

Die Hauptaussagen der Vorträge des 14. MVF-Fachkongresses von „Monitor Versorgungsforschung"

Vom Primär- zum umfassenden Versorgungssystem

Von der drohenden „doppelten Demografie" hin zu resilienten Gesundheitsregionen: Der 14. MVF-Fachkongress unter dem Titel „Agenda 2030: Primärversorgung gestalten – Strategien für ein patientennahes und resilientes Gesundheitssystem" zeichnete im Berliner Scharounsaal der AOK Nordost ein klares Bild der aktuellen Versorgungsrealität. Zwischen systemischen Beharrungskräften und innovativen Leuchttürmen wurde deutlich: Die Zukunft liegt nicht mehr im Einzelkämpfertum, sondern in datengestützten, multiprofessionellen Netzwerken. Kooperationspartner war der DNVF und Platinsponsor war MSD.

>> Der Scharounsaal der AOK Nordost in Berlin bildete am 28. November 2025 die Kulisse für eine schonungslose Bestandsaufnahme und eine konstruktive Zukunftswerkstatt des deutschen Gesundheitswesens. Prof. Dr. Reinhold Roski, Herausgeber des Monitor Versorgungsforschung, eröffnete den Kongress mit einer Dringlichkeitswarnung: Steigende Kosten treffen auf einen jahrzehntelangen Modernisierungsstau. Unser Gesundheitssystem steuert auf eine „doppelte Demografie" zu – eine alternde, immer multimorbidere Gesellschaft trifft auf eine schwindende Zahl an Fachkräften.

Bis 2035 könnten laut Robert Bosch Stiftung 11.000 Hausarztstellen unbesetzt bleiben. Die zentrale These des Kongresses kristallisierte sich bereits in der Eröffnung heraus: Der im Koalitionsvertrag verankerte Ansatz eines „verbindlichen Primärarztsystems" greift zu kurz. Was Deutschland benötigt, ist ein umfassendes Primärversorgungssystem, das über den rein ärztlichen Fokus hinausgeht.

Status quo – die Realität der regionalen Disparitäten

Prof. Dr. Wolfgang Hoffmann (DNVF) legte in seiner Keynote dar, dass die Realität der Versorgung in Deutschland massiv von regionalen Disparitäten geprägt ist. Während in Ballungsräumen die Wege kurz sind, müssen Patienten in ländlichen Regionen oft Fahrtzeiten von mehr als 30 Minuten in Kauf nehmen.

Hoffmann illustrierte in seinem Vortrag unter anderem die Notwendigkeit von Strukturreformen am Beispiel der Pädiatrie in Vorpommern. Eine Analyse zeigte, dass die Aufrechterhaltung dreier Klinikstandorte (Greifswald, Anklam, Wolgast) ein Defizit von 1,6 Millionen Euro verursachte, während eine Konsolidierung kostendeckend wäre. Die Schließung der Pädiatrie in Wolgast führte – entgegen den Befürchtungen der Bevölkerung – nicht zu einer Verschlechterung der gesundheitlichen Outcomes. Die stationären Fallzahlen sanken signifikant (von 1.787 auf ca. 1.000), was darauf hindeutet, dass zuvor viele Aufnahmen medizinisch nicht zwingend notwendig waren.

Wesentliche Erkenntnis: Wo Ressourcen fehlen, leidet die Versorgung, aber Strukturreformen können Effizienzreserven heben, ohne die Gesundheit zu gefährden – vorausgesetzt Alternativen wie Telemedizin greifen. Das Projekt RTP-Net habe gezeigt, dass durch telemedizinische Anbindung an Zentren 76 Prozent der neuropädiatrischen Fälle wohnortnah behandelt werden konnten, statt verlegt zu werden.

