen Gründung verschiedener PORT-Zentren gegeben werden sollen.

Unabhängig davon, wie die diesbezügliche Entscheidung ausfällt, scheint es sinnvoll, mit einem PORT-Zentrum zu starten, das als Hub für die weitere Entwicklung dient. Dies hilft, Transaktionskosten zu minimieren und von Erfahrungswerten zu profitieren. Ferner bauen konkrete Anschauungsobjekte häufig Vorbehalte ab und fördern die Bereitschaft, sich zu engagieren. Denkbar ist es auch, dass die Kommune zunächst als Träger eines PORT-Zentrums auftritt, mit dem Ziel, die Trägerschaft mittelfristig abzugeben. Dies könnte zur Lösung des Problems beitragen, dass sich viele Ärzte einerseits eine Tätigkeit in einer derartigen Struktur durchaus gut vorstellen können und generell auch bereit wären, als Träger die wirtschaftliche Verantwortung zu übernehmen, andererseits aber den Zeitaufwand und die Risiken der Gründung nur ungern auf sich nehmen wollen oder dazu gar nicht in der Lage sind.

Der für diese Phase der initialen Findung, Bedarfsanalyse und Konzeptualisierung zu veranschlagende Zeitbedarf lässt sich nur schwer prognostizieren. Es ist jedoch davon auszugehen, dass selbst unter optimalen Bedingungen mindestens ein halbes Jahr zu veranschlagen ist. Die Phase kann sich jedoch auch deutlich länger erstrecken.

4.1.2.3 Phase 2:

Aufbau eines ersten PORT-Zentrums als Hub

Der zunächst eher allgemein gehaltene Businessplan ist dann weiter für das initiale PORT-Zentrum zu konkretisieren. Dabei ist zu prüfen, ob unter den getroffenen Annahmen ein wirtschaftlicher Betrieb der Einrichtung zu erwarten ist bzw. – sofern ein Defizit nicht vermeidbar ist – belastbare Zusagen für einen Defizitausgleich durch Dritte zu erzielen sind.

Im Zuge der Erstellung des Businessplans sind die folgenden Punkte zu erarbeiten:

- 1) **Grundprämissen**, z. B. zur Größe der Einrichtung, zum Startdatum, zum Planungshorizont etc.
- 2) **Leistungen**, sowohl hinsichtlich der Art als auch des zu erwartenden Volumens sowie hinsichtlich des Integrationsgrads, d. h., ob die Leistung selbst oder über Kooperationspartner angeboten wird
- 3) **Erlöse**, die auf Basis der geplanten Leistungen sowie aus sonstigen Fördertöpfen zu erzielen sind
- 4) **Personalaufwand**, d. h. die Ermittlung der benötigten Vollkräfte nach Berufsgruppe über plausibilisierte Planzahlen und die Bewertung mit den entsprechenden Bruttoarbeitgeberkosten
- 5) **Sachaufwand**, d. h. Abschreibungen für Investitionskosten bzw. Miete, medizinischer und sonstiger Sachbedarf sowie extern zu beziehende Leistungen

Ein Zeithorizont von fünf Jahren dürfte hierfür in der Regel sachgerecht sein, da er die Dynamik der Aufbaujahre hinreichend abdeckt und zugleich längerfristige Prognosen mit extrem hoher Unsicherheit behaftet sind. Eine systematische Businessplanung erzwingt auch die Klärung von Grundsatzfragen, wie die Entscheidung für den Bau, den Erwerb oder die Miete einer Immobilie.

Sofern sie nicht bereits zum Abschluss von Phase 1 geklärt wurden, müssen spätestens zu Beginn von Phase 2 potenzielle K.-o.-Faktoren geklärt werden. Dies betrifft beispielsweise die generelle Verfügbarkeit von mindestens zwei Arztsitzen, ohne die ein PORT-Zentrum kaum sinnvoll umsetzbar ist. Hier ist frühzeitig mit den in Frage kommenden Ärzten sowie den Parteien des Zulassungsausschusses Kontakt aufzunehmen. Dies gilt aber ebenso für Szenarien, in denen die Vergütung in relevantem Umfang von selektivvertraglichen Vereinbarungen mit Kostenträgern, Förderzusagen von Stiftungen, der Kommune oder anderen Geldgebern abhängt.

An die Businessplanung schließt sich die Umsetzungsphase an, die den Businessplan operationalisiert und in die Eröffnung der Einrichtung mündet. Zur grundsätzlichen Orientierung eignen sich hierfür einschlägige Leitfäden zur Gründung von MVZ (KBV 2018a), welche die diversen wirtschaftlichen und rechtlichen Facetten abbilden. Diese sind um PORT-spezifische Aspekte wie die Vernetzung mit weiteren Partnern zu erweitern.

Auch wenn dies nicht vollständig verallgemeinert werden kann, ist in der Regel von einer sequenziellen Vorgehensweise auszugehen. In einem ersten Schritt wird ein erstes PORT-Zentrum aufgebaut und in einem oder mehreren weiteren Schritten werden der oder die Satelliten auf den Weg gebracht. Sowohl aus rein logistischen Gründen wie auch hinsichtlich Fragen wie der Personalakquise ist ein paralleler Aufbau wirtschaftlich kaum sinnvoll. Es muss jedoch bei allen Planungsschritten berücksichtigt werden, dass die geplanten Erweiterungen anschlussfähig an den initial aufzubauenden Hub sind.

Für diese zweite Phase erscheint unter idealen Voraussetzungen ein Zeitraum von rund einem Jahr ebenfalls als untere Grenze realistisch. Hierbei wäre jedoch noch nicht davon auszugehen, dass es sich dann bereits um einen vollständigen Regelbetrieb handelt, sondern dass erste Bestandteile wie einzelne Praxiseinheiten in Betrieb gehen. Sollte jedoch beispielsweise eine Immobilie erst gebaut werden, kann sich die Dauer der Phase ohne weiteres vervielfachen. Auch der Abschluss von selektivvertraglichen Regelungen kann erhebliche Zeit in Anspruch nehmen.

4.1.2.4 Phase 3:**Aufbau der Satelliten**

Analog zu Phase 2 sind in Phase 3 die weiteren Zentren zu planen und aufzubauen. Diese profitieren dann bereits von den Erfahrungen der initialen Gründung und können auf gemeinsame Ressourcen zurückgreifen. Insbesondere Vorarbeiten wie die Vernetzung mit externen Partnern müssen nicht doppelt erfolgen. Im vorliegenden Fall wird von der Gründung eines weiteren vollwertigen Zentrums ausgegangen, wobei vorrangig Funktionen des Managements und der Verwaltung zentral vorgehalten werden. Es gibt hier aber graduelle Abstufungsmöglichkeiten, wie die Schaffung von Zweigstellen mit einem kleineren Leistungsportfolio.

4.1.2.5 Phase 4:**Kontinuierliche Evaluation und Anpassung**

Mit der Aufnahme des Betriebs des ersten PORT-Zentrums beginnt bereits Phase 4. Ausgehend von dem eigenen Anspruch eines PORT-Zentrums, exzellente Qualität anzubieten, die am Bedarf der Bevölkerung ausgerichtet ist, ergibt sich die Erfordernis einer kontinuierlichen Evaluation. Die getroffenen Annahmen sind in regelmäßigen Abständen zu überprüfen und die Qualität der Strukturen, Prozesse und Ergebnisse sind systematisch zu erfassen.

Dies wäre auch im Vergleich zum Status quo eine deutliche Weiterentwicklung. Im Rahmen der gesetzlich verankerten ambulanten Qualitätssicherung unterliegen zwar diverse Untersuchungen und Behandlungen im ambulanten vertragsärztlichen Bereich verschiedenen Qualitätsanforderungen. Diese setzen jedoch vorrangig an Strukturen an (KBV 2019). Dies klammert die Ergebnisqualität komplett aus und ist nicht vergleichbar mit dem mittlerweile recht umfangreichen Instrumentarium zur Sicherung der Versorgungsqualität im Krankenhaussektor. Auch liegen bisher nur drei sektorenübergreifende Qualitätssicherungsverfahren mit vertragsärztlicher Beteiligung vor (KBV 2020b). So kann eine kontinuierliche Evaluation der Qualität im PORT-Zentrum einen wesentlichen Zugewinn im Vergleich zur bisherigen Praxis im ambulanten Sektor darstellen. Im Idealfall lässt sich dies in Kooperation mit einem Partner aus der Wissenschaft planen und durchführen, der für eine methodisch saubere und unabhängige Analyse bürgt. Neben den offensichtlichen Indikatoren für die erreichte Versorgungsqualität sollten dabei auch organisatorische Fragen untersucht werden, z. B. dahingehend, in welchem Umfang der Gedanke eines interdisziplinären Teams tatsächlich gelebt wird.

Das Ganze sollte im Qualitätsmanagement verankert und in einen Prozess des Changemanagements eingebunden sein. Dies inkludiert auch eine Feedback-Kultur hinsichtlich der Umsetzung gewonnener Erkenntnisse. Es muss integraler Bestandteil der Tätigkeit sein und nicht als zusätzliche Aufgabe ohne klaren Nutzen erscheinen. Gerade die Überwindung tradierter Formen der Leistungserbringung und verfestigter Berufsbilder ist keine einmalige Umstellung, sondern ein fortdauernder Prozess, der ständige Aufmerksamkeit und damit auch Ressourcen erfordert.

Ein unabhängiges Monitoring der Versorgungsqualität sowie eine exakte Erfassung und Verrechnung von Kosten ist auch dann von Relevanz, wenn künftig vermehrt auf stärker aggregierte Formen der Vergütung in Form von kontaktunabhängigen Pauschalen oder Budgets hingewirkt werden soll. Diese erzeugen einen Anreiz zur Kostenminimierung, weshalb ein unabhängiger Nachweis der Qualität unabdingbar ist. Für ihre Berechnung und möglicherweise dahingehende Verhandlungen mit Kostenträgern muss der Zugewinn an Qualität ebenfalls plausibel argumentiert und im Idealfall nachgewiesen werden. Das Gleiche gilt für die mit der Erbringung spezifischer Leistungen einhergehenden Kosten.

Letztlich ist auch aus einer rein betriebswirtschaftlichen Notwendigkeit ein konsequentes strategisches und operatives Controlling unabdingbar. Die Komplexität eines PORT-Zentrums übersteigt aufgrund der potenziell zahlreichen auf unterschiedliche Weise eingebundenen Parteien die eines klassischen MVZ deutlich. Ganz explizit sollten Leistungen erbracht werden, die derzeit im Kontext des Kollektivvertrags nicht bzw. nicht ausreichend vergütet werden. Das heißt, es muss auf alternative, möglicherweise unsicherere Formen der Finanzierung zurückgegriffen werden. Auch Formen der Quersubventionierung unterschiedlicher Leistungsbereiche sind denkbar. Hierbei muss jedoch sichergestellt sein, dass eine möglichst hohe Transparenz erreicht wird, sodass Risiken frühzeitig erkannt und adressiert werden können.

4.1.2.6 Übersicht über zentrale Prozessschritte

Die vier Phasen sind schematisch in Abbildung 14 zusammengefasst. Die Zeiträume sind rein exemplarisch zu verstehen und können nicht verallgemeinert werden. Zu den zentralen Meilensteinen gehören sicherlich die Sicherung der notwendigen Arztsitze, die Verfügbarkeit der Immobilie und die Eröffnung des Zentrums. Dies wiederholt sich im selben Muster für Phase 3, wobei im Idealfall möglichst viele der Weichenstellungen bereits in den vorangegangenen Phasen mit vorbereitet wurden.

