Prof. Dr. med. Bertram Häussler

Mehr Management in der Primärversorgung – Wege zu besseren Versorgungsprozessen

Internationale Befragungen belegen seit Jahren einen schleichenden Vertrauensverlust in die Leistungsfähigkeit der Gesundheitssysteme (IPSOS 2024). In Deutschland zeigen Langzeitdaten privater Versicherer, dass der Anteil der Befragten, die mit der Leistung des Gesundheitswesens zufrieden sind, tendenziell abnimmt (Continentale Krankenversicherung a. G. 2024). Ähnliche Muster finden sich in europäischen Vergleichsstudien: Der Anteil der Befragten, die über zu lange Wartezeiten klagen oder das System als „überlastet" wahrnehmen, ist deutlich angestiegen (OECD/European Commission 2024); parallel sinkt der Anteil derjenigen, die einen guten Zugang zu qualitativ hochwertiger Versorgung berichten (MLP Finanzberatung SE 2022). Diese Entwicklung trifft auf ein Umfeld, in dem die Anforderungen an die Versorgung durch demographischen Wandel und Multimorbidität steigen, während der Fachkräftemangel die verfügbaren Ressourcen begrenzt. Diese Diskrepanz fällt besonders dort auf, wo die Erst- und Dauerversorgung stattfindet – in der Primärversorgung. So erklärt sich, dass diese in den vergangenen Jahren langsam an öffentlicher Aufmerksamkeit gewinnt. In diesem Artikel wird der Versuch unternommen, eine Vorstellung von den drückenden Problemen der Primärversorgung zu vermitteln und die Notwendigkeit zu betonen, zu einem pragmatischen Reformansatz zu gelangen, der die Probleme direkt adressiert und nicht darauf baut, dass im Zuge von komplexen Strukturanpassungen die genannten Probleme schon verschwinden würden.

Zusammenfassung

Hintergrund: In vielen industrialisierten Ländern nimmt die Unzufriedenheit der Bevölkerung mit dem Gesundheitswesen zu. Internationale Befragungen zeigen wachsende Kritik an Wartezeiten, wahrgenommener Überlastung der Systeme und sinkender erlebter Qualität. Gleichzeitig steigen demographisch bedingt die Anforderungen, während personelle Ressourcen begrenzt sind. Besonders deutlich werden die Defizite in der Primärversorgung, also dort, wo Patienten ihre ersten und häufigsten Kontakte zum Versorgungssystem haben.

Ziel: Der Beitrag entwickelt das Konzept einer stärker managementorientierten Primärversorgung. Im Mittelpunkt steht die These, dass eine systematische Steuerung von Versorgungsprozessen – technisch gestützt durch ein „ERP-artiges" Daten- und Prozessmodell – schneller zu spürbaren Verbesserungen für Patienten führen kann als rein strukturelle Reformen. Der Beitrag argumentiert, dass messbare Verbesserungen der Patientenerfahrung weniger von der ‚richtigen Struktur' der Primärversorgung abhängen als von der systematischen Steuerung alltäglicher Versorgungsprozesse.

Methodik: Grundlage ist eine selektive Auswertung aktueller internationaler Studien zu Patientenerfahrungen (u. a. OECD PaRIS, Commonwealth Fund, IPSOS Health Service Report) sowie deutscher Untersuchungen zur Gesundheitskompetenz und Überversorgung. Ergänzend werden zwei reale Versorgungskonstellationen aus der Primärversorgung rekonstruiert, um typische Sollbruchstellen zu illustrieren.

Ergebnisse: Die Analyse zeigt ein breites Spektrum wiederkehrender Probleme: mangelnde Koordination zwischen Behandlern, Brüche an Sektorengrenzen, unzureichende Information, hoher Eigenaufwand der Patienten, ungenutzte Potenziale des Selbstmanagements und fehlende Kontinuität. Diese Probleme lassen sich in das international etablierte 4C-Modell der Primärversorgung (First Contact, Continuity, Comprehensiveness, Coordination) einordnen. Eine Modifikation dieses Modells wird vorgeschlagen: Primärversorgung wird als Netzwerk mehrerer Einstiegspunkte verstanden, das über ein gemeinsames Datenmodell und standardisierte Prozesspfade koordiniert wird. Zwei Fallbeispiele (Sprunggelenksfraktur, wiederkehrende Bewusstseinsverluste) zeigen, wie ein solches Modell konkret Versorgung verbessern kann, indem Redundanzen vermieden, „blinde Flecken" reduziert und Nachfassaktionen systematisch ausgelöst werden.

