Reformbedarf im deutschen Gesundheitssystem – Primärversorgung wird regionale Versorgung

Prof. Dr. Wolfgang Hoffmann

Institut für Community Medicine,
Abt. Versorgungsepidemiologie und Community Health
Universitätsmedizin Greifswald

14. MVF-Fachkongress „Agenda 2030: Primärversorgung gestalten“ 28.11.2025, Berlin

Primärversorgung / Primäre Gesundheitsversorgung

WHO, Deklaration von Alma Ata (1978):
Primäre Gesundheitsversorgung ist ein Konzept einer Gesundheitsversorgung, „die auf praktischen, wissenschaftlich fundierten und sozial akzeptierten Methoden basiert und für den Einzelnen wie die Familien im Sinne von Eigenständigkeit und Selbstbestimmung zu erschwinglichen Kosten für Gemeinschaft und Land erreichbar ist. Primäre Gesundheitsversorgung wird damit zum ersten Element eines kontinuierlichen Prozesses gesundheitlicher Versorgung.“

Versorgungspraktische Perspektive:
- Erster Kontakt ins (Regel-)Versorgungssystem
- Kontinuität in der (Regel-)Versorgung
- Umfassende (Regel-)Versorgung
- Koordination der (Regel-)Versorgung

In Deutschland: HausärztInnen einschl. Praxisteam

Zimmermann, T. (2023). Primäre Gesundheitsversorgung/Primary Health Care. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Hrsg.). *Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden*. https://doi.org/10.17623/BZGA:Q4-i096-3.0

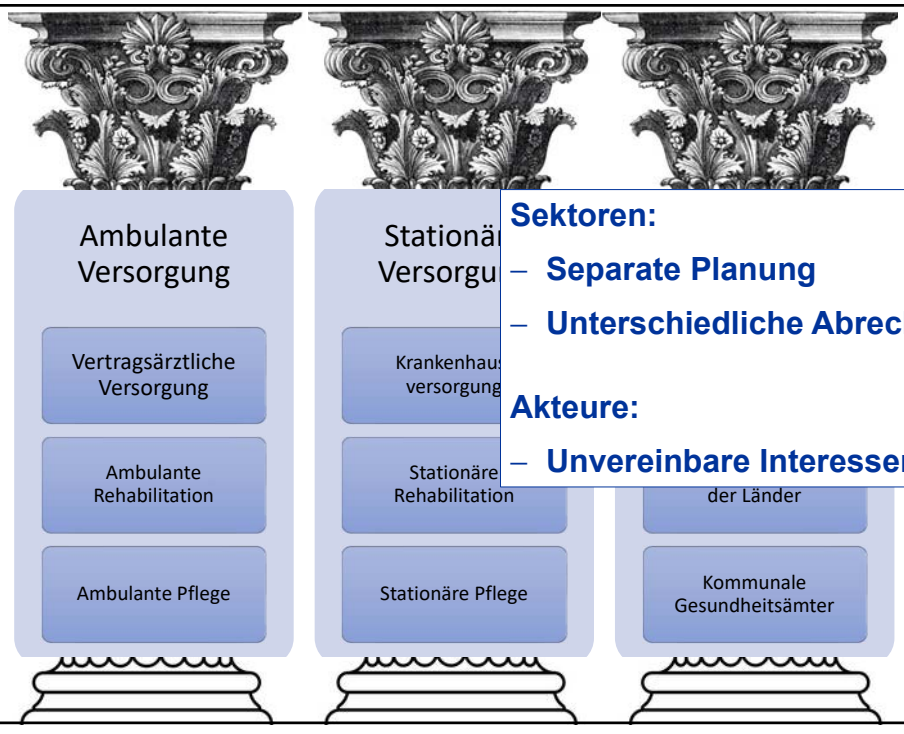
Was soll in der Primären Gesundheitsversorgung geleistet werden?

- Primäre Gesundheitsleistungen sollen multiprofessionell und im Verbund mit anderen Leistungserbringenden (z. B. Pflege, Therapeuten) erbracht werden.
- Koordination ist notwendig. Z.B. Hausärztin/Hausarzt als Gatekeeper und/oder Case Management, Lotsen
- Primäre Gesundheitsversorgung: „erste Ebene“ eines gestuften Versorgungssystems (Stepped Care)
- Aktive Rolle für informierte und selbstverantwortliche Patientinnen und Patienten (Shared Decision Making, Patienten-Selbsthilfeinitiativen)
- Wichtig: Public Health-Perspektive bei der Planung der Versorgung

(Gutachten des Sachverständigenrats 2014, 2018, 2023)

Klappt das tatsächlich?

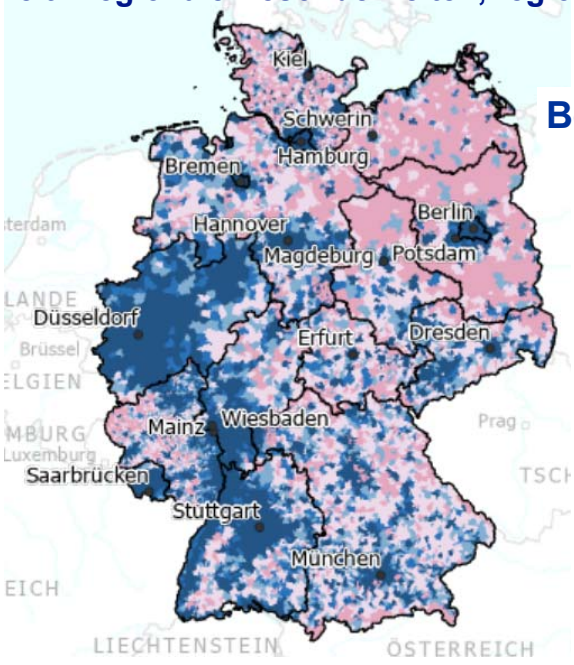
SVR Gutachten 2014: Bedarfsgerechte Versorgung - Perspektiven für ländliche Regionen und ausgewählte Leistungsbereiche
SVR Gutachten 2018: Bedarfsgerechte Steuerung der Gesundheitsversorgung
SVR Gutachten 2023: Resilienz im Gesundheitswesen – Wege zur Bewältigung künftiger Krisen



Sektoren:
- **Separate Planung**
- **Unterschiedliche Abrechnungssysteme**

Akteure:
- **Unvereinbare Interessen**

Die reale Welt: Regionale Besonderheiten, regionale Probleme



Bevölkerungsdichte, 2021

Einwohner/-innen je km² im Jahr 2021

- bis unter 50
- 50 bis unter 100
- 100 bis unter 150
- 150 bis unter 200
- 200 und mehr
- unbewohnte gemeindefreie Gebiete

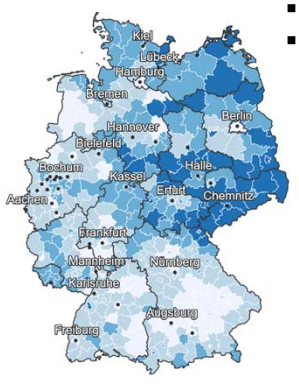
Quelle: https://www.deutschlandatlas.bund.de; 2023

Die reale Welt: Regionale Besonderheiten, regionale Probleme

Bevölkerung:

- Altersverteilung
- Morbidität
- Sozio-ökonomische Parameter (Einkommen, Bildung, Arbeitslosenquote…)

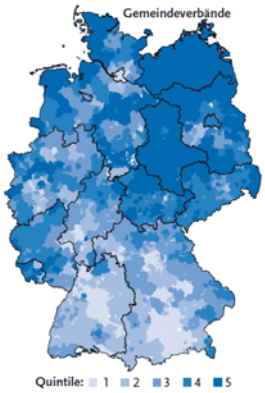
Bevölkerung 80 Jahre und älter
Anteil an der gesamten Bevölkerung in %



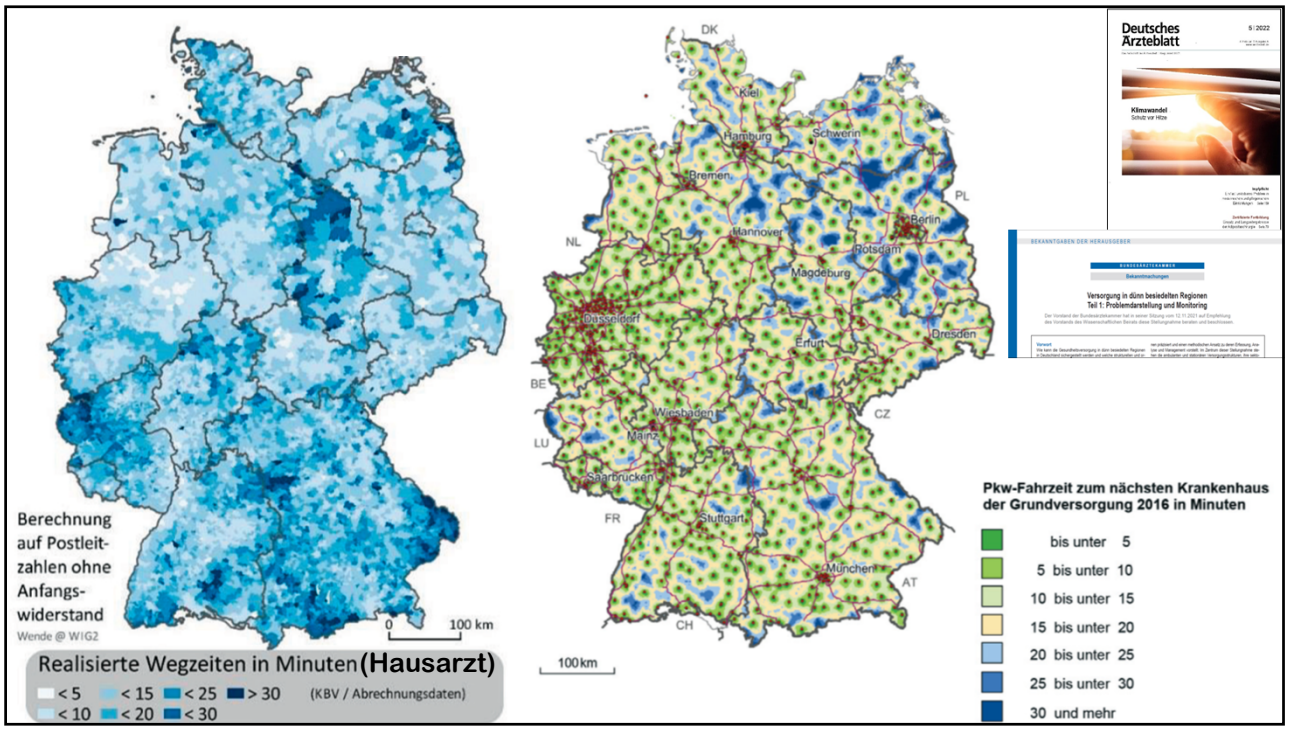
Anteil in %
4,8 bis unter 6,5 | 6,5 bis unter 7,5 | 7,5 bis unter 8,7 | 8,7 bis 11,2

