



**Bosch Health  
Campus**

der Robert Bosch Stiftung

Positionspapier

# **Ein integriertes Primärversorgungssystem für Deutschland**

## Inhalt

|                                                                                                     |           |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| Executive Summary                                                                                   | <b>3</b>  |
| 1. Ausgangslage                                                                                     | <b>5</b>  |
| 2. Leitbild: Integrierte Primärversorgung –<br>vom Primärarzt- zum Primärversorgungssystem          | <b>7</b>  |
| 3. Organisationsformen integrierter Primärversorgung                                                | <b>8</b>  |
| 4. Erweiterte Rollen für Pflegefachpersonen,<br>wie Community Health Nursing                        | <b>9</b>  |
| 5. Patientennavigation und Telemedizin                                                              | <b>9</b>  |
| 6. Gesundheitsversorgung mit Schwerpunkt Prävention<br>und Gesundheitsförderung in den Lebenswelten | <b>11</b> |
| 7. Anpassung rechtlicher und finanzieller Rahmen-<br>bedingungen                                    | <b>12</b> |
| 8. Ausblick: Politische Perspektive                                                                 | <b>14</b> |
| 9. Fallbeispiele                                                                                    | <b>15</b> |
| Kontakt                                                                                             | <b>16</b> |

## Executive Summary

Die vom Bundesministerium für Gesundheit vorgelegten Kernelemente zur Reform der Primärversorgung setzen wichtige Impulse. Insbesondere die Stärkung der hausärztlichen Steuerungsfunktion, die systematische Einbindung digitaler Ersteinschätzung über die 116117 und die Weiterentwicklung der Terminservicestelle sind notwendige Schritte, um die Versorgung in Deutschland zukunftsfähig zu gestalten.

Diese Ansätze sollten jedoch strukturell erweitert werden, um den komplexen Versorgungsbedarfen einer alternden, multimorbiden Bevölkerung nachhaltig gerecht zu werden. Ein rein primärärztlich zentriertes System stößt angesichts des Fachkräftemangels und der demografischen Entwicklung an seine Grenzen.

Erforderlich ist die konsequente Weiterentwicklung zu einem integrierten, multiprofessionellen, digital gestützten, an regionalen Bedarfen ausgerichteten Primärversorgungssystem, welches die gesundheitliche Grundversorgung einschließlich einer Vernetzung mit Gesundheitsförderung und Prävention als gemeinsame Aufgabe verschiedener Berufsgruppen organisiert und regionale Verantwortung übernimmt.

**Aus Sicht des BHC sind dafür folgende strukturelle Weichenstellungen zentral:**

- 1. Rechtliche Stärkung von Primärversorgungseinheiten (PVE) und gesetzliche Verankerung von Primärversorgungszentren (PVZ) als eigenständige Organisationsform** – mit multiprofessioneller Leitung, gemeinwohlorientierter Trägerschaft und populationsbezogener Verantwortung
- 2. Systematische Einbindung nicht-ärztlicher Gesundheitsberufe**, insbesondere akademisch qualifizierter Pflegefachpersonen (u. a. Community Health Nurses), mit eigenständigen Befugnissen und Abrechnungsmöglichkeiten der erbrachten Leistungen
- 3. Digitale Transformation als strukturelle Voraussetzung:** Integration von Telemedizin, digitalen Ersteinschätzungs-Tools und der elektronischen Patientenakte (ePA) – einschließlich medizinischer, pflegerischer und sozialer Daten – in die Primärversorgung, unter Wahrung von Datenschutz, Interoperabilität und niedrigschwelligem Zugang
- 4. Vernetzung mit Lebenswelten:** Strukturelle Integration von Apotheken, und Betriebsärzt:innen in die Primärversorgung sowie Stärkung von Gesundheit in Kindertagesstätten und Schulen
- 5. Populationsbezogene, teambasierte Finanzierung** statt reiner Einzelleistungsvergütung, mit Anschubfinanzierung für PVZ und perspektivisch regionalen Versorgungsbudgets