Schlussfolgerung: Eine öffentliche, technologiebezogene Governance (z. B. durch eine Institution wie die Gematik) und ein wettbewerblich organisiertes Angebot zertifizierter Technologieprodukte sind zentrale Voraussetzungen. Ergänzend müssen Anreizsysteme für Leistungserbringer und Versicherte geschaffen werden, die die Nutzung dieser Prozessunterstützung honorieren. So kann die Fokussierung auf Versorgungsprozesse die Debatte um „die richtige Struktur der Primärversorgung" entlasten und gleichwohl zeitnah zu für Patienten spürbaren Verbesserungen führen.

Schlüsselwörter

Primärversorgung, Versorgungsprozesse, Versorgungsmanagement, Koordination, elektronische Patientenakte, Gesundheitssystem-Performance

Crossref/doi

http://doi.org/10.24945/MVF.01.26.1866-0533.2799

1. Gesundheitspolitik in Deutschland

>> Nach nahezu 15 Jahren öffentlicher Nichtbeachtung des Themas „Gesundheitsreform" hat es das Thema „Krankenhausreform" in den letzten drei Jahren erstmals wieder in die Debatte geschafft, allerdings weitgehend auf die Fachöffentlichkeit beschränkt (Berlin-Brandenburgische Akademie der Wissenschaften (BBAW) 2025). In deutlich geringerem Umfang zwar, aber stetig zunehmend, wird seit fünf Jahren auch das Thema „Primärversorgung" öffentlich thematisiert.

1.1 Aktuelle Reformdebatten

Dabei ist bemerkenswert, dass es bei beiden Reformen primär darum geht, strukturelle Änderungen anzupacken, anstatt nach direkteren Lösungen für offensichtliche Prozess- oder Outcomeprobleme zu suchen. So geht es im Rahmen der Krankenhausreform darum Krankenhäuser „Versorgungsstufen" zuzuordnen und ihnen die Abrechnung von „Leistungsgruppen" zu erlauben oder zu versagen. Bei der Reform der Primärversorgung geht es unter anderem um das Verbot, Fachärzte direkt in Anspruch zu nehmen. In beiden Fällen steht die Vorstellung im Raum, dass durch die genannten Eingriffe zahlreiche Qualitäts- und Effizienzprobleme gelöst werden wie eine zu hohe Sterblichkeit im Krankenhaus oder den Abbau von Doppeluntersuchungen, die zu finanziellen Mehrkosten führen.

1.2 Strukturlastigkeit

Die Strukturlastigkeit vieler Reformdebatten (nicht nur im Gesundheits-, sondern auch z. B. im Bildungssystem) lässt sich als Ausdruck eines deutschen Politikstils der Verhandlungsdemokratie erklären. In der politikwissenschaftlichen Diskussion wird Ver-

handlungsdemokratie (in Anschluss an Lehmbruch) als Systemtypus beschrieben, in dem Mehrheitsprinzip und Parteienwettbewerb gegenüber einer Entscheidungsfindung durch Aushandlung („bargaining") zurücktreten – besonders dort, wo die föderalen Einigungszwänge zwischen Bundestag und Bundesrat bei zustimmungspflichtigen Gesetzen den politischen Prozess prägen (Mayntz und Streek 2003).

Unter solchen Bedingungen werden vor allem Reformelemente politisch „handhabbar", die sich als rechtlich eindeutige, verteilungsrelevante Pakete schnüren lassen: Kompetenzzuschnitte, Planungszuständigkeiten, Finanzierungslogiken, Mindest- und Vorhaltevorgaben, Kataloge oder neue Institutionen. Prozessreformen (etwa neue Koordinationsroutinen, sektorenübergreifende Behandlungspfade, digitale Workflows) sind demgegenüber schwerer zu verhandeln und zu garantieren, weil sie stark in professionelle Praxis eingreifen, kontextabhängig sind und dauerhaftes Monitoring sowie Nachsteuerung erfordern.

Wie stark in solchen Konstellationen institutionelle Logiken dominieren, beschreibt Scharpf am Beispiel der Föderalismusreform: In den zentralen Verhandlungen hätten nicht primär substantielle Problemanalyse und Lösungssuche, sondern die Eigeninteressen der Vetospieler sowie Kriterien juristischer Stimmigkeit und staatsrechtlicher Systematik im Vordergrund gestanden – ein Muster, das strukturelle Debatten gegenüber prozessualer Steuerung begünstigt (Scharpf ca. 2010).