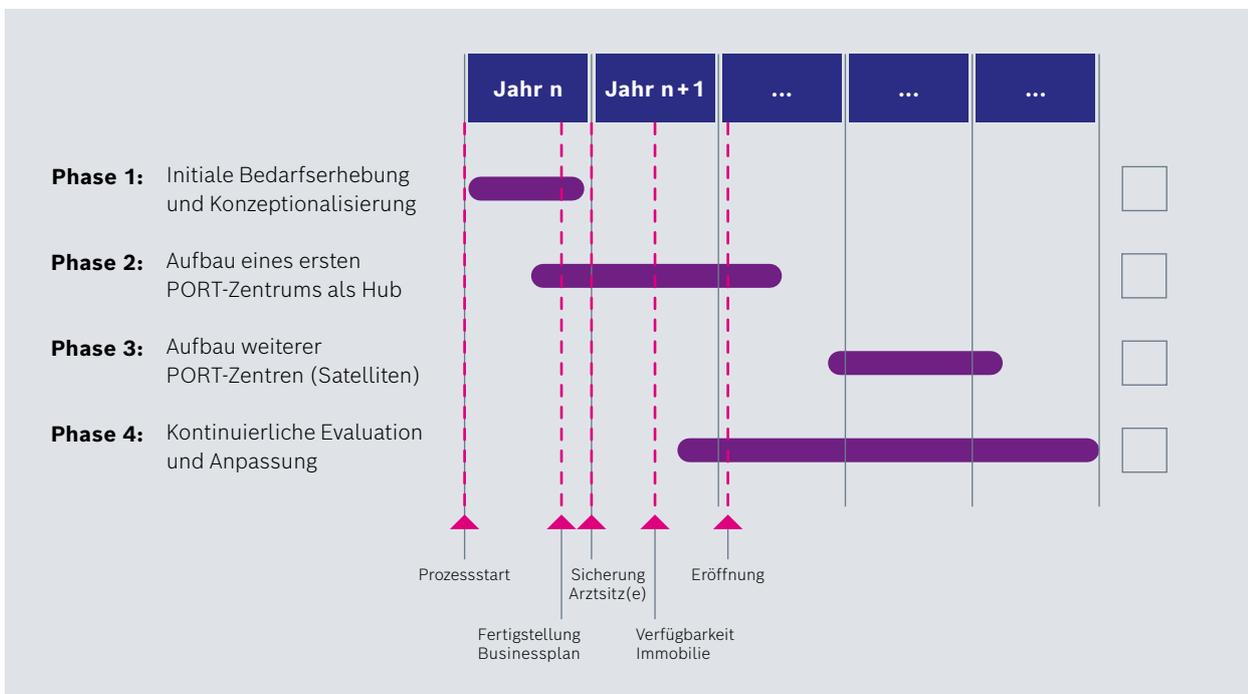


Abbildung 14: Schematisches Gantt-Diagramm zu zentralen Prozessschritten hin zu einer flächendeckenden Versorgung einer Region durch PORT-Zentren

Quelle: Eigene Darstellung

4.1.3 Auswirkungen auf eine Region

Um die Auswirkungen abschätzen zu können, die eine flächen-deckende Einführung von PORT-Zentren in einer Region mit sich bringt, werden Annahmen zur erforderlichen Anzahl der Zentren benötigt. Die folgenden Überlegungen dürfen vor diesem Hintergrund nur als grobe Annäherungen verstanden werden. Zur Orientierung eignen sich die Größen der Bedarfsplanung für die hausärztliche Versorgung. Zunächst wird unterstellt, dass in einem ersten Schritt rund 10% der Hausärzte bereit wären, sich in ein PORT-Zentrum einzubringen – sei es persönlich oder im Sinne einer Nachfolgeregelung. Anders formuliert bedeutet dies, dass 10% der klassischen hausärztlichen Versorgungsstruktur durch ein Primärversorgungskonzept in Form der PORT-Zentren substituiert werden würde.

In Anlehnung an die Bedarfsplanung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) kann hier auf eine allgemeine Verhältniszahl, die ausdrückt, wie viele Patienten durch einen Arzt zu versorgen sind, zurückgegriffen werden. Diese liegt bei 1.609 und bedeutet, dass pro 1.609 Einwohner ein Hausarzt (bei einem vollen Versorgungsauftrag) vorgehalten werden sollte (G-BA 2019). Inkludiert unter dem Begriff der Hausärzte werden Fachärzte für Allgemeinmedizin, praktische Ärzte sowie Ärzte ohne Gebietsbezeichnung, Internisten ohne Schwerpunktbezeichnung sowie Fachärzte für innere und Allgemeinmedizin (Hausärzte).

Legt man als Beispiel den Landkreis Reutlingen in Baden-Württemberg zugrunde, sind dort für die laut Bedarfsplanung idealtypische Versorgung (Versorgungsgrad 100%) rund 70 Hausärzte (volle Sitze) nötig. Geht man von einer Zahl von drei Hausärzten pro PORT-Zentrum aus, wären gerundet zwei Zentren zu bilden (Tabelle 2).

Bedarf an PORT-Zentren unter der Annahme: 10% der hausärztlichen Versorgung* wird durch PORT-Zentren erbracht				
Anzahl der im PORT-Zentrum tätigen Hausärzte (Vollzeitäquivalente)	1	2	3	4
Baden-Württemberg				
Bundesland gesamt aktuell	688	344	229	172
Jahr 2030	701	350	234	175
davon: Landkreis Reutlingen aktuell	7	4	2	2

* konventionelle hausärztliche Versorgung in etablierten Settings (Einzelpraxis, Gemeinschaftspraxis, MVZ etc.)

Tabelle 2: Schematische Bedarfskalkulation zur Anzahl notwendiger PORT-Zentren exemplarisch für Baden-Württemberg

Quelle: Eigene Darstellung

Ein Blick auf die Gemeindeebene zeigt, dass ein normales PORT-Zentrum angesichts der durchschnittlichen Einwohnerzahl einer Gemeinde eine zu große Kapazität besitzt, um sich auf das Gemeindegebiet zu beschränken. Das Versorgungsgebiet eines PORT-Zentrums geht im Regelfall über die Grenzen einer Gemeinde hinaus. Dieser Befund unterstreicht die These, dass die Planung und Konzeptionierung mindestens auf Ebene der Kreise und Städte, ggf. auch in einem Verbund mehrerer Kreise und Städte, erfolgen sollte. Unterstellt man bei drei vollen Arztsitzen eine korrespondierende Zahl von zwei bis idealtypisch drei CHNs, würde sich im Kreis ein Bedarf von vier bis sechs CHNs abzeichnen. Bei einheitlicher Trägerschaft und gemeinsamer Führung der beiden PORT-Zentren ließen sich insbesondere in den Bereichen Management und Verwaltung Synergien nutzen, sodass auch bei den CHN bei einer entsprechenden Aufgabenteilung eine Zahl von vier bis fünf realistisch erscheint.

Legt man die gleichen Überlegungen für Berlin zugrunde, würden bei drei Ärzten pro PORT-Zentrum und einer Substitutionsrate von 10 % knapp 80 PORT-Zentren benötigt. Der Bedarf an CHNs würde ohne eine Bildung von Clustern oder Ketten zwischen 160 und 240 CHNs liegen. Gerade in Ballungsräumen ließen sich aus der Bildung von Clustern oder Ketten starke Synergien schöpfen, ohne dass es zwingend zu faktischen Monopolen kommen würde. Allerdings wird auch deutlich, dass für die Planung bei Ballungszentren und Großstädten die den Landkreisen entsprechenden Verwaltungsebenen (z. B. Bezirke oder Quartiere) die angemessene Ebene für eine Planungsregion darstellen.

Die Auswirkungen auf die Versorgungsstruktur in ihrer Gesamtheit wären bei einem bescheidenen Ansatz mit einer Überführung von 10 % der Hausarztsitze in PORT-Zentren moderat. Jeder Einwohner hätte potenziell Zugang zu einem PORT-Zentrum, sodass über die Zeit sicherlich auch eine „Abstimmung mit den Füßen“ erfolgen würde, inwiefern sich das PORT-Zentrum als die bevorzugte Versorgungsstruktur darstellt. Offensichtlich wird an dieser Stelle die Gefahr einer Risikoselektion, u. a. dadurch, dass sich möglicherweise insbesondere Ältere und chronisch Kranke von der besseren Koordination der Versorgung angesprochen fühlen als Jüngere. Solange dies in der Vergütungsstruktur berücksichtigt wird, wäre eine solche Entwicklung ökonomisch zunächst unproblematisch. Allerdings würde es nicht dem Anspruch des PORT-Zentrums entsprechen, der ja gerade darin besteht, eine Anlaufstelle für die gesamte Bevölkerung darzustellen. Dies sollte bei der Entwicklung der Angebote beachtet werden.

Bereits bei einem wie beschrieben eher bescheidenen Transformationsschritt sind spürbar positive Effekte auf die Qualität der Versorgung in der Region zu erwarten. Zum einen kann die fundierte Auseinandersetzung mit den Bedarfen und Angeboten das allgemeine Bewusstsein für notwendige Veränderungen schärfen und Handlungsimpulse liefern. Zum anderen führt die Vernetzungsaktivität des PORT-Zentrums dazu, dass die dem Konzept der Primärversorgung innewohnende Denkweise Verbreitung findet und Spill-over-Effekte auf kooperierende Leistungserbringer wahrscheinlich sind. Die Wirkung eines PORT-Zentrums geht bei einer erfolgreichen Umsetzung und einer gelungenen partnerschaftlichen Beziehung mit der Kommune (bzw. als Teil der Kommune) deutlich über die Grenzen der eigentlichen Organisation hinaus.

In der Region würde ein kleiner zusätzlicher Bedarf an akademisch ausgebildeten Fachkräften entstehen, nämlich dem an CHNs. Bezogen auf den Arbeitsmarkt einer Region ist die Größenordnung vernachlässigbar. Betrachtet man jedoch die wenigen bisher verfügbaren Studienangebote, kann derzeit noch nicht davon ausgegangen werden, dass dieser Bedarf flächendeckend befriedigt werden könnte, selbst wenn mit obigen, eher konservativen Zahlen gerechnet wird.

Bezüglich des in den überführten Hausarztpraxen angestellten Personals ist davon auszugehen, dass dieses im Kern dem Personalbedarf der im PORT-Zentrum tätigen Ärzte entspricht. Für die weiteren im PORT-Zentrum tätigen Gesundheitsberufe ist primär von einer Verlagerung auszugehen, sodass sich auf Ebene der Planungsregion keine substantiellen Änderungen ergeben dürften. Die möglichen Synergien durch die gemeinsame Nutzung von Infrastruktur sowie durch die bessere Koordination dürften durch die zum Erreichen der PORT-Ziele notwendigen Investitionen in Erweiterungen und qualitative Aufwertungen des Leistungsangebots mittelfristig kompensiert werden. Insbesondere – aber nicht nur – in der Aufbauphase ist mit einem deutlich erhöhten Koordinationsbedarf zu rechnen, sodass durch die Zentralisierung der Versorgungsstruktur im Saldo kein Abbau, sondern eher ein leichter Aufbau von Arbeitsplätzen bei einem im Mittel eher leicht höheren Qualifikationsniveau zu erwarten ist. Indes bringen digitale Technologien das Potenzial mit sich, an ausgewählter Stelle ärztliche Leistungen zu ersetzen bzw. Ärzte punktuell zu entlasten und dabei die Gesundheitsversorgung für Patienten des PORT-Zentrums optimal zu gestalten. Etwa können durch den Einsatz von Telemonitoring Vitalparameter eines Patienten in dessen Häuslichkeit kontinuierlich überwacht, übermittelt und bewertet werden oder Telekonsultationen in Form von Video-Sprechstunden große räumliche Entfernungen überwinden.

Die direkten wirtschaftlichen Implikationen der Transformation einer Region – neben Arbeitsplätzen sind das die Wertschöpfung und das Steueraufkommen – sind als äußerst gering einzustufen und dürften auf Ebene eines Kreises kaum messbar ins Gewicht fallen. Anders zu bewerten sind die Signale für die Attraktivität einer Region als Wirtschaftsstandort und Wohnort. Gerade in ländlichen Gebieten können derartige Initiativen ein starkes Signal sein im Sinne von „Hier tut sich was“. Ein PORT-Zentrum hat in dieser Hinsicht sicherlich auch eine stärkere Strahlkraft als eine einzelne Hausarztpraxis.