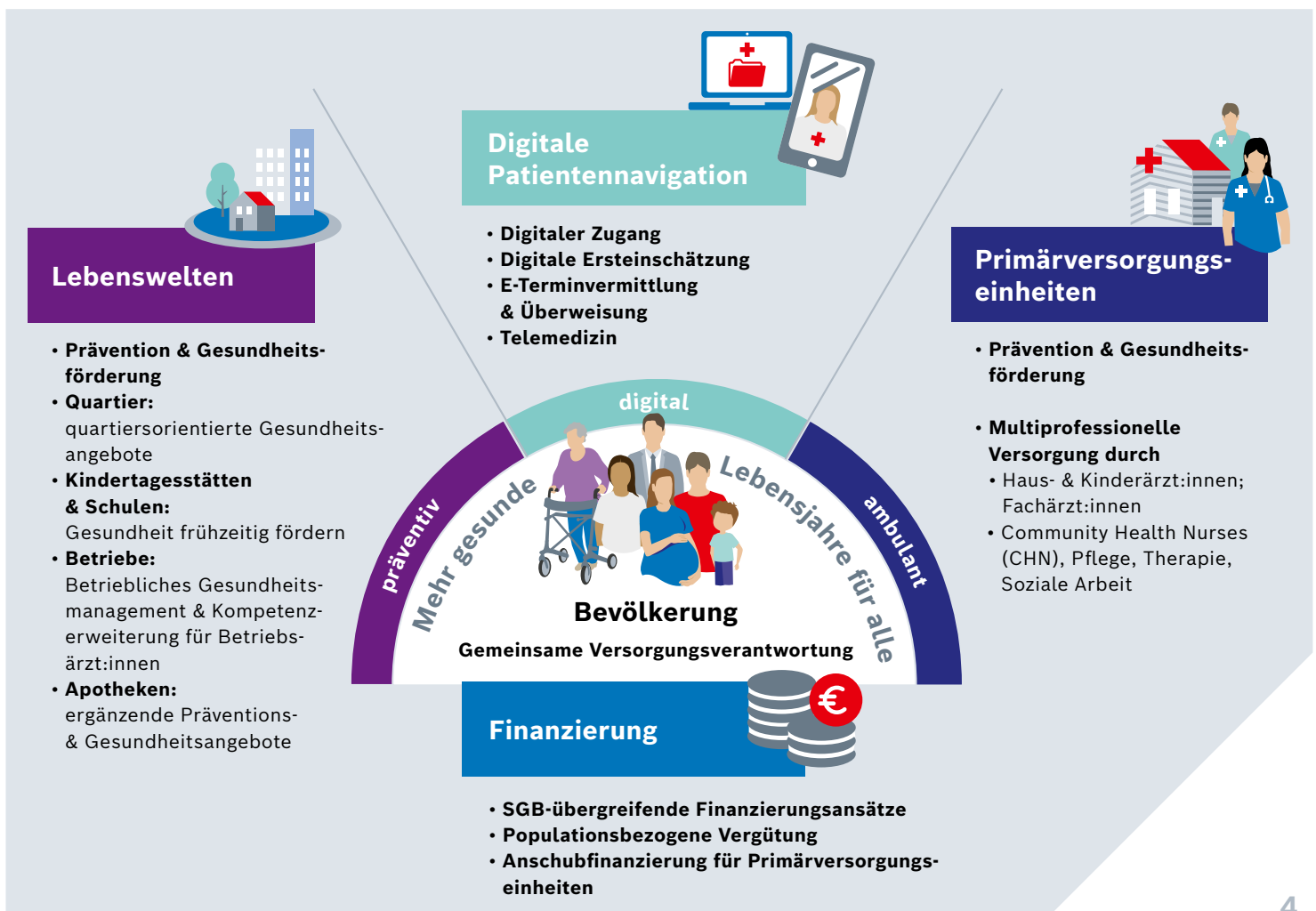
### Diese Weichenstellungen bewirken messbare Verbesserungen für Patient:innen und Versorgungsstrukturen:

- Bessere Koordination und Kontinuität für Patient:innen, insbesondere bei Multimorbidität
- Messbare Verbesserung von Gesundheitsoutcomes durch präventive, populationsbezogene Ansätze
- Sicherung wohnortnaher Versorgung in strukturschwachen Regionen
- Entlastung von Hausärzt:innen durch enge Kooperation mit qualifizierten Fachkräften
- Kosteneffizienz durch Vermeidung von Fehl- und Überversorgung

Für die Umsetzung der oben genannten Maßnahmen bietet sich im Rahmen des nun anlaufenden Gesetzgebungsprozesses zur Reform der Primärversorgung die Gelegenheit, eine Basis zu schaffen.

Dieses Positionspapier skizziert die dafür notwendigen Strukturprinzipien, Organisationsformen sowie rechtlichen und finanziellen Rahmenbedingungen und zeigt auf, wie eine zukunftsfähige Primärversorgung in Deutschland gelingen kann.

### Abbildung: Integriertes Primärversorgungssystem



## 1. Ausgangslage

Die Sicherstellung einer wohnortnahen, bedarfsgerechten und qualitativ hochwertigen Gesundheitsversorgung ist eine zentrale staatliche Aufgabe. Eine leistungsfähige Primärversorgung bildet dabei das Rückgrat des Gesundheitssystems und ist entscheidend für einen gerechten, transparenten und wirksamen Zugang zur Versorgung für alle Menschen. Das deutsche Gesundheitssystem steht in diesem Bereich vor tiefgreifenden strukturellen Herausforderungen: Demografischer Wandel, steigende Morbidität und Multimorbidität, zunehmender Fachkräftemangel – insbesondere in der hausärztlichen Versorgung – sowie eine weiterhin stark sektorale Organisation von Leistungen im Gesundheitswesen.