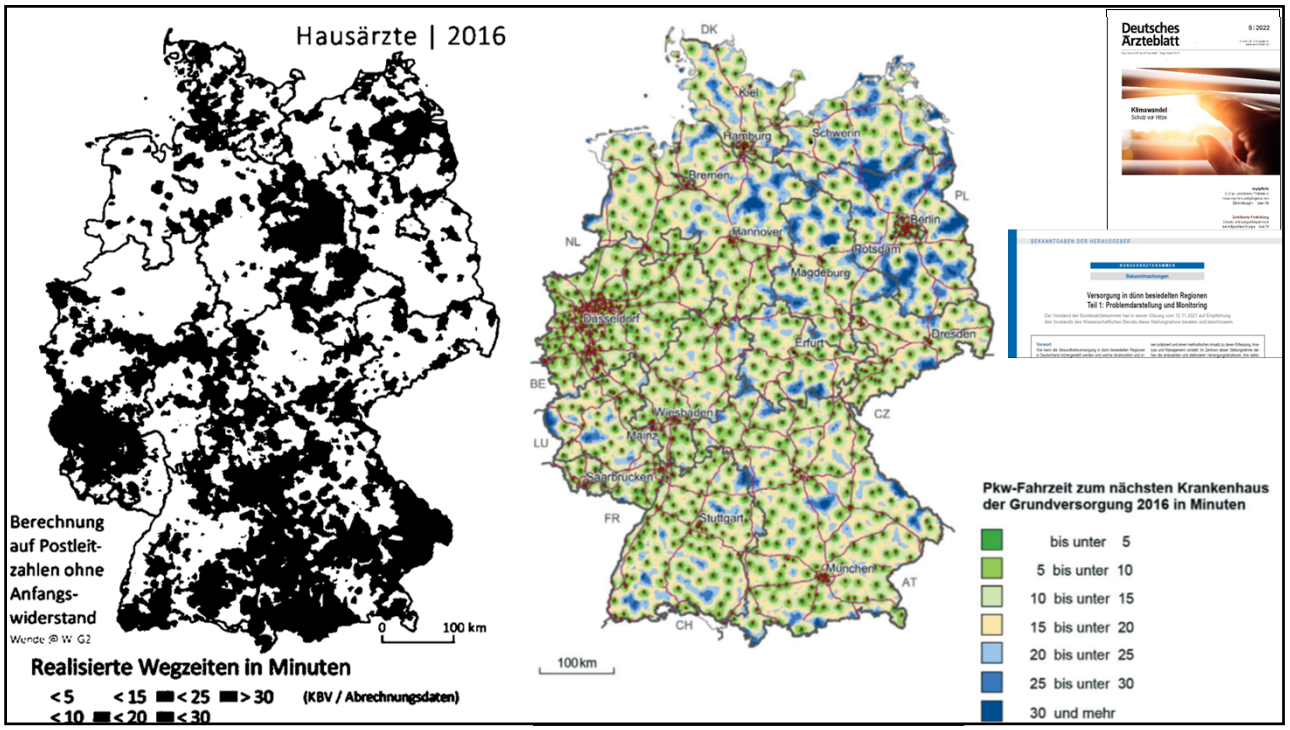
Copyrights: © GeoBasis-DE / BKG 2019 | Quelle: Bevölkerungsfortschreibung
© Statistische Ämter des Bundes und der Länder, 2022

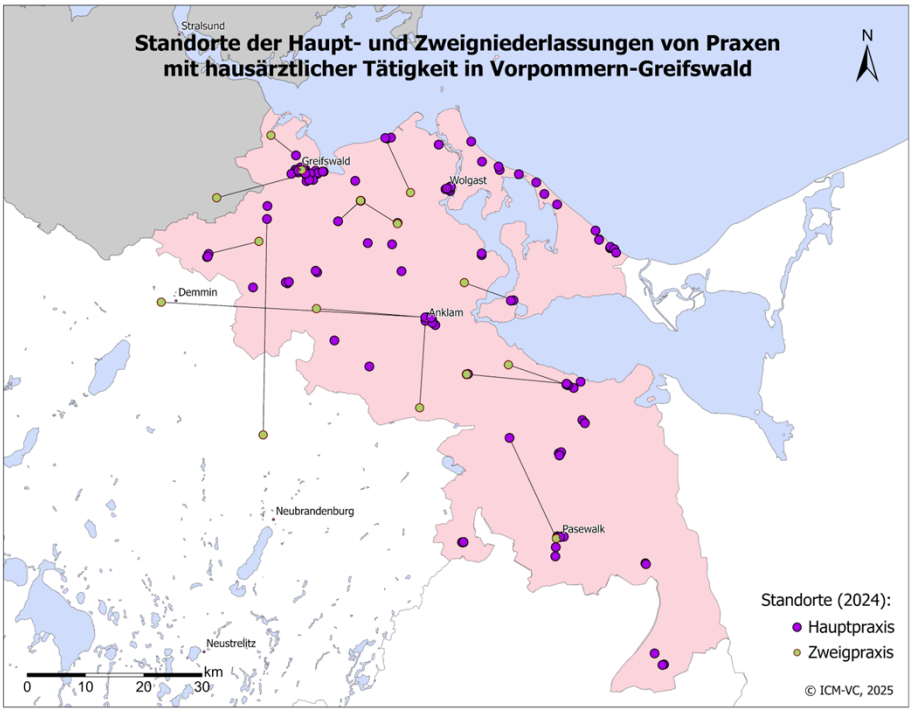
Regionale sozioökonomische Deprivation



Quelle: Kroll LE, Schumann M, Hoebel J et al. (2017) Regionale Unterschiede in der Gesundheit – Entwicklung eines sozioökonomischen Deprivationsindex für Deutschland. Journal of Health Monitoring 2(2): 103 – 120.

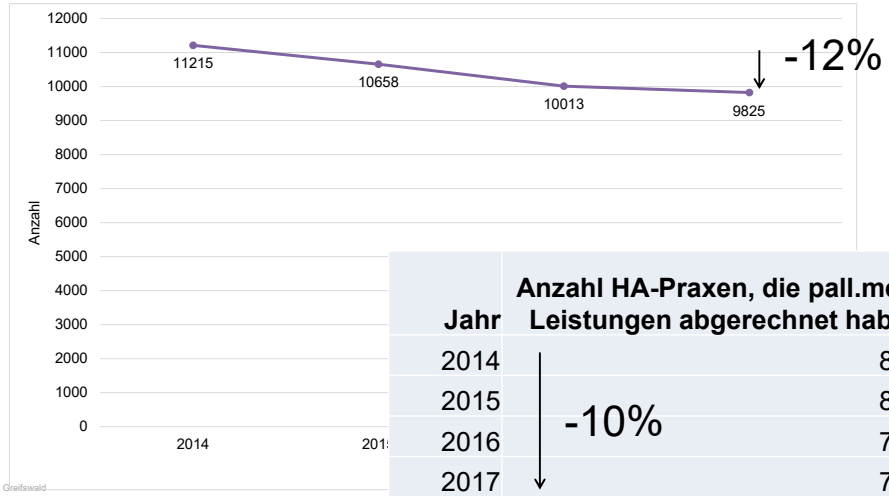

Berechnung
auf Postleit-
zahlen ohne
Anfangs-
widerstand
Wende @ WIG2
0
100 km
Realisierte Wegzeiten in Minuten (Hausarzt)
< 5
< 10
< 15
< 20
< 25
< 30
> 30
(KBV / Abrechnungsdaten)
DK
Kiel
Hamburg
Schwerin
Bremen
PL
Berlin
NL
Hannover
Rotsdam
Magdeburg
Düsseldorf
Erfurt
Dresden
BE
CZ
Wiesbaden
LU
Mainz
Saarbrücken
FR
Stuttgart
München
AT
CH
100km
Deutsches Ärzteblatt
5 | 2022
Klimawandel
Schutz vor Hitze
Versorgung in dünn besiedelten Regionen
Teil 1: Problemdarstellung und Monitoring
Pkw-Fahrzeit zum nächsten Krankenhaus
der Grundversorgung 2016 in Minuten
bis unter 5
5 bis unter 10
10 bis unter 15
15 bis unter 20
20 bis unter 25
25 bis unter 30
30 und mehr


Hausärzte | 2016
Berechnung
auf Postleit-
zahlen ohne
Anfangs-
widerstand
Wende @ WIG2
0
100 km
Realisierte Wegzeiten in Minuten
< 5
< 10
< 15
< 20
< 25
< 30
> 30
(KBV / Abrechnungsdaten)
DK
Kiel
Hamburg
Schwerin
Bremen
PL
Berlin
NL
Hannover
Rotsdam
Magdeburg
Düsseldorf
Erfurt
Dresden
BE
CZ
Wiesbaden
LU
Mainz
Saarbrücken
FR
Stuttgart
München
AT
CH
100km
Deutsches Ärzteblatt
5 | 2022
Klimawandel
Schutz vor Hitze
Versorgung in dünn besiedelten Regionen
Teil 1: Problemdarstellung und Monitoring
Pkw-Fahrzeit zum nächsten Krankenhaus
der Grundversorgung 2016 in Minuten
bis unter 5
5 bis unter 10
10 bis unter 15
15 bis unter 20
20 bis unter 25
25 bis unter 30
30 und mehr



Allgemeine ambulante Palliativversorgung
Auswertung der Daten der KV MV

Anzahl der Patienten, die eine allgemeine palliativmedizinische GOP in den Jahren 2014- 2017 in M-V erhalten haben



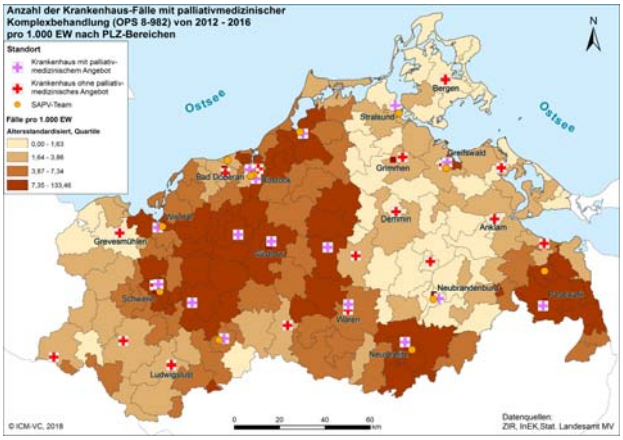
Jahr	Anzahl HA-Praxen, die pall.med. Leistungen abgerechnet haben
2014	843
2015	807
2016	786
2017	766

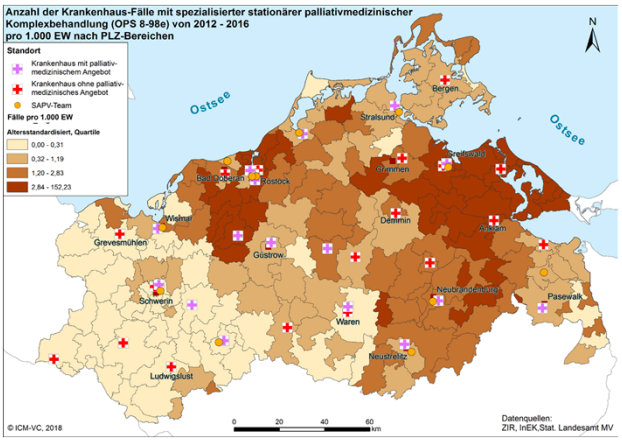
-10%

© Copyright Universitätsmedizin Greifswald

Regionale Unterschiede in der Versorgung, Bp. Stationäre Palliativversorgung (InEK Daten 2012-2016)

Normalstation vs Palliativstation

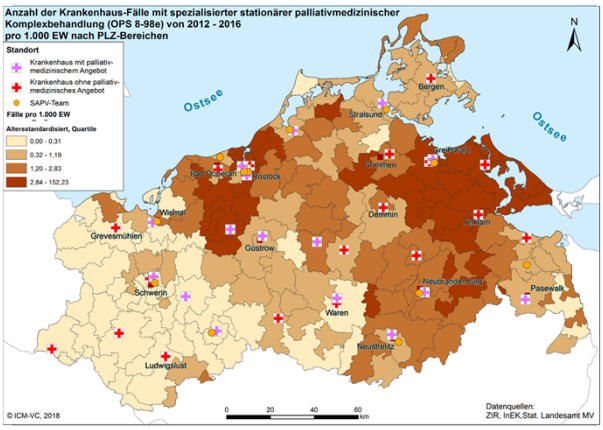




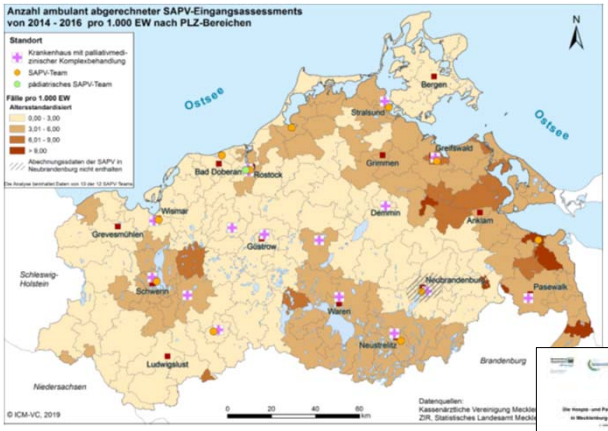
© Copyright Universitätsmedizin Greifswald

Regionale Unterschiede in der Versorgung, Bp. spezialisierte Palliativmedizin

Stationäre Palliativstation:
Anzahl Fälle/1.000 EW 2014-2016



Ambulante SAPV
Anzahl Eingangsassessments/1.000 EW 2014-2016





Bericht zu Hospiz und Palliativversorgung: https://www2.medizin.uni-greifswald.de/icm/index.php?id=326

Reformbedarf !

