IMPULSE

Prävention und Primärversorgung in einer vitalen Kommune

Ausgabe 10/2026

AOK Rheinland/Hamburg
Die Gesundheitskasse.

Zur Sache

Liebe Leserinnen und Leser,

es gibt viele Krankheiten, aber nur eine Gesundheit. Sie ist Bestandteil des menschlichen Glücks. Unser Gesundheitswesen darf auch deshalb kein reiner Reparaturbetrieb sein. Wir können uns mit der zu geringen Anzahl an gesunden Lebensjahren nicht zufriedengeben.

Wie schaffen wir es, besser und gesünder zu leben? Eine Präventionsoffensive ist vielleicht ein Lichtblick, aber bei Weitem nicht ausreichend. Gesundheit hängt oft stark vom Wohnumfeld und der sozialen Lage ab. Wo entscheidet sich, ob eine Kommune ein gesundes Aufwachsen ermöglicht?

Um einen gesellschaftlichen Aufbruch zu erreichen, bedarf es einer konzertierten Aktion auf Bundes-, Landes- und Kommunalebene. Es muss selbstverständlich werden, dass Gesundheit in allen politischen Handlungsfeldern mitbedacht wird. Das ist auch ein Grund dafür, dass wir uns für eine normative Verankerung von Gesundheit im Grundgesetz aussprechen.

Deutlich mehr als ein Ärgernis ist derweil auch die mangelnde Vergabe von zeitnahen ambulanten ärztlichen Behandlungsterminen, die das Risiko der Verschleppung von Erkrankungen in sich trägt. Darüber hinaus sind die Koordination, Kooperation und Kommunikation im Behandlungsverlauf verbesserungswürdig.

Wichtige Impulse für die Prävention und eine zukunftsfähige Primärversorgung vor Ort hat unsere Veranstaltung „AOK im Dialog“ im Frühjahr gesetzt. Diese greifen wir im aktuellen Newsletter auf.

Mit diesem Link geht es zu den Highlights der Veranstaltung: „AOK im Dialog“

Ich wünsche Ihnen
eine anregende Lektüre.

Günter Wältermann
Vorsitzender des Vorstandes
der AOK Rheinland/Hamburg

Inhalt

1 **Zur Sache**
Besser und gesünder leben
Günter Wältermann

3 **Politik**
„Wir haben nicht so wahnsinnig viel Zeit"
Dr. Georg Kippels MdB

4 **Interview**
Ein lernendes Gesundheitssystem in Deutschland schaffen
Prof. Dr. Viktoria Stein

7 **Aus der Region**
Wenn Prävention und Versorgung an Grenzen in der Kommune stoßen
Jens Ernesti

9 **Blick ins Ausland**
Die Gesundheitsdrehscheibe in Graz
Angela Koch

11 **Vitale Region**
Bündnis von gut ausgestattetem ÖGD, aktiver Kommune und engagierten Krankenkassen nötig
Prof'in Dr. Dagmar Starke

13 **Meinung**
Versorgung braucht Steuerung
Dr. med. Frank Bergmann

15 **Kommunalpolitik**
Näher an den Menschen, besser vernetzt, sozial gerechter
Daniel Rinkert MdB

17 **Caring Community**
Gut leben, gut sterben, gut trauern: Palliativversorgung – vermittelt durch Primärversorgungszentren
Prof. Dr. Raymond Voltz

19 **Interview**
Von Polen lernen – Deutschland wurde überholt
Dr. Pawel Zuk

20 **Versorgung**
Verankerung der Psychotherapie im Primärversorgungszentrum
Timo Harfst

22 **Apotheken**
Medikationsmanagement gehört in das Primärversorgungszentrum
Thomas Preis

23 **Interview**
Potential der vielen Gesundheitsberufe entfesseln
Prof. Nils Gutacker, PhD

25 **Botschaften**
Forderungen der AOK Rheinland/Hamburg
Vorstand der AOK Rheinland/Hamburg

Dr. Georg Kippels MdB bei „AOK im Dialog“

„Wir haben nicht so wahnsinnig viel Zeit“

> *„Beim Thema Primärversorgung müssen wir gemeinschaftlich auf die Idee kommen, dass wir auch im Gesundheitssystem ein eingebautes Navigationssystem brauchen. Also, wie es im Auto ja eigentlich an der Tagesordnung ist, wenn mit dem Einsteigen das Auto schon weiß, wo es hingeht.“*
>
> Dr. Georg Kippels MdB

© Tobias Koch

Dr. Georg Kippels MdB

Zur Person:
Dr. Georg Kippels MdB ist Parlamentarischer Staatssekretär beim Bundesminister für Gesundheit. Seit 2013 ist er Mitglied des Deutschen Bundestages für die CDU, zudem Mitglied des Parlamentskreises Mittelstand der CDU/CSU-Fraktion im Bundestag (Vorsitzender AG Gesundheit).

AOK-Vorstandschef Günter Wältermann im Gespräch mit dem Parlamentarischen Staatssekretär im BMG, Dr. Georg Kippels MdB (r.). ©Gomes Nunes

> *„Wenn wir es mit 500 Milliarden im Moment nicht schaffen, die Bevölkerung zur Zufriedenheit aller Beteiligten zu versorgen, liegt es nicht an der Geldmenge. Also, wenn 500 Milliarden bei 84 Millionen Bürgerinnen und Bürgern nicht ausreichen, ist das ein strukturelles Problem und kein Geldmengenproblem.“*
>
> Dr. Georg Kippels MdB

Prof. Dr. Viktoria Stein

Ein lernendes Gesundheitssystem in Deutschland schaffen

Was können wir von anderen Ländern für die ambulante Versorgung lernen – und warum tut sich Deutschland so schwer mit Reformen? Wieso kommt ein Land wie Österreich hier vielleicht schneller voran?

Prof. Stein: „Man kann in der ambulanten Versorgung natürlich viel von anderen Ländern lernen. In den Niederlanden etwa wird weit stärker gesteuert – da kommt man gar nicht so leicht ins Krankenhaus, sondern muss zuerst zum Hausarzt. Es gibt dort allerdings auch schon viel länger integrierte Primärversorgungspraxen, die multiprofessionell arbeiten. Was man zudem von den Niederlanden als auch von ganz Skandinavien mitnehmen kann, ist, dass Evaluation von Anfang an mitgedacht wurde. Man schaut also, was funktioniert und was nicht. Man ist ja oft versucht zu sagen, Deutschland sei ein großes Land, deshalb gehe es hier schwerer, aber auch Spanien hat es geschafft und in Kanada funktioniert es auch. In Österreich war es übrigens unser Vorteil, dass ein scheidender Gesundheitsminister das Primärversorgungsgesetz gegen viele Widerstände durchgedrückt hat."

Zur Inter- und Multiprofessionalität in der Primärversorgung: Könnten Sie sich vorstellen, dass je nach regionalen Bedarfen Psychotherapeut:innen, Kinderärzt:innen, Dermatolog:innen, Augenärzt:innen (konservativ, nicht operierend), Pharmazeut:innen, Community Health Nurses etc. in einer Primärversorgungseinheit arbeiten? Welche Vorteile würde das bieten?

> *„International ist das der Standard, zumindest in allen Ländern, die Primärversorgung als Dreh- und Angelpunkt sehen. In einem integrierten Versorgungsnetzwerk ist Interprofessionalität stets dabei, mit verschiedensten Berufsgruppen bis hin zum Sozialarbeiter, der auch schon in dieser Institution sitzt."*
>
> Prof. Dr. Viktoria Stein

Wie soll ein Primärversorgungszentrum auf kommunaler Ebene vernetzt werden – zum Beispiel mit ÖGD und Krankenkassen?

Prof. Stein: „Die Vernetzung zwischen Primärversorgung und Fachärzten ist sicher ein wichtiger Punkt. In England und Katalonien gibt es Beispiele, wo Primärversorgungszentren mit lokalen Krankenhäusern oder Unikliniken spezialisierte Netzwerke aufgebaut haben. Das heißt, es kommen zum Beispiel Fachärzte für COPD in die Primärversorgungszentren – entweder digital oder aber face to face. Sie helfen dann einerseits bei schwierigen Fällen, aber andererseits geht es da um die Ausbildung. Oft hören wir nämlich, dass Leute mit chronischen Krankheiten in die Krankenhäuser oder zu den Fachärzten geschickt werden, weil sich die Primärversorger nicht sicher fühlen. Sie haben das vielleicht mal im Studium gelernt, aber sie wissen nicht wirklich, wie sie mit diesen Patienten umgehen sollen. Eine andere Vernetzung ist die in den Sozialbereichen. Die Anbindung von mobilen Pflegedienstleistern oder Sozialarbeitern ist wichtig.

> *„Denn wir haben gelernt, dass Berufsgruppen, die einander nicht wirklich kennen, in der Regel auch nicht kommunizieren oder sich vernetzen werden."*
>
> Prof. Dr. Viktoria Stein

Wir müssen also diese Verbindungen herstellen und genau erklären, was etwa ein Physiotherapeut oder eine Psychologin darf. Ganz oft scheitert die Vernetzung daran, dass die verschiedenen Berufsgruppen gar keine Ahnung davon haben, was die anderen machen und können."

Sie betonten in der Vergangenheit oft das Prinzip der kollektiven Führung. Wie kann kollektive Führung konkret dazu beitragen, die Zusammenarbeit zwischen Hausärzten, Fachärzten und weiteren Gesundheitsberufen in der deutschen Primärversorgung zu verbessern?

Prof. Stein: „Einerseits ist da ganz entscheidend, dass strategisches Monitoring und Evaluierung durchgeführt werden, also Performance geprüft wird. Anhand von Gesundheitsoutcomes muss die integrierte Versorgung gemessen werden, nicht aufgrund von Einzelindikatoren, die an einer Berufsgruppe hängen.