4.2 Flächendeckende Primärversorgung als Ziel eines grundlegenden Transformationsprozesses

Um die ambulante Versorgung in Deutschland am Konzept der Primärversorgung auszurichten, bedarf es eines konsequenten Paradigmenwechsels, beispielsweise durch die Entwicklung eines umfassenden Gesundheitsverständnisses, das auch die sozialen Determinanten von Gesundheit berücksichtigt (WHO 2008a; Marmot et al. 2020; Marmot 2005) sowie eine grundlegende Veränderung des Denkens über berufliche Rollenbilder und Verantwortungsbereiche (Miller et al. 2018). Ein derartiger Mentalitätswechsel setzt kontinuierliche Bemühungen auf allen Ebenen der Aus-, Fort- und Weiterbildung voraus. Entsprechend müssen derartige Konzepte Eingang in die Curricula aller Heilberufe finden. In den PORT-Zentren muss ein langfristig ausgerichtetes Changemanagement etabliert werden.

Auf einer operativen Ebene hilft ein rein fiktives und nur zur Illustration gedachtes Rechenbeispiel, die Dimensionen einer vollständigen Transformation zu begreifen. Wird in Anlehnung an die Bereits in Kapitel 1 angewendete Vorgehensweise⁶ die Bedarfsplanung für Hausärzte mit Annahmen zur Zahl der in einem PORT-Zentrum tätigen Ärzte als Grundlage für eine Hochrechnung genommen, ergeben sich die in Abbildung 15 dargestellten Zahlen. Diese erscheinen auf den ersten Blick unglaublich hoch. So wäre bei einer Überführung aller Hausärzte (100%) in ein PORT-Zentrum bei vier Ärzten pro PORT-Zentrum eine Gesamtzahl von knapp 13.000 PORT-Zentren erforderlich. Im Mittel wären dies mehr als 30 pro Landkreis bzw. Stadt.

6 In Anlehnung an die Bedarfsplanung kann hier auf eine allgemeine Verhältniszahl zurückgegriffen werden, die ausdrückt, wie viele Patienten durch einen Arzt zu versorgen sind. Diese liegt bei 1.609 und bedeutet, dass pro 1.609 Einwohner ein Hausarzt (bei einem vollen Versorgungsauftrag) vorgehalten werden sollte (G-BA 2019). Inkludiert unter dem Begriff der Hausärzte werden Fachärzte für Allgemeinmedizin, praktische Ärzte sowie Ärzte ohne Gebietsbezeichnung, Internisten ohne Schwerpunktbezeichnung sowie Fachärzte für innere und Allgemeinmedizin (Hausärzte).

Setzt man die Zahl jedoch in Relation zu international üblichen Größenordnungen, so ist die Zahl zwar hoch, fällt aber nicht völlig aus dem Rahmen. Bei 13.000 PORT-Zentren würde ein Zentrum etwas mehr als 6.000 Menschen versorgen. In Schweden liegt die Zahl mit vier bis sechs Ärzten pro Zentrum bei 7.000 bis 10.000 Menschen. In Kanada – wo allerdings durchschnittlich sieben Ärzte in einem derartigen Zentrum arbeiten – werden im Mittel rund 21.000 Menschen pro Zentrum versorgt. Würde man im dargestellten Szenario von sieben Ärzten pro Zentrum ausgehen, ergäbe sich für Deutschland eine Zahl von etwa 7.400 Zentren, die jeweils etwa 11.000 Menschen versorgen.

Kombination konventionelle hausärztliche Versorgung* und Primärversorgung im PORT-Zentrum										Reine Primärversorgung vollständige Substitution der konventionellen hausärztlichen Versorgung durch das PORT-Zentrum						
% -Anteil der hausärztlichen Versorgung, der durch PORT-Zentren erbracht wird	10%					50%					100%					
	3	4	5	6	7	3	4	5	6	7	3	4	5	6	7	
Anzahl der in einem PORT-Zentrum tätigen Hausärzte (Vollzeitäquivalente)																
Bedarf																
Deutschland																
Anzahl PORT-Zentren (aktuell)	1.720	1.290	1.032	860	737	8.599	6.450	5.160	4.300	3.685	17.199	12.899	10.319	8.599	7.371	
Anzahl CHN (aktuell)	3.440	2.580	2.064	2.580	2.211	17.199	12.899	10.319	12.899	11.056	34.398	25.798	20.639	25.798	22.113	
Anzahl PORT-Zentren (Jahr 2035)	1.701	1.276	1.021	851	729	8.506	6.379	5.104	4.253	3.645	17.012	12.759	10.207	8.506	7.291	

CHN = Community Health Nurse
 * konventionelle hausärztliche Versorgung in etablierten Settings (Einzelpraxis, Gemeinschaftspraxis, MVZ etc.)
 ** Annahme: bei ≤ 5 Hausärzten im PORT-Zentrum: Bedarf an 2 CHN je Zentrum; bei 6 oder 7 Hausärzten im PORT-Zentrum:
 Bedarf an 3 CHN je Zentrum Rundungsdifferenzen können auftreten

Abbildung 15: Schematische Bedarfskalkulation zur Anzahl notwendiger PORT-Zentren für Deutschland

Quelle: Eigene Darstellung

In der Praxis würden die Zahlen vermutlich deutlich niedriger ausfallen, da insbesondere bei populationsbezogenen Maßnahmen eine deutliche Überversorgung stattfinden würde und entsprechend das Leistungsportfolio nicht in allen PORT-Zentren den gleichen Umfang hätte. Die in Kapitel 3.1 als Option diskutierte Clusterbildung mit der Zentralisierung von bestimmten Leistungen wäre in einem derartigen Szenario unumgänglich. Ohne Zweifel wäre genug Raum für plurale Trägerstrukturen, ohne dass eine gewisse Zentralisierung durch Clusterbildung automatisch zu einer Monopolisierung der Angebotsstrukturen führen würde.

Abbildung 15 bildet diverse weitere Szenarien ab – einerseits, was die durchschnittliche in einem PORT-Zentrum tätige Zahl an Ärzten betrifft, und zum anderen, was das Ausmaß der Transformation betrifft. Wird zunächst von einer initialen Transformationsquote von 10% ausgegangen, werden bei vier Ärzten pro Zentrum zunächst nur knapp 1.300 Zentren benötigt, was gut drei Zentren pro Landkreis und 1,5 Zentren pro Mittelbereich entspricht.

Der Bezug zu den Mittelbereichen ist nicht zu vernachlässigen und spricht im deutschen Setting eher dafür, dass eine Zahl von vier Ärzten pro Zentrum realistischer ist als eine Zahl von sieben Ärzten. Die Erreichbarkeit des Hausarztes stellt ein wesentliches Kriterium in der Quantifizierung des Bedarfes von PORT-Zentren in einer Region dar. Der G-BA hat in einem Beschluss zur Weiterentwicklung der Bedarfsplanung für die vertragsärztliche Versorgung PKW-Minutenwerte definiert, innerhalb derer der überwiegende Teil der Einwohner einer Region verschiedene Arztgruppen erreichen können soll. Demnach sollen 95% der Einwohner einen Hausarzt in durchschnittlich weniger als 20 PKW-Minuten erreichen (G-BA 2019). In einem diesem Beschluss zugrunde liegenden Gutachten (G-BA 2018) wird – davon abweichend – ein Erreichbarkeitsrichtwert von bereits 15 Minuten für das 99-Prozent-Bevölkerungsquantil vorgeschlagen. Die Empfehlung dieser Anfahrtsrichtwerte ist vor dem Hintergrund der demografischen Entwicklung zu sehen und reflektiert auch die Restriktionen älterer oder gesundheitlich in ihrer Mobilität eingeschränkter Personen. Entsprechend muss – sollen die deutschen Erwartungen an die Erreichbarkeit eines Hausarztes weiterhin angenommen werden – sichergestellt werden, dass auch über PORT-Zentren eine tatsächlich flächendeckende Versorgung abbildbar ist. Umgekehrt bleiben bei den vorliegenden Hochrechnungen Änderungspotenziale, welche die Mobilität der Bevölkerung (z. B. durch Hol- und Bringdienste) sowie die Reichweite eines Zentrums (z. B. durch Video-Sprechstunden) künftig erweitern dürften.

Diese schematische Hochrechnung darf nur als grobe und stark vereinfachte Bedarfsannäherung verstanden werden, zumal derartige Bedarfe multifaktoriell und komplex sind und eine Vielzahl denkbarer Faktoren noch nicht berücksichtigt werden. Insbesondere regional bestehende Strukturen der Demografie und Morbidität ergeben einen Adaptionsbedarf hinsichtlich der konkreten Quantifizierung des Bedarfes an Angeboten der Primärversorgung. In der Bedarfsplanung als Instrument zur Sicherstellung der ambulanten Versorgung werden hierfür arztgruppenspezifische und regional verschiedene Morbiditätsfaktoren definiert, die die regional bestehenden demografischen und morbiditätsbezogenen Spezifika abbilden. So kann das Alter der Bevölkerung in einer Region aufgrund des vergleichsweise höheren Versorgungsbedarfes bei älteren Personen auch zu einem rechnerischen Mehrbedarf an (Haus-)Ärzten und somit einem höheren Sollniveau an Ärzten führen. Besonderheiten in der regionalen Morbidität betreffen z. B. auffällige Prävalenz- oder Inzidenzraten. Die Notwendigkeit zur regionalen Anpassung der hausärztlichen Verhältniszahl zeigt auch Abbildung 16, welche illustriert, wie sich die demografische und Morbiditätsstruktur innerhalb des Bundesgebietes allgemein und beispielhaft im Stadtgebiet von Berlin und einer ländlichen Region in Baden-Württemberg voneinander unterscheidet. Die Abbildung illustriert auf Postleitzahl-Ebene die definierten hausärztlichen Morbiditätsfaktoren, durch deren jeweilige Multiplikation mit der allgemeinen hausärztlichen Verhältniszahl die regionale hausärztliche Verhältniszahl (Anzahl Einwohner/Arzt) entsteht (KBV 2020a). Somit kann auch in PORT-Regionen mit einer ungünstigen Morbiditätsstruktur ein vergleichsweise Mehrbedarf an Hausärzten bzw. CHNs bestehen, wohingegen in Regionen mit einer günstigeren Morbiditätsstruktur entsprechend weniger Hausärzte bzw. CHNs benötigt werden.

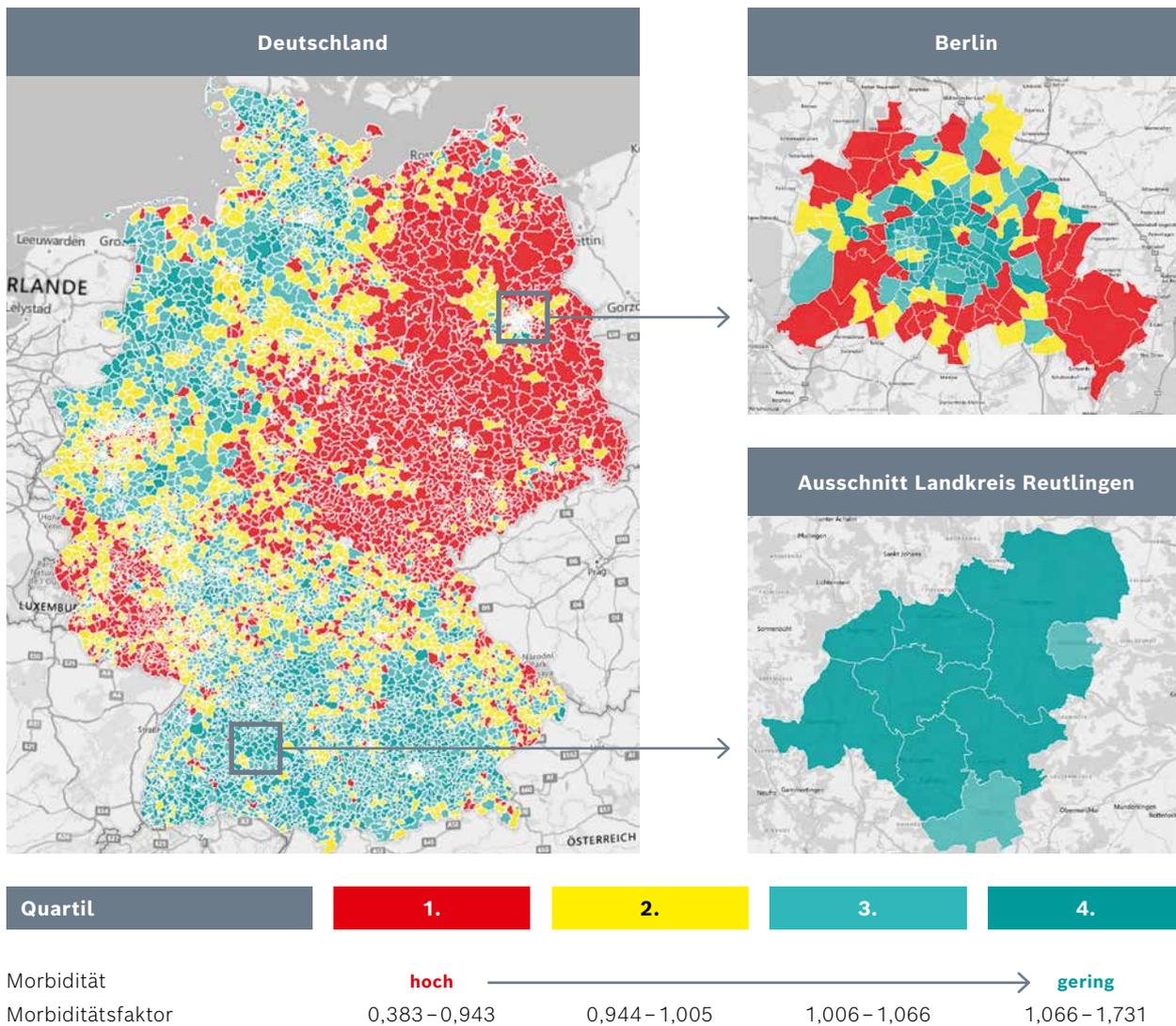


Abbildung 16: Morbiditätsfaktoren für die hausärztliche Versorgung
Quelle: Eigene Darstellung, G-BA 2019