Kapazitätsplanung

© Copyright Universitätsmedizin Greifswald

13

Bp. Stationäre Kinder- und Jugendmedizin in Vorpommern



Folie 14

Lineares Modell - Beispiel Pädiatrie und Geburtshilfe Ergebnisse

Kalkulierte Defizite bei der berechneten Auslastung und der tatsächlichen Bettenzahl (insgesamt für alle drei KH)

- Geburtshilfe: -4,4 Mio €
- Pädiatrie: -1,6 Mio €

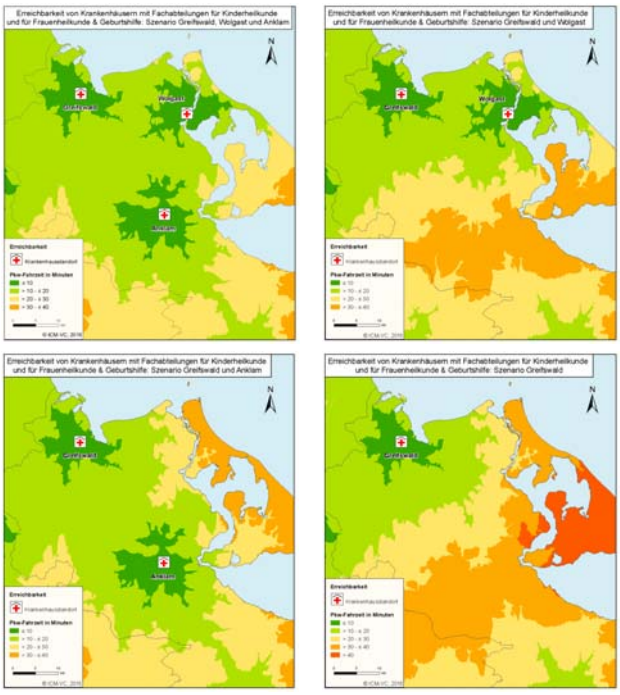
Kalkulierte Defizite bei einer Bettenzahl, angepasst an die Auslastung

- Geburtshilfe: -2,8 Mio. €
- Pädiatrie: -1,2 Mio. €

Ein positiver Deckungsbeitrag ist nur erreichbar, wenn 2 der 3 Standorte geschlossen werden:

- Geburtshilfe: +0,8 Mio. €
- Pädiatrie: +1,3 Mio. €

Berg *et al. BMC Health Services Research* (2019) 19:245
https://doi.org/10.1186/s12913-019-4016-2



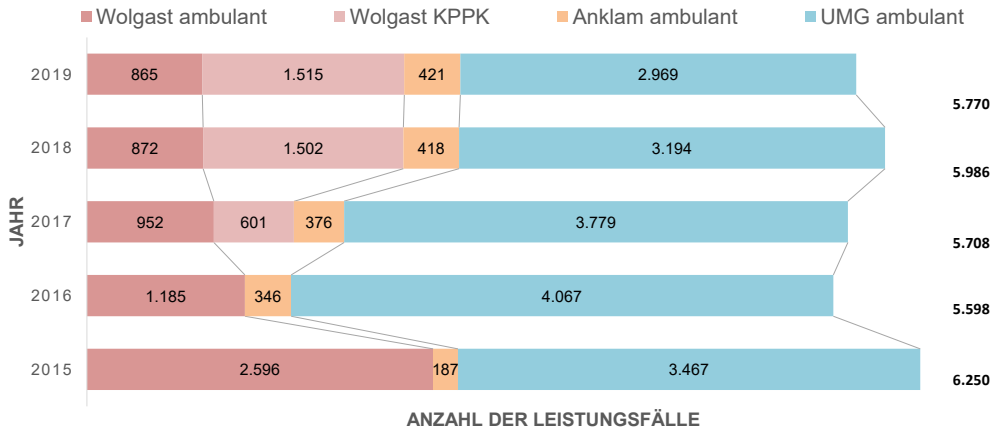
Pkw-Erreichbarkeit
Verschiedene Szenarien

Berg *et al. BMC Health Services Research* (2019) 19:245
https://doi.org/10.1186/s12913-019-4016-2



Hinter dem Banner der Bürgerinitiative marschierten am 3. November rund 800 Demonstranten zum Krankenhaus Wolgast. FOTO: HANNES EWERT

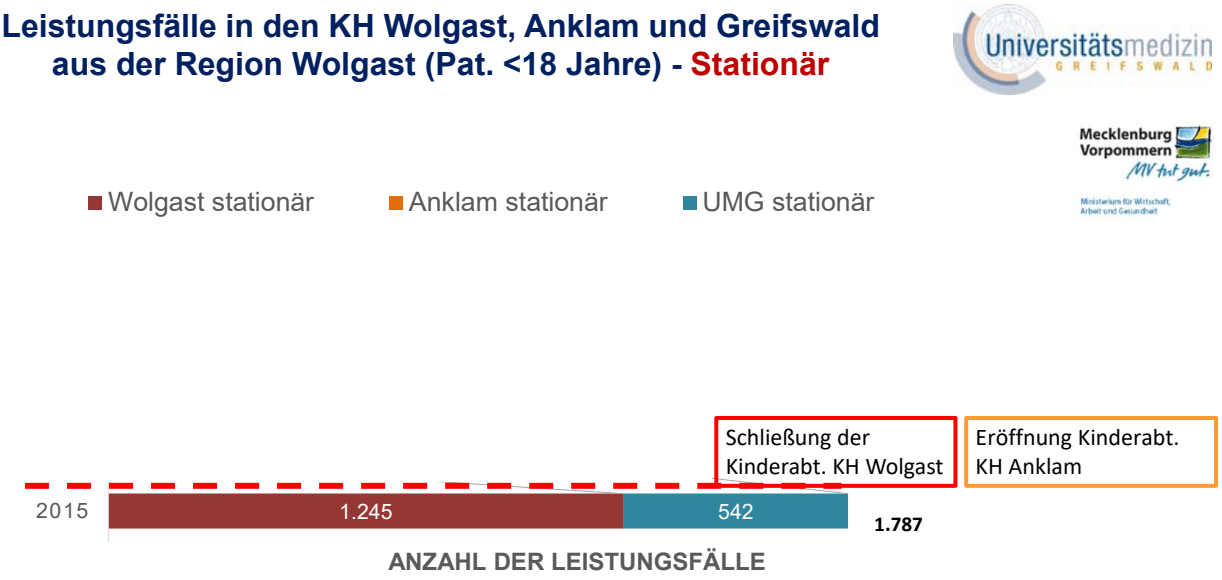
Leistungsfälle in den KH Wolgast, Anklam und Greifswald aus der Region Wolgast (<18 Jahre) - Ambulant



KPPK: Kinderportalpraxisklinik
UMG: Universitätsmedizin Greifswald

© Copyright Universitätsmedizin Greifswald

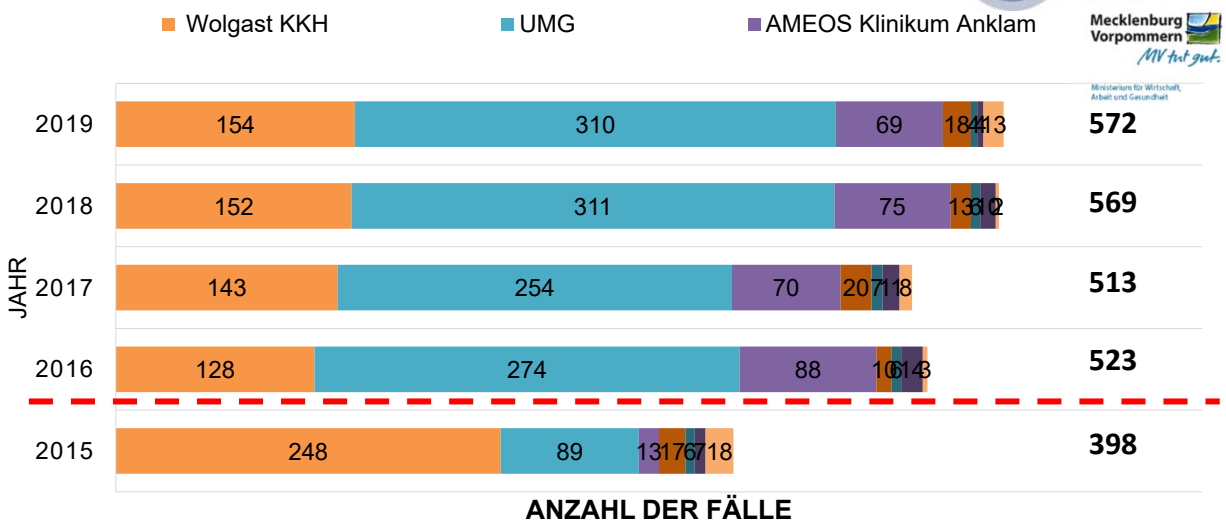
Leistungsfälle in den KH Wolgast, Anklam und Greifswald aus der Region Wolgast (Pat. <18 Jahre) - Stationär



UMG: Universitätsmedizin Greifswald

© Copyright Universitätsmedizin Greifswald

RETTUNGSEINSÄTZE AUS DER REGION WOLGAST-TRANSPORT-ZIELORT, PATIENTEN <18 JAHRE

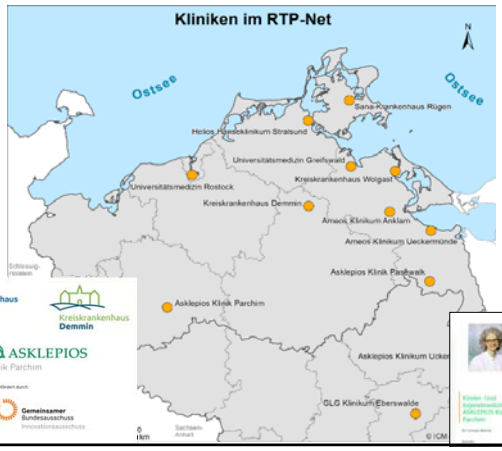


KKH: Kreiskrankenhaus
UMG: Universitätsmedizin Greifswald
RTH: Rettungshubschrauber



RTP-Net M-V

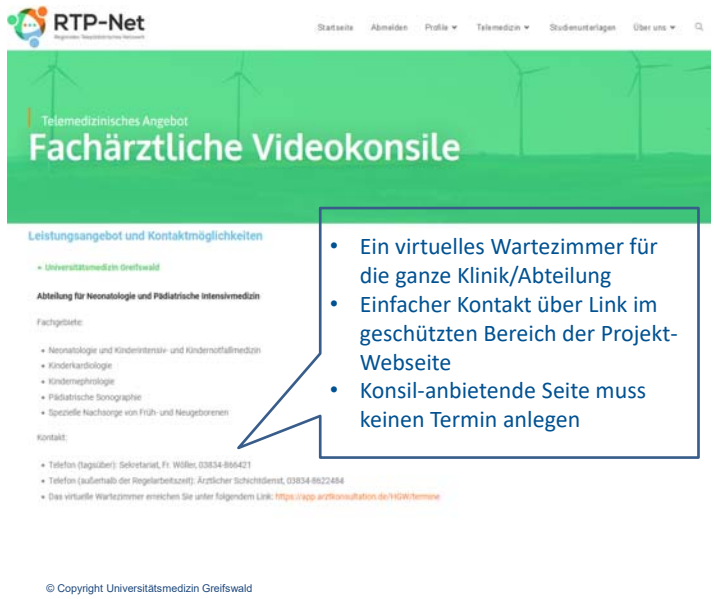
- **Telemedizinisches Konsil:** z.B. spezialfachärztliche Fragestellungen und Befundung
- **Telemedizinische Sicherstellung des Facharztstandards:** Übernahme Facharzthintergrund u. Telekonsultation durch Telepädiater (z.B. Erstellung und Freigabe des Behandlungsplanes)