Das wäre ein wichtiger Teil, um kollektive Führung zu erreichen. Solange es aber eine ärztliche Unterschrift für alles und jedes braucht, wird keine kollektive Führung möglich sein.

Und dieses Unterschriftsphänomen ist ein absolutes Spezifikum von Deutschland und Österreich – das gibt es sonst nirgendwo.

Ob es in der psychischen Versorgung oder auch bei Physiotherapeuten ist, es gäbe genug Berufsgruppen, die genauso Verantwortung übernehmen können. Wenn die Letztverantwortung aber immer beim Arzt hängt, will er natürlich auch überall mitreden. Ist ja auch logisch. Also muss man das mal aufbrechen.

> *„In Schweden etwa wurde eine duale Führung eingeführt aus Psychiatern und den lokalen Mental Health Services."*
>
> Prof. Dr. Viktoria Stein

Die entscheiden zusammen über Budgets und Personal. Das nimmt viel Druck aus dem System, weil nicht alles an einer Person hängt und gegenseitige Unterstützung erfolgt."

> *„Auch in einem System wie in Deutschland ist aus meiner Sicht ein Co-Ownership sinnvoll, wenn es um die Primärversorgungszentren geht – also nicht nur Ärzte sind dabei, sondern auch andere Gesundheitsberufe. Man kann auch andenken, dass auch eine Gemeinde im Besitz der Einrichtung ist und dann die Ärzte etc. anstellt. Das wäre gerade in ländlichen Gebieten sinnvoll, weil man das persönliche Risiko quasi herausnimmt und in die öffentliche Hand legt."*
>
> Prof. Dr. Viktoria Stein

Welche Fähigkeiten und kulturellen Veränderungen sind aus Ihrer Sicht notwendig, damit Akteure in der Primärversorgung stärker vernetzt und patientenzentriert arbeiten?

Prof. Stein: „Wir müssen durch die Bank allen Gesundheitsberufen schon in der Ausbildung mitgeben, dass sie in einem learning health system agieren und im Arbeitsleben immer weiterlernen müssen. Einfach, weil sich im Gesundheitssystem stets so viele Dinge ändern. Der andere Punkt ist zu evaluieren, zu messen und Feedback nicht nur zu akzeptieren, sondern auch zu nutzen. Hinzu muss Kommunikation viel stärker in den Mittelpunkt gerückt werden. Jede Berufsgruppe hat quasi ihre eigene Sprache und das wird sehr oft unterschätzt. In der Zukunft gilt es aber, hier eben eine gemeinsame Sprache zu entwickeln.

Gegenüber den Menschen muss zudem viel stärker klargemacht werden: Das ist euer Gesundheitssystem, ihr zahlt dafür, ihr müsst auch Dinge einfordern. Patientenvertreter sollten wie im Ausland viel stärker eingebunden werden – bis hin zur Stimmberechtigung in wichtigen Gremien. Das schafft ein ganz anderes Bewusstsein.

Die Krankenkassen wiederum sollten viel mehr in Richtung Prävention denken. Ein Großteil der Krankheiten kann verhindert beziehungsweise ihr Fortschritt verlangsamt werden. Wir brauchen zudem mehr Daten und ein adäquates Anreiz- und Vergütungssystem, das Outcomes mit im Blick hat – und darauf sollte gedrängt werden."

© Foto Nelson

Prof. Dr. Viktoria Stein

Zur Person:
Prof. Dr. Viktoria Stein ist Assistenz-Professorin in Leiden an der University Den Haag (Niederlande), davor war sie Co-Founder and Co-CEO VM Partners Integrating Health and Care, Direktorin der International Foundation for Integrated Care (IFIC) in Oxford und Consultant bei der WHO; sie absolvierte ein Studium der Philosophie und Gesundheitswissenschaften.

Jens Ernesti

Wenn Prävention und Versorgung an Grenzen in der Kommune stoßen

Gesundheit entsteht nicht erst im medizinischen Versorgungssystem. Sie entsteht im Alltag der Menschen, in ihren Lebenswelten: in Familien, Kitas, Schulen, Betrieben und Quartieren. Genau hier setzt moderne Gesundheitsförderung an. Und genau hier kommt den Kommunen eine Schlüsselrolle zu.

> *„Gleichzeitig erleben wir, dass sich zentrale Herausforderungen der Gesundheitsversorgung zunehmend auf der kommunalen Ebene bündeln."*
>
> Jens Ernesti

Der demografische und soziale Wandel, eine steigende Inanspruchnahme, Fachkräftemangel und soziale Ungleichheiten wirken vor Ort zusammen. Das bringt Versorgungssysteme spürbar unter Druck.

Die Konsequenz liegt auf der Hand: Gesundheitsförderung und Prävention sind keine ergänzenden Aufgaben mehr. Sie sind eine notwendige Voraussetzung dafür, dass Versorgung überhaupt noch funktionieren kann.

Vor diesem Hintergrund lassen sich zwei zentrale Thesen formulieren.

> *„Die erste These lautet: Ohne echte Vernetzung von Kommune, Krankenkassen und Leistungserbringern bleibt Gesundheitsförderung Stückwerk."*
>
> Jens Ernesti

In der Praxis erleben wir ein hohes Engagement vieler Akteure. Krankenkassen, Einrichtungen des Gesundheitswesens, soziale Träger und Bildungseinrichtungen bringen vielfältige Angebote ein. Diese Vielfalt ist eine Stärke.

Ihre Wirkung entfaltet sie jedoch erst dann vollständig, wenn sie miteinander verbunden wird. Genau hier liegt die Aufgabe der Kommune. Sie schafft den Rahmen für verbindliche Zusammenarbeit. Sie bringt Akteure zusammen, sorgt für Austausch und ermöglicht abgestimmtes Handeln.

Es geht nicht um einzelne Projekte, sondern um ein tragfähiges Miteinander. Entscheidend ist dabei, dass alle Beteiligten ihre jeweiligen Stärken einbringen und die Zusammenarbeit auf Augenhöhe gestalten.

© Simon Erath

Jens Ernesti

Zur Person:
Jens Ernesti ist Dezernent für Soziales, Jugend, Gesundheit und Arbeit beim Kreis Viersen sowie Leiter des Krisenstabes des Kreises. Er ist Vorsitzender der Kommunalen Gesundheitskonferenz Kreis Viersen und zuständig für das Jobcenter Kreis Viersen. Zudem ist Ernesti Vizepräsident des DRK-Kreisverbandes Viersen. Zuvor war er in der Gemeinde Grefrath verantwortlich für Gemeindeentwicklung, Wirtschaftsförderung und Tourismus sowie als Fraktions- und Parteigeschäftsführer tätig. Ernesti ist studierter Sozialwissenschaftler mit langjähriger kommunalpolitischer Erfahrung und vielfältig ehrenamtlich engagiert.

Im Kreis Viersen ist dafür eine klare Struktur entstanden.

Die Kommunale Gesundheitskonferenz übernimmt eine wichtige Koordinierungsfunktion und setzt den strategischen Rahmen. Darauf aufbauend arbeitet das Netzwerk Gesunde Kommune Kreis Viersen, ein gemeinsames Projekt des Gesundheitsamtes des Kreises und des Kreissportbundes in enger Kooperation mit den Krankenkassen AOK Rheinland/Hamburg, Barmer und TK.

Alle kreisangehörigen Städte und Gemeinden haben die Bedeutung dieser Aufgabe erkannt und bringen sich aktiv in das Netzwerk ein.
Vor Ort entstehen Gesundheitswerkstätten, in denen konkrete Maßnahmen entwickelt und umgesetzt werden. So wird Gesundheitsförderung greifbar und nah an den Lebensrealitäten der Menschen organisiert.

> *„Die zweite These lautet: Gesundheitsförderung darf kein Projekt bleiben, sondern muss strukturell abgesichert werden."*
>
> Jens Ernesti

Viele Initiativen zeigen, was möglich ist. Gleichzeitig wird deutlich, dass projektbezogene Ansätze allein nicht ausreichen. Nachhaltige Gesundheitsförderung braucht verlässliche Strukturen und sie braucht Ressourcen. Netzwerkarbeit ist ressourcenintensiv. Sie erfordert Personal, das Kooperationen organisiert, Prozesse steuert und Projekte in die Umsetzung bringt. Gesundheitsförderung ist nicht zum Nulltarif zu haben.

> *„Wer nachhaltige Wirkung will, muss bereit sein, die notwendigen Voraussetzungen zu schaffen."*
>
> Jens Ernesti

Das Konzept der Gesunden Kommune trägt diesem Anspruch Rechnung. Es verankert Gesundheitsförderung als dauerhafte Aufgabe und sorgt dafür, dass Zusammenarbeit nicht vom Zufall abhängt, sondern organisiert wird.

Für eine funktionierende regionale Gesundheitsversorgung bedeutet das:

> *„Gesundheitsförderung und Prävention müssen fester Bestandteil kommunaler Verantwortung sein.*
> *Sie entlasten die medizinische Versorgung, stärken die Lebensqualität und helfen dabei, Gesundheit für alle Menschen erreichbar zu halten. Prävention beginnt vor Ort.*
>
> *Und sie gelingt nur dann, wenn wir sie gemeinsam organisieren, verbindlich strukturieren und ausreichend ausstatten."*
>
> Jens Ernesti

Weitere Informationen zum Netzwerk „Gesunde Kommune Kreis Viersen" finden Sie unter: www.kreis-viersen.de/themen/gesundheit/netzwerk-gesunde-kommune-kreis-viersen

Angela Koch

Die Gesundheitsdrehscheibe in Graz

Vor drei Jahren wurde mit der Gesundheitsdrehscheibe Graz eine zentrale Anlaufstelle für Gesundheitsfragen geschaffen – und damit eine Antwort auf sichtbar gewordene Versorgungslücken.