Dr. Johannes Leinert (Bertelsmann Stiftung) untermauerte die strukturellen Defizite mit empirischen Daten. Ein Drittel der selbstständigen Hausärzt:innen plant in den nächsten fünf Jahren die Praxisabgabe. Noch alarmierender ist seinen Worten zufolge der Rückgang der Arbeitszeitvolumina: Die durchschnittliche Wochenarbeitszeit sank auf 44 Stunden. Bereinigt man die Daten, resultiert dieser Rückgang primär aus dem Trend zur Teilzeit, weniger aus dem Status „angestellt vs. selbstständig". Leinert betonte, dass die „Einzelpraxis ein Auslaufmodell" sei. Der Nachwuchs strebt in kooperative Strukturen.

Prozessmanagement statt Strukturdebatten

Einen paradigmatischen Wechsel in der Betrachtungsweise forderte Prof. Dr. Bertram Häussler (IGES Institut). Anstatt sich in endlosen Strukturdebatten zu verlieren, müsse das Management der Versorgungsprozesse in den Fokus rücken. Die Unzufriedenheit der Patienten resultiert primär aus mangelnder Koordination und dem Gefühl, dass das System „überlastet" ist. Häussler nutzte die Analogie eines Enterprise Resource Planning (ERP) Systems aus der Wirtschaft.

- Realität: Ein Patient mit Fraktur wird vom Hausarzt zum Radiologen und dann zum Orthopäden geschickt. Oft findet der Orthopädentermin statt, bevor der Befund vorliegt – eine klassische Koordinationsfalle.
- Vision: Ein intelligentes Datensystem prüft vor dem Termin, ob alle Befunde vorliegen, und steuert den Pfad.

Innovative Versorgungsmodelle

Dass eine bessere Versorgung schon heute möglich ist, zeigten diverse Praxisberichte,



die jedoch oft noch den Status von „Inseln der Exzellenz“ haben:

PORT-Zentren: Multiprofessionalität unter einem Dach

Cordula Hoffmanns (Bosch Health Campus) stellte die PORT-Zentren vor, die sich an der Deklaration von Alma-Ata orientieren. Ob im ländlichen Hohenstein oder im urbanen Hamburg-Veddel – der Schlüssel liegt in der Multiprofessionalität.

- Beispiel Brüggen: Durch qualifizierte Teams in der Versorgung von Pflegeheimen konnte die Zahl der im Heim ausgestellten Totenscheine um 30 Prozent gesteigert werden – ein Indikator für vermiedene, belastende Krankenhauseinweisungen am Lebensende.
- Herausforderung: Der rechtliche Rahmen hinkt hinterher. Es fehlt an Rechtssicherheit für neue Berufsbilder wie Community Health Nurses und an Finanzierungsmodellen für Koordinationsleistungen.

OptiMedis: Geschäftsmodell „Gesundheit“

Dr. h. c. Helmut Hildebrandt (OptiMedis) kritisierte das vorherrschende Geschäftsmodell der „Leistungsproduktion“, das Krankheit finanziell belohnt. Das Modell „Gesundes Kinzigtal“ bewies über 15 Jahre, dass Investitionen in Prävention und Koordination die Morbidität und Kosten senken können. Hildebrandt forderte virtuelle Regionalbudgets und Technologien, die Sektorengrenzen überwinden – etwa mobile Röntgengeräte in Pflegeheimen, um Transporte dementer Patienten zu vermeiden.

HZV und HÄPPI: die Evolution der Hausarztzentrierten Versorgung

Jürgen Graf (AOK Baden-Württemberg) präsentierte die Hausarztzentrierte Versorgung (HZV) als Blaupause für ein Primärarztsystem. Die Evaluation über 15 Jahre zeigt signifikante positive Effekte bei Diabetikern (weniger Amputationen, Schlaganfälle) bei gleichzeitiger Wirtschaftlichkeit. Mit dem Konzept HÄPPI (Hausärztliches Primärversorgungszentrum – Patientenversorgung Interprofessionell) geht Baden-Württemberg den nächsten Schritt: Der Einsatz akademischer nicht-ärztlicher Fachkräfte (z. B. Physician Assistants) wird vertraglich gefördert, um die ärztliche Arbeitszeit auf komplexe Fälle zu konzentrieren.