Im Gesundheitswesen verstärkt sich diese Tendenz durch die besondere Arena- und Akteurskonstellation: Bandelow beschreibt die deutsche Gesundheitspolitik als Netz verflochtener Arenen, das konsensorientiert verhandelt wird und in dem sowohl konkurrierende Parteienblöcke als auch zahlreiche Interessengruppen Möglichkeiten haben, neue Lösungen zu blockieren. In einem solchen Setting liegt der politische Zugriff typischerweise auf Strukturparametern (Regeln, Zuständigkeiten, institutionelle Architektur), während die konkrete Prozessgestaltung häufig in nachgelagerte Ebenen der Umsetzung wandert (Bandelow 2003).

Hinzu kommt als zentrale Legitimations- und Vetokategorie das Argument, bei Reformen müsse „Zweiklassenmedizin" verhindert werden. Dieses Gerechtigkeitsnarrativ wirkt wie eine harte Leitplanke: Reformen müssen als „für alle gleichermaßen geltend" begründet werden – was den politischen Prozess erneut in Richtung universeller, regel- und strukturbasierter Lösungen drückt. Das zeigt sich exemplarisch in der Debatte um Terminzugang: Die Wissenschaftlichen Dienste des Deutschen Bundestages fassen zusammen, dass die Wahrnehmung einer bevorzugten Terminvergabe für PKV-Versicherte „weithin präsent" sei und seit Jahren Forderungen nach gesetzlichen Anpassungen auslöse; zugleich werde der Verdacht durch Berichte über Onlineportale verstärkt, die gesetzlich Versicherten bei Selbstzahlung zeitnahe Termine anböten.

Das TSVG wird dabei als strukturpolitische Antwort beschrieben (u. a. Mindestsprechstunden, offene Sprechstunden, Terminservicestellen, Vergütungsanreize). Insgesamt stabilisiert das Zweiklassen-Argument damit den Hang zur Strukturpolitik: Struktur ist der politisch leichter verteidigbare Weg, Gleichheit zu versprechen – auch wenn Ungleichheiten im Alltag häufig durch Prozesse, Anreize und lokale Umsetzung entstehen (Wissenschaftliche Dienste des Deutschen Bundestages 2026).

1.3 Umdenken

Reformen im deutschen Gesundheitssystem sind zäh und langwierig (Blümel et al. 2020). Man braucht nur an die über 20jährige Geschichte der Einführung der elektronischen Patientenakte zu denken. Zudem haben wir hierzulande oft erlebt, dass ein „großer Wurf" wie z. B. die „Integrierte Versorgung" in seiner Wirkung verpufft ist. Die aktuell wahrnehmbare Enttäuschung von der Leistungsfähigkeit der gesetzlichen Krankenversicherung sollte jedoch auf keinen Fall einer langjährigen Reformdebatte ausgesetzt sein, bis die ideale Primärversorgung eines Tages steht. Die Funktion des Gesundheitssystems in Deutschland für die Legitimation von Staat, Wirtschaft und Gesellschaft ist dazu zu bedeutsam (Häussler 2025).

Vor diesem Hintergrund wird hier ein Reformmodell skizziert, das wesentlich direkter die Probleme adressiert, die bei den Nutzern des Gesundheitssystem dysfunktional, hinderlich und teilweise sogar gefährlich wirken.

2. Worum es geht: Die Verbesserung von Versorgungsprozessen

2.1 Zwei Fallbeispiele

2.1.1 Sprunggelenksfraktur: Management eines „einfachen" Falls

Das erste Fallbeispiel beschreibt eine ältere Patientin, die nach einer operativ versorgten Sprunggelenksfraktur aus dem Krankenhaus entlassen wird. Im realen Versorgungsablauf erhält der Hausarzt einen vorläufigen Arztbrief; Aufnahmen der Radiologie und Befunde treffen verspätet ein; ein geplanter Orthopädentermin muss mangels vorliegender Befunde wiederholt werden; die Organisation der Physiotherapie bleibt den Angehörigen überlassen.

Im Idealbild einer managementorientierten Primärversorgung erhält die Primärversorgungsstelle bei Entlassung einen strukturierten Datensatz mit Diagnose, Therapie und Nachsorgeempfehlungen. Auf dieser Basis werden verbindliche Pfade definiert: Radiologie in Woche X, orthopädische Kontrolle danach, Einplanung von Physiotherapie und Sturzprophylaxe. Radiologieberichte werden automatisiert in die ePA bzw. Primärversorgungsakte eingespielt. Vor dem Orthopädentermin überprüft das System, ob der Befund vorliegt und stößt gegebenenfalls Rückfragen oder Terminverschiebungen an. Ergänzend halten nichtärztliche Fachkräfte im Verbund telefonisch oder durch Hausbesuche Kontakt zur Patientin. Dieses Szenario illustriert, wie bereits bei „standardisierten" Problemen zahlreiche Sollbruchstellen auftreten können und wie ein systematisches Prozessmanagement Doppeluntersuchungen, unnötige Wege und Frustration vermeidet.