Schwierig zu prognostizieren sind auch Entwicklungen, die sich aus Veränderungen bei der Delegation und Substitution ärztlicher Leistungen ergeben. Zudem entstehen durch neu definierte Berufsbilder wie die der akademisch ausgebildeten CHN oder auch grundständig akademisch ausgebildeter Pflegekräfte (ohne weiterführendes Masterstudium zur CHN) sogar weitere Einsatzgebiete und zusätzliche Bedarfe, während zugleich auf absehbare Zeit nur eine übersichtliche Zahl dieser stark nachgefragten Fachkräfte ausgebildet werden wird und die nächsten Jahre von einem generellen Mangel an Pflegekräften geprägt sein werden.

Betrachtet man die für eine vollständige Transformation in ein auf PORT-Zentren basierendes System der Primärversorgung notwendigen Veränderungen, muss hierfür eine sehr langfristige Perspektive eingenommen werden. Die Vorzüge einer Primärversorgung sind jedoch zugleich ebenso offensichtlich. Entsprechend könnte für einen Einstieg in die Verbreitung des Konzepts eine flächendeckende Versorgung mit PORT-Zentren dahingehend interpretiert werden, dass flächendeckend die Option zur Nutzung eines PORT-Zentrums besteht. Dies könnte im Zuge des in Abbildung 15 dargestellten 10%-Szenarios realistisch sein und eine Überforderung des Arbeitsmarktes sowie aller beteiligten Stakeholder vermeiden helfen.

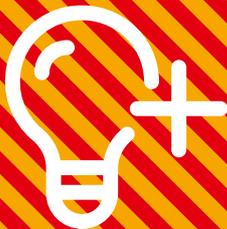
5

Reformwege

5.1 Bottom-up- vs. Top-down-Ansatz

Soll die Primärversorgung in Form von PORT-Zentren in Deutschland fest etabliert werden, muss eine entsprechende Strategie aufgestellt und verfolgt werden. Grundsätzlich lassen sich zwei Ansätze unterscheiden. Die erste Variante folgt einem Bottom-up-Ansatz. Das heißt, durch die Schaffung von Versorgungsrealitäten wird ein Druck erzeugt, der bewirkt, dass formelle wie informelle Institutionen sich ändern. Zu Ersteren zählen beispielsweise Verordnungen und Gesetze, zu Letzteren Rollenbilder und Verhaltensweisen. So könnten erfolgreiche Pilotprojekte dazu führen, dass es eine steigende Zahl an Nachahmern gibt, die das Konzept weiterverbreiten. Die dort Tätigen oder an einer Tätigkeit in diesen Einrichtungen Interessierten erzeugen Druck auf ihre Interessensvertretungen und Berufsverbände sowie politische Entscheidungsträger, dass diese auf eine Anpassung des institutionellen Regelwerks hinwirken. Werden dort Änderungen umgesetzt, kann sich die Verbreitung weiter beschleunigen.

In der zweiten Variante, dem Top-down-Ansatz, ist die Richtung umgekehrt, die Entwicklung geht vom Abstrakten und der Regel hin zum Konkreten, dem realen Versorgungsangebot. Es werden also zunächst die entsprechenden Rahmenbedingungen geschaffen, die dann die Verbreitung eines bestimmten Versorgungsangebots erleichtern bzw. unter Umständen sogar erzwingen.



5.2 Praktische Implikationen

5.2.1 Bottom-up-Ansatz

Wie am Beispiel der PORT-Zentren ersichtlich wird, ist zu bedenken, dass bei einem Bottom-up-Ansatz zunächst mit widrigen Rahmenbedingungen umgegangen werden muss. Beispielsweise fehlt ein vorgefertigtes Vergütungsmodell und Berufsbilder können aufgrund rechtlicher Restriktionen ihr volles Potenzial noch nicht entfalten. Dies führt dazu, dass jede Gründung trotz des existierenden grundlegenden Konzepts einen Einzelfall darstellt, für den nahezu alle Aspekte quasi von Grund auf neu entwickelt werden müssen. Dies maximiert die Transaktionskosten und hemmt die Verbreitung erheblich. Es ergeben sich Henne-Ei-Probleme: So erwarten Ärzte häufig, bevor sie sich verbindlich zur Verlagerung ihres Arztsitzes verpflichten, zunächst eine feste Zusage über die Finanzierungsoptionen durch die Kostenträger, da eine solche Entscheidung für sie von erheblicher wirtschaftlicher Bedeutung ist und mit erheblichen Investitionen einhergehen kann. Die Kostenträger wollen jedoch ihrerseits, bevor sie sich auf konkrete Verhandlungen einlassen, zunächst verbindliche Zusicherungen der Ärzte, dass sie sich am Projekt beteiligen werden. Häufig müssen Organisationsstrukturen grundlegend modifiziert oder komplett neu entwickelt werden. Auch rechtliche Fragen sind jeweils neu zu klären. Diese Probleme sind alle grundsätzlich lösbar, erzeugen jedoch erheblichen Aufwand bei allen Beteiligten (Schmid et al. 2020). Soll ein Bottom-up-Ansatz verwirklicht werden, müssen die Transaktionskosten daher deutlich reduziert werden.

Dies kann durch eine weitere Ausarbeitung des Konzepts, aber noch viel mehr durch eine Standardisierung erreicht werden. Das mag paradox klingen, da ja ein Charakteristikum des PORT-Konzepts die Anpassung an die spezifischen Erfordernisse vor Ort ist. Es gilt jedoch, den harten Kern des Konzepts, der nicht angetastet werden kann, noch klarer herauszuarbeiten, und diesen zu operationalisieren. Die derzeit formulierten Kernmerkmale eines PORT-Zentrums beschreiben hierbei die zentralen Charakteristika, bleiben

jedoch noch sehr abstrakt und erlauben einen relativ großen Interpretationsspielraum. Um verbindlich wirken zu können, sollten diese noch detaillierter herausgearbeitet werden.

Ferner muss ein Abwägungsprozess erfolgen, welche Aspekte mit dem Ziel der Vereinheitlichung ggf. zum Standard erklärt werden, auch wenn sie in manchen Einzelfällen nicht ideal umgesetzt werden können. Eine Vereinheitlichung erleichtert die Kommunikation und die Vermittlung deutlich. So könnten auch flächendeckend Kommunen adressiert und über die Potenziale derartiger Initiativen informiert werden.⁷

Bei einer entsprechenden Operationalisierung kann daraus ferner ein Zertifikat entwickelt werden, welches die korrekte Umsetzung der Kerninhalte auch Dritten gegenüber bestätigt. Dies kann in Verhandlungen mit Kostenträgern⁸ etc. eine deutliche Erleichterung darstellen. Ein Beispiel sind hier die Zertifikate des NCQA sowie die Definition der Agency for Healthcare Quality and Research (AHRQ) für die PCMHs in den USA (O'Dell 2016; Philip et al. 2019).⁹ Zertifikate definieren in der Regel zudem Mindeststandards und können ggf. auch nach „Ausbaustufen“ differenziert werden.

Werden derartige Zertifikate aufgegriffen, entwickeln sich häufig auch flankierende Angebote privater Dienstleister, die wiederum generische und damit günstigere Unterstützungsformate anbieten könnten, als dies bei einer klassischen Einzelfallberatung der Fall ist. Auch Franchise-Modelle können helfen, Transaktionskosten zu reduzieren und durch eine stärkere Professionalisierung des Managements einer schnellen Verbreitung zuträglich sein.

7 In Bereichen, in denen eine finite Abgrenzung oder Quantifizierung nicht möglich ist, wären beispielsweise auch Vignetten denkbar, die illustrieren, welche Konstellationen vom Konzept noch abgedeckt werden und welche nicht.

8 Die verschiedenen möglichen Adressaten sollten bei der Entwicklung eines Zertifikats berücksichtigt werden.

9 Zur Illustration sei auf die Gegenüberstellung des Zertifikats der Joint Commission mit dem Zertifikat der NCQA verwiesen: The Joint Commission 2011.

Ein weiterer Aspekt, der für einen Bottom-up-Ansatz (aber nicht weniger für einen Top-down-Ansatz) sinnvoll erscheint, lässt sich durch die Standardisierung auf Grundlage der unverrückbaren Kernbestandteile ebenfalls leichter erreichen. Es geht dabei um die Generierung von wissenschaftlicher Evidenz zum Konzept in seiner vollen Breite, bezogen auf die Qualität der Versorgung, auf Strukturen und Prozesse wie auch Organisations- und Governance-Formen und die Auswirkung neuer interprofessioneller Teams. Solange die Heterogenität der einzelnen PORT-Zentren sehr hoch ist, kann es zwar punktuelle Evaluationen geben. Die Ergebnisse sind jedoch nur schwer zu verallgemeinern. Mit einem Zertifikat kann auch die verbindliche Ermittlung und ggf. Veröffentlichung einheitlicher Evaluationsmerkmale festgeschrieben werden. Im Idealfall könnten die so generierten Daten entsprechend anonymisiert im Sinne eines Open-Data-Konzepts der Wissenschaft zur Verfügung gestellt werden, was eine breite Resonanz nach sich ziehen dürfte.

Ohne den Nachweis von Evidenz lassen sich Interessen im Gesundheitswesen nur noch schwer durchsetzen.¹⁰ Dies gilt insbesondere, wenn man berücksichtigt, dass die PORT-Zentren in Konkurrenz um Aufmerksamkeit und Mittel mit zahlreichen Projekten des Innovationsfonds stehen. Diese werden umfassend gefördert, eine Evaluation und die Vision der Überführung in die Regelversorgung bei entsprechendem Erfolg sind immanente Bestandteile des Konzepts.

Die Ausführungen zu den PORT-Zentren lassen sich auch auf das Konzept der damit eng verwobenen CHN übertragen. Soll über den Bottom-up-Ansatz mittelfristig für ihre Leistungen eine eigene Abrechnungsoption erreicht werden, muss das Qualifikationsprofil der CHN explizit festgeschrieben werden. Der Begriff als solcher ist nicht geschützt und letztlich kann jede Bildungseinrichtung einen dahingehenden Abschluss verleihen. Auch die Kopplung an einen Master of Science allein kann weder die Inhalte noch die Qualität der Ausbildung garantieren.