Das Besondere an der Einrichtung ist ihre kommunale Verankerung: Als Referat des Gesundheitsamtes vereint die Gesundheitsdrehscheibe Gesundheitsförderung, Prävention, soziale Unterstützung sowie Leistungen aus Community Health Nursing, Physiotherapie, klinischer Psychologie, Psychotherapie und Diätologie unter einem Dach – kostenfrei, niederschwellig und weitgehend entbürokratisiert.

Zentrale Schnittstelle im Gesundheitswesen

Heute ist die Gesundheitsdrehscheibe eine wichtige Schnittstelle innerhalb der Grazer Gesundheitslandschaft. Sie unterstützt Menschen mit gesundheitlichen, psychosozialen oder organisatorischen Fragestellungen und bietet einen kostenlosen, mehrsprachigen Zugang ohne Terminvereinbarung. Die Inanspruchnahme erfolgt über die „offene Beratung" oder durch Zuweisung von Hausärzt:innen, Primärversorgungseinheiten, Krankenhäusern und sozialen Einrichtungen.

> *„Gerade in urbanen und sozial heterogenen Stadtteilen zeigt sich, dass viele Menschen zwar Unterstützung benötigen, den Weg ins bestehende Versorgungssystem jedoch nicht finden."*
>
> Angela Koch

Gründe dafür sind unter anderem mangelnde Gesundheitskompetenz, **soziale Belastungen, Sprachbarrieren oder Überforderung durch komplexe Versorgungsstrukturen.**

Die Gesundheitsdrehscheibe wurde daher bewusst im Grazer Bezirk Lend angesiedelt – einem multikulturell geprägten Stadtteil mit hoher Bevölkerungsdichte und gleichzeitig erhöhtem sozialem Unterstützungsbedarf.

Die Einrichtung versteht sich als „Drehscheibe": Anliegen werden umfassend aufgenommen, strukturiert analysiert und gemeinsam mit den Klient:innen bearbeitet. Die Beratung bietet Orientierung, vermittelt passende Angebote und begleitet bei Bedarf direkt vor Ort. Dadurch können Patient:innenpfade gezielt gesteuert, Ressourcen effizient genutzt und Doppelstrukturen reduziert werden.

Frühzeitige Interventionen helfen zudem, gesundheitliche Krisen zu vermeiden. Die integrierte Versorgung durch die Gesundheitsdrehscheibe wird zusätzlich durch den Einsatz von Sozialarbeiter:innen in den Grazer Primärversorgungszentren gestärkt. Die Mitarbeiter:innen sind organisatorisch Teil der Gesundheitsdrehscheibe und gleichzeitig direkt in den jeweiligen Zentren vor Ort tätig.

Drei Jahre nach der Einführung zeigen sich deutliche Effekte: steigende Beratungszahlen, **hohe Akzeptanz bei Nutzer:innen und eine enge Vernetzung mit medizinischen und sozialen Einrichtungen.** Besonders hervorzuheben ist die Reduktion sogenannter Fehlsteuerungen – also Situationen, in denen Menschen unnötig Notaufnahmen aufsuchen oder geeignete Angebote nicht rechtzeitig erreichen.

Gesundheit im bio-psycho-sozialen Verständnis

Grundlage der Arbeit ist ein bio-psycho-soziales Gesundheitsverständnis. Körperliche Gesundheit wird dabei nicht isoliert betrachtet, sondern immer im Zusammenhang mit psychischer Stabilität und sozialen Lebensbedingungen gesehen.

In der täglichen Praxis zeigt sich deutlich, dass gesundheitlichen Beschwerden häufig soziale Belastungen zugrunde liegen – etwa finanzielle Unsicherheit, Isolation, prekäre Lebenssituationen oder fehlende Gesundheitskompetenz.

Prävention bedeutet in diesem Zusammenhang weit mehr als klassische Gesundheitsaufklärung. **Im Mittelpunkt stehen die individuellen Lebensrealitäten der Klient:innen sowie die gezielte Stärkung ihrer Ressourcen.**

Die Rolle der Community Health Nurses

Eine zentrale Rolle spielen Community Health Nurses. **Sie sind direkt in die Gesundheitsdrehscheibe eingebunden und Teil des multiprofessionellen Teams. Neben ihrer Tätigkeit in der Beratungsstelle arbeiten sie auch aufsuchend im Lebensumfeld der Menschen – etwa durch Hausbesuche, präventive Begleitung oder Interventionen bei gesundheitlichen Risiken.**

Community Health Nurses schließen die Lücke zwischen medizinischer Akutversorgung und sozialraumorientierter Begleitung. Sie erkennen Risiken frühzeitig, begleiten chronisch erkrankte Menschen individuell und stärken die Gesundheitskompetenz im Alltag.

© Stadt Graz

Angela Koch

Zur Person:
Angela Koch ist Leiterin des Referates der Gesundheitsdrehscheibe der Stadt Graz (Österreich), davor war sie Hausleitung eines Seniorenzentrums der Volkshilfe Steiermark, Leiterin Organisation und Marketing bei Flowtec Industrietechnik und Unternehmensberaterin. Sie absolvierte ein betriebswirtschaftliches Studium – Schwerpunkt Marketing und Vertrieb sowie Gesundheitswissenschaften mit dem Fokus auf „Aging Services Management".

Prof'in Dr. Dagmar Starke

Bündnis von gut ausgestattetem ÖGD, aktiver Kommune und engagierten Krankenkassen nötig

Die Voraussetzung für eine vitale Kommune ist, dass alle Menschen unabhängig von Nationalitäten, Geschlechteridentitäten, sexueller Orientierung, Behinderung oder Religionszugehörigkeit **gleichberechtigt zusammen leben. Dazu zählen Respekt, Chancengleichheit und -gerechtigkeit, gesellschaftliche Teilhabe und Zugang zu relevanter Infrastruktur.**

Entsprechend der Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung muss die Gesellschaft entsprechende Rahmenbedingungen herstellen, um allen Menschen ein selbstbestimmtes, gesundes Leben zu ermöglichen. Kommunale Gesundheitskompetenz bedeutet hier das gemeinschaftliche Handeln der Kommune, ihrer Bürger:innen und ihrer Verwaltung gleichermaßen.

Gesundheit muss in allen Politikbereichen verankert werden **(Health in All Policies).** Das bedeutet, dass alle Maßnahmen und Entscheidungen hinsichtlich ihres Einflusses auf die Gesundheit der Bevölkerung betrachtet werden müssen. Maßnahmen und Entscheidungen, die die Lebensverhältnisse in positiver, für die Bürger:innen gesundheitsförderlicher Weise verändern (Verhältnisprävention), eröffnen diesen die Möglichkeit, sich aktiv für Gesundheit entscheiden zu können.

Wenn die Lebensrealität der Bürger:innen gesundheitsförderlich gestaltet wird und diese befähigt sind, sich für gesunde Alternativen zu entscheiden **(make the healthy choice the easier choice)** – werden die Chancen erhöht, dass sich Bürger:innen aktiv für Gesundheit entscheiden.

Gesunde Bürger:innen wiederum tragen selbst zu einer lebenswerten, vitalen Kommune bei, sind leistungsfähiger und in der Lage, auch für ihre Kinder eine gesundheitsförderliche Lebenswelt mitzugestalten. **Hierbei ist es relevant, die positiven Effekte für das gesellschaftliche Zusammenleben, Engagement und die Arbeitswelt herauszustellen (Health for All Policies).**

Die Co-Creation aller gesellschaftlich Beteiligten zu einer gesunden Lebenswelt führt zudem zu Co-Benefits in anderen Politikbereichen, etwa der Klimapolitik. Schaffen Kommunen zum Beispiel sichere Fahrradwege und attraktive ÖPNV-Verbindungen, fällt es Bürger:innen leichter, diese Alternativen zu wählen und somit einen relevanten Beitrag zu einer verantwortungsvollen Klimapolitik zu leisten.

Nicht zu unterschätzen ist auch der Beitrag einer vitalen Kommune zum Schutz und zur Förderung unserer Demokratie. **Gesunde und sich gesundheitsförderlich verhaltende Menschen können aktiver ihre Lebenswelt mitgestalten.**

Dabei ist zu unterstreichen, dass eine vitale Kommune sich nicht prioritär auf sogenannte Risikogruppen fokussiert.

Im föderal strukturierten Gesundheitswesen koordiniert und steuert der Öffentliche Gesundheitsdienst (ÖGD) auf kommunaler Ebene Gesundheitsplanungs- und Strategieentwicklungsprozesse.

Im Idealfall baut der ÖGD hierfür **auf einer routinemäßigen, kommunalen Gesundheitsberichterstattung auf, koordiniert und steuert die Aktivitäten relevanter Stakeholder und bildet die Brücke zwischen wissenschaftlichen Erkenntnissen, politisch Handelnden und Bürgerinnen und Bürgern.** Zudem hat der ÖGD als größter Public Health-Akteur vor Ort Zugang zu relevanten Stakeholdern und Akteur:innen durch den Kinder- und Jugendgesundheitsdienst.

Im Kontext von Prävention und Gesundheitsförderung in Lebenswelten kommt dem ÖGD gemäß vielen Gesundheitsdienstgesetzen die Koordinierungs- und Steuerungsfunktion zu.