2.1.2 Wiederkehrende Bewusstseinsverluste: Vermeidung des „blinden Flecks"

Im zweiten Beispiel wird eine über 80-jährige Patientin über viele Jahre vom Hausarzt im Rahmen regelmäßiger Hausbesuche betreut. Nach wiederkehrenden Episoden mit Bewusstseinsverlust erfolgt jeweils eine stationäre Abklärung mit dem Verdachtsdiagnose „Synkope" – ohne Ergebnis. Erst ein externer Kollege erhebt zufällig einen präzisen Befund zum Ablauf der Episoden und stellt den Verdacht auf eine Altersepilepsie, der vom Neurologen bestätigt wird.

Die langjährige persönliche Kontinuität hat hier einen „blin-

den Fleck“ nicht verhindert. In einem datenbasierten Primärversorgungssystem würden wiederkehrende, nicht aufgeklärte Krisenereignisse in der Akte als „Red Flag“ markiert. Das ERP-System könnte nach definierten Regeln eine vertiefte strukturierte Anamnese, eine fachneurologische Zweitmeinung oder bestimmte diagnostische Pfade auslösen. Der Hausarzt bleibt zentrale Bezugsperson, erhält aber zusätzliche algorithmische Unterstützung, um Muster zu erkennen, die im Alltagsdruck leicht übersehen werden.

2.2 Typische Problemlagen

Internationale und nationale Untersuchungen, wie z. B. (Gunja et al. 2025; Valderas et al. 2025; Hurrelmann et al. 2020) ergeben ein konsistentes Bild wiederkehrender Problembereiche in den Versorgungsprozessen der Primärversorgung:

1. Mangelnde Koordination zwischen Behandlern

Befunde werden verspätet oder gar nicht übermittelt, was zu Doppeluntersuchungen führt. Patienten müssen ihre Krankengeschichte bei jedem neuen Kontakt erneut erzählen. Informationsflüsse hängen häufig von der Initiative einzelner Praxen oder von Patienten und Angehörigen ab.

2. Unklare oder fehlende Information und Kommunikation

Diagnosen und Therapien werden nicht verständlich erläutert, Risiken und Alternativen bleiben diffus. Schriftliche oder digitale Materialien, die zu Hause in Ruhe nachgelesen werden könnten, sind selten.

3. Brüche an Sektorengrenzen, insbesondere nach Krankenhausaufenthalten

Nach Entlassung bestehen oft Unklarheiten, wer die weitere Verantwortung trägt. Hausarzt, Facharzt und Krankenhaus stimmen sich unzureichend ab; Medikationspläne sind widersprüchlich oder veraltet.

4. Hoher administrativer Eigenaufwand der Patienten

Termine müssen selbst koordiniert, Befunde telefonisch eingefordert, Formulare organisiert werden. De facto übernehmen Patienten oder Angehörige das Versorgungsmanagement.

5. Zu wenig Unterstützung beim Selbstmanagement chronischer Erkrankungen

Strukturierte Schulungen und Programme sind lückenhaft, Hilfe beim Umgang mit mehreren Medikamenten, Symptomen und Alltagsanpassungen bleibt die Ausnahme.

6. Mangel an Kontinuität und Vertrautheit

Häufig wechselnde Ansprechpartner verhindern, dass jemand die Gesamtsituation eines Patienten überblickt und langfristige Muster erkennt.

7. Schwindender Zugang

Gerade in ländlichen Regionen oder sozial benachteiligten Stadtgebieten verschlechtert sich der zeitnahe Zugang zu persönlicher ärztlicher Beratung.

Diese Problemlagen betreffen primär die Qualität von Prozessen – also die Art und Weise, wie Versorgung im Alltag organisiert, gesteuert und erlebt wird – und weniger die Frage, welche Institution formal für Primärversorgung zuständig ist.

