

Gezielter Aufbau einer hausarztgetragenen integrativen Grundversorgung

STEFFEN BOHM,
JÜRGEN OLDENBURG,
ALICIA PRINZ

Steffen Bohm ist Geschäftsführer der AGENON Gesellschaft für Forschung und Entwicklung im Gesundheitswesen mbH, Berlin

Dr. med. Jürgen Oldenburg ist Geschäftsführer der Deltamed Nord GmbH & Co. KG, Bokholt-Hanredder

Alicia Prinz ist Junior Consultant & Scientist bei AGENON Gesellschaft für Forschung und Entwicklung im Gesundheitswesen mbH, Berlin

Die Zahl der ab 65-Jährigen wird in den kommenden Dekaden um Millionen von Menschen zunehmen, desgleichen die Zahl der ab 80-Jährigen. Damit einhergehend wird die Versorgung mehrfach chronisch erkrankter und zunehmend auch von psychischen Störungen betroffener älterer Menschen weiter an Bedeutung gewinnen. Veränderte Schwerpunktsetzungen, Ausrichtungen und Betriebskonzepte insbesondere in der Grundversorgung sind erforderlich, die ohne entsprechend angepasste Rahmensetzungen nicht umgesetzt werden können. Deshalb wird für den gezielten Aufbau einer hausarztgetragenen integrativen Grundversorgung plädiert.

1. Einleitung

Nach der 13. zwischen den Statistischen Ämtern von Bund und Ländern koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung für Deutschland wird die Anzahl der ab 65-Jährigen von 17,3 Mio. (Stand: 2016) bis zum Jahr 2060 auf 33 Mio. zunehmen. Die Zahl der 80-Jährigen und Älteren wird bis dahin von 4,7 Mio. auf 9 Mio. anwachsen und damit nahezu doppelt so hoch sein wie heute (Statistisches Bundesamt 2015).

Im Zusammenhang damit wird die Anzahl chronisch erkrankter Menschen steigen, und im Vergleich zu heute wird es auch deutlich mehr Menschen geben, die von Multimorbidität und Pflegebedürftigkeit betroffen sind. Gleichzeitig wird von einer weiter steigenden Lebenserwartung ausgegangen, womit einhergehen wird, dass in der Versorgung

zunehmend mit physisch und zugleich psychisch eingeschränkten Menschen umgegangen werden muss (Gerste 2012). Es besteht Übereinstimmung, dass ein medizinisches Versorgungssystem, das allzu einseitig auf die Behandlung akuter Probleme ausgerichtet ist, den Versorgungserfordernissen nicht hinreichend Rechnung trägt bzw. tragen kann. Das gilt in besonderem Maße für die Allgemeinmedizin, in denen der Versorgungsalltag durch ältere, chronisch kranke und von Multimorbidität betroffene Menschen geprägt ist (Gerlach et al. 2006, SVRiG 2009). Bedingt durch die anhaltende Abwanderung jüngerer Menschen sind in regionaler Hinsicht ländlich strukturierte Regionen und die hier niedergelassenen Ärzte besonders betroffen. Die verbleibende Bevölkerung schrumpft und altert bei steigender Morbiditätslast weiter aus.

Verstärkt wird die Problematik angebotsseitig dadurch, dass städtische Regionen gerade für niederlassungswillige jüngere Ärzte und Ärztinnen attraktiver sind und deshalb Schwierigkeiten dabei bestehen, Nachfolger für frei werdende Arztsitze „auf dem Land“ zu finden. Und auch Krankenhausstandorte in den weniger städtischen Regionen haben nicht nur mit Problemen bei der Besetzung von Stellen im ärztlichen und pflegerischen Bereich zu kämpfen, sondern auch damit, dass die Rentabilität unter anderem durch die Verpflichtung, die Notfallversorgung rund um die Uhr sicherzustellen, immer weniger gegeben ist.

International steht Deutschland mit Problemen dieser Art nicht allein. Auch die USA und andere europäische Länder sehen sich mit ähnlichen Herausforderungen konfrontiert. Konzepte und Stra-

Seit 20 Jahren liegen Konzepte für eine integrative Grundversorgung vor – die Anpassung auf deutsche Rahmenbedingungen und die systematische Umsetzung stehen weiterhin aus.

tegien für ihre Bewältigung liegen schon seit mehr als 20 Jahren vor, wurden im Ausland umgesetzt und auch evaluiert.¹

Der vorliegende Beitrag konzentriert sich auf die betrieblichen und versorgungsinhaltlichen Aspekte der Weiterentwicklung einer hausärztlich getragenen Grundversorgung. Zur Frage, wie die Besetzung frei werdender Hausarztsitze insbesondere in ländlichen Regionen gesichert werden kann, wird auf Vorschläge des Sachverständigenrates für die Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVRiG, Stichwort „Landarztzuschlag“) und auf den bereits von Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) entwickelten Instrumenten- und Maßnahmenkatalog verwiesen.² In Abschnitt 2 werden wesentliche Eckpunkte eines Leitbildes für die Weiterentwicklung der hausarztgetragenen integrativen Grundversorgung skizziert.

Abschnitt 3 befasst sich bezogen auf die verschiedenen Gestaltungsebenen einer hausärztlich getragenen Grundversorgung mit der Frage: Wo stehen

wir in Deutschland und welche weiteren Entwicklungsschritte sollten erfolgen? In Abschnitt 4 erfolgt im Rahmen der Zusammenfassung eine Verdichtung zu konkreten Handlungsempfehlungen, die der Politik für die anstehende Legislaturperiode aus Sicht der Autoren gegeben werden können.