> *„Insbesondere der regionale Bezug und die verfügbaren kleinräumigen Gesundheits- und Sozialdaten des ÖGD machen diesen zu einem prädestinierten Partner für die GKV."*
>
> Prof'in Dr. Dagmar Starke

Selbst wenn eine Stärkung der Rolle des ÖGD ein neues Präventionsgesetz im Bundesrat zustimmungspflichtig machen würde, wäre es aufgrund der besonderen Bedeutung des ÖGD wichtig, dieses auch umzusetzen.

Zusätzlich sollten strukturelle Determinanten wie sozioökonomische Ungleichheit/Armut ebenso eine zentrale Rolle spielen wie Verhältnisprävention im Allgemeinen.

Insbesondere sollte das neue Gesetz in dem Bewusstsein gestaltet werden, dass Prävention und Gesundheitsförderung einen essenziellen Beitrag zum Schutz und zur Förderung unserer Demokratie leisten können.

> *„Basierend auf dem §20a SGB V fördern Krankenkassen im Zusammenwirken mit dem ÖGD die Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten, insbesondere den Aufbau und die Stärkung gesundheitsförderlicher Strukturen. Dafür bedarf es eines personell gut ausgestatteten ÖGD und eines klaren Bekenntnisses der Kommunen zur Gesundheitsförderung."*
>
> Prof'in Dr. Dagmar Starke

© Akademie OEGW

Prof'in Dr. Dagmar Starke

Zur Person:
Prof'in Dr. Dagmar Starke ist Diplompädagogin, Komm. Leiterin der Akademie für Öffentliches Gesundheitswesen sowie Vorstandsmitglied der Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung. Sie ist 2. Vorsitzende der Deutschen Gesellschaft für Public Health, Honorarprofessorin für angewandte Epidemiologie und kommunale Gesundheitsförderung an der Hochschule für Angewandte Wissenschaften Coburg. Sie absolvierte ein Studium der Erziehungswissenschaften, Psychologie und Soziologie.

Dr. med. Frank Bergmann

Versorgung braucht Steuerung

Die KV Nordrhein unterstützt die Weiterentwicklung der ambulanten Versorgung in Nordrhein-Westfalen im Rahmen eines Primärversorgungssystems. Dabei setzen wir auf intelligente Steuerung statt Einheitslösungen und bringen bewährte Strukturen proaktiv ein.

Die ambulante medizinische Versorgung steht vor großen Herausforderungen: Demografischer Wandel, Fachkräftemangel und veränderte Patientenbedürfnisse erfordern neue Wege. Eine verpflichtende hausärztliche Steuerung für alle wird der Versorgungsrealität jedoch nicht gerecht. Die Menschen haben unterschiedliche Behandlungsbedarfe und benötigen die richtige medizinische Versorgung zur richtigen Zeit über den richtigen Versorgungsweg.

> *„Im neuen Primärversorgungssystem übernimmt die KV Nordrhein eine Schlüsselrolle. Wir steuern die Versorgung nach medizinischer Logik."*
>
> Dr. med. Frank Bergmann

Drei intelligente Wege zur richtigen Versorgung
Wir als KV Nordrhein schlagen differenzierte Lösungen vor, die auf bestehenden Strukturen aufbauen:

Erster Weg – Hausärztliche Versorgung stärken:
Rund zwei Drittel der Menschen haben bereits eine Hausärztin oder einen Hausarzt. Diese Patientinnen und Patienten sind angebunden und werden bereits gesteuert.
Hier müssen die Rahmenbedingungen dringend gestärkt werden, unter anderem durch Bürokratieabbau und die Stärkung multiprofessioneller Teams, die den Versorgungsalltag in den Praxen gemeinsam sicherstellen.

Zweiter Weg – 116 117 ausbauen:
Für Menschen ohne Hausarzt greift die 116 117. Sie ist bereits heute ein funktionierendes Lotsen- und Serviceinstrument in der Akut- und Bereitschaftsversorgung – telefonisch, per Web und per App. Darauf lässt sich aufbauen. Über die medizinische Ersteinschätzung und ein mögliches Ticketsystem sowie elektronische Überweisungen könnten Patientinnen und Patienten in die passende Versorgung gelotst werden. Denn akut erkennbarer fachärztlicher Behandlungsbedarf erfordert direkte Zugangswege zum Facharzt ohne Umwege.

Dritter Weg – Steuerung im Tandem:
Für chronisch kranke Menschen können Hausarzt und Facharzt gemeinsam im Tandem steuern.
So kann zum Beispiel bei Diabetes, Hauterkrankungen oder psychischen Erkrankungen die kontinuierliche fachärztliche Führung gewährleistet werden, die diese Patientinnen und Patienten benötigen.
Diese Steuerungswege sollten eine Sache gemeinsam haben:
Sie müssen für die Patientinnen und Patienten verbindlich gestaltet sein. Nur dann können die differenzierten Lösungen auch ihre gewollte Wirkung entfalten und die ambulante Versorgung bedarfsgerecht und effizient sicherstellen.

Ersteinschätzung als Ausgangspunkt
Eine fundierte medizinische Ersteinschätzung, wie sie heute bereits über die 116 117 zur Anwendung kommt, ist ein effektiver Ausgangspunkt für die weitere Behandlung. Nur wenn der tatsächliche Behandlungsbedarf bestmöglich bekannt ist, kann im Anschluss die medizinisch passende Behandlung erfolgen.

Haus- und Fachärztinnen und -ärzte leisten dies bereits täglich – vor allem bei bekannten Patientinnen und Patienten. Die 116 117 zeigt, wie es bei unbekannten Menschen funktionieren kann. Und wenn die Ersteinschätzung ergibt, dass eine medizinische Behandlung im engeren Sinne nicht erforderlich ist? Dann sollten entsprechende alternative Angebote formuliert werden. Nicht immer muss dies die Hilfe durch einen approbierten Arzt sein. An diesen Lösungen müssen wir noch arbeiten und sie patientengerecht zugänglich machen.

© KV Nordrhein

Dr. med. Frank Bergmann

Zur Person:
Dr. med. Frank Bergmann ist Vorstandsvorsitzender der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein, davor war er Vorsitzender des Berufsverbands Deutscher Nervenärzte.

Daniel Rinkert MdB

Näher an den Menschen, besser vernetzt, sozial gerechter

Eine gute Gesundheitsversorgung entscheidet sich nicht nur im Krankenhaus oder in der Facharztpraxis. Sie entscheidet sich oft viel früher: dort, wo Menschen leben, arbeiten, Kinder großziehen oder Angehörige pflegen. Gerade deshalb **brauchen wir eine Primärversorgung, die besser organisiert, niedrigschwelliger erreichbar und stärker mit den kommunalen Strukturen vor Ort verbunden ist.**

Die heutige Versorgung ist an vielen Stellen noch zu fragmentiert. Patientinnen und Patienten erleben Zuständigkeiten, die nicht ineinandergreifen: Hausarztpraxis, Facharzttermin, Krankenhaus, Pflege, Reha, Sozialberatung, Öffentlicher Gesundheitsdienst und Krankenkasse stehen häufig nebeneinander, aber nicht ausreichend miteinander in Verbindung.

Für gut informierte Menschen mit Zeit, Sprachkompetenz und stabilen Lebensverhältnissen ist das schon kompliziert. Für vulnerable Gruppen – ältere Menschen, chronisch Kranke, Menschen mit geringem Einkommen, Menschen mit Sprachbarrieren oder Familien in belasteten Lebenslagen – wird daraus schnell eine echte Versorgungshürde.

Die Folge sind sogenannte Drehtüreffekte: Menschen landen immer wieder in denselben Einrichtungen, ohne dass ihre eigentlichen Probleme nachhaltig gelöst werden. Wer keinen zeitnahen Termin bekommt, geht möglicherweise in die Notaufnahme. Wer ärztliche Empfehlungen nicht richtig versteht oder im Alltag nicht umsetzen kann, kommt mit denselben Beschwerden zurück. Wer zusätzlich soziale Probleme hat, findet im medizinischen System oft nicht die passende Lotsung. Das ist für die Betroffenen belastend und für das System ineffizient. Hinzu kommt:

> *„Lange Wartezeiten auf Arzttermine untergraben Vertrauen.“*
>
> Daniel Rinkert MdB

Wer gesundheitliche Beschwerden hat und wochenlang auf Abklärung warten muss, erlebt das nicht als abstraktes Strukturproblem, sondern als persönliche Unsicherheit.

Dieser Zustand darf nicht zur Normalität werden. Aus meiner Sicht brauchen wir hier kurzfristig spürbare Verbesserungen und mittelfristig verbindliche Strukturen.

Ziel muss sein, dass Patientinnen und Patienten schnell die richtige Anlaufstelle finden – nicht zwingend immer sofort die fachärztliche Versorgung, aber verlässlich die passende Versorgungsebene.

Digitale Ersteinschätzungsverfahren können dabei helfen. Sie können unnötige Arztkontakte reduzieren, Notaufnahmen entlasten und Patientinnen und Patienten besser steuern. Entscheidend ist aber: Digitalisierung darf kein Ersatz für persönliche Versorgung sein. **Sie muss verständlich, barrierearm, mehrsprachig und eng an bestehende Strukturen angebunden sein** – etwa an die 116 117, hausärztliche Versorgung, Krankenkassen, kommunale Angebote und den Öffentlichen Gesundheitsdienst.