Offenes Sprechzimmer

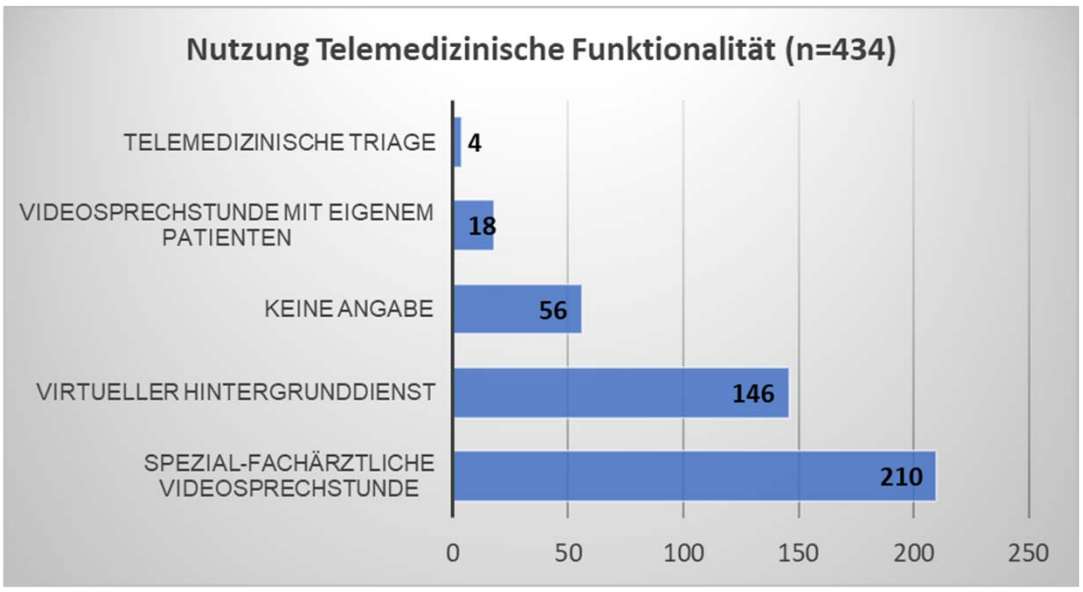


- Ein virtuelles Wartezimmer für die ganze Klinik/Abteilung
- Einfacher Kontakt über Link im geschützten Bereich der Projekt-Webseite
- Konsil-anbietende Seite muss keinen Termin anlegen

- Allergologie und Pneumologie
- Kinder-Gastroenterologie
- Kinderintensiv- und Kindernotfallmedizin
- Kinderkardiologie
- Kindernephrologie
- Kinderonkologie, -hämatologie
- Kinderrheumatologie
- Kinderradiologie
- Neonatologie
- Neuropädiatrie
- Pädiatrische Palliativmedizin
- Pädiatrische Sonographie
- Spezielle Nachsorge von Früh- und Neugeborenen
- Zentrum für vaskuläre Malformationen Eberswalde
- …

RTP-Net

Universitätsmedizin Greifswald



Krankenhäuser mit Abt. Pädiatrie in M-V



25

Krankenhäuser mit Subspezialisierung Neuropädiatrie in M-V



26

Krankenhäuser mit Subspezialisierung Neuropädiatrie, mit Versorgung von PatientInnen mit Epilepsie in M-V



27

Ergebnisse

142 Fälle mit neuropädiatrischer Symptomatik, bei denen eine telemedizinische Erstkonsultation stattgefunden hat

Behandlungsverlauf der Fälle nach der telemedizinischen Konsultation



28

Reformbedarf !

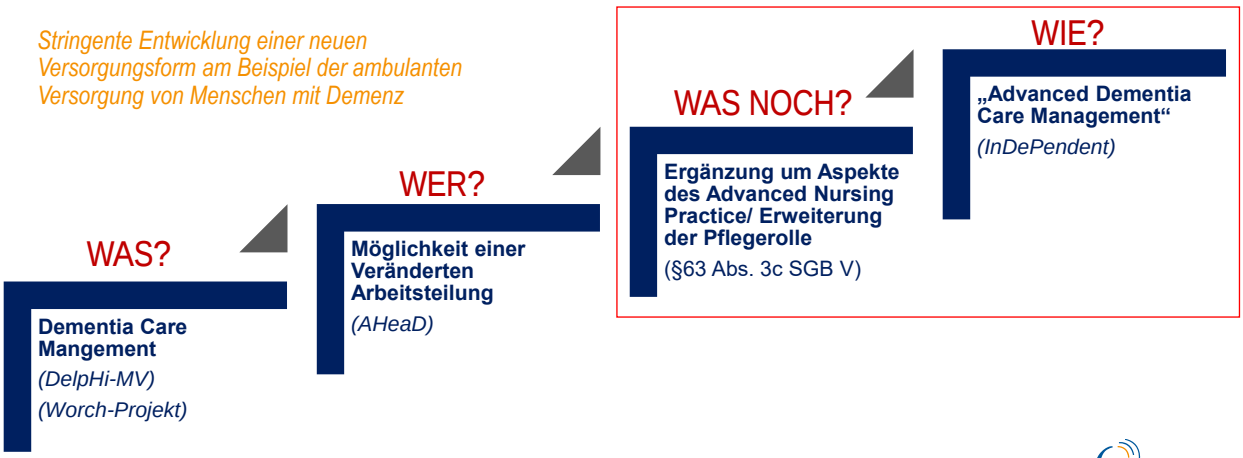
Interprofessionalität

© Copyright Universitätsmedizin Greifswald

Von „Versorgungsforschung“ zur „neuen Versorgungsform“ - Studien zur Erweiterung der Pflegerolle

Evaluation des Dementia Care Managements

Stringente Entwicklung einer neuen Versorgungsform am Beispiel der ambulanten Versorgung von Menschen mit Demenz



Gefördert vom: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Interprofessionelle Demenzversorgung: Aufgabenneuverteilung zwischen Ärzten und qualifizierten Pflegefachpersonen in der häuslichen Versorgung (InDePendent)

- Ziel der InDePendent Studie ist es, durch eine Aufgabenneuverteilung zwischen Hausärzt*innen und Pflegefachkräften (PFK) die Lebens- und Versorgungssituation von MmD in der Häuslichkeit zu verbessern, indem Versorgungsbedarfe schneller identifiziert und adressiert werden

➢ Primäre Fragestellung:

Reduziert der Einsatz der demenz-spezifisch qualifizierten PFK mit erweiterter Pflegerolle und eine aufgabenbezogene Arbeitsteilung häufiger offene Versorgungsbedarfe bei MmD im Vergleich zur Routineversorgung?



Heilkundliche Tätigkeiten
- ❑ Verschreibung ambulanter Pflege
- ❑ Einleitung von Folgeverordnungen häusliche Krankenpflege
- ❑ Verschreibung Hilfsmittel zur Unterstützung der Mobilität
- ❑ Folgeverordnung für Verbands- und Wundmaterialien
- ❑ Verschreibung Anti-Thrombosestrümpfen
- ❑ Verordnung Podologie
- ❑ Verordnung manueller Lymphdrainage
- ❑ Veranlassung von ärztlichen Überweisungen und Konsilen
- ❑ Anwendung verschiedener Assessmentinstrumente
- ❑ Erfassung und Analyse der Medikation
- ❑ Aufklärung über Demenzerkrankung und Begleiterkrankungen
- ❑ Beratungstätigkeiten
- ❑ Infusiontherapie/ Injektionen durchführen
- ❑ Legen/Überwachen eines Blasen(-dauer)katheters
- ❑ Beratung/Betreuung Angehöriger zur Krankheitsbewältigung

DZNE

Hürden bis zum Versorgungsvertrag....

Problem 1: gem. §63 Abs.3c dürfen Versorgungsverträge nur mit Vertragsärzten oder Gemeinschaften von Vertragsärzten geschlossen werden, nicht mit Pflegefachpersonen

Lösung: Ärztenetze mit angestellten Pflegefachpersonen

Problem 2: gem. §63 Abs.3c müssen Pflegefachpersonen rechtlich und wirtschaftlich selbstständig handeln – haben aber gesetzlich keine Möglichkeit zur Abrechnung

Lösung: Substitution „light" in enger Absprache mit dem Hausarzt

Problem 3: gem. §63 Abs.3c muss ein Curriculum erstellt und vom BMG und BMFSFJ offiziell genehmigt werden, was wiederum Voraussetzung ist für den Versorgungsvertrag (Problem 1)

Lösung: Genehmigung vom BMG und BMFSFJ eingeholt

Problem 4: gem. §63 Abs.3c muss nach Abschluss des Curriculums eine staatliche Prüfung auf Landesebene erfolgen (für ein bundesweites Projekt !)

Lösung: Sondergenehmigung von Senat und LaGeSo in Berlin eingeholt zur Durchführung dieser staatl. Prüfung

Problem 5: Versorgungsvertrag gem. §63 Abs.3c muss vom Bundesamt für soziale Sicherung (BAS) als Aufsicht der Kassen geprüft und genehmigt werden

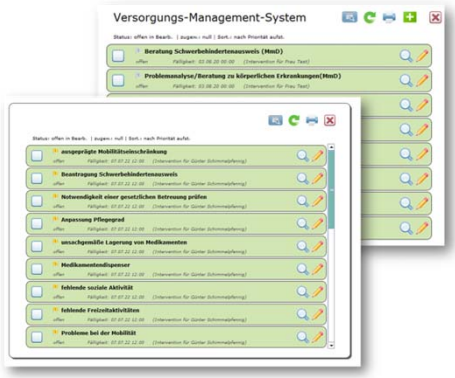
Lösung: Genehmigung vom BAS erhalten



DZNE

Methode

- Die Intervention beinhaltete:
  a) die systematische Erfassung pflegerischer, medizinischer, psychosozialer und sozialrechtlicher Versorgungsbedarfe mithilfe eines Interventions-Management-Systems,
  b) die Erstellung eines individuellen Maßnahmenplans und
  c) die Umsetzung und Überprüfung dieses Plans zur Deckung der identifizierten Bedarfe.



- Primäres Outcome: Anzahl der offenen Versorgungsbedarfe, mit Camberwell Assessment of Need for the Elderly (CANE) sechs Monate nach Baseline
- Sekundäre Outcomes: gesundheitsbez. Lebensqualität (EQ-5D-5L, QoI-AD), Angehörigenbelastung (Zarit Burden Interview), Kosten-Effektivität (FIMA, RUD)
- Wirksamkeit: Intention-to-treat (ITT) & Per-protocol Analyse (PPA); Kosten-Effektivität: Kosten-Nutzwert-Analyse; Prozessevaluation: qualitative Methoden (Interviews)

DZNE

Ergebnisse

- Es nahmen insgesamt 149 Arztpraxen aus 5 Ärztenetzen an der Studie teil
- 471 Patient*innen wurden eingeschlossen
- 417 Proband*innen absolvierten das Baseline-Assessment
- Drop-out: 11,5%
- 391 MmD wurden in die Analyse zur Wirksamkeit einbezogen (n=178 IG, n=213 WKG)

	Gesamt (n=391)		Warte-Kontroll-Gruppe (n=213)		Interventionsgruppe (n=178)		p-Wert
Demografische Daten							
Alter, Mittelwert (SD)	80.6	(7.0)	81.0	(6.8)	79.9	(7.1)	0.099
Geschlecht (weiblich), n (%)	222	(56.8)	122	(57.3)	100	(56.2)	0.767
Pflegende Person einbezogen, n (%)	176	(45.0)	108	(50.7)	68	(38.2)	**0.014** *
Alleinlebend, n (%)	160	(40.9)	89	(41.8)	71	(39.9)	0.757
Klinische Merkmale							
Kognitiver Status (MMSE), Mittelwert (SD)	17.7	(7.4)	18.1	(7.2)	17.3	(7.6)	0.292
Leichte Demenz, n (%)	180	(46.0)	99	(46.5)	81	(45.5)	
Mittlere Demenz, n (%)	158	(40.4)	87	(40.9)	71	(39.9)	0.875
Schwere Demenz, n (%)	53	(13.6)	27	(12.7)	26	(14.6)	
Depression (GDS), Mittelwert (SD)	3.6	(2.8)	3.7	(2.9)	3.5	(2.6)	0.616
Keine Depression, n (%)	334	(85.4)	179	(84.0)	155	(87.1)	0.472
Depression, n (%)	57	(14.6)	34	(16.0)	23	(12.9)	0.472
Anzahl der Diagnosen (a), Mittelwert (SD)	11.3	(9.6)	12.1	(10.1)	10.3	(8.9)	0.059
Funktionseinschränkung (B-ADL), Mittelwert (SD)	5.7	(2.3)	5.5	(2.3)	6.0	(2.2)	**0.023** *
Anzahl der eingenommenen Arzneimittel (b), Mittelwert (SD)	6.7	(3.6)	6.6	(3.5)	6.8	(3.8)	0.599
Mobilitätseinschränkung (DEMMI), Mittelwert (SD)	57.6	(17.1)	56.8	(15.7)	58.6	(18.7)	0.295