2. Leitbild für den gezielten Aufbau einer integrativen hausärztlich getragenen Grundversorgung

Das Leitbild für die hausarztgetragene integrative Grundversorgung orientiert sich eng an dem von Wagner et al. entwickelten Chronic Care-Modell (Wagner et al. 1996), das in Deutschland über seine Würdigung im 2009er-Gutachten des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen einer größeren Fachöffentlichkeit bekannt geworden ist (SVRiG 2009). Im gleichen Gutachten hat der SVRiG daraus in Grundzügen einen Vorschlag für sog. „Primärversorgungspraxen“ abgeleitet.

Leitbild für den gezielten Aufbau einer integrativen hausärztlich getragenen Grundversorgung bildet der

Zusammenschluss von Hausärzten zu einer größeren und so weit als möglich auch räumlich zusammengefassten Betriebseinheit mit folgenden charakteristischen Merkmalen und Ausprägungen:

- In der neuen Betriebseinheit bestehen erweiterte Sprechzeiten *an allen* Wochentagen, z.B. von 8 bis 20 Uhr. Soweit regional keine hinreichende ambulante Versorgung von Akutfällen etabliert ist, z.B. in Form von Portalpraxen, werden Sprechzeiten auch an Samstagen, Sonntagen und Feiertagen angeboten.
- Das Kernteam besteht aus mehreren Hausärzten, mehreren Case Managern und qualifiziertem nicht-ärztlichen medizinischen Fachpersonal für die systematische Erbringung arztentlastender delegationsfähiger Leistungen. Auf der Seite der Hausärzte bestehen idealerweise als Zusatzweiterbildungen Geriatrie, Palliativ- sowie Notfallmedizin. Im Kernteam ist insbesondere spezielle Kompetenz für

die Organisation der Versorgung und die Betreuung von Patienten mit eingeschränkten Alltagskompetenzen und Demenzerkrankungen vorhanden.

- Das Kernteam unterstützt die Patienten und ihre Angehörigen aktiv darin, im Rahmen partizipativer Entscheidungsprozesse informierte Entscheidungen zu treffen, so lange dies möglich ist.
- In Erweiterung zum Kernteam werden Physio- und Ergotherapeuten, ambulante Pflegedienste und präventiv ausgerichtete Berufsgruppen (Ernährungsberatung, Suchtprävention) einbezogen.
- Ausgehend von den Case Managern bestehen des Weiteren enge Kontakte zu und Kooperationen mit ergänzenden Diensten und Hilfen sowie kommunalen Angeboten im regionalen Umfeld, die bedarfsabhängig eingeschaltet werden.
- In regelmäßigen Fallbesprechungen stimmt sich das Kernteam zur Planung der weiteren Behandlung und Betreuung von Patienten mit besonderen Behandlungs- und Betreuungserfordernissen ab. Mitglieder des erweiterten Kernteams werden bedarfsabhängig hinzugezogen.
- Es bestehen bilaterale Vereinbarungen der Kooperation mit Fachspezialisten, insbesondere mit Fachinternisten mit den Schwerpunkten Diabetologie, Kardiologie und Geriatrie³, Fachärzten für Neurologie und Gynäkologie und mit Krankenhäusern. In medizinischer Hinsicht ruhen die Kooperationen auf Versorgungspfaden, die insbesondere erforderliche Voruntersuchungen, Übergabezeitpunkte und die wechselseitige Information regeln.

- 1 Das gilt beispielsweise für das PACE-Programm (Program of All-Inclusive Care for the Elderly; vgl. Eng et al. 1997) oder die Umsetzungen des Medical Home-Konzeptes in verschiedenen Varianten (vgl. dazu SVRiG 2009: Textziffer 935 ff.). Auch in Deutschland wurden bereits in den 90er Jahren des vergangenen Jahrhunderts Versuche unternommen, auf die komplexen Versorgungserfordernisse einer zunehmend älteren, von chronischen Erkrankungen und Multimorbidität betroffenen Bevölkerung zugeschnittene Lösungen im System der gesundheitlichen Versorgung zu verankern (Schräder et al. 1998; Bohm/Schräder 1995).
- 2 Vgl. SVRiG 2014: Textziffer 456 ff. sowie die diesbezüglichen Informationen, die über die Websites der einzelnen KVen zugänglich sind.
- 3 Der Facharzt Innere Medizin und Geriatrie als Facharztkompetenz im Gebiet Innere Medizin ist bislang nur Berlin, Brandenburg und Sachsen-Anhalt umgesetzt.

Soweit Fachgebietsärzte (unter Einchluss von in Krankenhäusern tätigen Spezialisten) vor Ort nicht beständig verfügbar sind, bestehen definierte Präsenzzeiten und/oder die Einschaltung erfolgt z.B. via Videokonferenz.

- Es besteht eine gemeinsame elektronische Patientenakte, in die auch Informationen mit- und weiterbehandelnder Fachärzte, zu stationären Aufenthalten und weitere versorgungsrelevante Informationen eingespeist werden. Diagnostische und therapeutische Entscheidungen werden in geeigneter Form durch speziell für die Grundversorgung entwickelte Clinical Decision Support-Systeme unterstützt, desgleichen die Führung der Patienten entlang von Pfaden, die auch nicht-ärztliche Leistungen berücksichtigen. Die technischen Voraussetzungen für Videokonsultationen und Videokonferenzen (zur Abklärung von Befunden und zur Abstimmung der im Weiteren erforderlichen diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen mit Fachärzten anderer Fachgebiete) bestehen und ihre regelhafte Nutzung ist in die Praxisabläufe fest integriert.
- Die Vergütung beruht wesentlich auf morbiditätsadjustierten Versichertenpauschalen, die auch die Vergütung für nicht-ärztliche „Kern-Leistungen“ einschließen. Weitere Vergütungsbestandteile setzen zum einen in geeigneter Form Anreize für Erweiterungen des Grund-Leistungssportfolios um Angebote, die aus populationsbezogenen versorgungspolitischen Zielen abgeleitet sind und Spezifika der Region berücksichtigen, zum anderen berücksichtigen sie qualitative Aspekte der Versorgung.
- Primär behandelnder und betreuender Hausarzt und Patient dokumentieren ihre Arzt-Patienten-Beziehung in einer von beiden Seiten unterzeichneten Willens- bzw. Absichtserklärung, die sich u.a. auf die wechselseitige Information und die aktive Mitwirkung des Patienten im Behandlungsprozess bezieht.