Besonders wichtig ist mir der Zusammenhang von sozialer und gesundheitlicher Ungleichheit. Einkommensunterschiede wird es in unserer Gesellschaft immer geben. **Nicht hinnehmbar ist jedoch, wenn sich soziale Ungleichheit unmittelbar in schlechterer Gesundheit und geringerer Lebenserwartung niederschlägt.** Genau hier kann eine moderne Primärversorgung ansetzen: durch **Prävention, Gesundheitsförderung, aufsuchende Beratung, mehrsprachige Angebote, bessere Gesundheitskompetenz und eine enge Zusammenarbeit zwischen Kommunen, Öffentlichem Gesundheitsdienst und Krankenkassen.**

> *„Ein gutes Beispiel sind niedrigschwellige Gesundheitsangebote im Quartier – etwa Gesundheitshäuser, Gesundheitszentren oder eine zentrale Gesundheits-drehscheibe als niedrigschwellige Anlauf- und Lotsenstelle für gesundheitliche, pflegerische und soziale Anliegen."*
>
> Daniel Rinkert MdB

Sie können Beratung, Prävention, Lotsenfunktion und medizinische Versorgung besser miteinander verbinden.

Ziel eines solchen Ansatzes ist es, Menschen möglichst unkompliziert Orientierung im Gesundheits- und Sozialsystem zu geben, Versorgungslücken frühzeitig zu erkennen und sie gezielt an passende Hilfs- und Unterstützungsangebote weiterzuvermitteln. Gerade in Kommunen wie Neuss, mit unterschiedlichen Stadtteilen, sozialen Lagen und Versorgungsbedarfen, kann ein solcher Ansatz einen echten Mehrwert schaffen.

Ein mögliches Vorbild ist die Gesundheitsdrehscheibe in Graz, die als zentrale Beratungs- und Vermittlungsstelle Menschen dabei unterstützt, sich im Gesundheits- und Sozialsystem besser zurechtzufinden. Entscheidend ist, dass solche Angebote nicht als zusätzliche Bürokratie entstehen, sondern als praktische Hilfe für Menschen vor Ort.

Auch Community Health Nurses halte ich für einen sehr vielversprechenden Ansatz. Sie können **eine Brücke bilden zwischen Versorgungseinrichtung und Kommune, zwischen medizinischer Behandlung und sozialem Alltag. Für Kommunen wie Neuss wäre das aus meiner Sicht gut vorstellbar.** Nicht als Konkurrenz zu Ärztinnen und Ärzten, sondern als Ergänzung in einem multiprofessionellen Team.

Am Ende geht es um einen Perspektivwechsel: Wir dürfen Gesundheitspolitik nicht nur aus Sicht einzelner Sektoren denken, sondern aus Sicht der Patientinnen und Patienten.

> *„Prävention, Vermittlung von Gesundheitskompetenz und Gesundheitsförderung sind mithin die geeignetsten Maßnahmen, um den Auswirkungen sozialer Ungleichheit auf die Gesundheit entgegenzusteuern."*
>
> Daniel Rinkert MdB

© Daniel Rinkert

Daniel Rinkert MdB

Zur Person:
Daniel Rinkert MdB ist Mitglied des Bundestages für die SPD seit 2022, Vorsitzender der SPD im Rhein-Kreis Neuss, Mitglied im Regionalvorstand der SPD-Niederrhein und Vorsitzender der SPD-Fraktion im Rat der Stadt Grevenbroich; Rinkert ist studierter Jurist.

Prof. Dr. Raymond Voltz

Gut leben, gut sterben, gut trauern: Palliativversorgung – vermittelt durch Primärversorgungszentren

Haben Sie bei dem Titel **„Prävention und Primärversorgung in einer vitalen Kommune“** an schwere Krankheit, Sterben, Tod und Trauer gedacht? Wahrscheinlich nicht – dies erscheint ja auch zunächst kontraintuitiv. Wenn man jedoch ein wenig länger darüber nachdenkt, gehören zum Leben (= vita) natürlich auch diese Themen dazu.

> *„Um in einer Kommune gut zu leben, bedeutet es auch, gut sterben und gut trauern zu können.“*
>
> Prof. Dr. Raymond Voltz

In einer eigenen repräsentativen Umfrage gaben 43 % der Befragten in Deutschland an, derzeit von diesen Themen direkt oder indirekt betroffen zu sein. Sterben, Tod und Trauer als Teil des Öffentlichen Gesundheitswesens oder der Gesundheitskompetenz jedes Einzelnen oder der Gemeinschaft zu verstehen ist ein noch neues Feld, welches jedoch international und auch bei uns rasch an Relevanz gewinnt (siehe Caring/Compassionate Communities – caringcommunity.koeln, oder Public Health Palliative Care – www.phpci.org).

Natürlich geht es um die Versorgung und Begleitung schwer erkrankter Menschen bis zu ihrem Tod, aber es gibt das Leben nach dem Tod – das der Angehörigen und der Mitarbeitenden im Gesundheitssystem.

Und hier setzt die Prävention ein – Prävention von Ängsten, Depression, komplizierter Trauer mit ihrer Morbidität und Prävention von Burnout unserer Mitarbeitenden im Gesundheitswesen, ganz zu schweigen vom Thema Mitarbeiterbindung. Daher gehören diese Themen in einer Neukonzeption unseres Gesundheitswesens und damit auch unserer Gesellschaft wie selbstverständlich immer mitgedacht. Dies erfordert jedoch bei allen Beteiligten eine Überwindung unserer natürlichen psychologischen Hürde, uns diesen Themen zuzuwenden.

> *„Daher könnte ich mir sehr gut vorstellen, dass die hier besprochenen Primärversorgungseinheiten eine Plattform sein können und einen wichtigen Beitrag zur Vernetzung leisten können.“*
>
> Prof. Dr. Raymond Voltz

© Uniklinik Köln

Prof. Dr. Raymond Voltz

Zur Person:
Prof. Dr. Raymond Voltz ist Lehrstuhlinhaber für Palliativmedizin und Klinikdirektor des Zentrums für Palliativmedizin der Uniklinik Köln. Er ist Facharzt für Neurologie und war 1994 Gründungsmitglied der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin.

Das kann natürlich die **Vernetzung für die direkt Betroffenen zu weiter spezialisierten Angeboten des Gesundheitswesens für die letzten Lebensmonate sein (allgemeine oder spezialisierte Palliativversorgung, Hospizangebote), eine Vernetzung zu weiteren ehrenamtlichen und anderen gemeindlichen Hilfsangeboten** wäre jedoch auch mindestens ebenso wesentlich (vgl. unser Buddy-Projekt – buddy-koeln.de).

In unseren Versorgungsforschungsstudien (z. B. Letztes Lebensjahr in Köln) bekamen wir immer wieder zu hören, dass Erkrankte und ihre Zugehörigen sich völlig von unserem fragmentierten Hilfs- und Versorgungsangebot überfordert fühlen – und das zusätzlich zur Last einer schweren Erkrankung!

An- und Zugehörige sind bereits vor dem Versterben des Erkrankten massiv belastet, als Pflegepersonen, Kümmerer, aber auch mit antizipatorischer Trauer. Erst recht nach dem Tod kann es hilfreich sein, sich Trauergruppen anzuschließen oder andere professionelle Hilfe zu holen – eine weitere Vernetzungsaufgabe der Primärversorgungseinheiten.

In unserer **Initiative Caring Community Köln** („Förenander do") hören wir immer wieder, wie wenig z. B. **Arbeitgeber** strukturiert diese Themen angehen. Neben den betrieblichen Ersthelfern haben wir dazu das Konzept Betrieblicher Letzthelfer entwickelt, welches dem etwas abhelfen könnte (letzthelferamarbeitsplatz.com). Mitarbeitende zu diesen schweren Themen besser zu unterstützen könnte ihre Zufriedenheit mit und Bindung an den Betrieb erhöhen – das zeigen die ersten Studien in diese Richtung.

Genauso sind immer mehr **Schulen** daran interessiert, Unterrichtseinheiten zu diesen Themen (teils bereits in der Grundschule, aber auch für weiterführende Schulen) anzubieten – hier kann das die Sozialkompetenz der jungen Menschen steigern, und das Thema Suizid kann offen angesprochen werden.

Sie sehen, **„Prävention und Primärversorgung in einer vitalen Kommune" sollte auch die Themen schwere Krankheit, Sterben, Tod und Trauer beinhalten – wir müssen bei der Konzeptentwicklung nur unsere eigene psychologische Hürde überwinden, diese Themen aus unserem Leben zu verdrängen.**

Dr. Pawel Zuk

Von Polen lernen – Deutschland wurde überholt

Wenn Sie an die Bestandteile der Primärversorgung denken – welche Berufsgruppen gehören für Sie dazu?

Dr. Zuk: Dazu gehören Ärzt:innen, Pflegefachpersonen, Hebammen, eine Koordinatorin oder ein Koordinator, um die Patient:innen administrativ zu begleiten, und natürlich Ernährungsberater:innen. Eigentlich sollten auch Physiotherapeut:innen sowie Psycholog:innen Teil des Teams sein. Dafür fehlen in unserem System aber derzeit die finanziellen Mittel und die entsprechenden Stellen. Momentan haben wir diese fünf Berufsgruppen, bräuchten aber wahrscheinlich noch zwei weitere.

Können Sie etwas über die besondere Rolle der Pflegefachpersonen erzählen? Welche Aufgaben übernehmen sie?

Dr. Zuk: Die Präventionsprogramme gehören zum Aufgabenbereich der Pflegefachpersonen. Außerdem übernehmen sie die Schulung und Beratung der Patient:innen, zum Beispiel älterer Menschen im Umgang mit chronischen Erkrankungen. Sie stellen auch häufig Folgeverordnungen für Medikamente aus. Etwa 30 % der Medikamente können von Pflegefachpersonen erneut verordnet werden.

Nur wenige Arzneimittel, beispielsweise bestimmte Psychopharmaka, dürfen sie nicht verschreiben. Darüber hinaus führen sie Infektionssprechstunden bzw. Beratungen zu Infektionskrankheiten durch.