Der im Koalitionsvertrag vereinbarte Ansatz eines verbindlichen Primärarztsystems setzt einen wichtigen Impuls zur besseren Steuerung der Versorgung. Als alleinige strukturelle Antwort greift er jedoch zu kurz, da er der Komplexität und Vielfalt der Bedarfe in einer umfassenden Gesundheitsversorgung der Bevölkerung nicht gerecht wird. Angesichts der demografischen Entwicklung sowohl auf Seiten der Leistungserbringer als auch der Bevölkerung ist absehbar, dass eine primärärztlich zentrierte Steuerung die Versorgungsprobleme weder flächendeckend noch nachhaltig lösen kann.

### **Chronische Erkrankungen nehmen zu – in allen Altersgruppen:**

In Deutschland zeigt sich eine besorgniserregende Entwicklung: Während etwa die Hälfte der über 65-Jährigen an mindestens zwei chronischen Erkrankungen leidet – deutlich mehr als im EU-Durchschnitt –, treten Erkrankungen wie Typ-2-Diabetes zunehmend bereits im frühen Erwachsenenalter auf, begünstigt durch stark steigende Raten von Übergewicht und Adipositas auch bei jüngeren Menschen, die wiederum zentrale Risikofaktoren für zahlreiche Folgeerkrankungen wie Herz-Kreislauf-Leiden und bestimmte Krebsarten darstellen.

### **Quellen**

OECD, European Commission. *Health at a Glance: Europe 2024. State of Health in the EU Cycle.*

[https://www.oecd.org/en/publications/health-at-a-glance-europe-2024\\_b3704e14-en.html](https://www.oecd.org/en/publications/health-at-a-glance-europe-2024_b3704e14-en.html)

Medizinische Hochschule Hannover. *MHH-Forschung: Jüngere Generation wird früher und häufiger krank als ältere* <https://www.mhh.de/presse-news-detailansicht/mhh-forschung-juengere-generation-wird-frueher-und-haeufiger-krank-als-aeltere>

Starker A. et al. *Verbreitung von Adipositas und Rauchen bei Erwachsenen in Deutschland – Entwicklung von 2003 bis 2023.* *J Health Monit.* 2025;10(1):e12990. <https://doi.org/10.25646/12990>

Erforderlich ist daher die konsequente Weiterentwicklung hin zu einem **integrierten, populationsbezogenen Primärversorgungssystem**, welches die gesundheitliche Grundversorgung als gemeinsame, multiprofessionelle Aufgabe organisiert, digitale Patientennavigation systematisch einbindet und Möglichkeiten für regionale Verantwortungsübernahme eröffnet. Ziel ist es, klare und verlässliche Patientenpfade zu etablieren und die Primärversorgung als zentrale Steuerungs- und Koordinationsinstanz zu stärken.

Leitend für diese Weiterentwicklung ist ein erweiterter Gesundheitsbegriff: Gesundheit wird als Fähigkeit verstanden, das eigene Leben aktiv und selbstbestimmt zu gestalten – auch mit Erkrankung. Vor diesem Hintergrund ist „**mehr gesunde Jahre für alle**“ als verbindliches Ziel der Primärversorgung zu verankern. Versorgung, Anreize und Erfolgsmessung können so konsequent auf Gesundheitszugewinne ausgerichtet werden, statt auf die bloße Verwaltung von Krankheit. Dabei gilt es, die unterschiedlichen Lebenswelten – Quartier, Kindertagesstätte und Schule sowie Arbeitsplatz – gezielt in den Blick zu nehmen und sie als zentrale gesundheitsfördernde Umgebungen nachhaltig zu stärken. Lebensstilassoziierte Erkrankungen können so vermieden und hohe Kosten für das Gesundheits- und Sozialsystem verhindert werden.

#### **Vermeidbare Kosten durch unzureichende Prävention:**

Viele vorzeitige Todesfälle und erhebliche volkswirtschaftliche Kosten könnten durch wirksame Prävention – insbesondere mit Blick auf Rauchen, Alkoholkonsum, unausgewogene Ernährung und Bewegungsmangel – vermieden werden.

#### **Quelle**

AOK-Bundesverband eGgR, Deutsches Krebsforschungszentrum. *Public Health Index*.  
[Public Health Index | AOK Presse](#)

## 2. Leitbild: Integrierte Primärversorgung – vom Primärarzt- zum Primärversorgungssystem

Primärversorgung bildet das Fundament eines leistungsfähigen Gesundheitssystems. Sie ist erste Anlaufstelle für gesundheitliche Anliegen, koordiniert Versorgungsprozesse und begleitet Menschen kontinuierlich über den Lebensverlauf. Orientierung bietet das international etablierte Verständnis integrierter Primärversorgung der World Health Organization.