Begleitend werden Weiterbildungen zur Bildung und Entwicklung von Versorgungsteams, zur Arbeit im Team, zu ihrer Anleitung und nicht zuletzt zu Fragen der Bildung von Kooperationen und der Schaffung geeigneter Kooperationen und Betriebsstrukturen sowie zur Organisationsentwicklung wahrgenommen.

3. Sachstand und weitere Entwicklungsschritte

3.1 Versorgungsauftrag bzw. hausärztliche Versorgungsfunktionen

Verankert ist die vertragsärztliche Versorgung und mit ihr die hausärztliche Versorgung in § 73 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V). Die nähere Konkretisierung hausärztlicher Versorgungsfunktionen erfolgt durch den „Vertrag über die hausärztliche Versorgung“, der Anlage 5 zum Bundesmantelvertrag Ärzte (BMV-Ä) bildet. Inhaltlich werden die hausärztlichen Versorgungsfunktionen in § 2 dieses Vertrages konkretisiert. So gehört zu diesen Versorgungsfunktionen im Rahmen der allgemeinen Aufgaben „die integrative ärztliche Betreuung im Rahmen ergänzender medizinischer, sozialer und psychischer Hilfen für die Kranken sowie die Zusammenarbeit mit Fachärzten im Rahmen der fachärztlichen Versorgung und die Zusammenarbeit mit Krankenhäusern“ (Absatz 2), und im Rahmen der besonderen hausärztlichen Versorgungsfunktionen nach Absatz 3 u.a.

- „die hausärztliche Präsenz mit Dienstbereitschaft für erkrankte eigene Patienten auch in den sprechstundenfreien Zeiten – ggf. in Kooperation mit anderen hausärztlich tätigen Praxen;
- die Berücksichtigung der persönlichen Lebensumstände und des sozialen Umfeldes des Patienten;
- die regelmäßige Hausbesuchstätigkeit zur Behandlung bettlägeriger, gebrechlicher und pflegebedürftiger Patienten;
- das Einbeziehen ärztlichen Sachverständes anderer Fachgebiete;
- die Integration komplementärer Heilberufe und flankierender Dienste (insbesondere der häuslichen Pflege) in die Behandlungsmaßnahmen;
- die kritische Bewertung der Lebensführung des Patienten in gesundheitlicher Hinsicht, auch unter Berücksichtigung der Selbstmedikation;
- präventive Maßnahmen ebenso wie rehabilitative Maßnahmen ärztlich anzuraten, sie einzuleiten und gegebenenfalls durchzuführen.“

Damit ist der hausärztliche Versorgungsauftrag bzw. sind die hausärztlichen Versorgungsfunktionen augenscheinlich so umfanglich beschrieben, dass auch die über die ärztlich-medizinische Versorgung hinausreichenden koordinierenden und integrativen Aufgaben einer den Anforderungen älterer, chronisch kranker und multimorbider Patienten entsprechenden Versorgung prinzipiell abgedeckt erscheinen. Da der Vertrag über die hausärztliche Versorgung textgleich aus dem ehemaligen BMV-Ä zwischen der Kassenärztlichen

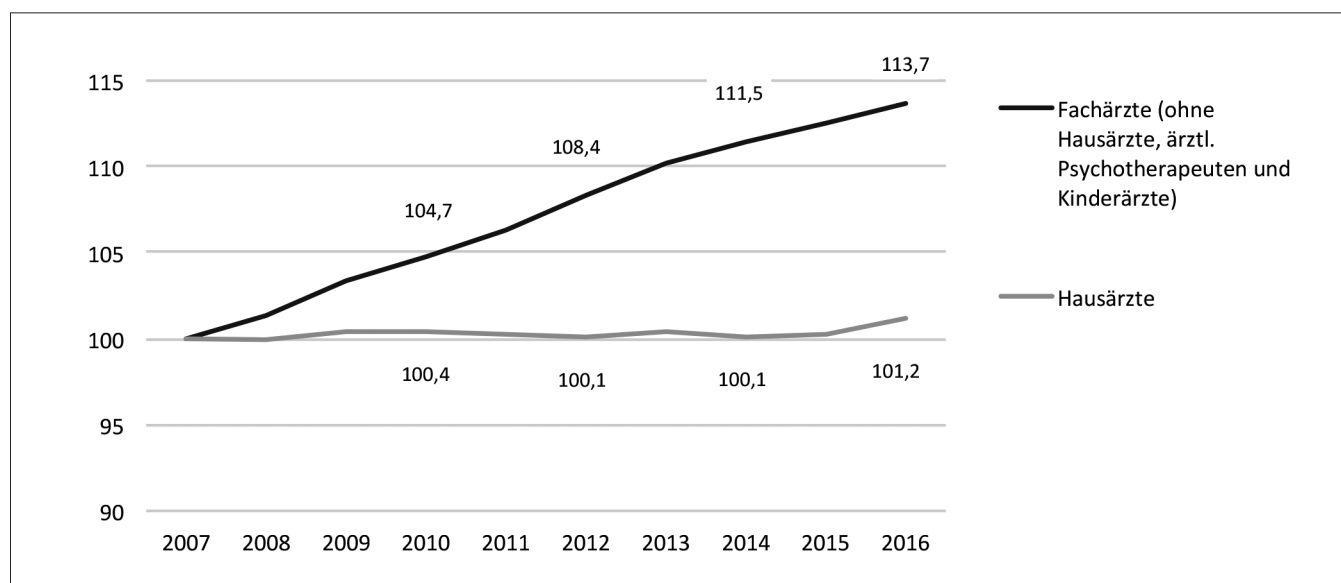
Der Bundesmantelvertrag-Ärzte enthält seit langem eine weitreichende Definition der integrativen Aufgaben von Hausärzten.