Um einem derartigen Zertifikat mehr Gewicht zu geben, kann ferner im Sinne eines Endorsements angestrebt werden, dass sich Verbände und sonstige Interessenvertretungen dieses Konzept zu eigen machen. Hierfür ist in der Regel eine Kurzform, die auf die zentralen Paradigmen fokussiert, zweckmäßig.¹¹

Wie so häufig ist bei der Definition eines Standards stets abzuwägen zwischen eher niedrigen Anforderungen, die eine leichte Verbreitung ermöglichen, und hohen Anforderungen, die diese erschweren. Eine Minimalversion ist mit dem Prinzip der Primärversorgung nicht kompatibel. Es erscheint jedoch plausibel, zu differenzieren zwischen einem Standardfall, der den zentralen Anforderungen genügt, und Leuchtturmprojekten, die das ganze Potenzial des Konzepts zur Entfaltung bringen. Letztere können aus etablierten PORT-Standorten entwickelt werden und beispielsweise auch ambitioniertere Vergütungsmodelle, die in Richtung von Budget-Lösungen gehen, erproben.

Letztlich gibt es jedoch keine Garantie, dass sich das Konzept auf diesem Weg durchsetzen wird. Für die Pioniere ist das Engagement mit einem Risiko verbunden, dass sich dieses Modell in Deutschland nicht durchsetzen wird. Die Existenz dieses Risikos verringert die Zahl derer, die bereit sind, sich auf dieses Experiment einzulassen. Um das Bild von „love, fear and greed“ (Benstetter et al. 2020, S. 107) aufzugreifen, setzt der Bottom-up-Ansatz stark auf love, also die Überzeugung der Beteiligten, dass dies ein sinnvolles und richtiges Versorgungsmodell ist.

¹⁰ Aufgrund der stark unterschiedlichen Voraussetzungen in andere Ländern, die zum Teil nur schwer übertragbar sind, ist auch eine im deutschen Setting aufgebaute Evidenz wichtig.

¹¹ Das Papier, in dem führende Ärzteorganisationen das Konzept der PCMHs billigten, hatte lediglich drei Seiten (AAFP 2007).

5.2.2 Top-down-Ansatz

Für einen Top-down-Ansatz sprechen die bereits erwähnten hohen Transaktionskosten der Gründung ohne entsprechend etabliertes Regelwerk sowie die unsichere Perspektive, ob sich das Modell langfristig durchsetzen wird. Wenn es gelingt, eine regelhafte Vergütung für spezifische PORT-Leistungen zu erreichen, ist eine wesentliche Hürde aus dem Weg geräumt. Auch international lässt sich beobachten, dass Versorgungs- und Vergütungsstrukturen sich weitgehend parallel entwickelt haben. Die gleiche Relevanz ist rechtlichen Fragen, z. B. im Bereich der Substitution ärztlicher Tätigkeit, zuzuschreiben.

Auch hier gilt jedoch, dass belastbare Evidenz zur Durchsetzung der Interessen unabdingbar ist. Die Entscheidungsgremien der Selbstverwaltung müssen diese einfordern und auch politische Entscheidungsträger brauchen entsprechende Argumente für ihre Unterstützung. Entsprechend lässt sich bereits an dieser Stelle festhalten, dass erfolgversprechende Initiativen auf politischer Ebene erhebliche Vorarbeiten im Sinne des Bottom-up-Ansatzes erfordern. Auch um Interessensgruppen formen zu können, die bei der politischen Einflussnahme unterstützend wirken, muss in einem ersten Schritt ein gemeinsames Ziel definiert werden.

Betrachtet man die relevanten Stakeholder, so sind die in den Kassenärztlichen Vereinigungen organisierten Ärzte an erster Stelle zu nennen. Gegen diese Gruppe Positionen im Setting der Selbstverwaltung durchzusetzen, ist schwierig. Dies gilt es abzuwägen, wenn es um die Beschreibung des Rollenverständnisses im interprofessionellen Team geht. In den meisten Ländern scheint dem Arzt auch in klaren Primärversorgungskonzepten die führende Rolle zuzufallen. Im Sinne der politischen Durchsetzbarkeit kann dies eine dominante Strategie darstellen, wenn dafür beispielsweise Zugeständnisse im Bereich der Substitution ärztlicher Tätigkeit erreicht werden können.

Ärzte können in Deutschland nicht gezwungen werden, in einem PORT-Zentrum tätig zu werden. Entsprechend muss für sie ein Setting geschaffen werden, das für sie im Vergleich zum Status quo überlegen ist. Hierzu können erfüllende Arbeitsbedingungen im Sinne des Quadruple Aims beitragen. Nicht minder zwingend ist aber auch die finanzielle Komponente zu berücksichtigen. Es ist unrealistisch zu erwarten, dass sich Ärzte in der breiten Masse freiwillig finanziell schlechter stellen. Zu beachten ist dabei, dass es bei einem potenziell negativen Ausblick, was die Entwicklung der Vergütung betrifft, ausreichend sein kann, dass sich die finanzielle Perspektive im PORT-Setting weniger schlecht entwickelt als bei einer Fortführung des Status quo. Auch kann es hilfreich sein, wenn Leistungserbringer für sich die Chance sehen, sich durch einen frühen Schritt in Richtung des innovativen Modells zumindest vorübergehend auch finanziell besser zu stellen. Da dies ein risikobehafteter Schritt ist, ist ein derartiger Bonus auch aus Sicht der Theorie der optimalen Honorierung plausibel und sinnvoll.

Generell ist an dieser Stelle zu betonen, dass zwischen den Interessen der Ärzteschaft und den Visionen, die dem Konzept der PORT-Zentren zugrunde liegen, weitgehende Übereinstimmung besteht. Alle eint das Bestreben nach einer bestmöglichen und nachhaltigen Versorgung der Bevölkerung. Dies sollte bei allen – auch im Zuge dieser Ausarbeitungen notwendigerweise betonten – Unterschieden nicht übersehen werden.

Ebenso wichtig sind die Krankenkassen. Auch wenn für diese eine Sicherstellung bzw. Verbesserung der Versorgungsqualität eine wichtige Voraussetzung darstellt, müssen sie auch die finanziellen Implikationen mitberücksichtigen. Dies gilt ganz besonders, aber nicht nur bei Verträgen nach § 140a SGB V, die diesbezüglich einer strengen Aufsicht durch das Bundesversicherungsamt unterliegen, wodurch eine Quersubventionierung weitgehend unterbunden wird. In Anbetracht der sich eintrübenden Finanzierungssituation der Krankenkassen müssen auch Einsparungspotenziale festgehalten werden. Bei Kostensteigerungen muss der damit einhergehende Qualitätszugewinn überzeugend nachgewiesen werden. Hilfreich kann es sein, wenn bestehende Finanzierungsoptionen – wie die durch das Präventionsgesetz definierten Mittel – für die Zwecke der PORT-Zentren gesichert werden könnten.

Auch wenn die Ärzteschaft und die Krankenkassen aufgrund ihrer historisch gewachsenen prominenten Rolle im System der Selbstverwaltung von besonderer Bedeutung sind, dürfen andere Aspekte nicht vernachlässigt werden. So wurde im Bereich der Pflege durch die Schaffung des Pflegevorbehalts in § 4 des Pflegeberufgesetzes ein wichtiger Zwischenschritt zur Stärkung der Pflege erreicht. Dies kann ein Ansatzpunkt für weitere Änderungen sein, die möglicherweise auch die Rolle der Pflege im ambulanten Setting weiter untermauern.

Im Kontext der derzeitigen Gesetzgebungspraxis, die in hoher Frequenz Gesetze produziert, die dann kontinuierlich nachgebessert werden, können sich kurzfristig Gelegenheiten ergeben, einzelne Aspekte, die für PORT-Zentren förderlich sind, einzubringen. Gerade in den zahlreichen Omnibus-Verfahren findet sich häufig ein bunter Strauß an Themen. Dieser eher inkrementelle Ansatz erfordert jedoch, dass kurzfristig möglichst konkrete Formulierungsvorschläge an den im Gesetzgebungsverfahren relevanten Stellen platziert werden können. Hierzu kann ein Punktekatalog erstellt werden, der relevante Einzelaspekte auflistet und jeweils mit einem konkreten Formulierungsvorschlag versieht. Diese können dann selektiv an die entsprechenden Fachausschüsse, Fachpolitiker oder auch Verbände mit Anhörungsrechten übermittelt werden. Neben dem bereits genannten Pflegeberufgesetz und dem Präventionsgesetz bieten auch Gesetzgebungsverfahren mit Bezug zur Digitalisierung und sektorenübergreifenden Versorgungsansätzen Anknüpfungspunkte, die in diesem Sinne genutzt werden können.

Abschließend sei im Kontext des Top-down-Ansatzes nochmals darauf hingewiesen, dass hier auch Rückenwind diverser aktueller Gutachten genutzt werden kann, die alle entweder auf die Rolle der Primärversorgung, teambasierter interprofessioneller Versorgungsansätze oder innovativer Vergütungsmodelle abstellen (Benstetter et al. 2020; Walendzik und Wasem 2019; KOMV 2019; SVR Gesundheit 2018). Wenn hierdurch auch politisches Momentum erzeugt werden könnte, wäre dies ein großer Schritt. Das Beispiel der USA zeigt, dass ein starkes, parteiübergreifendes politisches Signal durchaus einen Eindruck bei den verschiedenen Stakeholdern hinterlassen und Reformprozesse beschleunigen kann. Um politische Unterstützung in möglichst großer Breite zu erlangen, mag es ferner überlegenswert erscheinen, bei der geografischen Verteilung der PORT-Zentren, die als Leuchtturmprojekte dienen sollen, die politische Landkarte Deutschlands zu berücksichtigen.

6

Fazit

PORT-Zentren stellen als konkrete Umsetzung des international vielerorts etablierten Konzepts der Primärversorgung im deutschen Gesundheitswesen nach wie vor eine Ausnahme dar. Viele internationale Beispiele zeigen jedoch, dass das Konzept der Primärversorgung auch als regelhafte Basis eines Gesundheitssystems flächendeckend implementiert werden kann. Allerdings lässt sich aufgrund der heterogenen Rahmenbedingungen keine Blaupause für Deutschland ableiten. Positiv kann jedoch geschlussfolgert werden, dass sich ein Konzept der Primärversorgung in allen Arten von Gesundheitssystemen implementieren lässt.

Soll in einer Region flächendeckend der Zugang zu einem Angebot der Primärversorgung ermöglicht werden, fällt der Kommune als Partner und Moderator des Prozesses eine entscheidende Rolle zu. Es ist jedoch eher unwahrscheinlich, dass sie operativ eine derart starke Rolle einnimmt, wie dies in staatlichen Gesundheitssystemen der Fall ist. Dennoch kann sie bei Bedarf auch als Träger von PORT-Zentren auftreten. Auch wenn in einem ersten Schritt nur ein kleiner Teil des klassischen hausärztlichen Angebots in PORT-Zentren überführt werden kann, sind plurale Strukturen mit unterschiedlichen Trägern sowie unterschiedlichen Organisationsformen von Solitären über Cluster bis zu Ketten möglich. Bereits bei eher bescheidenen strukturellen Veränderungen sind positive Auswirkungen auf die Versorgungsqualität einer Region möglich.



Dass die Verwirklichung des Primärversorgungskonzeptes nicht nur für einzelne Regionen, sondern für das gesamte deutsche Gesundheitssystem eine lohnende Entwicklungsoption darstellen würde, ist weitgehend unstrittig. Dennoch ist eine vollständige Transformation insbesondere aufgrund der gravierenden notwendigen Veränderungen im Bereich der hausärztlichen Versorgung eher als langfristige Vision einzuordnen. Einen wertvollen Zwischenschritt könnte das Ziel darstellen, flächendeckend den Zugang zu Angeboten der Primärversorgung zu ermöglichen.

Hierfür müssen jedoch die Rahmenbedingungen verbessert werden, da gegenwärtig die Gründung eines PORT-Zentrums mit einem unnötig hohen Aufwand einhergeht. Für viele Aspekte sind außerhalb des Kollektivvertrags individuelle Lösungen zu finden, was Planung und Betrieb erschwert. Um eine Änderung dieser Rahmenbedingungen herbeizuführen, sind sowohl Maßnahmen im Sinne eines Bottom-up- als auch eines Top-down-Ansatzes notwendig.