Ein zukunftsfähiges Modell geht dabei über ein reines Primärarztsystem hinaus. Die steigende Komplexität von Versorgungsbedarfen – etwa durch chronische Erkrankungen, Multimorbidität und soziale Gesundheitsrisiken – erfordert multiprofessionelle Teams mit klar definierten Rollen und Verantwortlichkeiten. Primärversorgung beruht daher auf dem koordinierten Zusammenwirken ärztlicher, pflegerischer, therapeutischer und sozialer Professionen.

Zentrale Leitprinzipien sind eine wohnortnahe und niedrigschwellige Versorgung, kontinuierliche Betreuung, interprofessionelle Zusammenarbeit sowie eine klare Koordinations- und Steuerungsverantwortung innerhalb des Versorgungssystems. Prävention und Gesundheitsförderung werden systematisch integriert, sektorenübergreifende Kooperation und digitale Lösungen unterstützen die Versorgung.

PVE übernehmen Verantwortung für die Gesundheit einer definierten Bevölkerungsgruppe. Sie navigieren Patient:innen bedarfsgerecht durch das Versorgungssystem – auch mithilfe digitaler Ersteinschätzung und Telemedizin –, stärken die interprofessionelle Versorgung und entlasten ärztliche Ressourcen. Ziel ist eine koordinierte, qualitativ hochwertige Versorgung, deren Ergebnisse anhand transparenter Kennzahlen messbar sind.

### 3. Organisationsformen integrierter Primärversorgung

Ein zukunftsfähiges Primärversorgungssystem benötigt unterschiedliche, auf regionale Bedarfslagen zugeschnittene Organisationsformen. Diese tragen gemeinsam zu einer umfassenden, koordinierten und wohnortnahen Versorgung bei:

- Primärversorgungszentren (PVZ) (z. B. nach dem PORT-Konzept) mit populationsbezogener Versorgungsorientierung,
- Weiterentwickelte hausärztliche Praxen,
- Primärversorgungsnetzwerke zur strukturierten Zusammenarbeit mehrerer Praxen und Versorgungsangebote.

#### **Fokus: Primärversorgungszentren (PVZ)**

PVZ stellen die umfassendste Organisationsform integrierter Primärversorgung dar und bündeln medizinische, pflegerische, therapeutische, psychosoziale, präventive sowie digitale Leistungen. Sie sind insbesondere für strukturschwache, ländliche oder sozial benachteiligte Regionen sowie für urbane Räume mit komplexen Versorgungsbedarfen geeignet.

PVZ übernehmen eine verbindliche regionale Versorgungsverantwortung und ermöglichen eine koordinierte, interprofessionelle und sektorenübergreifende Versorgung. Im Mittelpunkt stehen die systematische Einbindung nicht-ärztlicher Gesundheitsberufe, eine stärkere Verzahnung der Versorgungssektoren sowie populationsbezogene Präventions- und Gesundheitsförderungsangebote.

Zur Stärkung dieser Versorgungsform ist eine klare gesetzliche Verankerung von PVZ erforderlich. Diese sollte insbesondere folgende Elemente umfassen:

- Öffnung für vielfältige, gemeinwohlorientierte Trägerschaften (z. B. Kommunen, gemeinnützige Organisationen oder Träger der freien Wohlfahrtspflege)
- flexible Rechtsformen (z. B. gGmbH, Genossenschaften oder Vereine)
- multiprofessionelle Leitungsstrukturen, die sich an fachlichen und organisatorischen Kompetenzen orientieren und sowohl ärztliche als auch nicht-ärztliche Führung ermöglichen
- verpflichtende interprofessionelle Zusammenarbeit
- eine klare regionale Versorgungsverantwortung
- die systematische Integration digitaler Anwendungen, insbesondere Telemedizin, digitaler Steuerungsinstrumente und der ePA als Kernbestandteile



## 4. Erweiterte Rollen für Pflegefachpersonen und Community Health Nursing

Akademisch qualifizierte Pflegefachpersonen auf Masterniveau, insbesondere Community Health Nurses, sollen als tragende Säulen integrierter Primärversorgung etabliert werden, mit Fokus auf öffentliche Gesundheitspflege, insbesondere Prävention und Gesundheitsförderung.