Strategien und Barrieren der Umsetzung

Warum setzen sich diese Erkenntnisse nicht flächendeckend durch? Prof. Dr. Volker Amelung (Medizinische Hochschule Hannover / Geschäftsführer Institut für angewandte Versorgungsforschung GmbH – inav) identifizierte fünf „Großbaustellen“:

1. Geschäftsmodelle: Es fehlt der Business Case für Prävention. Im Morbi-RSA werden Kassen teilweise „bestraft“, wenn sie ihre Versicherten gesund erhalten.
2. Bedarfsplanung: Die starre Sitz-Logik muss einer liberalisierten Planung weichen, die Versorgungseinheiten „am Reißbrett“ pro Population plant.
3. Vergütung: Abkehr von der Einzelleistung hin zu Pauschalen oder Tarifen mit Anreizen (Nudging) statt Sanktionen.
4. Rechtsformen: Genossenschaftliche Modelle könnten Primärversorgung jenseits von Private Equity ermöglichen.
5. Delegation: Aufgaben müssen effizienter auf andere Berufsgruppen verteilt werden.

Amelung plädierte für einen radikalen Schnitt („Cold Turkey“) statt des bisherigen „Muddling Through“.

Blick in die Versorgungsrealität der Flächenländer

Michael Zaske (Ministerium für Soziales, Brandenburg) und Steffen Bohm (AGENON) brachten die Perspektive der Flächenländer ein. Brandenburg steht vor einer „dreifachen demografischen Falle“. Das Projekt ProReVers entwickelt einen „Methodenkoffer“ für regionale Planung. Ein zentrales Ergebnis: Sinnvolle regionale Lösungen scheitern oft an bundesrechtlichen Vorgaben. Es fehlen Öffnungsklauseln im SGB V, um stationäre und ambulante Ressourcen (z. B. Diagnostik im Krankenhaus für ambulante Patienten) flexibel zu nutzen.

Der MVF-Kongress machte vor allem eines deutlich: Die Zeit der Modellprojekte muss enden. Die Lösungen liegen auf dem Tisch – von der datengestützten Prozesssteuerung (Häussler) über verbindliche Primärarztsysteme (Graf/Richard) bis hin zu multiprofessionellen Zentren (Hoffmanns/Zaske). Was fehlt, ist der politische Mut, den bundesweiten Rahmen zu flexibilisieren. „Probleme sind meist regional und müssen regional gelöst werden“, resümierte Prof. Hoffmann. Dafür braucht es regionale Budgets, Sektorenfreiheit und eine Vergütung, die Kooperation statt Konkurrenz fördert. Oder wie es in der Schlussdiskussion hieß: Es braucht eine Politik mit „Eiern in der Hose“, um evidenzbasierte Ziele auch gegen Widerstände durchzusetzen. <<

von: MVF-Chefredakteur Peter Stegmaier

Zitationshinweis

Stegmaier, P.: „Vom Primär- zum umfassenden Versorgungssystem“, in „Online First zu Monitor Versorgungsforschung“ (01/26), S. 22–25. http://doi.org/10.24945/MVF.01.26.1866-0533.2809

Hinweis

Dieser Bericht basiert auf den Wortprotokollen der auf dem 14. MVF-Fachkongress gehaltenen Vorträge. Zitate wurden sprachlich leicht geglättet, ohne den Sinn zu verändern. Alle Vortragsinhalte des Vor- und Nachmittags können Sie in PDF-Form sowie als Audiomitschnitte auf dem MVF-Portal einsehen oder downloaden:

https://t1p.de/caxch



„Idealtypischerweise vereint ein Porthaus unter einem Dach die primärärztliche Versorgung (Hausärzte, Pädiater) mit einem multiprofessionellen Team. Eine zentrale neue Rolle spielt dabei die akademisierte Pflegefachkraft, etwa die Community Health Nurse.“

Cordula Hoffmanns (Bosch Health Campus)



„Wir halten oft an Lebenslügen fest. Ein Beispiel ist der Anspruch auf eine Geburtsklinik am Wohnort, selbst wenn dort aufgrund geringer Fallzahlen die Sicherheit nicht gewährleistet ist. Wir müssen lernen, evidenzbasierte Entscheidungen zu treffen.“