Wie nehmen Patientinnen und Patienten Pflegefachpersonen im Vergleich zu Ärztinnen und Ärzten wahr?

Dr. Zuk: Ich glaube, viele **Menschen sprechen lieber mit Pflegefachpersonen und nehmen deren Ratschläge oft eher an als die von Ärzt:innen.** Ärzt:innen stehen für viele Patient:innen auf einer anderen Ebene, während Pflegefachpersonen ihnen näher sind. Deshalb fällt es vielen leichter, ihnen Fragen zu stellen. Manche schämen sich, Ärzt:innen Fragen zu stellen, weil sie befürchten, diese könnten als „dumm“ angesehen werden.

Wie wichtig sind Pflegefachpersonen für das Funktionieren des Primärversorgungsteams?

Dr. Zuk: **Heutzutage würden Ärzt:innen streiken, wenn man die Pflegefachpersonen aus dem Team herausnehmen würde**. Für sie sind die Pflegefachpersonen die wichtigsten Mitarbeitenden, mit denen sie arbeiten.

© Wojocki

Dr. Pawel Zuk

Zur Person:
Dr. Pawel Zuk ist Gründer und CEO des Medical and Diagnostic Center in Siedlce, Polen. Er beschäftigt sich aktiv mit medizinischer Grundversorgung, speziell im ländlichen Bereich. Zuk ist Kardiologe und Absolvent der Medizinischen Universität in Posen, Polen.

Timo Harfst

Verankerung der Psychotherapie im Primärversorgungszentrum

Die geplante Einführung eines Primärversorgungssystems wird bei den gegenwärtigen strukturellen Voraussetzungen in vielen Regionen schnell an ihre Grenzen kommen und viel zu langsam in ihrer Umsetzung sein.

Das gilt speziell für ländliche Regionen und sozial benachteiligte Stadtviertel, in denen komplexe Behandlungs- und Unterstützungsbedarfe auf defizitäre und von weiterem Abbau bedrohte Versorgungsstrukturen treffen. Aber dort gerade machen Primärversorgungszentren mit regionaler und interregionaler Vernetzung natürlich Sinn.

Die angekündigte Reform sollte daher dafür genutzt werden, mittel- und langfristig die Versorgungsstrukturen für die Behandlung von Patientinnen und Patienten mit psychischen wie körperlichen Erkrankungen systematisch weiterzuentwickeln und die Kompetenzen der zu beteiligenden Berufsgruppen effizient zu nutzen.

> *„Das Modell multiprofessioneller Primärversorgungszentren (PVZ), wie es zum Beispiel im Rollbergkiez in Neukölln erprobt wird, bietet hierfür gute Ansatzpunkte."*
>
> Timo Harfst

Der normative Rahmen sollte so gesetzt werden, dass schrittweise die neuen ambulanten Versorgungsstrukturen entstehen und sich kontinuierlich weiterentwickeln können. Dabei gilt es, das Beste aus Welten zusammenzuführen.

> *„Psychische Erkrankungen und Belastungen sowie Entwicklungsstörungen gehören zu den häufigsten Beschwerden, mit denen Patient:innen eine Hausarzt- bzw. Kinderpraxis aufsuchen. Eine Stärkung der Primärversorgung sollte deshalb auch für Erwachsene und Minderjährige mit psychischen Erkrankungen eine bessere Versorgung bieten, indem psychotherapeutische Angebote in die PVZ integriert und niedrigschwellige Zugänge geschaffen werden."*
>
> Timo Harfst

Der niedrigschwellige Zugang zur Psychotherapie über die psychotherapeutische Sprechstunde hat sich bewährt und sollte Patient:innen auch in einem Primärversorgungssystem weiter direkt oder auf hausärztliche Überweisung zur Verfügung stehen.

> *„Psychotherapeutische Versorgung sollte aber, dort wo PVZ entstehen, zu deren essenziellem Leistungsbestandteil werden und eine umfassende Grundversorgung beinhalten – von offenen Sprechstunden, gruppenpsychotherapeutischen Angeboten, Akutbehandlung bis hin zu Leistungen im Rahmen der ambulanten Komplexbehandlung."*
>
> Timo Harfst

Auch Angebote zur Prävention psychischer Erkrankungen und kommunal getragene Unterstützungsleistungen sollten stärker genutzt und systematisch in den PVZ integriert werden.

> *„Soweit möglich sollten die multiprofessionellen Angebote eines PVZ unter einem Dach zusammengeführt werden, um das Potenzial einer stärkeren Vernetzung und Koordination der Versorgung sowie der kurzen Wege für Patient:innen optimal nutzen zu können."*
>
> Timo Harfst

Diese Entwicklung wird oft nur schrittweise gelingen. Daher sollten PVZ die Leistungsangebote übergangsweise auch über Kooperationen mit externen Praxen umsetzen können.

Damit jedoch langfristig effiziente, belastbare und auch personell stabile Strukturen entstehen, müssen alle an einem PVZ Beteiligten mit ihrer Rolle „happy" sein können.

Dafür wird es echte Kooperation auf Augenhöhe brauchen, eine hohe Eigenverantwortung für alle beteiligten Gesundheitsberufe entsprechend ihrer fachlichen Kompetenzen und – soweit gewünscht – den Beibehalt der selbständigen Tätigkeit anstelle einer rein ärztlichen Leitung der Einrichtung und Anstellung aller weiteren Teammitglieder.

© BPtK

Timo Harfst

Zur Person:
Timo Harfst ist Diplom-Psychologe, Psychologischer Psychotherapeut und stellvertretender Geschäftsführer sowie wissenschaftlicher Referent bei der Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK).

Denn erst personelle Kontinuität, hohe Identifikation und langfristige regionale Verankerungen werden für die erforderliche Qualität und Akzeptanz der neuen Strukturen bei Patient:innen wie Teammitgliedern sorgen und das Versorgungspotential dieser Einrichtungen entfalten lassen.

Thomas Preis

Primärversorgung braucht Apotheker, denn das Medikationsmanagement gehört in das Primärversorgungszentrum

Wer Primärversorgung neu organisiert, darf die heilberuflichen Kompetenzen der Apotheken nicht ignorieren. Apothekerinnen und Apotheker gehören **ins Zentrum der Primärversorgung** – nicht an den Rand. Sie sind flächendeckend und niedrigschwellig erreichbar, sichern Therapien ab und machen pharmazeutische Kompetenz für Versicherte erlebbar.

Das gilt besonders für das **Medikationsmanagement, es ist eine Kernaufgabe.**

Gerade bei Patientinnen und Patienten, die mehrere Arzneimittel gleichzeitig einnehmen, entscheidet das Medikationsmanagement über Erfolg oder Risiko einer Therapie.

Diese Leistung ist keine Vision, sondern heute schon Realität: Apothekerinnen und Apotheker beraten strukturiert, erkennen Wechselwirkungen inklusive der Selbstmedikation und begleiten Therapien kontinuierlich.

> *„Wer Primärversorgung ernst meint, muss pharmazeutische Leistungen verbindlich einbauen, digital vernetzen und natürlich auch angemessen vergüten."*
>
> Thomas Preis

© ABDA

Thomas Preis

Zur Person:
Thomas Preis ist Apotheker und aktuell Präsident der ABDA (Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände) sowie Vorsitzender des Apothekerverbandes Nordrhein. Er absolvierte ein Studium der Pharmazie in Düsseldorf.

Die Frage ist deshalb nicht, ob Apotheken diese Rolle erfüllen können – sondern ob dies in einem zukünftigen Primärversorgungssystem für Patientinnen und Patienten fest etabliert wird. Wer Primärversorgung ernst meint, muss pharmazeutische Leistungen verbindlich einbauen, digital vernetzen und natürlich auch angemessen vergüten.

Denn klar ist: **Ohne ein systematisches Medikationsmanagement bleibt die Versorgung nur Stückwerk**. Mit ihm wird sie besser – für die Patientinnen und Patienten und für ein Gesundheitssystem, das effizienter und sicherer werden muss. Darüber hinaus sehen wir weitere Aufgaben der Primärversorgung in Apotheken in den Bereichen des Impfens, der Prävention und Früherkennung von Erkrankungen.

Auch als Anlaufstelle und Brückenbauer für Digitales (z. B. ePA, DiGAs) sind die Apotheken wichtig. Ein weiterer Schwerpunkt sollte die pharmazeutische Betreuung von chronisch Kranken sein, um Therapieerfolge abzusichern und das Gesundheitssystem zu entlasten.

Was uns alle eint, ist der Wunsch, dass die ambulante Gesundheitsversorgung noch effektiver werden muss. Dann profitieren auch die Krankenkassen. Dabei soll die Primärversorgung durch Apotheken keine Parallelstruktur sein, sondern eine integrierte, niedrigschwellige, für die Menschen gut erreichbare Anlaufstelle, die Versorgung für Versicherte effektiv mitgestalten hilft.

Prof. Nils Gutacker, PhD

Potential der vielen Gesundheitsberufe entfesseln

Herr Prof. Gutacker, wir hören immer wieder von zu langen Wartezeiten und Versorgungslücken gerade in ländlichen Gebieten. Hat Deutschland schlicht zu wenige Ärzte?

Prof. Gutacker: „In Deutschland gibt es eigentlich recht viele Ärzte – im internationalen Vergleich ist die Arztdichte pro Kopf hoch. In den vergangenen Jahren haben wir einen strukturellen Zuwachs an Ärzten gesehen. Wir setzen die vielen Ärzte jedoch nicht immer effizient ein. Ein großer Teil ist im Krankenhaus gebunden, sodass sie für die ambulante Versorgung nicht zur Verfügung stehen. Und zu Engpässen in ländlichen Gebieten kommt es auch deshalb, **weil es für viele junge Ärztinnen und Ärzte schlicht weniger attraktiv scheint, sich auf dem Land niederzulassen.“**

Sie sagen, es brauche eine verbindliche Steuerung ohne „Sonderweg“ – wie könnte ein realistischer erster Schritt in Deutschland aussehen, um ein Gatekeeper-System politisch und praktisch einzuführen?