3. Prozessmanagement jetzt ermöglichen

International wird Primärversorgung häufig nach Barbara Starfiled (Starfield 1994) anhand der vier „Cs“ beschrieben :

1. **First Contact** – erste Anlaufstelle für neue Gesundheitsprobleme
2. **Continuity** – zeitliche und personelle Kontinuität der Betreuung
3. **Comprehensiveness** – umfassende Versorgung, die körperliche, psychische und soziale Aspekte berücksichtigt
4. **Coordination** – Koordination von Behandlungsabläufen und Zusammenarbeit zwischen verschiedenen Leistungserbringern.

Dieses Modell hat sich als analytischer Rahmen bewährt, bleibt aber in vielen nationalen Debatten auf eine institutionelle Perspektive beschränkt. Damit wird implizit unterstellt, dass eine einzige Eintrittspforte alle vier Cs gleichermaßen abdecken könne.

Hier wird hingegen eine modifizierte Interpretation der 4Cs vorgeschlagen, die Primärversorgung als netzwerkartige Funktion versteht, die auf einem gemeinsamen Daten- und Prozessmodell beruht.

3.1 Erste Anlaufstelle (First Contact)

Vor dem Hintergrund wachsender Komplexität erscheint diese Engführung nicht mehr zeitgemäß. Patienten nutzen faktisch vielfältige Zugangspunkte: Hausärzte, fachärztliche Praxen, Notaufnahmen, telemedizinische Angebote oder digitale Gesundheitsanwendungen. Die Herausforderung besteht daher weniger darin, einen „einzigen richtigen“ Einstieg zu definieren, als vielmehr in der intelligenten Zusammenführung und Steuerung der sich daraus ergebenden Versorgungsprozesse.

Statt auf eine einzige Eintrittspforte zu setzen, wird hier von mehreren möglichen Erstkontaktpunkten ausgegangen. Entscheidend ist, dass alle Kontakte – unabhängig davon, ob sie in der Hausarztpraxis, im Krankenhaus, in der Radiologie oder in telemedizinischen Diensten stattfinden – in einem gemeinsamen Datenmodell abgebildet werden. So lassen sich Flaschenhälse vermeiden, ohne die Übersicht über Inanspruchnahme und Risiken zu verlieren.

3.2 Kontinuität (Continuity)

Kontinuität wird traditionell als langfristige Beziehung zwischen Arzt und Patient verstanden. Diese persönliche Dimension bleibt wichtig, reicht aber nicht aus. Ergänzend ist eine datenbasierte Kontinuität erforderlich: Alle relevanten Informationen sollten in einer Primärversorgungsakte oder elektronischen Patientenakte (ePA) strukturiert vorliegen, sodass jeder Beteiligte – innerhalb definierter Zugriffsrechte – Muster im Verlauf erkennen kann.

3.3 Umfassendheit (Comprehensiveness)

Umfassendheit bedeutet, dass neben körperlichen auch psychische und soziale Aspekte berücksichtigt werden. Dies kann von einer einzelnen Praxis nur begrenzt geleistet werden und muss durch ein Netzwerk von Partnern – etwa Pflege, Sozialberatung, Psychotherapie, Reha, digitale Angebote – gewährleistet werden. Die Primärversorgungsfunktion besteht darin, dieses Netzwerk gesteuert zu nutzen.

3.4 Koordination (Coordination)

Koordination wird zur zentralen Managementfunktion der Primärversorgung. Sie umfasst standardisierte Versorgungspläne, eine systematische Vollzugskontrolle (Ist der Befund eingetroffen? Wurde der Termin wahrgenommen?) und aktive Nachfassaktionen. Aufgrund der Komplexität – selbst bei wenigen Beteiligten entstehen zahlreiche Abhängigkeiten – ist eine technische Unterstützung über ein ERP-artiges System erforderlich, das Aufgaben, Fristen und Rückmeldungen abbildet.

Ein ERP ist eine zentrale Unternehmenssoftware, die sämtliche wichtigen Abläufe in einem gemeinsamen System bündelt und steuert. Ein ERP ist heute für die meisten Unternehmen unverzichtbar, weil es die zentrale Daten- und Prozessbasis für nahezu alle Kernabläufe bildet. Ein häufig eingesetztes ERP ist z. B. die Software von SAP.

Hier wird die These vertreten, dass analoge zu einem Unternehmens-ERP im realen Versorgungsalltag ERPs eingesetzt werden können, die sämtliche relevanten Beteiligten in einem umschriebenen Versorgungsverbund einbinden können. Die Teilnahme an einem solchen Verbund könnte durch die Akzeptanz von Grundregeln der Zusammenarbeit, Prozessmanagement und Transparenz und der aktiven Nutzung der Software begründet werden.