Bundesvereinigung (KBV) und den sog. Primärkassen übernommen wurde, bestehen diese inhaltlichen Definitionen auch bereits seit Mitte der 90er Jahre.⁴

Zur Versorgungsrealität in Hausarztpraxen haben Gerlach et al. aber bereits 2006 festgestellt, dass hausärztliche Praxen zwar „aufgrund ihrer großen Reichweite und Kontinuität eine besondere Rolle haben“, dass sie „(..) jedoch bisher kaum für eine strukturierte Langzeitversorgung chronisch Kranker gerüstet (sind)“ und die „Versorgungsrealität in der Alltagspraxis (...) vielmehr noch primär durch eine ‚Dominanz des Dringlichen‘, die Reaktion auf akute Probleme gekennzeichnet (ist)“, was zu erkennbaren Defiziten in der Dauerbetreuung führe (Gerlach et al. 2006: 335). Man möchte ergänzen, dass sich Restriktionen in der Versorgung vor Ort durchaus auch durch nur wenig flexible und aufeinander abgestimmte Öffnungszeiten (mit festen Vertretungsregelungen, nicht nur während der Urlaubszeiten), durch das Terminmanagement und auch bei Haus- und Heimbisuchen ergeben können.

⁴ So erklärt sich wahrscheinlich auch, dass sich Anlage 5 noch immer auf den inzwischen weggefallenen § 73 Abs. 1c SGB V als Rechtsgrundlage bezieht. Augenscheinlich wurde der Vertrag über die hausärztliche Versorgung das letzte Mal mit Wirkung zum 1. Oktober 2000 angepasst – und hier lediglich bezogen auf die Anpassung einiger heute gar nicht mehr bestehender Gebührenpositionen des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes für ärztliche Leistungen (EBM).

Abbildung 1: Entwicklung der Arztzahlen



Quelle: Statistische Informationen aus dem Bundesarztregister, KBV

3.2 Entwicklung der Anzahl von Hausärzten und ihre Verteilung im Raum

Gegenüber dem Jahr 2007 hat sich die Anzahl der (an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden) Hausärzte leicht von 54.236 auf 54.881 im Jahr 2016 und damit um 1,2 Prozent erhöht. Demgegenüber hat die Zahl der Fachärzte (ohne ärztliche Psychotherapeuten und Kinderärzte) im gleichen Zeitraum von 68.288 auf 77.626 und damit um 13,2 Prozent zugenommen (vgl. Abbildung 1).

Die Anzahl zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassener Hausärzte und ihre Verteilung im Raum wird ausgehend von der Bedarfsplanung gesteuert. Die Neufassung der Bedarfsplanungs-Richtlinie (BPL-RL) zum 1. Januar 2013 brachte für Hausärzte eine kleinräumigere Planung auf der Ebene von 914 Planungsbereichen.⁵ Bei den Hausärzten gilt unabhängig vom Raumordnungstyp die sog. allgemeine Verhältniszahl von 1.671 Einwohnern je Hausarzt (Ausnahme für das Ruhrgebiet: 2.134 Einwohner). Die allgemeine Verhältniszahl wird planungsbereichsbezogen durch den sog. Demografiefaktor modifiziert, der im Ergebnis dazu führt, dass sich für besonders „alterslastige“ Planungsbereiche eine geringere Verhältniszahl bzw. eine erhöhte „Sollzahl“ für Hausärzte

ergibt. Zukünftig soll zudem die Sozial- und die Morbiditätsstruktur der Bevölkerung einbezogen werden. Auf Landesebene können weitere regionale Besonderheiten berücksichtigt werden (vgl. zu konkreten regionalen Besonderheiten Klose/Rehbein 2016: 19). Als unterversorgt gilt ein Planungsbereich, wenn der Versorgungsgrad unter 75 Prozent liegt, als überversorgt, wenn der Versorgungsgrad mehr als 110 Prozent erreicht.

Abbildung 2 zeigt für das Jahr 2015, wie sich die anhand von Versorgungsgraden abgebildete Versorgungssituation bei Hausärzten auf Planungsbereichsebene darstellt.

Der Aufbau einer hausarztgetragenen integrativen Grundversorgung kann einen Beitrag zu einer höheren Attraktivität der metropolenferneren Regionen leisten.

Nach Prognosen der KBV wird sich die Versorgungssituation in den kommenden Jahren verschlechtern. Es wird damit gerechnet, dass die wöchentliche Arbeitszeit abnehmen und die Anzahl der Hausärzte bis zum Jahr 2030 um mehr als 10.000 zurückgehen wird (KBV 2016b; ausge-

hend vom Stand im Jahre 2014, ambulant und stationär). Schwierig droht die Lage zunehmend in ländlich geprägten Regionen mit bereits jetzt vergleichsweise niedrigem hausärztlichen Versorgungsgrad insbesondere dann zu werden, wenn ein hoher Altersdurchschnitt bei den Ärzten und nachhaltige Schwierigkeiten bei der Wiederbesetzung einer Praxis aufgrund einer nur geringen Standortattraktivität hinzukommen. Eingangs wurde zu dieser Thematik auf bereits vorliegende Konzepte und Maßnahmenpakete verwiesen. Hier der Hinweis, dass eine nach dem oben formulierten Leitbild gestaltete Angebotsform möglicherweise auch die Attraktivität für eine Tätigkeit jüngerer Ärzte in metropolenfernen Regionen erhöht.