Nur bei einer hinreichenden Durchdringung der Versorgungsstrukturen mit Primärversorgungskonzepten im Sinne eines Bottom-up-Ansatzes können eine breite Evidenzbasis aufgebaut und ein übergreifender politischer Rückhalt erzeugt werden. Einen zentralen Baustein könnten dabei Zertifizierungskonzepte liefern, die eine gewisse Standardisierung und Formalisierung dessen erfordern, was ein PORT-Zentrum im Kern ausmacht. Hierdurch können Transaktionskosten gesenkt und Qualitätssignale übermittelt werden.

Top-down sollten zentrale Hemmnisse einer schnellen Adaption des Konzepts angegangen werden, die auf andere Weise nicht schnell adressiert werden können. Hierzu gehört insbesondere die Frage der Vergütung. Dies wird auf die eine oder andere Weise einen Ausgleich mit den Interessen der organisierten Ärzteschaft erfordern, die als zentraler Stakeholder mit in die Überlegungen integriert werden muss. Internationale Beispiele, gerade auch aus Ländern wie den USA, die sich in einem laufenden Transformationsprozess befinden, zeigen jedoch, dass aus der Ärzteschaft auch wichtige Unterstützung gewonnen werden kann, die das Projekt entscheidend voranbringt.

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass das Konzept der Primärversorgung ein großes Potenzial besitzt, die Qualität der Versorgung im deutschen Gesundheitssystem entscheidend weiter zu entwickeln. Mit den PORT-Zentren existiert hierfür ein konkretes Versorgungsmodell, welches seine Praxistauglichkeit im deutschen Kontext bereits unter Beweis gestellt hat. Um die Versorgung von ganzen Regionen und die Transformation des deutschen Gesundheitssystems insgesamt weiter voranzutreiben, gilt es nun, auf allen Ebenen Impulse zu setzen. Die hohe Frequenz der Gesetzgebung im Gesundheitssektor allgemein sowie aktuell forcierte Themen, wie die Reform der Versorgungsstrukturen und die Digitalisierung des Gesundheitswesens, sprechen dafür, dass sich Gelegenheiten ergeben werden, in naher Zukunft wirksame Akzente setzen zu können. Gelingt es, die Hürden für eine Verbreitung des Modells weiter abzusenken und im Bereich der gesetzlichen Grundlagen sowie der untergesetzlichen Normen einzelne Hindernisse zu beseitigen, können PORT-Zentren einen zunehmend wichtigen Beitrag für die Entwicklung des deutschen Gesundheitssystems leisten.

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1:	Gesundheitsausgaben im Verhältnis zum Bruttoinlandsprodukt und Finanzierung der Gesundheitsversorgung in Schweden	15
Abbildung 2:	Gesundheitsausgaben im Verhältnis zum Bruttoinlandsprodukt und Finanzierung der Gesundheitsversorgung in Kanada	21
Abbildung 3:	Teamstruktur einer Primärversorgungseinheit	26
Abbildung 4:	Entwicklung der Anzahl sozialversicherungspflichtig Beschäftigter und Arbeitsloser 2008 – 2019	30
Abbildung 5:	Ausgaben GKV nach Leistungsbereichen in Mrd. € und durchschnittliche jährliche Steigerung 2009 – 2018 in Prozent	34
Abbildung 6:	Koordination mehrerer PORT-Zentren in einer Region	35
Abbildung 7:	Autonome Cluster von PORT-Zentren ohne übergeordnete Koordination	38
Abbildung 8:	Regionsübergreifende Koordination von PORT-Zentren	39
Abbildung 9:	Phasen hin zu einer flächendeckenden Versorgung einer Region durch PORT-Zentren	40
Abbildung 10:	Schematisches Gantt-Diagramm zu zentralen Prozessschritten hin zu einer flächendeckenden Versorgung einer Region durch PORT-Zentren	43
Abbildung 11:	Dimensionen des Primärversorgungssystems	45
Abbildung 12:	Exemplarische Formulierung von Vision, Mission und Werten eines PORT-Zentrums	46
Abbildung 13:	Ein PORT-Zentrum mit einem breiten Spektrum verschiedener Integrations- und Kooperationsformen	49
Abbildung 14:	Von der sektoralen zur populationsbezogenen Versorgung	53
Abbildung 15:	Illustrative Hochrechnung des Bedarfs an PORT-Zentren	57
Abbildung 16:	Morbiditätsfaktoren für die hausärztliche Versorgung	59

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1:	Übersicht über die Ausgestaltung der Primärversorgung in ausgewählten Ländern	18
Tabelle 2:	Schematische Bedarfskalkulation zur Anzahl notwendiger PORT-Zentren exemplarisch für Baden-Württemberg	54

Abkürzungsverzeichnis

AAFP	American Academy of Family Physicians
AOLG	Arbeitsgemeinschaft der Obersten Landesgesundheitsbehörde
BÄK	Bundesärztekammer
BIP	Bruttoinlandsprodukt
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
BMSGPK	Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz
CHCF	California Health Care Foundation
CHN	Community Health Nurse
CMMI	Center for Medicare and Medicaid Innovation
EPHPP	Effective Public Healthcare Panacea Project
ELV	Einzelleistungsvergütung
FHT	Family Health Team
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
KBV	Kassenärztliche Bundesvereinigung
KFF	Kaiser Family Foundation
KOMV	Wissenschaftliche Kommission für ein modernes Vergütungssystem
MVZ	Medizinisches Versorgungszentrum
NCQA	National Committee for Quality Assurance
OECD	Organization for Economic Co-operation and Development
PCMH	Patient Centered Medical Homes
PORT-Zentrum	Patientenorientiertes Zentrum zur Primär- und Langzeitversorgung
PVZ	Primärversorgungszentrum
PVE	Primärversorgungseinheit
RKI	Robert Koch-Institut
SGB	Sozialgesetzbuch
SVR Gesundheit	Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen
WHO	World Health Organization

Literaturverzeichnis

AAFP (2007): Joint Principles for the Patient-Centered Medical Home. American Academy of Family Physicians. Leawood, KS. Online verfügbar unter https://www.aafp.org/dam/AAFP/documents/practice_management/pcmh/initiatives/PCMHJoint.pdf, zuletzt geprüft am 20.03.2020.

Albrecht, Tit; Pribakovic Brinovec, Radivoje; Josar, Dusan; Poldrugovac, Mircha; Kostnapfel, Tatja; Zaletel, Metka et al. (2016): Slovenia: Health System Review. In: *Health Systems in Transition* 18 (3), S. 1 – 207.

Andersson Bäck, Monica (2016): Risks and Opportunities of Reforms Putting Primary Care in the Driver's Seat. Comment on "Governance, Government, and the Search for New Provider Models". In: *International Journal of Health Policy and Management* 5 (8), S. 511 – 513. DOI: 10.15171/ijhpm.2016.64.

Andresh, Jasmin (2016): Primärversorgung: Mehr als nur Hausarzt? Online verfügbar unter <https://www.hausarzt.digital/politik/primaerversorgung-mehr-als-nur-hausarzt-23710.html>, zuletzt geprüft am 04.03.2020.

Anell, Anders; Dackehag, Margareta; Dietrichson, Jens (2018): Does risk-adjusted payment influence primary care providers' decision on where to set up practices? In: *BMC Health Services Research* 18 (1), S. 179. DOI: 10.1186/s12913-018-2983-3.

Anell, Anders; Glenngård, Anna H.; Merkur, Sherry (2012): Sweden health system review. In: *Health Systems in Transition* 14 (5), S. 1 – 159.

AOK-Bundesverband (2019): Lexikon. Primärversorgung. Online verfügbar unter https://www.aok-bv.de/lexikon/h/index_00384.html, zuletzt geprüft am 31.10.2019.

AOLG (2008): Bericht der Arbeitsgemeinschaft der Obersten Landesgesundheitsbehörden zur Sicherstellung der hausärztlichen Versorgung in Deutschland. Die Primärversorgung in Deutschland im Jahr 2020. Stand: 11.03.2008.

Ashcroft, Rachele (2015): Ontario's Family Health Teams. Politics Within the Model. In: *Canadian Social Work Review* 32 (2), S. 117 – 132. DOI: 10.7202/1034146ar.

Bachler, Herbert Johann; Bertsch, Raphael (2017): Reform der Primärversorgung in Österreich. Gibt es Potenzial im Bundesland Tirol? In: *Wiener Medizinische Wochenschrift* 168 (15 – 16), S. 406 – 414.

Bachner, Florian; Bobek, Julia; Habimana, Katharina; Ladurner, Joy; Lepuschütz, Lena; Ostermann, Herwig et al. (2018): Austria: Health System Review. In: *Health Systems in Transition* 20 (3), S. 1 – 254.

BÄK (2018): Ärzttestatistik zum 31. Dezember 2018.

Benstetter, Franz; Negele, Daniel; Lauerer, Michael; Schmid, Andreas (2020): Prospektive regionale Gesundheitsbudgets. Internationale Erfahrungen und Implikationen für Deutschland. Heidelberg: medhochzwei Verlag.

Berenson, Robert A.; Rich, Eugene C. (2010): US approaches to physician payment: the deconstruction of primary care. In: *Journal of General Internal Medicine* 25 (6), S. 613 – 618. DOI: 10.1007/s11606-010-1295-z.

- Beske, Fritz; Drabinski, Thomas; Golbach, Ute (2005): Leistungskatalog des Gesundheitswesens im internationalen Vergleich. Eine Analyse von 14 Ländern. Band I: Struktur, Finanzierung und Gesundheitsleistungen. Kiel: Schmidt & Klaunig (Schriftenreihe/Fritz Beske Institut für Gesundheits-System-Forschung Kiel, 104, I).
- Biscaia, André Rosa; Heleno, Liliana Correia Valente (2017): A Reforma dos Cuidados de Saúde Primários em Portugal: portuguesa, moderna e inovadora. In: *Ciencia & saude coletiva* 22 (3), S. 701 – 711.
DOI: 10.1590/1413-81232017223.33152016.
- BMG (2014): „Das Team rund um den Hausarzt“. Konzept zur multiprofessionellen und interdisziplinären Primärversorgung in Österreich. Wien.
- BMSGPK (2019a): Das Handbuch zur Gründung einer PVE. Wien.
- BMSGPK (2019b): Das österreichische Gesundheitssystem. Zahlen – Daten – Fakten.
3. vollständig überarbeitete Auflage. Wien.
- Bodenheimer, Thomas; Grumbach, Kevin (2012): *Understanding Health Policy. A Clinical Approach*.
6. Aufl. New York City: McGraw Hill.
- Bodenheimer, Thomas; Sinsky, Christine (2014): From triple to quadruple aim: care of the patient requires care of the provider. In: *Annals of Family Medicine* 12 (6), S. 573 – 576. DOI: 10.1370/afm.1713.
- Brown, Judith Belle; Ryan, Bridget L. (2018): Processes that influence the evolution of family health teams. In: *Canadian Family Physician* 64 (6), S. 283 – 289.
- Bundesagentur für Arbeit (2020a): Statistik der Bundesagentur für Arbeit. Arbeitslosigkeit im Zeitverlauf. Nürnberg. Online verfügbar unter <http://statistik.arbeitsagentur.de>, zuletzt aktualisiert am 26.03.2020, zuletzt geprüft am 09.04.2020.
- Bundesagentur für Arbeit (2020b): Statistik der Bundesagentur für Arbeit. Tabellen, Beschäftigte nach dem Arbeitsort (Zeitreihe Quartalszahlen). Nürnberg. Online verfügbar unter <http://statistik.arbeitsagentur.de>, zuletzt aktualisiert am 30.06.2020, zuletzt geprüft am 09.04.2020.
- Busse, Reinhard; Blümel, Miriam (2014): Germany. Health System Review. In: *Health Systems in Transition* 16 (2), S. 1 – 296.
- CHCF (2019): California Health Care Almanac. Online verfügbar unter <https://www.chcf.org/wp-content/uploads/2019/05/HealthCareCostsAlmanac2019.pdf>, zuletzt geprüft am 03.10.2019.
- Czypionka, Thomas; Kraus, Markus; Kronemann; Frank (2015a): *Bezahlungssysteme in der Primärversorgung*. Hg. v. Institut für höhere Studien. Wien. Online verfügbar unter <https://www.sozialversicherung.at/cdscontent/load?contentid=10008.714756&version=1425625231>, zuletzt geprüft am 27.10.2020.
- Czypionka, Thomas; Kraus, Markus; Kronemann; Frank (2015b): *Bezahlungssysteme in der Primärversorgung*. Institut für höhere Studien. Wien.
- Czypionka, Thomas; Ulinski, Susanna (2014): *Primärversorgung*. Institut für höhere Studien. Wien.
- da Silva Filho, André Soromenho (2008): Family Health Units vs. Primary Health Care Centres. Development of discrete event simulation models to compare the performance of the two organizational models.