Die gesetzliche Regulierung der Berufsbildstruktur für Community Health Nurses ist für die Entwicklung eines integrierten populationsbezogenen Primärversorgungssystems notwendig. Die Entwicklung der erweiterten pflegerischen Rolle als Spezialisierung der Pflege auf Masterniveau ist ein notwendiger Schritt zur Fachkräfteentwicklung und -stärkung und muss in der systematischen Stärkung der Primärversorgung als wesentlicher Bestandteil etabliert werden. Eine starre Aufgabenteilung zwischen den Gesundheitsberufen verhindert eine bedarfsgerechte Gesundheitsversorgung und kann durch die Übertragung heilkundlicher Tätigkeiten auf die Profession Pflege gelöst werden.

### **Politisch zu klären sind:**

- Klare Kompetenz- und Aufgabenprofile für Pflegefachpersonen mit Qualifikations- und Weiterbildungsstandards zur Sicherstellung fachlicher Expertise
- Eigenständige heilkundliche Befugnisse im definierten Umfang
- Vergütung von heilkundlichen Tätigkeiten durch Pflegefachpersonen innerhalb von Primärversorgungseinheiten
- Erweiterung der Befugnisse qualifizierter Pflegefachpersonen zur eigenständigen Diagnosestellung und Behandlungseinleitung in definierten Bereichen
- Abrechnungsfähigkeit im SGB V
- Haftungs- und Verantwortungsregelungen

## 5. Digitale Patientennavigation und Telemedizin

Die digitale Transformation ist eine zentrale Voraussetzung für ein modernes Primärversorgungssystem. Digitale Tools zur Ersteinschätzung, Plattformen zur Patientensteuerung und telemedizinische Angebote können die Versorgung gezielt verbessern: Sie stärken die Eigenverantwortung der Patient:innen und entlasten Hausärzt:innen – etwa durch effizientere Dokumentation oder indem sie bei Bagatellfällen, also gesundheitlichen Beschwerden mit meist mildem Verlauf und geringem Behandlungsbedarf (z.B. leichte Erkältungssymptome, unkomplizierte Hautreizungen oder kurzfristige Befindlichkeitsstörungen), eine erste Beratung und Orientierung ermöglichen. Dadurch bleibt mehr Zeit für Patient:innen mit komplexeren oder dringlicheren Behandlungsbedarfen.

Digitale Lösungen ermöglichen eine bedarfsgerechte Steuerung der Versorgung sowohl im Akut- und Notfall als auch in der kontinuierlichen Betreuung chronisch erkrankter Patient:innen. Im Akutfall unterstützen digitale Ersteinschätzung und Telemedizin eine schnelle Bewertung von Dringlichkeit und Versorgungsbedarf und helfen, Über- oder Fehlversorgung zu vermeiden. Im regulären Versorgungskontext – insbesondere bei chronisch-multimorbiden Patient:innen – ermöglichen digitale Instrumente Monitoring, kontinuierliche Betreuung und koordinierte Versorgungsprozesse. Die koordinierende Rolle der Primärversorgung bleibt dabei zentral.

Durch digitale Integration können Patient:innen gezielt durch das Versorgungssystem navigiert, Versorgungsangebote besser vernetzt und Routineprozesse effizient unterstützt werden. Gleichzeitig schaffen digitale Systeme mehr Transparenz und ermöglichen eine verbesserte Qualitätssicherung auf Populationsebene.

**Digitale Lösungen ermöglichen:**

- einen initialen digitalen Zugang über interoperable, technologie- und anbieter-offene Plattformen (z. B. 116117 oder GKV-Apps),
- eine strukturierte Ersteinschätzung mit Priorisierung, Dringlichkeitseinstufung und Zuordnung zu geeigneten Versorgungswegen,
- digitale Selbsttriage und Unterstützung zur Selbstbehandlung bei Bagatellfällen,
- telemedizinische Versorgung als ortsunabhängigen, niedrigschwelligen Zugang,
- den Einsatz digitaler Gesundheitsanwendungen (DiGA) als ergänzende Versorgungsangebote,
- die ePA als zentrale Plattform für sektorenübergreifenden Datenaustausch, einschließlich medizinischer, pflegerischer, therapeutischer und sozialer Daten, um eine ganzheitliche, koordinierte Versorgung zu ermöglichen.

Digitale Versorgungspfade sollten einen niedrigschwelligen Einstieg in die Versorgung ermöglichen, etwa durch priorisierte Nutzung digitaler Angebote und Telemedizin vor der Inanspruchnahme von Präsenzleistungen, sofern medizinisch vertretbar. Elektronische Ersteinschätzung, digitale Überweisungen und Terminvermittlung unterstützen eine koordinierte Steuerung im Versorgungssystem; die ePA bildet hierfür die zentrale Infrastruktur für Informationsaustausch, Dokumentation und Qualitätssicherung.

Voraussetzungen für eine digital gestützte Primärversorgung sind Interoperabilität für einen sicheren Datenaustausch, Technologie- und Anbieteroffenheit zur Förderung von Innovation, eine gleichwertige Vergütung digitaler und analoger Leistungen sowie die Integration psychotherapeutischer Angebote in digitale Versorgungs- und Steuerungspfade.