3.3 Betriebsformen

Mit Stand zum 31. Dezember 2016 sind Hausärzte mit 56,6 Prozent (31.005 Hausärzte) nach wie vor weit überwiegend in Einzelpraxen und mit 39,1 Prozent (21.450 Hausärzte) an zweiter Stelle nachgeordnet in Berufsausübungsgemeinschaften (BAG, früher: Gemeinschaftspraxen) tätig (KBV 2016a). Nur 4,3 Prozent (2.360 Hausärzte) waren in Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) oder – den

⁵ Mittelbereiche gehen auf das Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung zurück, das Mittelbereiche für Analysen zur Sicherstellung gleichwertiger Lebensbedingungen heranzieht.

quantitativ weit weniger bis unbedeutenden – Einrichtungen nach § 311 SGB V, KV-Eigeneinrichtungen oder kommunalen Eigeneinrichtungen tätig.⁶

Über die Zeit betrachtet hat – allerdings ausgehend von einer geringen Anzahl von 1.390 Hausärzten im Jahr 2010 – die Anzahl der in MVZ/Einrichtungen praktizierenden Hausärzte mit einem Zuwachs von 970 Hausärzten bzw. von +69,8 Prozent am deutlichsten zugenommen (vgl. Abbildung 3). Die Anzahl der in Berufsausübungsgemeinschaften tätigen Hausärzte hat mit 568 Hausärzten nur leicht um +2,7 Prozent zugenommen und die Anzahl der in Einzelpraxen praktizierenden Hausärzte mit einem Minus von 1.050 Hausärzten moderat um -3,3 Prozent abgenommen. Für die Berufsausübungsgemeinschaften ist dabei charakteristisch, dass es sich weit überwiegend um kleine Gemeinschaften handelt, in denen im Durchschnitt 2,3 Hausärzte tätig sind (Stand 2015).

Festgehalten werden kann, dass Verschiebungen von der Einzelpraxis hin zu Betriebsformen mit höherem Potenzial für Kooperationen – Berufsausübungsgemeinschaften und MVZ/Einrichtungen – in absoluter Betrachtung überschaubar geblieben sind. Motive für die Wahl der Tätigkeit in einer Berufsausübungsgemeinschaft oder einem MVZ bilden zumeist Wirtschaftlichkeitsvorteile (aus gemeinsamer Nutzung von Personal, Medizintechnik und Räumlichkeiten), Möglichkeiten der passgenaueren Gestaltung der Arbeitsbedingungen und/oder die Möglichkeit, zusätzlich zum „klassischen“ hausärztlichen Versorgungsangebot ein erweitertes oder auch spezialisiertes Leistungsspektrum anbieten zu können.

Dass aber dem oben formulierten Leitbild nahekommende Betriebseinheiten zu Stande kommen oder bereits gekommen sind, ist gegenwärtig die absolute Ausnahme und regelhaft Ergebnis glücklicher Umstände, denen es zu verdanken ist, dass die erforderlichen Erstinvestitionen aufgebracht werden können bzw. konnten.

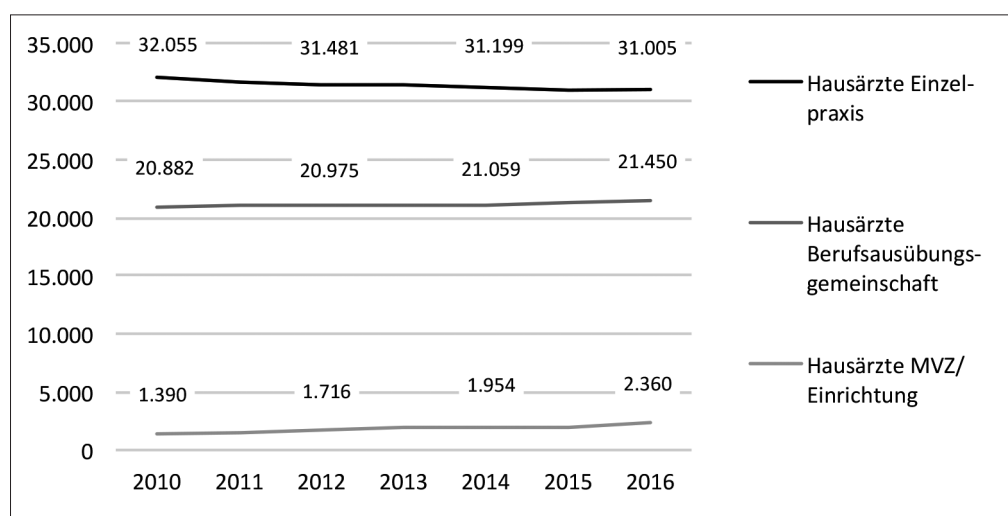
Abbildung 2: Regionale Verteilung nach Planungsbereichen 2015



Quelle: Klose/Rehbein 2016

6 Die zuletzt genannten Tätigkeitsorte werden in den Ausweisungen der KBV unter der Rubrik „Einrichtungen“ zusammengefasst. Ausweisungsbedingt beziehen sich die Prozentangaben auf Allgemeinärzte, Praktische Ärzte und hausärztlich tätige Internisten. Es bestehen nur geringfügige Abweichungen zur tatsächlichen Anzahl der Hausärzte.