Prof. Gutacker: „Die Primärversorgungssysteme im internationalen Umfeld bestehen fast immer aus zwei Komponenten: Erstens registrieren sich Patientinnen und Patienten fest in einer Arztpraxis und können diese dann vielleicht nur alle 12 Monate wechseln. Zweitens managt diese Praxis die weitere Versorgung aktiv. Das bedeutet natürlich auch, dass Fachärzte im Regelfall nur mit einer Überweisung des Hausarztes aufgesucht werden können.

In Deutschland könnte man so ein System wohl in zwei Schritten etablieren: Zuerst die formale Registrierung – um dies als Sprungbrett für ein funktionierendes Gatekeeping zu nutzen. Ich finde es wichtig, **dass sich Patienten verbindlich auf eine Arztpraxis festlegen.** Erst dann kann die Praxis gezielt Verantwortung übernehmen und die Versorgung auf ihre Patientenpopulation ausrichten. Für Menschen, die beruflich pendeln oder aus anderen Gründen viel Zeit in zwei Orten verbringen, braucht es dann parallel dazu verstärkt **telemedizinische Angebote.“**

Das Potenzial anderer Gesundheitsberufe wird bislang wenig genutzt: Welche Aufgaben könnten kurzfristig verlagert werden, ohne die Versorgungsqualität zu gefährden?

> *„In vielen Ländern sind andere Berufsbilder stärker in die Primärversorgung integriert und arbeiten interprofessionell in derselben Einrichtung.“*
>
> Prof. Nils Gutacker, PhD

Prof. Gutacker: „Der Sachverständigenrat Gesundheit und Pflege fordert schon länger den verstärkten Einsatz von Berufsbildern wie **„Advanced Practice Nurses“**, die bestimmte Patientengruppen eigenständig betreuen können. In Großbritannien, wo ich lebe, sehen Patienten den Hausarzt vergleichsweise selten. Ein Teil der Versorgung wird durch andere Berufsgruppen übernommen – beispielsweise von Apothekern, die direkt in den Praxen arbeiten, um Verschreibung zu kontrollieren und zu optimieren. Durch die Aufgabenteilung bleiben Ärzte für die schweren, komplexeren Fälle verfügbar. Ein solches Modell – etwa mit APNs oder Apothekern in größeren Primärversorgungszentren – würde auch die Versorgung in Deutschland verbessern. Voraussetzung ist allerdings eine klare Abgrenzung der Befugnisse und Aufgaben, um Kompetenzgerangel zu vermeiden.“

Wenn „Geld ein starker Hebel" ist: Welche konkreten Änderungen im Vergütungssystem wären aus Ihrer Sicht am wirkungsvollsten, um die Primärversorgung bzw. Hausärzte in Deutschland tatsächlich zu stärken? Welche internationalen Modelle wären für Deutschland übertragbar?

Prof. Gutacker: „Finanzielle Anreize lenken die Versorgung, das ist unbestritten. Ein gut durchdachtes Vergütungssystem ist die Grundvoraussetzung für Effizienz und Qualität. Es besteht aber immer die Gefahr, dass Vergütungssysteme schlecht ausgearbeitet sind und somit die falschen Aktivitäten und Verhalten gefördert werden. Die meisten Länder nutzen daher eine Mischung aus zwei sehr unterschiedlichen Systemen – aus Pauschalisierung und aus Abrechnung von Einzelleistungen. Pauschalisierung reduziert das Risiko von rapiden Ausgabenanstiegen. Einzelleistungsabrechnung hilft, bestimmte Aktivitäten gezielt zu fördern.

Deutschland hat meines Erachtens mit dem Übergang zu **mehr Jahrespauschalen** jetzt einen wichtigen Schritt getan. Langfristig sollte das System weiter ausgebaut werden – insbesondere gekoppelt an die Registrierung der Patienten. In vielen angelsächsischen und skandinavischen Ländern ist das gelebte Praxis: Dort erhält die Hausarztpraxis für jeden eingeschriebenen Patienten eine morbiditätsadjustierte jährliche Zuweisung – und ein geringer Teil von Leistungen wird einzeln abgerechnet. Perspektivisch müssten wir jedoch meiner Ansicht nach noch einen Schritt weiter gehen und **Vergütung stärker an Qualitätsnachweise koppeln**: Das System sollte nicht nur die Menge an Leistungen oder die Anzahl der registrierten Patienten bezahlen, sondern den messbaren gesundheitlichen Nutzen für die Patienten und die leitliniengetreue Behandlung."

Sie sprechen davon, dass es „Gewinner und Verlierer geben wird" – wer wäre davon konkret betroffen, und wie könnte man einzelne Gruppen politisch oder strukturell abfedern?

Prof. Gutacker: „Eine stärker gesteuerte Primärversorgung, wie sie jetzt in Deutschland diskutiert wird, hat **meiner Ansicht nach viele Gewinner: Allen voran die Patienten, die besser und schneller optimal behandelt werden.** Auch die Hausärztinnen und Hausärzte gewinnen, da ihre Rolle aufgewertet wird. Volkswirtschaftlich verspricht ein gesteuertes System zudem eine dämpfende Wirkung auf Gesundheitsausgaben, was Versicherten und Arbeitgebern zugutekäme. Allerdings dürfen wir nicht vergessen: Die Ausgaben der Krankenkassen sind auch immer die Einnahmen der Leistungserbringer. Wenn wir also über Einsparungen reden, dann sollten wir einen gewissen Gegenwind erwarten. Hier braucht es Übergangslösungen, um abrupte Erlöseinbrüche abzufedern und den nachgelagerten Leistungserbringern Zeit für strukturelle Anpassungen zu geben."

© Nils Gutacker

Prof. Nils Gutacker, PhD

Zur Person:
Prof. Nils Gutacker, PhD ist Professor am Centre for Health Economics an der University of York (England) und zudem Mitglied des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen und in der Pflege. Davor war er Visiting Professor in Sydney (Australien); Gutacker absolvierte ein Studium der Gesundheitsökonomie und des Medizin-Managements.

Forderungen des Vorstands der AOK Rheinland/Hamburg

Deutschland muss besser, gerechter und gesünder werden

Günter Wältermann
Vorsitzender des Vorstandes der AOK Rheinland/Hamburg

Matthias Mohrmann
Stv. Vorstandsvorsitzender der AOK Rheinland/Hamburg

Sabine Deutscher
Vorstandsmitglied der AOK Rheinland/Hamburg

Nach dem Stabilisierungspaket sowie den Vorleistungen von Versicherten und Arbeitgebern ist die Politik gefordert: Sie muss unter Beweis stellen, ob sie in den kommenden drei Jahren eine moderne Primärversorgung etabliert. Zudem muss sie zeigen, ob Prävention und Gesundheitsförderung den Stellenwert erhalten, der für ein gesundes Aufwachsen, mehr Lebensjahre in Gesundheit und eine höhere Lebensqualität unerlässlich ist.

Vor dem Hintergrund von Zugangshürden, langen Wartezeiten in Arztpraxen und fehlender Patientennavigation ist die Ausgestaltung eines künftigen Primärversorgungssystems ein drängendes Thema. Ein modernes Primärversorgungssystem muss barrierefrei, digital unterstützt und patientenzentriert sein. Die Versorgung ist derzeit fragmentiert und unkoordiniert. Besonders für vulnerable Gruppen ist der Zugang erschwert. Lange Wartezeiten belasten die Behandlungsqualität und untergraben das Vertrauen.

Eine zukünftige Gesundheits- und Pflegeversorgung ist unmittelbarer an den Interessen und Bedarfen von Patientinnen und Patienten, Versicherten sowie Bürgerinnen und Bürgern zu orientieren, ihre Souveränität ist zu stärken und ihnen adäquate Beteiligungsmöglichkeiten einzuräumen.

Statt eines Reparaturbetriebs brauchen wir eine Gesundheits- und Pflegeversorgung, die von Patienten, Versicherten und Bürgern her ganzheitlich gedacht wird.

I. Handlungs- und Umsetzungsbedarf bei der Prävention

Deutschland erzielt trotz hoher Ausgaben im Gesundheitssystem im internationalen Vergleich bestenfalls nur durchschnittliche Ergebnisse bezüglich der Lebenserwartung der Bevölkerung und der Anzahl gesunder Lebensjahre. Chronische Erkrankungen sind zudem stärker sozial ungleich verteilt als viele andere Erkrankungen.

Menschen mit niedrigem Einkommen, geringer Bildung und unsicherer beruflicher Position sind deutlich häufiger von Krankheit betroffen als privilegiertere Menschen. Prävention und Gesundheitsförderung sind mithin die geeignetsten Maßnahmen, um den Auswirkungen sozialer Ungleichheit auf die Gesundheit entgegenzusteuern. Es bedarf eines politisch stimmigen Gesamtkonzepts, welches die Umsetzung der Prävention und Gesundheitsförderung als Querschnittsthemen verankert. Eine deutliche Erhöhung der finanziellen Mittel für Prävention und Gesundheitsförderung ist insbesondere für den ÖGD erforderlich, um die zukünftigen sozialen und sozioökonomischen Herausforderungen zu bewältigen.

1. Es gibt viele Krankheiten, aber nur eine Gesundheit:

Zahlreiche Erkrankungen lassen sich durch gezielte Prävention vermeiden, ihr Risiko deutlich reduzieren oder in ihrem Verlauf positiv beeinflussen.