4. Technische und Governance-Voraussetzungen

Um hochwertige User Experience und kontinuierliche Innovation zu gewährleisten, sollte ein Markt für effiziente „Versorgungs-ERPs“ entstehen können. Monopolartige Strukturen sollten ausdrücklich nicht erwünscht sein.

Aber es müssten zentrale Anforderungen an entsprechende Technologieprodukte verbindlich festgelegt werden:

- Transparente Codierung und offene Schnittstellen (APIs), um Interoperabilität und Auditierbarkeit zu sichern.
- Bedingungslose Portierbarkeit von Daten, um Anbieterwechsel ohne Informationsverlust zu ermöglichen und Lock-in-Effekte zu vermeiden.
- Zertifizierung durch eine unabhängige Instanz, die Sicherheits-, Qualitäts- und Interoperabilitätsanforderungen überprüft.
- Klare Rollenverteilung: Praxisverwaltungssysteme sind oft historisch gewachsen; ihre Teilnahme an der neuen Infrastruktur bedarf besonderer Kontrolle. Krankenkassen sollten nicht gleichzeitig als Anbieter der zentralen Technologie fungieren, um Interessenkonflikte zu vermeiden.

Für Deutschland bietet sich eine Institution wie die Gematik an, um die Rahmenbedingungen für solche Produkte festzulegen. Nötig ist eine öffentliche Definition von Mindestanforderungen, Referenzmodellen und Zertifizierungsprozessen, verbunden mit einem Höchstmaß an Unabhängigkeit.

5. Anreizstrukturen und Implementierung

Technologie allein genügt nicht. Ihre Nutzung muss für Leistungserbringer und Versicherte eindeutig incentiviert werden.

Für Leistungserbringer kommen etwa Selektivverträge oder besondere Vergütungsbestandteile in Betracht, die die Beteiligung an strukturierten Versorgungsprozessen honorieren. Für Versicherte könnten Boni oder Wahlverträge Anreize setzen, an strukturierter Primärversorgung teilzunehmen. Dies stärkt zugleich die Eigenverantwortung, etwa durch aktive Mitwirkung an digital gestützten Nachsorgeplänen.

Parallel sollte ein Markt professioneller Serviceleistungen entstehen, der insbesondere die Koordinationsaufgaben unterstützt. Hybride Anbieter, die telemedizinische Beratung mit Case Management kombinieren, können – im Rahmen klarer Governance – Teil dieses Ökosystems sein, wie etwa Modelle aus der Schweiz zeigen. Die Debatte um die „wahre“ Struktur der Primärversorgung kann vor diesem Hintergrund entlastet werden: Ob die koordinierende Funktion primär in hausärztlichen Einzelpraxen, in Primärversorgungszentren oder in regionalen Netzwerken verankert ist, wird weniger entscheidend, wenn verbindliche Prozessstandards, Datenmodelle und Anreizsysteme greifen.

6. Diskussion

Die vorgeschlagene Fokussierung auf Prozesse anstelle von Strukturen ist kein Ersatz für notwendige Strukturreformen, sondern eine Ergänzung. Mehr Management in der Primärversorgung bedeutet nicht zwingend mehr Bürokratie, sondern die Verlagerung von Koordinationsarbeit weg von Patienten und informellem Engagement hin zu professionell unterstützten, digital abgebildeten Abläufen.

Gleichzeitig wirft das Konzept Fragen auf:

- **Professionelle Autonomie:** Wie kann gewährleistet werden, dass algorithmisch definierte Pfade die ärztliche Entscheidung unterstützen, ohne sie zu ersetzen?
- **Datenschutz und Akzeptanz:** Patienten müssen der intensiven Nutzung ihrer Daten zustimmen; Vertrauen in Sicherheit und Zweckbindung ist Voraussetzung.
- **Investitionsbedarf:** Der Aufbau einer solchen Infrastruktur erfordert erhebliche Investitionen in Technik, Qualifizierung und Change Management, die in der aktuellen Finanzlage der Versorgungssysteme schwer zu mobilisieren sind.
- **Ungleichheiten:** Es besteht die Gefahr, dass Regionen mit ohnehin guter Versorgung schneller von neuen Technologien profitieren als unterversorgte Gebiete.

Diese Herausforderungen sind real, rechtfertigen aber nicht, auf eine Verbesserung der Versorgungsprozesse zu verzichten. Vielmehr sollten sie in einem schrittweisen Implementierungsplan adressiert werden, der Pilotprojekte, Evaluation und skalierbare Roll-out-Strategien kombiniert.