Abbildung 3: Entwicklung Tätigkeit nach Betriebsformen



Quelle: Statistische Informationen aus dem Bundesarztregister, KBV

3.4 Delegation und Substitution

Seit 2012 besteht als Anlage 24 zum BMV-Ä eine Vereinbarung der KBV mit dem GKV-Spitzenverband über die Delegation ärztlicher Leistungen an nicht-ärztliches Personal in der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung (gemäß § 28 Abs. 1 S. 3 SGB V; KBV 2017a). Nicht delegierbare (höchstpersönliche) ärztliche Leistungen bleiben nach wie vor Anamnese, Indikationsstellung, Untersuchung des Patienten einschließlich invasiver diagnostischer Leistungen, Diagnosestellung, Aufklärung und Beratung des Patienten, Entscheidungen über die Therapie und Durchführung invasiver Therapien sowie operativer Eingriffe. In der Praxis finden sich verschiedene Delegationsmodelle: AGnES (Arztentlastende Gemeindefähige E-Health-gestützte Systemische Intervention), VERAH (Versorgungsassistentin in der Hausarztpraxis), EVA (Entlastende Versorgungsassistentin), NäPa (Nichtärztliche Praxisassistentin), HELVER (Arztshelferinnen in der ambulanten Versorgung) und agnes^{zwei} (vgl. Mergenthal et al. 2015). Eine Möglichkeit zur Vergütung über den Einheitlichen Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen (EBM) besteht seit Mitte 2009 (siehe dazu auch unten, Kapitel 3.6).⁷ Insgesamt wird eine weitere Aufweichung der „Grenzen der Delegation“ – und damit eine weitere Annäherung an teilweise im Ausland etablierte Praxis – prognostiziert (vgl. Halbe 2017). Bedingt durch die dabei

zu überwindenden Widerstände dürfte diese Aufweichung ohne weitergehende Intervention des Gesetzgebers weiter schleichend erfolgen.

3.5 Versorgungsqualität

Seit dem Jahr 2004 besteht die gesetzliche Verpflichtung (§ 135a SGB V) zu einem einrichtungsinternen Qualitätsmanagement für alle Praxen. Verpflichtende Instrumente betreffen primär die Struktur- und Prozessqualität (G-BA Qualitätsmanagement-Richtlinie, Fassung 2016⁸), ihre kontinuierliche Weiterentwicklung erfolgt durch den Gemeinsamen Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen (G-BA). Die Umsetzung in die Praxis wird allerdings nur stichprobenartig via einfacher Selbsteinschätzung (im Rahmen einer Abfrage) bewertet, bei Mängeln erfolgt eine Beratung ohne weitere Folgen. Mehrere tausend Praxen haben hier deutlich vorgelegt und sich durch externe Anbieter zertifizieren lassen (überwiegend nach ISO oder QEP⁹).

In den letzten Jahren wurden Instrumente zur Messung von ambulanter Ergebnisqualität entwickelt, u.a. QuATRO (AOK Bundesverband, hausärztlicher Fokus), BrAVo (Barmer) und AQUIK (KBV, Indikatoren für verschiedene Fachgruppen, nicht in Umsetzung befindlich). Alle basieren auf evidenzbasierten Indikatoren aus verschiedenen Versorgungssektoren (ambulant, stationär, Arzneimittel), überwiegend gebildet aus Routinedaten. Die Anwendung erfolgt mehrheitlich in

Praxisnetzen, die von den Krankenkassen entsprechende Auswertungen erhalten. Nach anfänglicher Skepsis haben diese Instrumente inzwischen eine gute Akzeptanz bei Ärzten, da sie Transparenz herstellen und im Rahmen von Qualitätszirkeln als Feedback- und Reviewinstrumente neue, handlungsorientierte Diskussionen ermöglichen (Ebert-Rall 2016).

Derartige Instrumente können sinnvoll auch für die oben beschriebenen neuen betrieblichen Einheiten eingesetzt werden und – soweit auch aus Anreizperspektive sinnvoll – mit Vergütungsbestandteilen verknüpft werden (siehe dazu nachfolgendes Kapitel 3.6).

3.6 Vergütung

Ausgehend von der EBM-Reform 2008 werden hausärztliche Leistungen aktuell über ein System nach Altersklassen differenzierter Versichertenpauschalen, Zusatzpauschalen und Zuschlägen, insbesondere für die Dauerbetreuung von chronisch kranken Patienten, Vergütungen für besondere Leistungen, die geriatrische Versorgung und die palliativmedizinische Betreuung abgegolten. Ergänzend bestehen arztgruppenübergreifende allgemeine Gebührenordnungspositionen, wobei Abrechnungsberechtigungen sowie Abrechnungsausschlüsse zu beachten sind. Für die Unterstützung der hausärztlichen Versorgung durch qualifizierte nicht-ärztliches Fachpersonal besteht eine arztseitig abrechenbare Position und für ärztlich angeordnete Hilfeleistungen durch nicht-ärztliches Praxispersonal können Kosten-

7 Auf der Grundlage von § 63 Abs. 3c SGB V und innerhalb des durch die Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Festlegung ärztlicher Tätigkeiten zur Übertragung auf Berufsangehörige der Alten- und Krankenpflege zur selbständigen Ausübung von Heilkunde (Gemeinsamer Bundesausschuss 2011) vorgegebenen Rahmens können des Weiteren Modellvorhaben zur Delegation vereinbart werden.

8 <https://www.g-ba.de/informationen/beschluesse/2434/>

9 Qualitätsmanagement nach DIN/EN ISO bzw. QEP (Qualität und Entwicklung von Arztpraxen, KBV)

pauschalen abgerechnet werden. Letztere werden teilweise durch Sonderregelungen auf KV-Bezirksebene ergänzt. Mit der Umstellung durch die EBM-Reform 2008 ist der Forderung nach stärker pauschalierten Vergütungssystematiken entsprochen worden. Peters und Feldmann empfehlen darüber hinaus, die Vergütung grundsätzlich in die Honorierung ärztlicher Zuwendung und die Kompensation technischer Vorhaltungen zu trennen und ferner, auf eine leistungsfähige Qualitätssicherung im oben angesprochenen Sinne von Feedback und Review zu achten (Peters/Feldmann 2017). Für Einrichtungen, die dem oben skizzierten Leitbild entsprechen, sind höher integrierte pauschalierte Formen zu empfehlen, die

- das spezifische Leistungsangebot unter Einschluss der nicht-ärztlichen „Kern-Leistungen“ abdecken, wobei adäquat zu berücksichtigen ist, dass Koordination ebenso wie der stärkere Einbezug von Patienten und Angehörigen zeitintensiv sind,
- die Morbidität der versorgten (eingeschriebenen) Population berücksichtigen und
- und zugleich Anreize setzen, unter versorgungspolitischen Gesichtspunkten definierte qualitative und populationsbezogene Ziele zu realisieren.