- Demografie Portal des Bundes und der Länder (o.J.): Ontario's Family Health Teams – Erstversorgung stärken. Online verfügbar unter <https://www.demografie-portal.de/DE/Gute-Praxis/International/ontario-family-health-teams-kanada-erstversorgung-staerken.html>, zuletzt geprüft am 27.10.2020.
- Donner-Banzhoff, Norbert (2009): Die Zukunft der Primärmedizin. In: Zeitschrift für Allgemeinmedizin 2009, S. 234 – 239.
- Erickson, Shari. M. (2010): The Patient Centered Medical Home (PCMH): Overview of the Model and Movement. Hg. v. American College of Physicians. Washington, DC.
- Eurostat (2020): Eurostat Datenbank. Krankenhausbetten nach Behandlungsart. Kode: hlth_rs_bds, zuletzt aktualisiert am 24.02.2020, zuletzt geprüft am 16.04.2020.
- Ewers, Michael; Schaeffer, Doris; Hämel, Kerstin (2015): Gesundheit unterm Ahornblatt. In: Gesundheit und Gesellschaft 18 (9), S. 22 – 28.
- Family Health Teams (2009): Roadmap to Implementing a Family Health Team.
- Fleury, Sonia (2011): Brazil's health-care reform: social movements and civil society. In: The Lancet 377 (9779), S. 1724 – 1725. DOI: 10.1016/S0140-6736(11)60318-8.
- García-Armesto, Sandra; Abadía-Taira, María Begoña; Durán, Antonio; Hernández-Quevedo, Cristina; Bernal-Delgado, Enrique (2010): Spain: Health system review. In: Health Systems in Transition 12 (4), S. 1 – 295. Online verfügbar unter http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/128830/e94549.pdf.
- G-BA (2018): Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Abnahme des Endberichts „Gutachten zur Weiterentwicklung der Bedarfsplanung i.S.d. §§ 99 ff. SGB V zur Sicherung der vertragsärztlichen Versorgung“. Berlin.
- G-BA (2019): Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Bedarfsplanung sowie die Maßstäbe zur Feststellung von Überversorgung und Unterversorgung in der vertragsärztlichen Versorgung (Bedarfsplanungs-Richtlinie). Zuletzt geändert am 5. Dezember 2012, veröffentlicht im Bundesanzeiger (BAnz AT 20.12.2019 B9).
- Gerlof, Hauke (2018): Alpenrepublik setzt auf Primärversorgung im Team. Hg. v. Ärzte Zeitung. Online verfügbar unter <https://www.aerztezeitung.de/Politik/Alpenrepublik-setzt-auf-Primarversorgung-im-Team-223207.html>, zuletzt geprüft am 04.03.2020.
- Gesundheitsberichterstattung des Bundes (2019): Einnahmen und Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung. Thematische Recherche: Rahmenbedingungen – Gesetzliche Krankenversicherung – GKV, Einnahmen, Ausgaben. Online verfügbar unter www.gbe-bund.de, zuletzt aktualisiert am 01.08.2019, zuletzt geprüft am 09.04.2020.
- Giovanella, Ligia; de Souza Porto, Marcelo Firpo (2004): Gesundheitswesen und Gesundheitspolitik in Brasilien. Klinikum der Johann Wolfgang Goethe-Universität, Institut für Medizinische Soziologie. Frankfurt am Main (Arbeitspapiere aus dem Institut für Medizinische Soziologie, 25/2004).
- Green, Michael E.; Weir, Erica; Hogg, William; Etches, Vera; Moore, Kieran; Hunter, Duncan; Birtwhistle, Richard (2013): Improving Collaboration between Public Health and Family Health Teams in Ontario. In: Healthcare Policy 8 (3), e93-e104.
- Grunenberg, Guido (o.J.): Gesundheitssysteme in Europa: Das finnische Gesundheitssystem. iPG Newsletter 02-04, Freie Universität Berlin.

Häckl, Dennis (2010): Neue Technologien im Gesundheitswesen. Rahmenbedingungen und Akteure. Wiesbaden: Gabler Verlag.

Hämel, Kerstin; Backes, Dirce Stein; Giovanella, Ligia; Büscher, Andreas (2017): Familiengesundheitsstrategie in Brasilien – Profilierung der Pflege in der Primärversorgung. In: Pflege & Gesellschaft 22 (1), S. 35 – 50.

Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger (2018): Überlegungen zur zukünftigen Honorierung von Primärversorgungseinheiten. Ergebnisse eines gemeinsamen Workshops von VertreterInnen der Sozialversicherung und VertreterInnen der JAMÖ (Junge Allgemeinmedizin Österreich). Wien.

Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger (2019a): PVE Pilotprojekte. Online verfügbar unter <https://www.sozialversicherung.at/cdscontent/load?contentid=10008.731436&version=1579610802>, zuletzt geprüft am 27.10.2020.

Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger (2019b): Teambasierte Primärversorgung. Online verfügbar unter <https://www.sv-primarversorgung.at/cdscontent/?contentid=10007.796740&viewmode=content>, zuletzt geprüft am 19.12.2019.

Haydt, Susan Marie (2018): Politics and Professions: Interdisciplinary Team Models and Their Implications for Health Equity in Ontario. In: International Journal of Health Services 48 (2), S. 302 – 327. DOI: 10.1177/0020731417717384.

Hill, Alison P.; Griffiths, Siân; Gillam, Stephen (2007): Public health and primary care: Partners in population health. Oxford: Oxford University Press.

Hofmann, Johannes (2018): Die neuen Primärversorgungseinheiten. Todesstoß oder Rettung für die Allgemeinmedizin? (Laut gedacht).

international insurance.com (o. J.): Healthcare Systems in Brazil – Sistema Único de Saúde. Online verfügbar unter <https://www.internationalinsurance.com/health/systems/brazil.php>, zuletzt geprüft am 11.11.2019.

Kälble, Karl; Pundt, Johanne (2016): Pflege und Pflegebildung im Wandel – der Pflegeberuf zwischen generalistischer Ausbildung und Akademisierung. In: Klaus Jacobs, Adelheid Kuhlmeier, Stefan Greß, Jürgen Klauber und Antje Schwinger (Hg.): Pflege-Report 2016: Schwerpunkt: Die Pflegenden im Fokus. Stuttgart: Schattauer Verlag, S. 37 – 50.

KBV (2018a): Medizinische Versorgungszentren. Ein Leitfaden für Gründer. 4. Auflage, überarbeitete Ausgabe. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag.

KBV (2018b): Niedergelassene Ärzte werden immer älter. Online verfügbar unter <https://gesundheitsdaten.kbv.de/cms/html/16397.php>, zuletzt geprüft am 11.03.2020.

KBV (2019): Qualitätssicherung (QS). Ambulante und sektorenübergreifende Qualitätssicherung. Online verfügbar unter <https://www.kbv.de/html/qualitaetssicherung.php>, zuletzt aktualisiert am 07.11.2019, zuletzt geprüft am 28.04.2020.

KBV (2020a): Die Bedarfsplanung. Grundlagen, Instrumente und Umsetzung. Berlin.

KBV (2020b): Qualitätssicherung (sektorenübergreifend). Online verfügbar unter <https://www.kbv.de/html/sqs.php>, zuletzt aktualisiert am 21.04.2020, zuletzt geprüft am 28.04.2020.

KFF (2017): Side-by-Side Comparison: Medicare Accountable Care Organization (ACO) Models. Online verfügbar unter <https://www.kff.org/interactive/side-by-side-comparison-medicare-accountable-care-organization-aco-models/>, zuletzt geprüft am 16.07.2019.

KFF (2019): Health Insurance Coverage of the Total Population 2017. Online verfügbar unter <https://www.kff.org/other/state-indicator/total-population/?currentTimeframe=0&selectedRows=%7B%22wrapups%22:%7B%22united-states%22:%7B%7D%7D%7D&sortModel=%7B%22colId%22:%22Location%22,%22sort%22:%22asc%22%7D>, zuletzt geprüft am 08.07.2019.

Klančar, Darinka; Svab, Igor (2014): Primary care principles and community health centers in the countries of former Yugoslavia. In: Health Policy (Amsterdam, Netherlands) 118 (2), S. 166 – 172. DOI: 10.1016/j.healthpol.2014.08.014.

Klapper, Bernadette (2018a): Das PORT-Modell als Perspektive. Gesundheitsversorgung im ländlichen Raum: patientenorientiert – wohnortnah – integrierend. In: KU Gesundheitsmanagement 8, S. 45 – 47.

Klapper, Bernadette (2018b): Primärversorgung in Deutschland stärken. PORT und supPORT – Die Bausteine der Robert Bosch Stiftung. Stuttgart, zuletzt geprüft am 14.10.2019.

Kokko, Simo (2009): Integrated primary health care: Finnish solutions and experiences. In: International Journal of Integrated Care 9 (2), 1-9. DOI: 10.5334/ijic.310.

KOMV (2019): Empfehlungen für ein modernes Vergütungssystem in der ambulanten ärztlichen Versorgung. Bericht der Wissenschaftlichen Kommission für ein modernes Vergütungssystem – KOMV. Im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit.

Korsatko, Stefan (2017a): Dänemark, Norwegen und Schweden: „Alles besser“ in der Primärversorgung? Österreichisches Forum Primärversorgung im Gesundheitswesen. Online verfügbar unter <https://primaerversorgung.org/2017/04/18/daenemark-norwegen-und-schweden-alles-besser-in-der-primaerversorgung/>, zuletzt aktualisiert am 18.04.2017, zuletzt geprüft am 16.04.2020.

Korsatko, Stefan (2017b): Die Musterschüler – Primärversorgung in den Niederlanden, Portugal und dem Vereinigten Königreich. Österreichisches Forum Primärversorgung im Gesundheitswesen. Online verfügbar unter <https://primaerversorgung.org/2017/06/09/die-musterschueler-primaerversorgung-in-den-niederlanden-portugal-und-dem-vereinigten-koenigreich/>, zuletzt aktualisiert am 09.06.2017, zuletzt geprüft am 16.04.2020.

Korsatko, Stefan (2017c): Primärversorgung bei unseren Nachbarn Deutschland, Schweiz und Slowenien. Österreichisches Forum Primärversorgung im Gesundheitswesen. Online verfügbar unter <https://primaerversorgung.org/2017/05/08/primaerversorgung-bei-unserer-nachbarn-deutschland-schweiz-und-slowenien/>, zuletzt aktualisiert am 08.05.2017, zuletzt geprüft am 16.04.2020.

Kringos, Dionne S.; Boerma, Wienke G. W.; Hutchinson, Allen; van der Zee, Jouke; Groenewegen, Peter P. (2010): The breadth of primary care: a systematic literature review of its core dimensions. In: BMC Health Services Research 10, S. 65. DOI: 10.1186/1472-6963-10-65.

Kroneman, Madelon (o. J.): Paying General Practitioners in Europe. Utrecht.

Kroneman, Madelon; Boerma, Wienke; van den Berg, Michael; Groenewegen, Peter; Jong, Judith de; van Ginneken, Ewout (2016): Netherlands. Health system review. Hg. v. The European Observatory on Health Systems and Policies (Health Systems in Transition, 18 (2)).