Ein zentraler Erfolgsfaktor ist die Nutzerfreundlichkeit digitaler Angebote. Zugänge und Identifizierungsverfahren müssen deutlich vereinfacht werden, um soziale Unterschiede in der Nutzung digitaler Gesundheitsangebote zu reduzieren. Digitale Angebote sollten barrierearm gestaltet und durch unterstützende Strukturen ergänzt werden. Gleichzeitig müssen weiterhin analoge Zugänge bestehen bleiben, um eine niedrigschwellige Versorgung für alle Bevölkerungsgruppen sicherzustellen.

## 6. Gesundheitsversorgung mit Schwerpunkt Prävention und Gesundheitsförderung in den Lebenswelten

Ein integriertes Primärversorgungssystem richtet sich konsequent an den Lebenswelten und Lebensbedingungen der Menschen aus. Niedrigschwellige und aufsuchende Angebote verbessern den Zugang zur Versorgung, stärken Prävention und Gesundheitsförderung und helfen, gesundheitliche Risiken frühzeitig zu adressieren sowie unnötige Inanspruchnahmen spezialisierter Versorgung zu vermeiden.

Der **Öffentliche Gesundheitsdienst (ÖGD)** übernimmt dabei eine zentrale Rolle bei der regionalen Koordination von Prävention, Gesundheitsförderung und Versorgung. **Kommunale Gesundheitskonferenzen** oder vergleichbare regionale Gremien sollten bundesweit als zentrale Koordinationsstrukturen auf Kreisebene etabliert und rechtlich im Sozialgesetzbuch verankert werden. Je nach regionaler Struktur sind auch kreisübergreifende Kooperationen sinnvoll.

Ein wirksames Primärversorgungssystem lebt von der Vernetzung zentraler Akteur:innen in den Lebenswelten – insbesondere im Quartier, in Bildungseinrichtungen und in der Arbeitswelt. Regionale Versorgungsnetzwerke, soziale Unterstützungsstrukturen und Ansätze wie Sorgende Gemeinschaften stärken eine bedarfsgerechte und populationsbezogene Gesundheitsversorgung.

**Apotheken** sind flächendeckend verfügbar und für viele Menschen eine niedrigschwellige erste Anlaufstelle. Sie sollten stärker in die Primärversorgung eingebunden werden, etwa durch Standardimpfungen, Vorsorge- und Screeningangebote, telemedizinische Anbindung, Integration in die Telematikinfrastruktur sowie entsprechende Abrechnungsmöglichkeiten im SGB V.

**Kindertagesstätten und Schulen** sind zentrale Orte der Gesundheitsförderung, insbesondere für Kinder aus sozial benachteiligten Familien. Um ihr Potenzial systematisch zu nutzen, braucht es eine strukturelle Verankerung von Gesundheitsförderung im Bildungsalltag. Modellprojekte zur Schulgesundheitspflege zeigen, dass akademisch qualifizierte Pflegefachkräfte einen wichtigen Beitrag zu Prävention, früher Intervention und sozialer Teilhabe leisten können. Dafür sind bundesweit einheitliche Aufgabenprofile, verlässliche Finanzierungsmodelle und klare Zuständigkeiten zwischen Gesundheits- und Bildungssystem erforderlich.

Auch die **Arbeitswelt** ist ein wichtiger Ort für Prävention und Gesundheitsförderung. Betriebliches Gesundheitsmanagement sollte weiter gestärkt und systematischer mit der Primärversorgung verzahnt werden. Eine wichtige Rolle kommt dabei Betriebsärzt:innen zu, deren präventive und arbeitsplatznahe Expertise stärker genutzt und in die Primärversorgung eingebunden werden sollte. Dazu gehören der Abbau rechtlicher Hürden, eine stärkere Beteiligung an Präventionsangeboten und

Chronikerprogrammen, erweiterte Impf- und Mitbehandlungsbefugnisse sowie die Anbindung an die Telematikinfrastruktur. Gleichzeitig sollten die Befugnisse von Betriebsärzt:innen gezielt erweitert werden, sodass sie als integrierter Bestandteil der Primärversorgung zusätzliche gesundheitsbezogene Aufgaben übernehmen und Patient:innen niedrigschwellig begleiten können.

**Quartiersorientierte Ansätze** stärken soziale Netzwerke, fördern Teilhabe und ermöglichen wohnortnahe Unterstützungsangebote. Kommunen und Zivilgesellschaft spielen dabei eine zentrale Rolle. Über kommunale Strukturen können aufsuchende, standortbasierte und digitale Versorgungsangebote besser vernetzt werden. Programme wie „Quartier 2030 – Gemeinsam.Gestalten.“ aus Baden-Württemberg zeigen beispielhaft, wie quartiersorientierte Gesundheitsförderung systematisch unterstützt werden kann.