3.7 Unterstützung durch moderne Informations- und Kommunikationstechnologie

Eine auf die aktuelle Logik der Leistungskonnotationen im EBM abgestimmte Systematik ärztlicher Tätigkeiten, die gegenwärtig durch den Einsatz moderner Informations- und Kommunikationstechnologien sinnvoll unterstützt werden könnten, und ein konkreter Vorschlag, wie dies in dem in dieser Hinsicht strukturkonservativen EBM verankert werden könnte, findet sich – bezogen auf den im Jahr 2014 gültigen EBM – in einem in dieser Zeitschrift publizierten Aufsatz (vgl. Bohm/Knieps/Wehmeier 2014). Darin eingeschlossen ist auch ein Vorschlag zur Deckung der Investitions- und Vorhaltekosten, die für eine „eArztpraxis“ entstehen. In den EBM aufgenommen wurden für konkret definierte Anwendungsfälle mittlerweile (immerhin) Videosprechstunden (mit einem Technikzuschlag). Abgesehen davon ist nach wie vor zu konstatieren, dass konkrete Umsetzun-

gen der vielfältigen und mittlerweile auch in zunehmendem Maße erprobten Ansätze noch immer punktuell sind und entweder über Einzelförderungen oder über Modelle bzw. Projekte im Rahmen selektivvertraglicher Regelungen finanziert werden. Erfahrungsberichte zeigen, welche Hürden noch immer selbst für den vergleichsweise schlicht anmutenden Anwendungsfall „eArztbrief“ bestehen und überwunden werden müssen.¹⁰ Zu berücksichtigen ist auch, dass letzteres auch dann noch Aufwand und Kosten bei den Anwendern verursachen wird, wenn in aktuell laufenden Projekten Lösungen zunehmend technisch so realisiert werden, dass sie in anderen Settings mit geringerem Aufwand als bisher eingeführt werden können. So lange keine weiteren Finanzierungsmöglichkeiten über den EBM geschaffen werden, besteht somit auch hier die Situation, dass die Frage der Investitionsfinanzierung und auch die Finanzierung der laufenden Kosten zu beantworten ist.

3.8 Kooperative Versorgungsformen

Beginnend mit dem 2. GKV Neuordnungsgesetz im Jahr 1997 wurden verschiedene Rechtsnormen in das SGB V eingefügt, mit denen innerhalb definierter Grenzen Raum dafür geschaffen wurde, die gesundheitliche Versorgung der GKV-Versicherten und die Vergütung der erbrachten Leistungen jenseits des kollektivvertraglich geregelten Bereiches zu gestalten. Dazu zählen neben den Modellvorhaben nach §§ 63f. SGB V die zumeist über Verträge mit KVen flächendeckend umgesetzten Strukturierten Behandlungsprogramme bei chronischen Krankheiten nach § 137f SGB V (Disease Management Programme – DMP), die seit dem Jahr 2007 für Krankenkassen verpflichtend abzuschließenden Verträge zur Hausarztzentrierten Versorgung nach § 73b SGB V sowie die bunte Vielfalt von Verträgen auf Grundlage der §§ 73a, 73c und 140a SGB V. Die zuletzt genannten Rechtsnormen sind mit dem GKV-Versorgungsstrukturgesetz unter dem neu gefassten § 140a SGB V nunmehr zur Besonderen Versorgung zusammengefasst worden.

Mit Blick auf umfassender ausgerichtete integrative kooperative Versorgungsformen sind Strukturierte Behandlungsprogramme aufgrund ihres engen Indikationsbezuges und die Hausarztzentrierte

Versorgung aufgrund ihres engen Fokus vorliegend nur von geringer Relevanz. Bevölkerungsbezogene integrative Ansätze können gegenwärtig in erster Linie Arzt- bzw. Praxisnetzen zugeordnet werden, für die seit Mitte des Jahres 2015 unter bestimmten Voraussetzungen auch eine Förderung im Rahmen gesonderter Vergütungsregelungen durch die KVen möglich ist (§ 87b Abs. 4 SGB V).

Insgesamt betrachtet besteht die integrierende Kraft von Praxisnetzen bislang primär in einer Verbesserung der Zusammenarbeit der verschiedenen ärztlichen Fachgebiete. Eine weitreichende und systematische (!) Integration von stationärer Versorgung, Pflege, weiteren Heilberufen und ergänzenden Diensten und Hilfen – wie z.B. im MEDIS – Ärztenetz Medizinischer Versorgung Südbrandenburg (vgl. Jäger 2017) – bildet (noch) die Ausnahme.

Wertvolle und auf Angebote einer hausarztgetragenen integrativen Grundversorgung durchaus übertragbare Erfahrungen bestehen u.a. darin, dass kontinuierlich Managementfunktionen professionell wahrzunehmen sind, die deutlich höheren Anforderungen genügen müssen, als das bei einer Einzelpraxis der Fall ist.

3.9 Aus- und Weiterbildung

Seit Juli 2015 besteht das „Förderprogramm Weiterbildung“, das eine strukturelle und finanzielle Förderung von 7.500 allgemeinmedizinischen Weiterbildungsstellen im ambulanten und stationären Sektor vorsieht (KBV 2016c und 2017b). Zur strukturellen Förderung bestehen mittlerweile in allen Bundesländern Koordinierungsstellen, die neben anderen Tätigkeiten Weiterbildungsverbände beraten und initiieren. Auf der Grundlage der Erfahrungen aus den Modellstudiengängen und Empfehlungen und Vorarbeiten u.a. des SVRiG sowie der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM) sieht der „Masterplan Medizinstudium 2020“ zudem eine Neustrukturierung des Medizinstudiums vor, wobei deutliche Schwerpunkte in den Bereichen Allgemeinmedizin und hausärztliche Versorgung und hier auch bei der Koordinationsfunktion gesetzt werden (vgl.