2. Paradigmenwechsel in der Medizin befördern:

Den Paradigmenwechsel in der medizinischen Gesundheitsversorgung und in der Lebenswirklichkeit in Richtung Gesundheitsförderung, Prävention und früherer Interventionen gilt es voranzubringen.

3. Prävention und Gesundheitsförderung sind wirksam und nachhaltig umzusetzen:

Einzelne Kampagnen und zeitlich begrenzte Präventionsoffensiven reichen dafür nicht aus. Um einen gesellschaftlichen Aufbruch zu erreichen, bedarf es einer **konzertierten Aktion** auf Bundes-, Landes- und Kommunalebene. Prävention und Gesundheit müssen auf höchster politischer Ebene zur Priorität werden. Gesundheit muss selbstverständlich in allen politischen Handlungsfeldern mitgedacht werden – im Sinne von „Health in All Policies". Auch deshalb sprechen wir uns für eine **normative Verankerung von Gesundheit im Grundgesetz** aus.

4. Strukturelle, finanzielle Absicherung und Vernetzung:

Prävention darf kein zeitlich begrenztes Projekt sein. Sie braucht zum Beispiel dauerhafte (kommunale) Strukturen, einen handlungsfähigen ÖGD und verlässliche finanzielle Ressourcen. Vernetzung schützt vor Stückwerk. Durch die enge Kooperation von Kommunen, Krankenkassen und Leistungserbringern kann wirksame Prävention gelingen.

5. Gesunden Alltag ermöglichen:

Prävention und Gesundheitsförderung müssen direkt in den Lebenswelten der Menschen ansetzen – in Familien, Kitas, Schulen, Betrieben und Quartieren. Gesundheitsförderung und Gesundheitskompetenz sind insbesondere in den Bildungseinrichtungen siehe Schulen, Kitas sowohl praktisch als auch in den Curricula zu verankern, auch um gesundheitliche Chancengleichheit herzustellen. Dazu ist eine interministerielle Koordination der Prävention und Gesundheitsförderung auf Länderebene erforderlich.

Politik muss zudem gesunde Entscheidungen zur einfachsten Wahl machen (make the healthy choice the easier choice), indem Lebensumfelder strukturell gesundheitsförderlich gestaltet werden.

6. Forschungspolitische Forderungen:

a) Intensive Förderung der Forschung. Als Richtgröße zur Förderung der Forschung und Entwicklung in der Prävention schlagen wir entsprechend den derzeitigen F&E-Aufwand am Bruttoinlandsprodukt (BIP) vor. Dies bedeutet, dass ungefähr 3 % der Ausgaben für Prävention und Gesundheitsförderung in die Forschung und Entwicklung von Präventionsmaßnahmen und -programmen investiert werden müssten.

b) Förderung von Präventionsinnovationen z. B. analog zum Innovationsfonds.

c) Ausbau der Forschungsinfrastruktur. Beispielsweise sollen an Medizinischen Fakultäten, die bereits Professuren oder Institute mit einem Fokus auf Prävention (z. B. Public Health) haben, diese Einheiten ausgebaut und an Fakultäten ohne solche Einheiten Neue geschaffen werden.

7. Prävention als Grundvoraussetzung:

Prävention ist kein optionaler Zusatz, sondern eine zwingende Voraussetzung, damit das medizinische Versorgungssystem langfristig funktionstüchtig bleibt. Sie kann Krankheitsfolgekosten reduzieren, die gesellschaftliche und wirtschaftliche Leistungsfähigkeit stärken und ist damit eine Investition in die Zukunftsfähigkeit unserer Gesellschaft.

II. Handlungs- und Umsetzungsbedarf Primärversorgung

Bisher sind GKV-Versicherte strukturell benachteiligt:

- durch eingeschränkten Zugang zur Versorgung
- bei der Vergabe ärztlicher/fachärztlicher Behandlungstermine – durch die zum Teil völlig unangemessenen Wartezeiten auf Behandlungstermine und lange Wartezeiten in der Arztpraxis selbst
- aufgrund mangelnder Koordination, Kooperation und Kommunikation im Behandlungsverlauf

Es bedarf eines grundlegenden Umbaus der Primärversorgung in Deutschland. Ziel ist eine patientenzentrierte, lernfähige und zukunftsfähige Gesundheitsversorgung, die die Begleitung und Koordination von Patienten verbessert, die dazu beiträgt, Terminvergabezeiten an den Patienten zu orientieren und damit zu verkürzen, sowie die Zusammenarbeit zwischen den Gesundheitsberufen deutlich stärkt.

Die Gesundheitsversorgung ist so aufzustellen, dass für die Patientinnen und Patienten keine spürbaren Bruchstellen im Behandlungsgeschehen entstehen.

Daraus folgt, dass größere vernetzte multiprofessionelle ambulante Einheiten erforderlich sind und dass insgesamt die regionale Ebene und die regionale Gesundheitsversorgung zu stärken sind.

1. Größere Einheiten in der Primärversorgung und multiprofessionelle Teams:

Internationale Vorbilder zeigen, dass zukunftsfähige Primärpraxen verschiedene Gesundheitsberufe integrieren und von Beginn an evaluiert werden. Die bisherige starre ärztliche Letztverantwortung (das „Unterschriftenphänomen") in Deutschland blockiert zudem die partnerschaftliche Kooperation auf Augenhöhe.

2. Multiprofessionalität in Primärversorgungszentren gesetzlich vorschreiben:

Wir fordern die Etablierung moderner Primärversorgungseinheiten, in denen verschiedene Gesundheitsberufe standardisiert, koordiniert und im Sinne des Patienten interprofessionell zusammenarbeiten. Dazu gehören zum Beispiel unterschiedliche akademische Heilberufe wie Kinderärzt:innen, Gynäkolog:innen, Dermatolog:innen oder Psychotherapeut:innen sowie nicht akademische Heilberufe wie Physiotherapie, Fachpflege etc.

Keine Einheitslösung, sondern die Ausgestaltungen solcher Primärversorgungszentren mit fachärztlichem Anteil und weiteren Gesundheitsberufen müssen zu den jeweiligen örtlichen Anforderungen passen.

Pharmazeutische Kompetenzen, insbesondere ein digital vernetztes und angemessen vergütetes Medikationsmanagement, müssen als verbindlicher Leistungsbestandteil in die Primärversorgung einfließen. Apotheker:innen können unmittelbarer Bestandteil der Primärversorgungszentren sein.

3. Heilberufliche Potentiale voll ausschöpfen und Berufsbilder aufwerten:

Pflegefachkräfte: Das Potenzial von Advanced Practice Nurses oder Community Health Nurses wird in Deutschland unzureichend genutzt. Die Kompetenzen von Advanced Practice Nurses und Community Health Nurses sind rechtlich aufzuwerten, damit diese akademisierten Pflegekräfte eigenständig Aufgaben in der Behandlung übernehmen dürfen.

4. Verbindliche Ersteinschätzung/ Patientenzentrierte Navigation:

Eine verbindliche Ersteinschätzung ist zu etablieren. Ersteinschätzungen können – telefonisch oder digital oder im Primärversorgungszentrum – Patient:innen bedarfsorientiert zur richtigen Versorgungseinheit lenken. Im weiteren Kontext muss eine Navigation der Patient:innen und die Kooperation mit spezifischen fachärztlichen Leistungen (auch mit der Möglichkeit des digitalen Zuschaltens) erfolgen. Ziel ist es, Passbarkeit, Schnelligkeit und eine höhere Qualität zu erreichen.

5. Niedrigschwellige Zentren, Hürden für vulnerable Gruppen abbauen:

Fragmentierte Zuständigkeiten überfordern ältere, chronisch kranke oder sozial benachteiligte Gruppen. Primärversorgung muss koordinieren und Lotsenfunktionen bieten. Quartiersnahe Einrichtungen (wie Gesundheitshäuser) bündeln medizinische und soziale Hilfen unter einem Dach.

6. Vernetzung der Primärversorgungszentren mit der Kommune, dem ÖGD und den Krankenkassen in der Region:

Aufgabe des Primärversorgungszentrums ist auch die Vernetzung mit der Kommune. Dies kann zum Beispiel über eine CHN im Primärversorgungszentrum erfolgen.

7. Das Vergütungssystem konsequent weiterentwickeln und auf Qualität ausrichten:

Wir fordern den Übergang zu einem dreiteiligen Vergütungsmodell u. a. mit morbiditätsorientierten Jahrespauschalen und klaren Qualitätsanreizen, die den tatsächlichen Behandlungserfolg belohnen (Pay-for-Outcome).

8. Tempo in der Umsetzung, strukturelle Anschubfinanzierung:

Innerhalb der nächsten drei Jahre sollten die ersten Primärversorgungszentren entstehen, damit die Verbesserung in der ambulanten Gesundheitsversorgung für die Patienten spürbar wird und ein **lernendes Gesundheitssystem** geschaffen wird.

Daher bedarf es:

- **gezielter begleitender Investitionen, eines Förderprogramms zur Anschubfinanzierung**
- **eines verlässlichen Zeitplans für die Umsetzung.**

Impressum

IMPULSE 10/2026
Oktober 2026

Herausgeber
AOK Rheinland/Hamburg
Die Gesundheitskasse.

Wanheimer Straße 72
40468 Düsseldorf

Redaktion und Gestaltung
Christoph J. Rupprecht (verantwortlich)
Katharina Susanne Achtert
Friederike Bader
Katrin Piccioli
André Schall
Malte Fritsche

Kontakt Redaktion
gesundheitspolitik@rh.aok.de
0211 8791-28536