- Macinko, James; Starfield, Barbara; Shi, Leiyu (2003): The contribution of primary care systems to health outcomes within Organization for Economic Cooperation and Development (OECD) countries, 1970 – 1998.
In: Health Services Research 38 (3), S. 831 – 865. DOI: 10.1111/1475-6773.00149.
- Marmot, Michael (2005): Social determinants of health inequalities.
In: The Lancet 365 (9464), S. 1099 – 1104. DOI: 10.1016/S0140-6736(05)71146-6.
- Marmot, Michael; Allen, Jessica; Boyce, Tammy; Goldblatt, Peter; Morrison, Joana (2020): Health Equity in England: The Marmot Review 10 Years On. The Health Foundation. London.
- Maun, Andy; Wessman, Catrin; Sundvall, Pär-Daniel; Thorn, Jörgen; Björkelund, Cecilia (2015): Is the quality of primary healthcare services influenced by the healthcare centre's type of ownership? – An observational study of patient perceived quality, prescription rates and follow-up routines in privately and publicly owned primary care centres.
In: BMC Health Services Research 15, S. 417. DOI: 10.1186/s12913-015-1082-y.
- Mayr, Heidelinde; Eibensteiner, Harald; Hauser, Harald; Scheweder, Mario; Weissenbacher, Michaela (o. J.): Primärversorgungseinheiten – Eröffnung neuer Wege. FH Gesundheitsberufe OÖ. Linz.
- Miller, Robin; Weir, Catherine; Gulati, Steve (2018): Transforming primary care: scoping review of research and practice.
In: Journal of Integrated Care 26 (3), S. 176 – 188. DOI: 10.1108/JICA-03-2018-0023.
- O'Dell, Michael L. (2016): What is a Patient-Centered Medical Home? In: Missouri Medicine 113 (4), S. 301 – 304.
- OECD (2019): Health at a Glance 2019. OECD Indicators. Paris: OECD Publishing. Online verfügbar unter <https://doi.org/10.1787/19991312>.
- OECD (2020): OECD Health Statistics. Health expenditure and financing. Online verfügbar unter <https://doi.org/10.1787/health-data-en>, zuletzt geprüft am 08.04.2020.
- Ontario Ministry of Health and Long-Term Care (2016): Family Health Teams. Online verfügbar unter <http://www.health.gov.on.ca/en/pro/programs/fht/>, zuletzt aktualisiert am 22.01.2016, zuletzt geprüft am 09.04.2020.
- Österreichische Sozialversicherung (o. J.): Detailinformation. Primärversorgungseinheiten. Online verfügbar unter <https://www.sv-primarversorgung.at/cdscontent/?contentid=10007.796754&viewmode=content>, zuletzt geprüft am 20.02.2020.
- Österreichisches Parlament (23.05.2013): Bundesgesetz zur partnerschaftlichen Zielsteuerung-Gesundheit. Gesundheits-Zielsteuerungsgesetz – G-ZG.
- Österreichisches Parlament (2017): Neu im Gesundheitsausschuss. S-V-Antrag sieht Einrichtung von 75 Primärversorgungseinheiten bis 2021 vor. Online verfügbar unter https://www.parlament.gv.at/PAKT/PR/JAHR_2017/PK0762/, zuletzt geprüft am 11.11.2019.
- Österreichisches Parlament (02.08.2017): Bundesgesetz über die Primärversorgung in Primärversorgungseinheiten. Primärversorgungsgesetz 2017 – PVG 2017.
- Peikes, Deborah; Taylor, Erin Fries; O'Malley, Ann S.; Rich, Eugene C. (2020): The Changing Landscape Of Primary Care: Effects Of The ACA And Other Efforts Over The Past Decade.
In: Health Affairs 39 (3), S. 421 – 428. DOI: 10.1377/hlthaff.2019.01430.

Petkantchin, Valentin (2012): The limits of government-run health care systems: the Swedish example. Institut Économique Molinari.

Philip, Susan; Govier, Diana; Pantely, Susan (Hg.) (2019): Patient-Centred Medical Home. Developing the business case from practice perspective. Milliman White Paper. Submitted to: National Committee for Quality Assurance. Milliman. Seattle.

Rebhandl, Erwin (2014): Neue Wege in der Primärversorgung. Zur Optimierung der wohnortnahen Gesundheitsversorgung in Österreich. Wien (Gesundheits-Oeconomica: Schriftenreihe der österreichischen Gesellschaft für Gesundheitsökonomie).

Rich, Eugene C. (2018): Payment Reform to Transform Primary Care: What More Is Needed?
In: Journal of General Internal Medicine 33 (7), S. 986–988. DOI: 10.1007/s11606-018-4447-1.

RKI (2015): Gesundheit in Deutschland. Gesundheitsberichterstattung des Bundes.
Gemeinsam getragen von RKI und Destatis. Berlin.

Robert Bosch Stiftung (2018): PORT – Patientenorientierte Zentren zur Primär- und Langzeitversorgung. Versorgungszentren in ländlichen Provinzen Nordschwedens (Vårdcentraler). Stuttgart.

Rosenthal, Thomas C. (2008): The medical home: growing evidence to support a new approach to primary care.
In: Journal of the American Board of Family Medicine : JABFM 21 (5), S. 427 – 440. DOI: 10.3122/jabfm.2008.05.070287.

Rosser, Walter W.; Colwill, Jack M.; Kasperski, Jan; Wilson, Lynn (2011): Progress of Ontario's Family Health Team model: a patient-centered medical home. In: Annals of Family Medicine 9 (2), S. 165 – 171. DOI: 10.1370/afm.1228.

Saltman, Richard B. (1992): Recent health policy initiatives in Nordic countries.
In: Health Care Financing Review 13 (4), S. 157 – 166.

Schaeffer, Doris (2017): Advanced Nursing Practice – Erweiterte Rollen und Aufgaben der Pflege in der Primärversorgung in Ontario/Kanada. In: Pflege & Gesellschaft 22 (1), S. 18–35.

Schaeffer, Doris; Hämel, Kerstin; Ewers, Michael (2015): Versorgungsmodelle für ländliche und strukturschwache Regionen. Anregungen aus Finnland und Kanada. Weinheim und Basel: Beltz Juventa.

Schmid, Andreas; Hauff, Tobias; Kramer, Marion (2020): BMC-Kongress 2020. Posterbeitrag:
Ein Jahr Intersektorale Gesundheitszentren (IGZ) – eine Bestandsaufnahme. Berlin.

Schmitt-Sausen, Nora (2010): Finnisches Gesundheitssystem: Durchorganisiert, effizient, gut?
In: Deutsches Ärzteblatt 107 (24), S. 1198 – 1199.

Silva, Tatiane Aparecida Moreira da; Fracolli, Lislaine Aparecida; Chiesa, Anna Maria (2011): Professional trajectory in the Family Health Strategy: focus on the contribution of specialization programs.
In: Revista latino-americana de enfermagem 19 (1), S. 148 – 155. DOI: 10.1590/s0104-11692011000100020.

Starfield, Barbara (1994): Is primary care essential?
In: The Lancet 344 (8930), S. 1129 – 1133. DOI: 10.1016/s0140-6736(94)90634-3.

Starfield, Barbara (1998): Primary care. Balancing health needs, services, and technology. Rev. ed. New York, Oxford: Oxford University Press.

Starfield, Barbara; Shi, Leiyu; Macinko, James (2005): Contribution of Primary Care to Health Systems and Health.
In: The Milbank Quarterly 83 (3), S. 457 – 502.

Starr, Paul (2017): The social transformation of American medicine. The Rise of a Sovereign Profession and the Making of a Vast Industry. 2. Aufl. New York: Basic Books.

SVR Gesundheit (2001): Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit. Gutachten 2000/2001. Baden-Baden: Nomos-Verlag.

SVR Gesundheit (2009a): Koordination und Integration – Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens. Sondergutachten 2009. Baden-Baden: Nomos-Verlag.

SVR Gesundheit (2009b): Koordination und Integration – Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens. Sondergutachten 2009 Kurzfassung.

SVR Gesundheit (2014): Bedarfsgerechte Versorgung – Perspektiven für ländliche Regionen und ausgewählte Leistungsbereiche. Gutachten 2014. Bern: Hans Huber.

SVR Gesundheit (2018): Bedarfsgerechte Steuerung der Gesundheitsversorgung. Gutachten 2018. Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.

Swartling, Per G. (2006): Den svenska allmänmedicinska historia [Die Geschichte der Allgemeinmedizin in Schweden]. In: Läkartidningen 103 (24-25), S. 1950 – 1953. Online verfügbar unter http://www.lakartidningen.se/OldWebArticlePdf/4/4318/LKT0624s1950_1953.pdf.

Swedish National Audit Office (Riksrevisionen) (2014): Primary health care governance – based on need or demand? RiR 2014:22. Stockholm.

The Conference Board of Canada (2014): Final Report: An External Evaluation of the Family Health Team (FHT) Initiative. Kanada.

The Joint Commission (2011): NCQA Level 3 PCMH Recognition Requirements Compared to 2011. Joint Commission Standards and EPs. Oakbrook Terrace. Online verfügbar unter https://www.jointcommission.org/-/media/deprecated-unorganized/imported-assets/tjc/system-folders/topics-library/pcmh-ncqa_crosswalk-final_june_2011pdf.pdf?db=web&hash=C945EA16E9C696B9EA835D8736D1534A.

The Physicians Foundation (2018): 2018 Survey of America's Physicians: Practice Patterns & Perspectives. Online verfügbar unter <https://physiciansfoundation.org/wp-content/uploads/2018/09/physicians-survey-results-final-2018.pdf>, zuletzt geprüft am 11.09.2019.

Ulrich, Lisa-R; Pham, Thuy-Nga Tia; Gerlach, Ferdinand M.; Erler, Antje (2019): Family Health Teams in Ontario – Vorstellung eines kanadischen Primärversorgungsmodells und Anregungen für Deutschland. In: Gesundheitswesen 81 (6), S. 492 – 497. DOI: 10.1055/s-0043-111406.

UWPHI; Robert Wood Johnson Foundation (o. J.): County Health Rankings & Roadmaps. Building a Culture of Health, County by County. 2019 Ranked Measures & Data Sources.

Vogeler, Siv Astrid (2016): Beispielhaftes Finnland? Online verfügbar unter <https://www.hausarzt.digital/politik/beispielhaftes-finnland-23874.html>, zuletzt geprüft am 09.03.2020.

Völkel, Manuela; Weidner, Frank (2020): Community Health Nursing. Meilenstein in der Primärversorgung und der kommunalen Daseinsvorsorge. In: Pflege. Praxis – Geschichte – Politik. Bonn (Pflege), S. 318 – 329.

Walendzik, Anke; Wasem, Jürgen (2019): Vergütung ambulanter und ambulant erbringbarer Leistungen. Gesundheitspolitisch zielgerechte Integrationsmodelle über sektorale Leistungsträger und Finanzierungssysteme. Hg. v. Bertelsmann Stiftung. Gütersloh.

WHO (1978): Erklärung von Alma-Ata. Genf.

WHO (1996): Health Care Systems in Transition. Sweden. Copenhagen.

WHO (2008a): Closing the Gap in a Generation. Health Equity through Action on the Social Determinants of Health. Geneva: World Health Organization.

WHO (2008b): The World Health Report 2008. Primary Health Care. Now More Than Ever. Genf.

Zhai, Shaohui; Malouin, Rebecca A.; Malouin, Jean M.; Stiffler, Kathy; Tanner, Clare L. (2019): Multipayer primary care transformation: impact for Medicaid managed care beneficiaries. In: The American Journal of Managed Care 25 (11), e349-e357.

Impressum

Herausgegeben von der

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

Kontakt in der Stiftung

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

Copyright

Robert Bosch Stiftung GmbH
Stuttgart, 2020
Alle Rechte vorbehalten.

Gestaltung

siegel konzeption | gestaltung, Stuttgart

Druck

Offizin Scheufele
Druck und Medien GmbH & Co. KG

ISBN

978-3-939574-61-3

DOI

10.15495/EPub_UBT_00005134

Autoren

PD Dr. Andreas Schmid (Projektleiter)
Sarah Günther
Jochen Baierlein

Unter Mitwirkung von

Franziska Bächer
Markus Bunzel
Viktoria Geier
Katrín Huff
Laura Kneip
Claudius Nagler
Irina Quandt

Oberender AG
Unternehmensberatung im Gesundheitswesen
Friedrichstraße 20
95444 Bayreuth
Telefon +49 921 745443-0
Fax +49 921 745443-29
info@oberender.com

Wissenschaftlicher Beirat

Prof. Dr. Jörg Schlüchtermann, Universität Bayreuth
Prof. Dr. Volker Ulrich, Universität Bayreuth