Fußnoten: (a) Anzahl der ICD-10-Diagnosen, die in der Krankenakte des behandelnden Hausarztes verzeichnet sind. (b) Anzahl der regelmäßig eingenommenen Medikamente auf der Grundlage einer Schrankprüfung bei den Patienten zu Haus. Abkürzungen: MMSE, Mini Mental Status Examination, Bereich 0-30, höhere Punktzahl bedeutet bessere kognitive Funktion, 30-20 „leichte Demenz", 19-10 „mittelschwere Demenz", ≤9 „schwere Demenz"; GDS, Geriatric Depression Scale, Summenwert 0-15, Punktzahl ≥6 bedeutet Depression; B-ADL, Bayer Activities of Daily Living, Bereich 0-10, niedrigere Punktzahl bedeutet bessere Leistung; DEMMI, de Morton Mobility Index, Bereich 0-100, höhere Punktzahl bedeutet ein höheres Maß an Mobilität; SD, Standardabweichung.

DZNE

Ergebnisse

- ITT-Analyse der ungedeckten Versorgungsbedarfe zeigt einen signif. Effekt der Intervention
- Bei Proband*innen der IG ist die Anzahl der ungedeckten Versorgungsbedarfe im Mittel um 74% geringer als in der WKG *(b= 0.26; 95% CI: 0.17 - 0.40; p < 0.001)*
- PP-Analyse bestätigte die Ergebnisse; hier erhöhte sich der Interventionseffekt auf 80% in der IG *(b = 0.20; 95% CI: 0.13 - 0.33; p < 0.0001)* 6 Monate nach Baseline

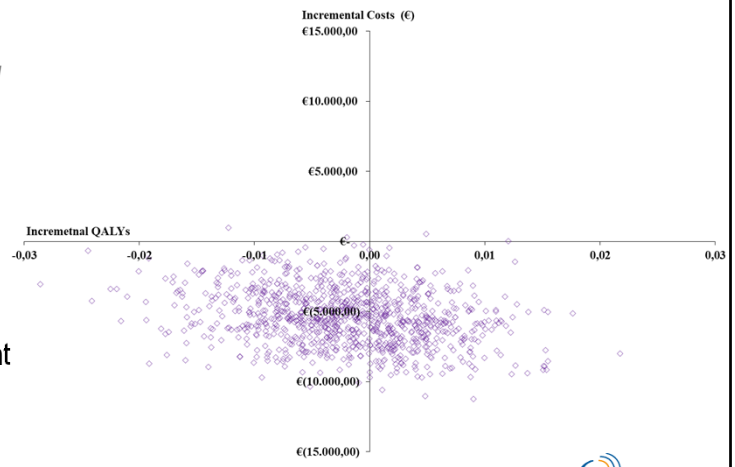
	ITT (n=391)[a]		PP (n=301)[a]	
Primary outcome Unmet Needs (CANE)	**(Back-transformed[b]) coefficient** *b (95% CI)*	**p-value**	**(Back-transformed[b]) coefficient** *b (95% CI)*	**p-value**
Study group (ref: control group)	0.26 (0.17 to 0.40)	< 0.001***	0.20 (0.13 to 0.33)	< 0.001***
Gender (ref. male)	1.00 (0.71 to 1.40)	0.983	1.18 (0.88 to 1.58)	0.276
Living status (ref. not living alone)	1.36 (0.96 to 1.92)	0.084	1.09 (0.81 to 1.47)	0.582
Age	0.99 (0.97 to 1.02)	0.592	0.99 (0.97 to 1.01)	0.301
Baseline unmet needs	1.15 (1.11 to 1.19)	< 0.001***	1.15 (1.10 to 1.20)	< 0.001***

DZNE

Ergebnisse

- Die Kosten aus gesamtgesellschaftlicher Perspektive beliefen sich auf 19.570€ *[95% CI 16.450 – 22.691]* für die IG und 25.115 € *[95% CI 22.362 – 27.868]* für die WKG
- Somit lagen die Kosten der Intervention mit -5.545€ unter denen der Routineversorgung, ohne signifikante Unterschiede bei den QALYs *(0.00; [95% CI -0.016 – 0.012])*
- Dies bedeutet, dass die Intervention nicht nur günstiger ist, sondern auch keine Nachteile für die MmD in Bezug auf Lebensqualität bringt

Figure: Cost-Effectiveness Plane for extended nursing roles vs usual care (societal perspective), n=139



DZNE

Diskussion

- ✓ Zu Studienbeginn hatten MmD ein breites Spektrum an ungedeckten V
  was auf Defizite in der Primärversorgung schließen lässt
- ✓ Die PFK mit erweiterten Pflegerollen konnten die Anzahl an offenen Beda
  reduzieren und zur Verbesserung der Versorgungssituation beitragen
- ✓ Durch die Intervention konnte die gesundheitsbez. Lebensqualität der M
- ✓ Die Ergebnisse zeigen zudem eine potenzielle haus- und fachärztliche En
  hohe Akzeptanz, Effizienz und (Kosten-)Effektivität erweiterter Pflegero
  Demenzversorgung
- ✓ Studie zeigt, dass die Erweiterung von Pflegerollen auch aus ökonomischer Sicht sinnvoll ist
- ✓ Ergebnisse unterstützen die Implementierung erweiterter Pflegerollen in die Routineversorgung



Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Beschluss

des Innovationsausschusses beim Gemeinsamen Bundesausschuss gemäß § 92b Absatz 3 SGB V zum abgeschlossenen Projekt *InDePendent* (01NVF18034)

Vom 19. September 2025

Der Innovationsausschuss beim Gemeinsamen Bundesausschuss hat im schriftlichen Verfahren am 19. September 2025 zum Projekt *InDePendent - Interprofessionelle Demenzversorgung: Aufgabenneuverteilung zwischen Ärzten und qualifizierten Pflegefachpersonen in der häuslichen Versorgung* (01NVF18034) folgenden Beschluss gefasst:

I. Der Innovationsausschuss spricht auf Basis der Ergebnisse des Projekts InDePendent folgende Empfehlung zur Überführung von Ansätzen in die Regelversorgung aus:

a) Die Ergebnisse werden an das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) sowie das Bundesministerium für Bildung, Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMBFSFJ) weitergeleitet. Die genannten Adressaten werden gebeten zu prüfen, wie die Projektergebnisse in aktuellen und künftigen Initiativen zur Weiterentwicklung der Versorgung von Menschen mit Demenz und zur Übertragung heilkundlicher Tätigkeiten auf Pflegefachkräfte berücksichtigt werden können.

b) Die im Projekt erstellten Ergebnisse werden, insbesondere mit Blick auf die entwickelten Schulungsmaterialien für die zertifizierte Dementia Care Management-Ausbildung an die Bundespflegekammer, die Pflegekammer Nordrhein-Westfalen, die Landespflegekammer Rheinland-Pfalz, die Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin e. V. (DEGAM), die Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin e. V. (DGIM), den Deutschen Pflegerat, den Deutschen Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK), den Hausärztinnen- und Hausärzteverband e. V. (hkv) sowie den Berufsverband Deutscher Internistinnen und Internisten e.V. (BDI), die Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege (BAG FW) und den Bundesverband der privaten Anbieter sozialer Dienste e. V (bpa), den Verband wir pflegen - Interessenvertretung und Selbsthilfe pflegender Angehöriger e.V. und die Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V. Selbsthilfe Demenz zur Information weitergeleitet.

Begründung

Das Projekt hat erfolgreich eine neue Versorgungsform (NVF) zur Aufgabenneuverteilung zwischen Hausärztinnen und Hausärzten sowie Pflegefachkräften (PFK) mit erweiterten Pflegerollen in vier Ärzte- und Demenznetzwerken sowie einzelnen Gemeinschaftspraxen und Medizinischen Versorgungszentren in Mecklenburg-Vorpommern, Brandenburg und Hessen implementiert und hinsichtlich der Wirksamkeit auf die Lebens- und Versorgungssituation von Menschen mit Demenz (MmD) in der häuslichkeit sowie der Kosten-Effektivität evaluiert. Das Projekt basierte auf einem innovativen Versorgungsvertrag nach § 63 Nr 5 SGB V, der es erstmals erlaubte, heilkundliche Tätigkeiten auf PFK zu übertragen, anstatt sie zu delegieren. Neben der Koordination der Versorgung haben die speziell qualifizierten PFK offene Versorgungsbedarfe identifiziert, einen

DZNE

Publikationen

Rädke, Anika, et al. „*Efficacy and cost-effectiveness of extended nursing roles in dementia care - results of the cluster-randomized trial InDePendent*" Alzheimer's & Dementia 21.10 (2025): e70727. https://doi.org/10.1002/alz.70727

Scharf, Annelie, et al. "*Identifying and Addressing Unmet Needs in Dementia: The Role of Care Access and Psychosocial Support.*" International Journal of Geriatric Psychiatry 40.4 (2025): e70066. https://doi.org/10.1002/gps.70066

Michalowsky, Bernhard, et al. "*Healthcare Needs Patterns and Pattern-Predicting Factors in Dementia: Results of the Comprehensive, Computerized Unmet Needs Assessment from the Randomized, Controlled Interventional Trial InDePendent.*" Journal of Alzheimer's Disease 100.1 (2024): 345-356. https://doi.org/10.3233/JAD-240025

Scharf, Annelie, et al. "*Sociodemographic and Clinical Characteristics of People Living with Dementia and Their Associations with Unmet Healthcare Needs: Insights from the Baseline Assessment of the InDePendent Study*." Journal of Alzheimer's Disease 99.2 (2024): 559-575. https://doi.org/10.3233/JAD-231173

Buchholz, Maresa, et al. "*Discrepancies between self-and proxy-rated quality of life in people living with dementia.*" Alzheimer's & Dementia: Translational Research & Clinical Interventions 10.2 (2024): e12486. https://doi.org/10.1002/trc2.12486

Kleinke, Fabian, et al. "*Advanced nursing practice and interprofessional dementia care (InDePendent): study protocol for a multi-center, cluster-randomized, controlled, interventional trial*" Trials 23.1 (2022): 290. https://doi.org/10.1186/s13063-022-06249-1

Mühlichen, Franka et al. *„Das InDePendent-Projekt zur Erweiterung der Pflegerolle und Verbesserung der Versorgung von Menschen mit Demenz"* ProAlter 3 (2022): 45 - 49.

DZNE



Demenz: Neues Modell der häuslichen Versorgung bewährt sich im Praxistest

Innovationsausschuss beim G-BA empfiehlt Einsatz in der Regelversorgung

Efficacy and cost-effectiveness of extended nursing roles in dementia care: Results of the cluster-randomized trial InDePendent

Pressemitteilung | Innovationsfonds

Innovationsausschuss-Projekte: Angebote fü Menschen mit Demenz, Depressionen oder In sucht erprobt

Neues Versorgungskonzept mit speziell ausgebildet gefachkräften für Menschen mit Demenz: InDePend

Gesundheitsnachrichten

Studie belegt Nutzen neuer Aufgabenverteilung in der ambulanten Demenzversorgung

28. Oktober 2025 - Universität Greifswald

Greifswalder Publikation in der Fachzeitschrift Alzheimer's & Dementia

Sind Pflegefachkräfte die neuen Ärztinnen und Ärzte?