Prof. Dr. Wolfgang Hoffmann (DNVF)

„Das beherrschende Problem für die Patienten liegt im konkreten Erleben der Versorgungsprozesse, nicht in abstrakten Strukturkästchen.“

Prof. Dr. Bertram Häussler (IGES)



„Aktuell bietet sich ein Window of Opportunity. Die politische Diskussion um ein Primärarztsystem – ein begrifflich vielleicht unglücklich gewählter Terminus – offenbart, dass die Akteure noch nach einer klaren Richtung suchen. Dies ist der Moment, um innovativ und radikal zu denken.“

Prof. Dr. Volker Amelung (MHH/inav)



„Primärversorgung muss heute größer gedacht werden als nur die Hausarztpraxis mit Überweisungsvorbehalt. Wir benötigen interprofessionelle Teams, eine Ausrichtung auf Public Health und virtuelle Regionalbudgets, die Investitionen in Gesundheit refinanzieren.“

Dr. h. c. Helmut Hildebrandt (OptiMedis)



„Es scheint sich – auch in Äußerungen der Politik – die Erkenntnis durchzusetzen, dass ein umfassendes Primärversorgungssystem gemeint sein muss, das über den reinen Arztbezug hinausgeht. Doch die konkrete Ausgestaltung – welche Institutionen, welche Spielregeln, welche Akteure – ist noch völlig offen.“

Jürgen Graf (AOK Baden-Württemberg)

„Wir stehen vor dem Dilemma, dass sinnvolle regionale Lösungen – wie die ambulante Nutzung von Krankenhausressourcen zur Entlastung der Praxen – an detaillierten bundesrechtlichen Vorgaben scheitern. Ohne Öffnungsklauseln und klare Verpflichtungs tigungen bleiben regionale Planungsko oft Papiertiger. Hier besteht dringender lungsbedarf seitens des Gesetzgebers, identifizierten Lösungen auch impleme zu können.“

Steffen Bohm (AGENON)



„Ein zentrales Problem in Deutschland ist, dass Aufgaben inhaltlich zu wenig strukturiert sind. Die Zulassung und Bedarfsplanung erfolgen sehr formal nach Arztgruppen. Im Krankenhausbereich lösen wir dies gerade durch die Einführung von Leistungsgruppen ab. Einen ähnlichen Schritt benötigen wir in der ambulanten Versorgung: Die Weiterentwicklung der hausärztlichen Versorgung hin zu einer umfassenden Primärversorgung erfordert einen klar definierten Versorgungsauftrag, der über die bloßen Gesetzesvorgaben hinaus auch tatsächlich gelebt wird.“

Dr. Sabine Richard (AOK-Bundesverband)





„Die Stimmung an der Basis ist reif für Veränderungen im Sinne einer stärkeren Teamorientierung und Arbeitsteilung, wie sie auch Professor Hoffmann skizziert hat. Die Herausforderungen sind klar (Demografie, Teilzeitwunsch), aber die Lösungsansätze (Delegation, gezielte Nachwuchsgewinnung, kommunales Engagement) sind identifiziert.“

Dr. Johannes Leinert (Bertelsmann Stiftung)



„Im Zuge der Krankenhausreform wird eine erhebliche Last aus dem stationären Sektor in die ambulante Primärversorgung verlagert werden. Darauf sind die aktuellen Strukturen jedoch nicht vorbereitet.“

Vera Lux (DBfK)



*ermächonzepte
r Handum die
ntieren*



„Wir müssen weg von der ‚Modellprojektitis' hin zu einer begleitenden Einführung neuer Systematiken in die Regelversorgung. Dazu braucht es: Öffnungsklauseln im SGB V für sektorenübergreifende Planung und Finanzierung. Interprofessionelle Teams, deren Leistungen (z. B. durch nichtärztliches Personal) auch finanziert werden. Integration innovativer Elemente wie Decision Units in das Vergütungssystem.“

Michael Zaske (MGS Brandenburg)