7. Schlussfolgerungen

Die Analyse der aktuellen Situation und der vorgestellten Fallbeispiele legt nahe, dass die größten Probleme der Primärversorgung weniger in der formalen Struktur, sondern in den alltäglichen Versorgungsprozessen liegen. Patienten erleben unkoordinierte Abläufe, Informationsbrüche und eine erhebliche Verlagerung von Managementaufgaben auf sich selbst und ihre Angehörigen.

Ein primär prozessorientierter Ansatz mit folgenden Kernelementen erscheint daher angezeigt:

1. Modifizierte 4C-Definition, die Primärversorgung als netzwerkartige, datenbasierte Funktion versteht.
2. Einführung eines ERP-artigen Prozess- und Datenmodells, das Koordination, Vollzugskontrolle und Red-Flag-Mechanismen ermöglicht.
3. Öffentliche Governance von Technologieprodukten mit klaren Vorgaben zu Interoperabilität, Portierbarkeit und Zertifizierung.
4. Wettbewerblich organisierter Markt für Technologie- und Serviceanbieter, der Innovation fördert und zugleich regulatorisch eingebettet ist.
5. Anreizsysteme für Leistungserbringer und Versicherte, die die Nutzung strukturierter Primärversorgungsprozesse attraktiv machen.

Unter diesen Voraussetzungen kann „mehr Management" in der Primärversorgung dazu beitragen, den Rückgang der Zufriedenheit zu stoppen, Überlastungserfahrungen zu reduzieren und insbesondere für chronisch kranke und ältere Patienten spürbare Verbesserungen zu erzielen – lange bevor große Strukturreformen ihre Wirkung entfalten. <<

Zitationshinweis

Häussler, B.: „Mehr Management in der Primärversorgung – Wege zu besseren Versorgungsprozessen", in: „Online First zu Monitor Versorgungsforschung" (01/26), S. 82–86. http://doi.org/10.24945/MVF.01.26.1866-0533.2803

Autorenerklärung

Der Autor erklärt, dass keine Interessenskonflikte vorliegen.

More management in primary care – ways to improve care processes

Background: In many industrialized countries, public dissatisfaction with the healthcare system is growing. International surveys show increasing criticism of waiting times, perceived system overload, and declining perceived quality. At the same time, demographic factors are driving up demand, while human resources are limited. The shortcomings are particularly evident in primary care, which is where patients have their first and most frequent contact with the healthcare system.
Objective: This article develops the concept of more management-oriented primary care. It focuses on the thesis that systematic control of care processes – technically supported by an "ERP-like" data and process model – can lead to noticeable improvements for patients more quickly than purely structural reforms. The article argues that measurable improvements in the patient experience depend less on the "right structure" of primary care than on the systematic control of everyday care processes.
Methodology: The article is based on a selective evaluation of current international studies on patient experiences (including OECD PaRIS, Commonwealth Fund, IPSOS Health Service Report) as well as German studies on health literacy and overprovision. In addition, two real-life care constellations from primary care are reconstructed to illustrate typical weak points.
Results: The analysis reveals a wide range of recurring problems: lack of coordination between practitioners, breaks at sector boundaries, insufficient information, high personal effort on the part of patients, untapped potential for self-management, and lack of continuity. These problems can be classified according to the internationally established 4C model of primary care (first contact, continuity, comprehensiveness, coordination). A modification of this model is proposed: primary care is understood as a network of multiple entry points, coordinated via a common data model and standardized process paths. Two case studies (ankle fracture, recurrent loss of consciousness) show how such a model can specifically improve care by avoiding redundancies, reducing "blind spots," and systematically triggering follow-up actions.
Conclusion: Public, technology-related governance (e.g., by an institution such as Gematik) and a competitively organized range of certified technology products are key prerequisites. In addition, incentive systems must be created for service providers and insured persons that reward the use of this process support. In this way, focusing on care processes can take the pressure off the debate about "the right structure for primary care" and at the same time lead to improvements that are noticeable for patients in the short term.