## 7. Anpassung rechtlicher und finanzieller Rahmenbedingungen

Die Umsetzung eines integrierten Primärversorgungssystems erfordert geeignete rechtliche Rahmenbedingungen, die eine flexible, bedarfsgerechte Versorgung in unterschiedlichen Lebenswelten ermöglichen und zugleich die Zusammenarbeit multiprofessioneller Teams stärken. Rechtliche und finanzielle Anpassungen sollten sicherstellen, dass PVZ ihre koordinierende Rolle wahrnehmen und eine kontinuierliche, qualitativ hochwertige Versorgung gewährleisten können.

**Zentrale Handlungsfelder für die rechtlichen Voraussetzungen sind:**

- **Gesetzliche Verankerung der Primärversorgung und von PVZ im SGB V**, um ihre Rolle im Gesundheitssystem sowie ihre Finanzierung dauerhaft abzusichern
- **Verbesserte Schnittstellen zu anderen Sozialgesetzbüchern (z. B. SGB XI, IX, VIII)** zur Förderung einer sektorenübergreifenden Versorgung und sozialer Teilhabe
- **Stärkere Einbindung nicht-ärztlicher Gesundheitsberufe**, etwa durch eine Erweiterung von § 15 SGB V und Anpassungen berufsrechtlicher Regelungen (z. B. Heilkundeübertragung für akademisierte Pflegefachpersonen)
- **Klare Regelungen zur Leitung und Organisation multiprofessioneller Einrichtungen**, einschließlich transparenter Kompetenz- und Verantwortungsstrukturen
- **Haftungs- und Verantwortungsregelungen** für die verschiedenen Professionen in Teamstrukturen, um rechtliche Sicherheit für Patient:innen und Fachkräfte zu gewährleisten
- **Gesetzliche Sicherstellung digitaler und interoperabler Versorgungsstrukturen**, um eine vernetzte und lebensweltnahe Versorgung zu ermöglichen
- **Stärkung des ÖGD**: Regionale Steuerung der Gesundheitsversorgung durch Gremien von regionalen Gesundheitsakteuren wie Kommunale Gesundheitskonferenzen unter Einbindung bzw. Leitung des ÖGD und rechtliche Verankerung im SGB

## Finanzierung und Vergütung

Ein integriertes Primärversorgungssystem erfordert eine **populationsbezogene und teambasierte Finanzierung**, die über die klassische Einzelleistungsvergütung hinausgeht. Ziel ist eine verlässliche Versorgung definierter Bevölkerungsgruppen, die nachhaltige Finanzierung multiprofessioneller Teams sowie die angemessene Abbildung präventiver, rehabilitativer, psychosozialer und pflegerischer Leistungen.

Ein gesetzlich verankerter Finanzierungsrahmen für PVZ schafft Planbarkeit, stärkt multiprofessionelle Teamstrukturen und ermöglicht eine sektorenübergreifende, patientenorientierte Versorgung über SGB-Grenzen hinweg.

### Zentrale Elemente sind:

- **Weiterentwicklung der Vergütungssystematik** hin zu populationsbezogenen und teambasierten Modellen
- **SGB-übergreifende Finanzierung**, um Schnittstellenprobleme zwischen Kranken-, Pflege- und kommunalen Leistungen zu reduzieren
- **Eigenständige Abrechnung definierter Leistungen durch Pflegefachpersonen**, z. B. Assessments oder Chronikerbetreuung
- **Finanzierung von Koordination, Case- und Care-Management sowie Fallkonferenzen** als zentrale Elemente integrierter Versorgung
- **Anschub- und Strukturfinanzierung** für den Aufbau von PVZ
- **Qualitäts- und nutzenorientierte Vergütung**, die langfristig auch Effizienzgewinne im Gesundheitssystem ermöglichen kann
- **Perspektivisch: Regionale Versorgungsbudgets** zur bedarfsgerechten Steuerung und Outcome-orientierten Evaluation der Versorgung

## 8. Ausblick: Politische Perspektive

Die Einführung eines integrierten Primärversorgungssystems ist eine strukturelle politische Reform von zentraler Bedeutung. Sie erfordert klare gesetzgeberische Entscheidungen, verlässliche Finanzierungsmodelle und den Mut, traditionell professions- und sektorenzentrierte Strukturen zu überwinden.

Ein solches System stärkt die wohnortnahe Versorgung, entlastet Fachkräfte, verbessert Prävention und Koordination und bildet die Grundlage für Qualität, Effizienz und Resilienz des gesamten Gesundheitssystems.