Über ein aktuelles Projekt zur Kompetenzerweiterung

Translation in den Versorgungsalltag

Überführung innovativer Versorgungskonzepte in die Praxis



Ein gesellschaftliches Bewusstsein für Menschen mit Demenz, umfassende Beratungsangebote für Betroffene und deren Angehörige, eine bessere Vereinbarkeit von Pflege und Beruf, aber auch eine demenzsensible medizinische und pflegerische Versorgung sind nur einige wichtige Eckpfeiler, die ein gutes Leben mit Demenz möglich machen.
Die Bundesregierung hat hierfür gemeinsam mit zahlreichen Partnern aus Politik, Gesellschaft und Forschung eine Strategie entwickelt: die Nationale Demenzstrategie.



Translation in den Versorgungsalltag

Nationale Demenzstrategie

4.3.1 Entwicklung von evidenzbasierten Konzepten zur Versorgung von Menschen mit Demenz

Das DZNE entwickelt evidenzbasierte Konzepte zur individuellen Diagnostik, Behandlung und Versorgung und überprüft sie auf ihre Wirksamkeit. Schwerpunkte sind dabei gesundheitsökonomische Aspekte und Möglichkeiten zur Qualifikation von akademisierten oder speziell weitergebildeten Pflegefachpersonen zur verantwortlichen Durchführung des Dementia Care Managements. Eine entsprechende Maßnahme wird vom BMG gefördert. Der GKV-SV fördert im Rahmen seiner Modellprogramme zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung Projekte, die zur Verbesserung der Versorgung von Menschen mit Demenz beitragen. Ein Schwerpunkt liegt dabei auf nicht medikamentösen Interventionen, deren Entwicklung und Nachweis von Wirksamkeit. Bei der Umsetzung der Maßnahme bringen außerdem die DAlzG, die DEGAM und die Deutsche Gesellschaft für Pflegewissenschaft Expertise ein.

Neben guter Beratung kann eine niedrigschwellige Begleitung hilfreich sein, damit Menschen mit Demenz und ihre Angehörigen die neue Lebenssituation bewältigen und ermutigt werden, Hilfen in Anspruch zu nehmen. Im Rahmen der DelpHi-MV-Studie wurde eine Möglichkeit der Beratung und Begleitung in Form des Dementia Care Managements erprobt.[77] Hierbei übernimmt eine speziell geschulte Pflegeperson die demenzspezifische Begleitung und Beratung von Menschen mit Demenz über einen längeren Zeitraum. Der Studie zufolge führt dieses Angebot zu einer Verbesserung der Lebensqualität der Betroffenen, zu einer Entlastung der Angehörigen und einer Steigerung der Qualität der medizinischen und pflegerischen Versorgung.

2.1.1 Dementia Care Management

Das BMG wird unter Einbindung des DZNE und weiterer einschlägiger Forschungseinrichtungen, der BÄK, der KBV und des GKV-SV prüfen, ob ein Dementia Care Management im Rahmen des SGB XI eingeführt werden kann, damit Menschen mit Demenz und deren Angehörige bedarfsgerecht bei der medizinischen, pflegerischen und psychosozialen Versorgungsplanung und -umsetzung unterstützt und begleitet werden.

Bis Ende 2022 wird das BMG die Prüfung zur möglichen Einführung des Dementia Care Managements im Rahmen des SGB XI abschließen.

Nationale Demenzstrategie

https://www.nationale-demenzstrategie.de/

DZNE

Translation in den Versorgungsalltag

S3 Leitlinie Demenzen

- Die S3-Leitlinie Demenzen empfiehlt das Dementia Care Management (DCM), ein Versorgungskonzept, das Menschen mit Demenz und ihre Angehörigen ganzheitlich unterstützt
- Es konzentriert sich auf die Verbesserung der Lebensqualität durch eine individuelle, multiprofessionelle und sektorenübergreifende Koordination von Pflege, Medizin und Sozialsystem
- Das DCM ist Teil der Nationalen Demenzstrategie und wurde in der Leitlinie als wirksam für die häusliche Versorgung anerkannt

5.1 DEMENTIA CARE MANAGEMENT

53	Empfehlung	Geprüft Stand 2025
Empfehlungsgrad: ⇑⇑ stark dafür (A)	Wir empfehlen, ein Dementia Care Management in der Behandlung von Menschen mit Demenz zu etablieren und einzusetzen.	


S3-Leitlinie Demenzen – AWMF-Rg. Nr. 038-013

DGN Deutsche Gesellschaft für Neurologie

dgppn

S3-Leitlinie
Demenzen
Living Guideline - Langfassung

Herausgebende Fachgesellschaften:

Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e. V. (DGPPN)
Reinhardtstr. 29
10117 Berlin

und

Deutsche Gesellschaft für Neurologie e. V. (DGN)
Budapester Str. 7/9
10787 Berlin

Fassung vom: 28.03.2025 – Version: 5.1
AWMF-Registernummer: 038-013

AWMF online

DZNE

Aus dem Koalitionsvertrag …

4.2 Gesundheit und Pflege:

- Eigenständige Heilkundeausübung durch die Gesundheitsberufe
- Gesetze zur Pflegekompetenz, Pflegeassistenz und Advanced Practice Nursing
- Kleinteiligere Bedarfsplanung
- Weiterentwicklung der Krankenhauslandschaft aufbauend auf dem bisherigen Stand der Krankenhausreform
  - mit Ausnahmen und erweiterte Kooperationen im ländlichen Raum
- Entwicklung gemeinsamer Vertrags- und Verwaltungsprozesse der Krankenkassen
- Digitaler Datenaustausch auf Basis einheitliche definierter Standards


CDU CSU SPD

Verantwortung für Deutschland

Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und SPD

21. Legislaturperiode

https://www.tagesschau.de/inland/bundestagswahl-koalitionsvertrag-cdu-csu-spd-100.html

Stand 9.4.2025, 13:15 h

Entwicklung der Heilkundeübertragung

Status Quo und Ausblick

Universitätsmedizin Greifswald

Pflegeberufe-Reformgesetz	Pflegestudium-stärkungsgesetz	Befugniserweiterung und Entbürokratisierung	Pflegeassistenz-einführungsgesetz
○ Einführung eines Pflegestudiums ergänzend zur beruflichen Pflegeausbildung ○ Dauer des Studiums drei Jahre	○ Umgestaltung des Pflegestudiums in ein Duales Studium ○ Vergütung während des Studiums	○ Erweiterung pflegerischer Kompetenzen ○ Ausführung eigenständiger heilkundlicher Aufgaben ○ Ausbau des Pflegeberufs zu eigenständigen Heilberuf ○ Advanced Practice Nurse	○ Schaffung eines eigenständigen und einheitlichen Berufsbildes für Pflegefach-assistenz
2017	2023	**2025**	2027 ?

44

© Copyright Universitätsmedizin Greifswald

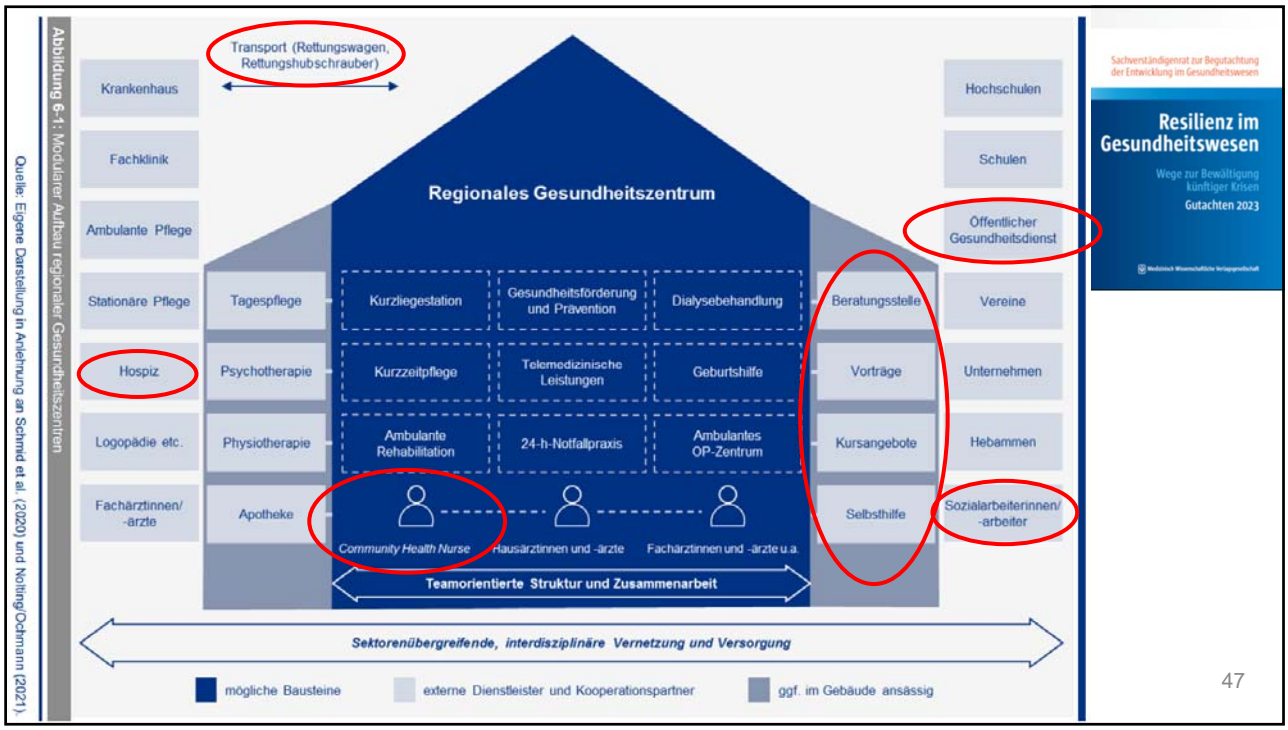
Apothekenversorgungs-Weiterentwicklungsgesetz (ApoVWG)
Referentenentwurf Okt. 2025

- Erweiterte Aufgaben in der Gesundheitsversorgung !
- **Prävention und Früherkennung von Erkrankungen**
  - Beratung mit Messungen zu Risikofaktoren von Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Diabetes
  - Kurzintervention zur Prävention tabakassoziierter Erkrankungen
  - Standardisierte Risikoerfassung hoher Blutdruck
- Behandelnde ÄrztInnen dürfen **Pharmazeutische Betreuung** (v.a. bei multimorbiden Pat mit Polymedikation) verschreiben
- **Durchführung von Schutzimpfungen** (außer: Lebendimpfstoff)
- Betreiben von Filial- und Zweigapotheken mit angestellten ApothekerInnen
- **Vertretung**: Apotheker, Apothekerassistent, Pharmazieingenieur, pharmazeutisch-technischer Assistent bis zu 2 Monate → Rechte und Pflichten eines Apothekenleiters
- **Abgabe von bestimmten verschreibungspflichtigen Arzneimitteln zur Anschlussversorgung** eines Menschen mit einem über mindestens 4 Quartale hinweg verschriebenen Arzneimittels einmalig in der kleinsten Packungsgröße, sofern die Fortführung der Anwendung des Arzneimittels keinen Aufschub erlaubt
- **Verschreibungspflichtige Arzneimittel** dürfen ohne Vorliegen einer ärztlichen oder zahnärztlichen Verschreibung abgegeben werden, sofern es sich um eine akute Erkrannkung handelt und die Entscheidung des Apothekers dem aktuellen Stand der medizinischen Wissenschaft entspricht
- **Anwendung von in-vitro Diagnostika**, die für patientennahe Schnelltests bei Testung auf Adenoviren, Influenzaviren, das Norovirus, respiratorisches Syncytial Viren und das Rotavirus verwendet werden

© Copyright Universitätsmedizin Greifswald

Reformbedarf !
Einbeziehung des ÖGD / der Kommunen

© Copyright Universitätsmedizin Greifswald



47

Universitätsmedizin Greifswald

Reformbedarf !