Keywords

Primary care, care processes, care management, coordination, electronic patient records, healthcare system performance

Literatur

Bandelow, N. (2003): Chancen einer Gesundheitsreform in der Verhandlungsdemokratie. In: Aus Politik und Zeitgeschichte (B33-34), S. 14–20.
Berlin-Brandenburgische Akademie der Wissenschaften (BBAW) (Hg.) (2025): DWDS - Digitales Wörterbuch der deutschen Sprache. Online verfügbar unter https://www.dwds.de/, zuletzt aktualisiert am 06.11.2024, zuletzt geprüft am 06.11.2024.
Blümel, M.; Spranger, A.; Achstetter, K.; Maresso, A.; Busse, R. (2020): Germany: Health system review. In: Health Systems in Transition 22 (6).
Continentale Krankenversicherung a. G. (Hg.) (2024): Continentale-Studie 2025. Kundenservice - Wie Versicherte tickenund was Vermittler denken. Online verfügbar unter https://www.pkv-vorteile.de/blog/2025/09/19/continentale-studie-2025-wie-versicherte-ticken-die-zufriedenheit-von-kassen-und-privatpatienten/.
Gunja, M. Z.; Shah, A.; and Leonard, F. (2025): Access and Quality of Care for Older Adults in 10 Countries. Findings from the 2024 Commonwealth Fund International Health Policy Survey of Older Adults. In: Commonwealth Fund (Apr.). DOI: 10.26099/4WRJ-KJ97.
Häussler, B. (2025): Eigenverantwortung in der Gesundheitspolitik. Wird sie ihr politisches Comeback haben? 1. Aufl.: Nomos (Forschung und Entwicklung im Gesundheitswesen). Online verfügbar unter https://www.inlibra.com/de/document/view/detail/uuid/26376c4d-dbdc-3dfd-b27a-2ab976555191.
Hurrelmann, K.; Klinger, J.; Schaeffer, D. (2020): Gesundheitskompetenz der Bevölkerung in Deutschland. Vergleich der Erhebungen 2014 und 2020. Hg. v. Interdisziplinäres Zentrum für Gesundheitskompetenzforschung (IZGK). Universität Bielefeld. Online verfügbar unter https://pub.uni-bielefeld.de/download/2950303/2950404/HLS-GER%201_2020.pdf, zuletzt geprüft am 04.03.2025.
IPSOS (2024): Ipsos Health Service Report 2024. Online verfügbar unter https://www.ipsos.com/sites/default/files/ct/news/documents/2024-09/Ipsos-Health-Service-Report-2024-Global-Charts.pdf, zuletzt geprüft am 05.01.2026.
Mayntz, R.; Streek, W. (Hg.) (2003): Die Reformierbarkeit der Demokratie. Innovationen und Blockaden ; Festschrift für Fritz W. Scharpf. Frankfurt am Main: Campus-Verl. (Schriften des Max-Planck-Instituts für Gesellschaftsforschung Köln, 45). Online verfügbar unter http://www.mpifg.de/pu/mpifg_book/mpifg_bd_45.pdf.
MLP Finanzberatung SE (Hg.) (2022): MLP Gesundheitsreport 2022. Repräsentative Umfrage in Kooperation mit dem Institut für Demoskopie Allensbach. Online verfügbar unter https://mlp-se.de/redaktion/mlp-se-de/gesundheitsreport-microsite/2022/report/mlp-gesundheitsreport-2022.pdf.
OECD/European Commission (2024): Health at a Glance: Europe 2024. Online verfügbar unter https://www.oecd.org/content/dam/oecd/en/publications/reports/2024/11/health-at-a-glance-europe-2024_bb301b77/b3704e14-en.pdf, zuletzt geprüft am 05.01.2026.
Scharpf, Fritz W. (ca. 2010): Föderalismusreform. Kein Ausweg aus der Politikverflechtungsfalle? [Um die Einl. gekürzter Nachdr.]. Frankfurt am Main: Campus-Verl. (Schriften aus dem Max-Planck-Institut für Gesellschaftsforschung Köln, 64).
Starfield, B. (1994): Is primary care essential? In: The Lancet (344 / 8930), S. 1129–1133.
Valderas, J. M.; Porter, I.; Evans, J. P.; Heijmans, M.; Rijken, M.; Groene, O. et al. (2025): International survey of people living with chronic conditions: development and evaluation of the PaRIS Patient Questionnaire (PaRIS-PQ) in 18 countries. In: BMJ quality & safety. DOI: 10.1136/bmjqs-2025-018548.
Wissenschaftliche Dienste des Deutschen Bundestages (2026): Terminvergabe an Patientinnen und Patienten der PKV und der GKV. Rechtslage und Diskussion (WD 8 – 3000 – 078/25).



Prof. Dr. med. Bertram Häussler
ist Leiter der IGES Gruppe, eines Verbundes von Forschungs- und Beratungsunternehmen aus den Bereichen Infrastruktur und Gesundheit. Das IGES Institut leitet er seit 2006 als Vorsitzender, seit 1990 als Geschäftsführer.
Kontakt: Bertram.Haeussler@iges.de