### **Zentrale Voraussetzungen sind:**

- Gesetzlicher Rahmen für PVZ, der ihre Rolle, Aufgaben und Finanzierung rechtlich absichert
- SGB-übergreifende Finanzierung, die sektorenübergreifende, teambasierte Versorgung ermöglicht
- Einbindung aller relevanten Berufsgruppen, um multiprofessionelle Versorgung sicherzustellen
- Populationsbezogene Verantwortung mit klar definierten, messbaren Outcome-Indikatoren zur Steuerung und Qualitätssicherung der Versorgung

## 9. Fallbeispiele

### Gezielte Unterstützung für unterschiedliche Lebensphasen: Prävention, Kontinuität und häusliche Stabilität – ein Blick in die Versorgungspraxis

#### Frühe Unterstützung junger Familien mit Migrationshintergrund

**Frau M. (30)** lebt mit ihrem Partner und zwei Kindern in Deutschland. Beim neugeborenen Kind besteht der Verdacht auf eine Hüftgelenkdysplasie; sprachliche und organisatorische Hürden erschweren der Familie die Orientierung im Versorgungssystem. Eine Community Health Nurse übernimmt die Koordination, erläutert den Diagnoseverdacht verständlich und organisiert zeitnah einen Termin zur Hüftsonografie in einer kinderärztlichen Praxis. Durch die strukturierte Vorbereitung liegen alle notwendigen Informationen vor. So wird eine zügige Abklärung und gegebenenfalls frühzeitige Behandlung ermöglicht, während gleichzeitig die Praxisorganisation entlastet wird. Das Beispiel zeigt, wie niedrigschwellige, kultursensible Pflegekoordination Zugänge zur Primärversorgung verbessert und Versorgungsverzögerungen vermeidet.

#### Kontinuität bei komplexen chronischen Erkrankungen

**Herr X. (50)** lebt mit mehreren chronischen Erkrankungen (koronare Herzerkrankung, Herzinsuffizienz, Diabetes mellitus Typ II) sowie einer instabilen sozialen Situation. Wiederholte Krankenhausaufenthalte verdeutlichen den Bedarf an koordinierter Nachsorge. Nach Risikoeinschätzung übernimmt eine Community Health Nurse die sektorenübergreifende Koordination der poststationären Versorgung. Dazu gehören die Sicherstellung der hausärztlichen Anbindung, Beratung zum Selbstmanagement bei Herzinsuffizienz, Unterstützung beim Medikamentenmanagement sowie die Abstimmung mit Sozialdiensten und Krankenkasse. Ziel ist die Stabilisierung der Versorgung durch kontinuierliche Begleitung und klare Eskalationswege, insbesondere zur Vermeidung unnötiger Krankenhauseinweisungen.

#### Stabilisierung in der Häuslichkeit

**Herr S. (79)** lebt allein und ist multimorbid (u. a. Diabetes, beginnende Demenz, Herz-Kreislauf-Erkrankungen). Einschränkungen bei Mobilität, Medikamenteneinnahme und Alltagsorganisation gefährden zunehmend eine sichere Versorgung zu Hause. Eine Community Health Nurse stabilisiert die Situation zunächst durch Hausbesuche und Gesundheitskontrollen und initiiert anschließend zentrale Unterstützungsmaßnahmen: Beantragung eines Pflegegrades, Organisation eines ambulanten Pflegedienstes, Hilfsmittelversorgung sowie rechtliche Betreuung und Alltagsunterstützung. Dadurch kann die Versorgung dauerhaft im häuslichen Umfeld gesichert und eine stationäre Langzeitpflege vermieden werden. Das Beispiel verdeutlicht die Bedeutung frühzeitiger, aufsuchender Pflegekoordination.

### **Bosch Health Campus**

Der Bosch Health Campus vereint alle Institutionen und Förderaktivitäten der Robert Bosch Stiftung im Fördergebiet Gesundheit. Mit seinen vier Bereichen Behandeln, Forschen, Bilden und Fördern steht er für eine zukunfts- und patientenorientierte Gesundheitsversorgung.

### **Kontakt**

#### **Irina Cichon**

Fachliche Leitung Gesundheitspolitik  
[irina.cichon@bosch-health-campus.com](mailto:irina.cichon@bosch-health-campus.com)

#### **Cordula Hoffmanns**

Senior Projektmanagerin  
[cordula.hoffmanns@bosch-health-campus.com](mailto:cordula.hoffmanns@bosch-health-campus.com)



Informationen erhalten Sie  
auch auf unserer Webseite



Bosch Health Campus GmbH

**Robert Bosch Centrum für Innovationen im Gesundheitswesen**

Auerbachstraße 110

70376 Stuttgart | Germany

[www.bosch-health-campus.com](http://www.bosch-health-campus.com)

Eine Einrichtung der