Monitoring und Planung

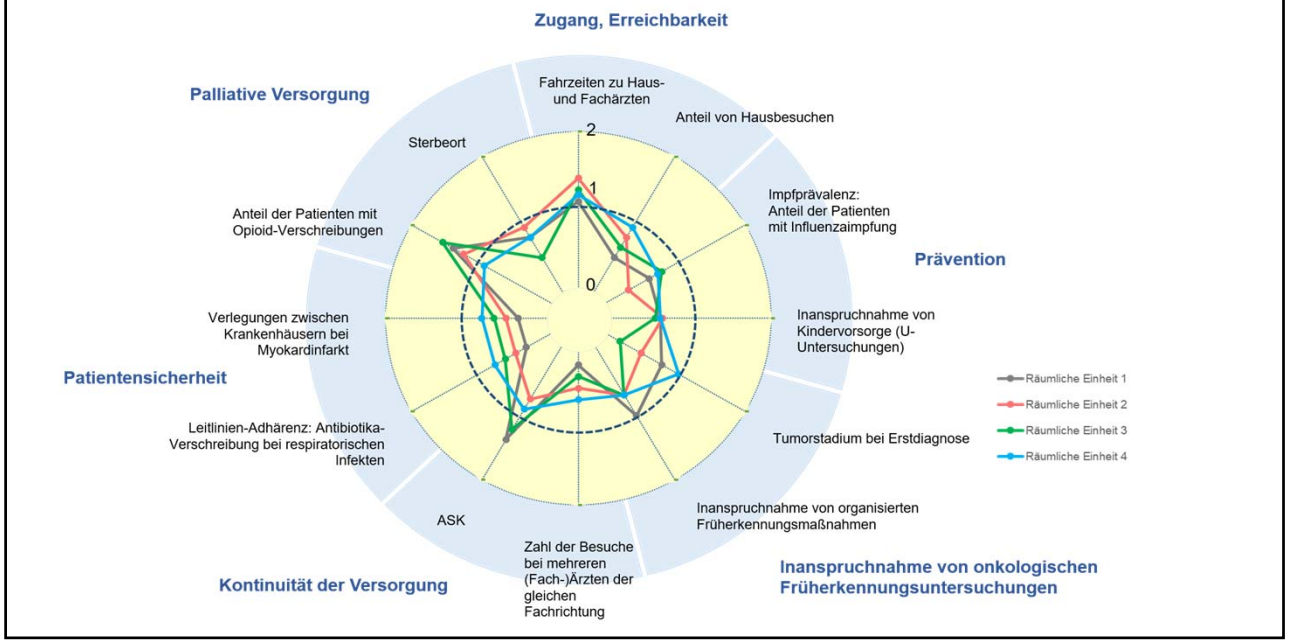
© Copyright Universitätsmedizin Greifswald

48

Regionales Monitoring: rechtzeitige Identifizierung von Versorgungslücken und -problemen



Vorschlag für ein regionales Monitoring mit definierter Dimensionen und Indikatoren



Fazit

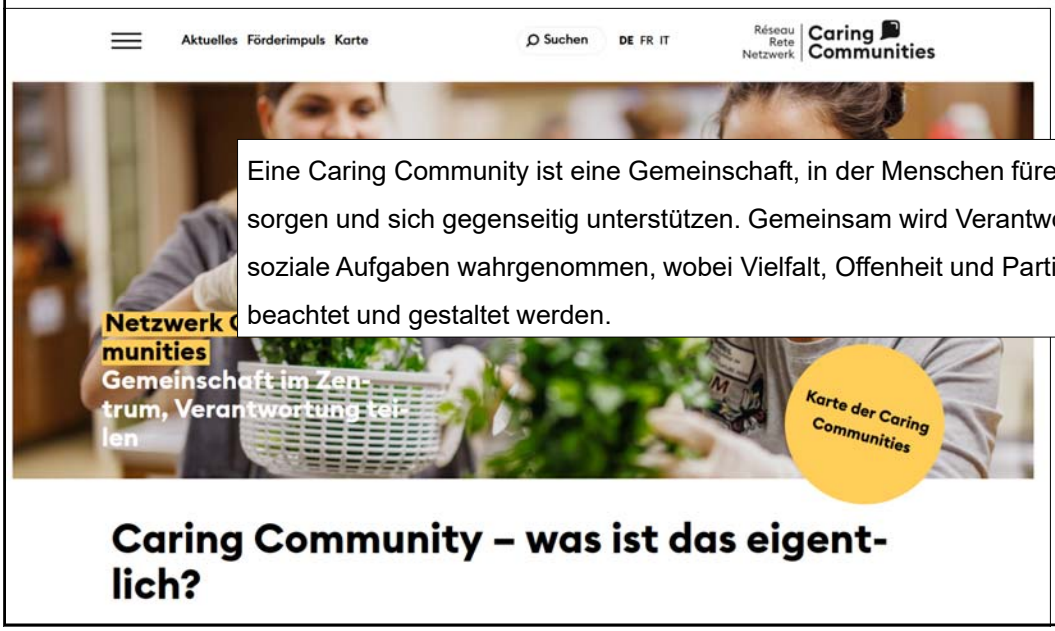
- Es gibt regionale Unterschiede und es gibt auch regionale Probleme in der Versorgung
- Regionale Probleme → Regionale Lösungsansätze, regionales Monitoring
- Regionale Vernetzung: gute Basis für eine regional orientierte Versorgung:
  - Zugang zum (Sub-)Facharztstandard (z.B. Telekonsultation)
  - Gemeinsame IT-/Infrastrukturlösungen (z.B. regionale Fallakten)
  - Anbindung gemeinsamer Funktionalitäten (z.B. Care- und Casemanagement)
  - Gegenseitige Kompensationsmöglichkeiten zwischen Sektoren, Berufen, Arztgruppen,…
  - Entwicklung sektor- und professionenübergreifender Versorgungskonzepte
- Krankenhausreform → Chance auf die Implementierung regionaler Versorgungskonzepte

→ Regionale Planung und Versorgung

© Copyright Universitätsmedizin Greifswald

Caring Communities

https://caringcommunities.ch/cc/caring-community/



Eine Caring Community ist eine Gemeinschaft, in der Menschen füreinander sorgen und sich gegenseitig unterstützen. Gemeinsam wird Verantwortung für soziale Aufgaben wahrgenommen, wobei Vielfalt, Offenheit und Partizipation beachtet und gestaltet werden.

Vielen Dank!





AG Methoden und Konzepte der Bedarfsplanung

Deutsches Netzwerk Versorgungsforschung e.V.

Universitätsmedizin Greifswald

Positionspapier (in Arbeit)
Bewertung und Weiterentwicklung der Planung im Gesundheitssystem – die Rolle der Versorgungsforschung

In Deutschland werden im Rahmen der Bedarfsplanung bisher keine regionalen Indikatoren für Qualität, Performance und Effizienz der Versorgung erhoben und berücksichtigt.

Rolle der Versorgungsforschung:

- Ableitung von Indikatoren für die Messung der Leistung des Primary Care Systems.
  Zieldimensionen z.B.:
  - Das System muss universal und zugänglich sein
  - Alle Teilbereiche der Gesundheitsversorgung müssen integriert sein
  - Das System muss patientenzentriert sein
  - Das System muss auf Qualitätsstandards basieren
  - Die Arbeitsressourcen müssen bewusst und nachvollziehbar verteilt sein
- Analyse und Bewertung der Indikatoren
- Entwicklung von Empfehlungen für Anpassungen und Weiterentwicklung der Versorgungsplanung
- Entwicklung von Prozessen, wie neue Evidenz in das Indikatoren- und Bewertungssystem einfließen kann

© Copyright Universitätsmedizin Greifswald

§63 Abs. 3c SGB V – Übernahme ärztlicher Aufgaben durch Pflegefachpersonen

- Die Grundlage des Projektes ist **§** 63 Abs. 3c SGB V, der Pflegefachkräften ermöglicht, ärztliche Tätigkeiten zu übernehmen
- Die Richtlinie des G-BA nach § 63 Abs. 3 c SGB V enthält einen Katalog von ärztlichen Tätigkeiten, die von Berufsangehörigen der Alten- und Krankenpflege übernommen werden dürfen
- Herausforderungen des Versorgungsvertrages nach **§** 64 SGB V:
  - § 64 SGB V berücksichtigt die Pflege (hier: DCMs) selbst nicht als mögliche Vertragspartner
  - zudem Unklarheiten bzgl. „Gemeinschaft von Leistungserbringern" (hier: Ärztenetz in Form einer Management GmbH ?)


Richtlinie

des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Festlegung ärztlicher Tätigkeiten zur Übertragung auf Berufsangehörige der Alten- und Krankenpflege zur selbständigen Ausübung von Heilkunde im Rahmen von Modellvorhaben nach § 63 Abs. 3c SGB V

(Richtlinie nach § 63 Abs. 3c SGB V)

§ 64 SGB V: Vereinbarungen mit Leistungserbringern
(1) Die Krankenkassen und ihre Verbände können mit den in der gesetzlichen Krankenversicherung zugelassenen Leistungserbringern oder Gruppen von Leistungserbringern Vereinbarungen über die Durchführung von Modellvorhaben nach § 63 schließen. Soweit die ärztliche Behandlung im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung betroffen ist, können sie nur mit einzelnen Vertragsärzten, mit Gemeinschaften dieser Leistungserbringer oder mit Kassenärztlichen Vereinigungen Verträge über die Durchführung von Modellvorhaben nach § 63 schließen.

Primärversorgung / Primäre Gesundheitsversorgung

WHO, Deklaration von Alma Ata (1978):
Primäre Gesundheitsversorgung ist ein Konzept einer Gesundheitsversorgung, „die auf praktischen, wissenschaftlich fundierten und sozial akzeptierten Methoden basiert und für den Einzelnen wie die Familien im Sinne von Eigenständigkeit und Selbstbestimmung zu erschwinglichen Kosten für Gemeinschaft und Land erreichbar ist. Primäre Gesundheitsversorgung wird damit zum ersten Element eines kontinuierlichen Prozesses gesundheitlicher Versorgung."

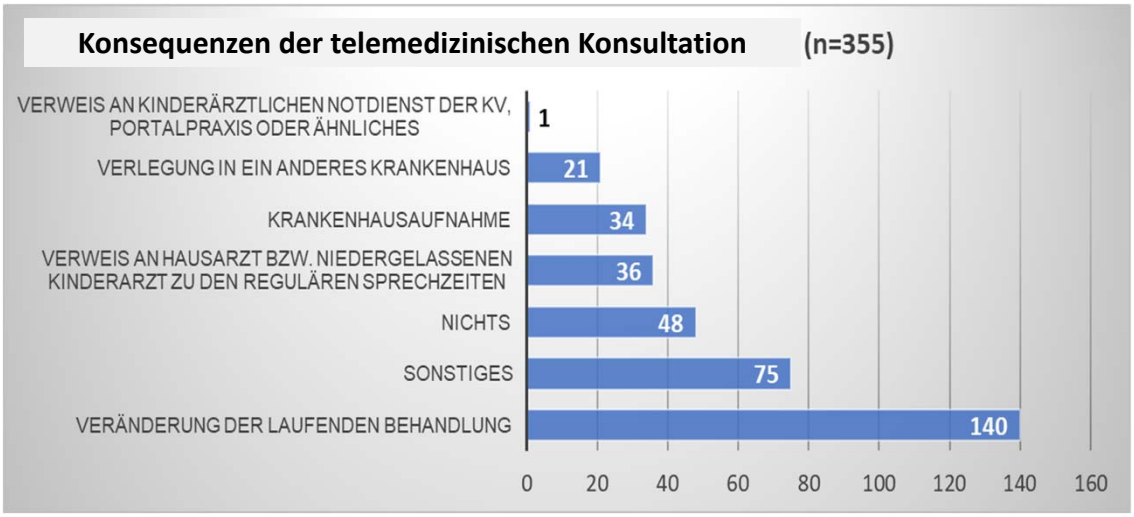
Versorgungspraktische Perspektive:
- Erster Kontakt ins (Regel-)Versorgungssystem
- Kontinuität in der (Regel-)Versorgung
- Umfassende (Regel-)Versorgung
- Koordination der (Regel-)Versorgung

In Deutschland: HausärztInnen einschl. Praxisteam

Zimmermann, T. (2023). Primäre Gesundheitsversorgung/Primary Health Care. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Hrsg.). *Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden*. https://doi.org/10.17623/BZGA:Q4-i096-3.0

RTP-Net

Universitätsmedizin Greifswald

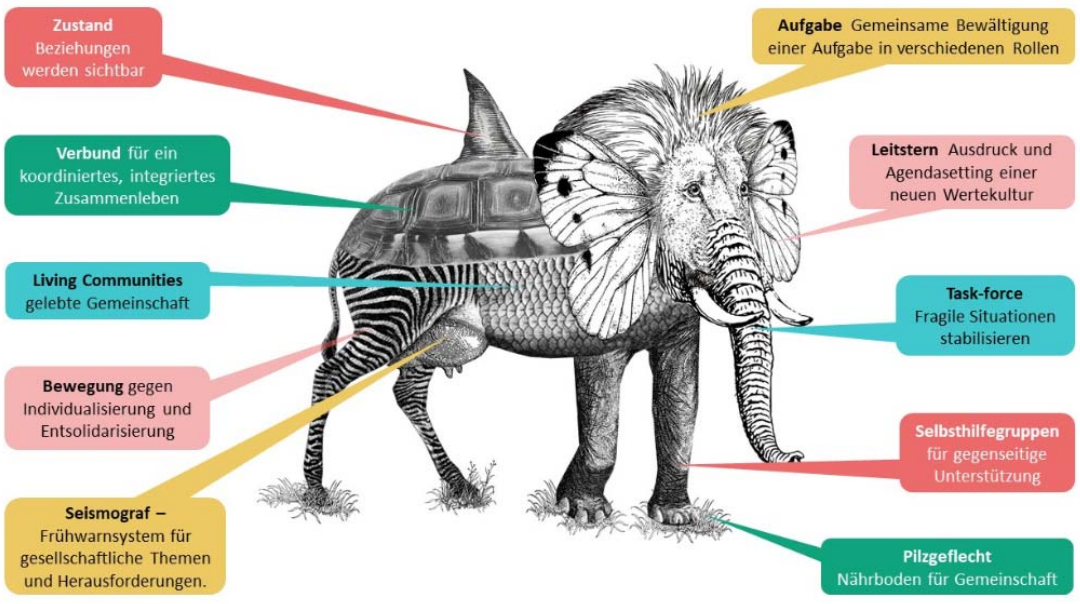


Tischler L, Pfeuffer N, Jordan Y, Heimbuch S, Krause H, Beyer A, Zach M, Bertsche A, Gesser U, Krohn M, Fleßa S, Hoffmann W, van den Berg N. A Regional Tele-Paediatric Network (RTP-Net) in the northeast of Germany-results of an implementation study. BMC Health Serv Res. 2025 Sep 17;25(1):1201. doi: 10.1186/s12913-025-13097-7. PMID: 40963105; PMCID: PMC12442274.

Caring Communities

https://caringcommunities.ch/cc/caring-community/

Universitätsmedizin Greifswald



58

WH2

Ergebnisse

Sensitivitätsanalysen für allein lebende MmD im Vergleich zu nicht allein lebenden MmD zeigten, dass die Intervention bei allein lebenden MmD mit größerer Wahrscheinlichkeit kosteneffektiv war



Figure: Cost-Effectiveness Plane for extended nursing roles vs usual care for patients living alone and those not living alone (payer perspective)

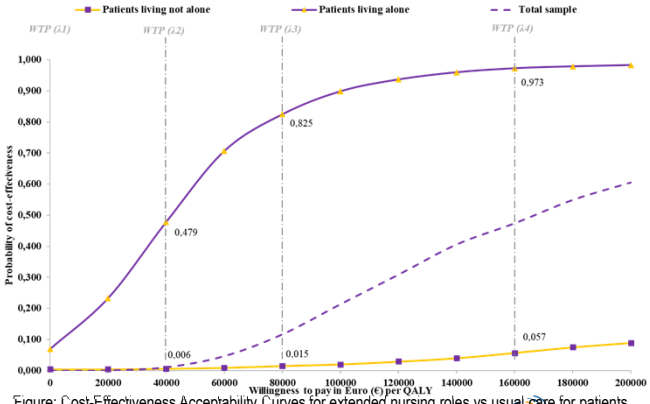


Figure: Cost-Effectiveness Acceptability Curves for extended nursing roles vs usual care for patients living alone and those not living alone (payer perspective)

DZNE

§63 Abs. 3c SGB V – Übernahme ärztlicher Aufgaben durch Pflegefachpersonen


Richtlinie

des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Festlegung ärztlicher Tätigkeiten zur Übertragung auf Berufsangehörige der Alten- und Krankenpflege zur selbständigen Ausübung von Heilkunde im Rahmen von Modellvorhaben nach § 63 Abs. 3c SGB V

(Richtlinie nach § 63 Abs. 3c SGB V)

Pflegeweiterentwicklungsgesetz (2008) → § 63 Abs. 3c SGB V

- Modellvorhaben können Übertragung der ärztlichen Tätigkeiten, bei denen es sich um selbstständige Ausübung von Heilkunde handelt, für Pflegefachpersonen vorsehen.
- Krankenkassen und ihre Verbände sollten entsprechende Vorhaben spätestens bis 31. Dezember 2020 vereinbaren oder durchführen
- G-BA legte in Richtlinien Tätigkeiten für eine Übertragung von Heilkunde im Rahmen von Modellvorhaben fest
- Bis 28.12.2020 gab es 1 Modellvorhaben (Studiengang Halle), jedoch ohne gültigen Versorgungsvertrag, was eine praktische Anwendung ausschließt

Die InDePendent Studie war das erste Modellvorhaben zur erweiterten Pflegerolle mit rechtskräftigen Versorgungsvertrag (28.12.2020) nach § 63 Abs. 3c SGB V

DZNE

WH2 Wolfgang Hoffmann; 27.11.2025

Methode



- Multizentrische, cluster-randomisierte, kontrollierte Interventionsstudie mit Warte-Kontroll-Gruppen-Design
- Fünf Ärztenetze und Demenznetzwerke aus MV, Brandenburg und Hessen nahmen teil
- Einschlusskriterien: Mindestalter von 70 Jahren, eine diagnostizierte Demenz oder einen Hinweis darauf (DemTect ≤8), Leben in der eigenen Häuslichkeit
- Die Interventionsgruppe (IG) wurde nach Einschluss für sechs Monate von der PFK mit erweiterter Pflegerolle versorgt
- Die Warte-Kontroll-Gruppe (WKG) erhielt in der sechsmonatigen Wartezeit die Routineversorgung und anschließend ebenfalls die Versorgung durch die PFK für sechs Monate



DZNE Universitätsmedizin Greifswald Universitätsmedizin Rostock AOK Die Gesundheitskasse Techniker Krankenkasse HAFFNET GNEF Gesundheitsnetz Frankfurt/Main Demenz Netzwerk Uckermark e.V. MEDIS

Universitätsmedizin Greifswald

Beirat zur Beratung zukunftsfähiger Strukturen im Öffentlichen Gesundheitsdienst in Umsetzung des Paktes für den Öffentlichen Gesundheitsdienst

Strukturelle und zukunftsorientierte Weiterentwicklung des Öffentlichen Gesundheitsdienstes

11. Dezember 2024

Der ÖGD der Zukunft

2. Stellungnahme des Beirates Pakt ÖGD

© Copyright Universitätsmedizin Greifswald

Beirat zur Beratung zukunftsfähiger Strukturen im Öffentlichen Gesundheitsdienst in Umsetzung des Paktes für den Öffentlichen Gesundheitsdienst

Strukturelle und zukun
des Öffentlichen Gesu

11. Dezember 2024

Der ÖGD

2. Stellungnal

Universitätsmedizin Greifswald

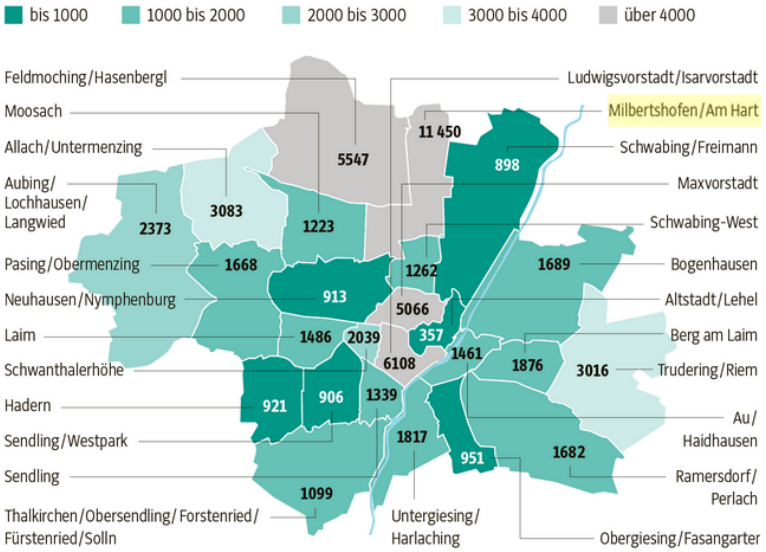
6.1. Neue Rolle des ÖGD in der gesundheitlichen Versorgung

1. Die gesundheitliche Versorgung der Regionen (einschließlich einer strukturellen Verankerung von Prävention und Gesundheitsförderung) sollte bundesweit aus einem Guss gedacht werden. Eine Gesamtstrategie, die maßgeblich durch den ÖGD auf der Grundlage einer strategisch agierenden vorausschauenden Gesundheitsplanung gesteuert werden sollte, ist notwendig.
2. Der ÖGD sollte deshalb mandatiert werden, zukünftig eine steuernde und koordinierende Rolle einzunehmen. Entsprechende bundes- und landesgesetzliche Rahmenbedingungen sollten möglichst zeitnah geschaffen werden.
3. Der ÖGD sollte in den regional zuständigen Zulassungsausschüssen, die sich bisher paritätisch aus Leistungserbringern und Kostenträgern zusammensetzen, und in den Planungsgremien auf Landesebene vertreten sein. Entsprechende gesetzliche Änderungen, insbesondere das Sozialgesetzbuch betreffend, sind hierfür die Voraussetzung.

© Copyright Universitätsmedizin Greifswald

Die medizinische Versorgung in den Stadtvierteln

Anzahl der Einwohnerinnen und Einwohner unter 18 Jahre, die sich rechnerisch eine Kinderärztin oder -arzt teilen



SZ-Karte; Quelle: Geodaten Service München, Statistisches Amt München, Stand: Februar 2021

© Copyright Universitätsmed

64



BILD › Regional › München › Verteilung extrem ungleich – Zu viele Kinderärzte in Luxus-Vierteln

Verteilung extrem ungleich

Zu viele Kinderärzte in Luxus-Vierteln

... und viel zuwenig in Milbertshofen und Am Hart

© Copyright Universitätsmedizin Greifswald

Bild Online, 20.09.2017

Münchner Förderprogramm Arztpraxen

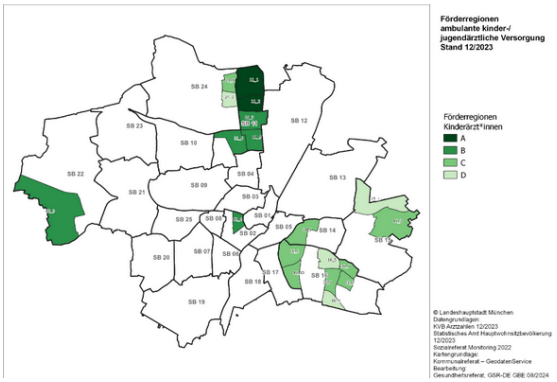
muenchen.de Das offizielle Stadtportal

Münchner Förderprogramm Arztpraxen

Das Förderprogramm des Gesundheitsreferats (GSR) soll Ärzt*innen zu einer freiwilligen räumlichen Verlegung oder zur Kapazitätsausweitung motivieren, um die ambulante haus- und kinderärztliche Versorgungssituation in Planungsregionen mit (sehr) hohen sozialen Herausforderungen in Stadtbezirken mit vergleichsweise (sehr) ungünstiger Versorgung zu verbessern.

Förderung:
- Mietzuschuss
- Personal- und Sachkosten (einmalig bis 10.000 €)

Förderregionen der kinder- und jugendärztlichen Versorgung



© Copyright Universitätsmedizin Greifswald