¹⁰ Das gilt z.B. bei der Einführung eines eArztbriefes in einem Praxisnetz; vgl. Koch 2017.

Sekretariat der Ständigen Konferenz der Kultusminister der Länder in der Bundesrepublik Deutschland 2017).

Mit Blick auf die gezielte Entwicklung der hausarztgetragenen integrativen Grundversorgung sollten Aus- und Weiterbildungsinhalte auch die Bildung und Entwicklung von Versorgungsteams, die effektive Zusammenarbeit in Teams, ihre Anleitung, die Entwicklung regelgebundener Kooperationen mit Fachspezialisten und nicht zuletzt die zu schaffenden betrieblichen Strukturen und die Organisationsentwicklung mit einschließen.

4. Zusammenfassende Empfehlungen an die Politik

Die Bestandsaufnahme hat deutlich gemacht, dass in allen relevanten Gestaltungsfeldern verschiedene Entwicklungsschritte erforderlich sind, wenn man für den gezielten Aufbau einer integrativen hausärztlich getragenen Grundversorgung das unter Kapitel 2 dargestellte Leitbild zu Grunde legt. Soweit die Politik diesem Leitbild folgende Entwicklungen anstrebt, ist Erfordernissen in drei zentralen Feldern Rechnung zu tragen:

- investiven Erfordernissen
- entwicklungsbedingten Erfordernissen und
- Erfordernissen, denen für eine Etablierung als Versorgungsbestandteil der Regelversorgung (verstanden als Versorgungsangebot, zu dem Versicherte unabhängig von ihrer Kassenzugehörigkeit Zugang haben) Rechnung zu tragen ist.

Investiven Erfordernissen Rechnung tragen

Für den Aufbau und den Betrieb einer hausarztgetragenen integrativen Grundversorgung sind i.d.R. Investitionen für die Schaffung der baulich-räumlichen sowie der informationstechnologischen Voraussetzungen erforderlich (Kapitel 3.3 und 3.7). Weitere Investitionen für Aufbauarbeiten (Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement, Aufbau kooperativer Strukturen, Organisationsentwicklung, Weiterbildung; Kapitel 3.5 und 3.9) kommen hinzu. Die erforderlichen Beiträge erreichen leicht Größenordnungen in Millionenhöhe. In den vergangenen Dekaden hat sich gezeigt, dass aus versorgungspolitischen Gründen erwünschte

Innovationen mit investiven Erfordernissen in dieser Größenordnung ohne Förderung nicht oder nur äußerst schleppend in Gang kommen. Dies gilt vor allem immer dann, wenn die Unsicherheit über die zukünftigen Finanzierungsmöglichkeiten aus regelhafter Vergütung groß ist. Das ist im vorliegenden Fall gegeben.

Entwicklungsbedingten Erfordernissen Rechnung tragen

Der Aufbau der hausarztgetragenen integrativen Grundversorgung wird – auch erzwungen durch mangelndes Erfahrungswissen zu einem solchen Vorhaben unter den konkreten Rahmensetzungen des deutschen Gesundheitswesens – zweckmäßigerweise zunächst über Entwicklungs- bzw. über Pilotprojekte erfolgen, denen Machbarkeitsstudien vorgeschaltet sind.¹¹ Die Pilotprojekte sollten unterschiedliche Konstellationen für den Aufbau abdecken, wobei regionale Unterschiede in der Bevölkerungsanzahl und -dichte die in erster Linie leitenden Konstellationen bilden sollten. Die Planung und Durchführung der Pilotvorhaben sollte begleitend durch eine Evaluation flankiert werden.

Mit dem Innovationsfonds besteht aktuell ein Förderprogramm, über das die Durchführung und Evaluation entsprechender Pilotvorhaben sehr gezielt erfolgen könnte. Z.B. wird mit dem Projekt *StimMT – Strukturmigration im Mittelbereich Templin* aktuell bereits ein Projekt gefördert, in dem der Aufbau eines dem Leitbild weithin entsprechenden Versorgungsangebotes erfolgen soll – allerdings als inhärentem Bestandteil einer breiter angelegten Strukturmigration, die stationäre Kapazitäten mit einschließt (vgl. Bohm/Helming 2017). Über einen entsprechend formulierten und entlang der in Kapitel 3 behandelten Gestaltungsfelder konkretisierten Förderschwerpunkt in den noch ausstehenden Fördertranchen könnte ein wissensbasierter Weg zur sachgerechten Ausgestaltung der hausarztgetragenen integrativen Grundversorgung *im Detail* und ihrer routinemäßigen Implementation gebahnt werden. Die Zusammenfassung der Förderung von erforderlichen Investitionen einerseits und Projektdurchführungskosten andererseits sollte dabei aber zwingend beachtet werden (siehe dazu auch die Ausführungen weiter unten).

Erfordernis, einer späteren Etablierung als Bestandteil der Regelversorgung Rechnung zu tragen

Zunächst besteht die ordnungspolitische Frage, ob man die Umsetzung der hausarztgetragenen integrativen Grundversorgung nicht adäquater Selektivverträgen und damit den wettbewerblichen Gestaltungskräften überlassen sollte. Neben bevölkerungsbezogenen versorgungspolitischen Erwägungen spricht dagegen ein ganz praktisches Problem, das sich vor allem dann stellt, wenn die Etablierung dazu führt, dass die traditionelle Versorgungsalternative – hier die „klassische“ und nicht vergleichbar integrative hausärztliche Versorgung durch Einzelpraxen – in einer Region nach

Alle Förderbestandteile und Begleitanforderungen für eine Förderung sollten in EINEM Förderprogramm zusammengefasst werden.

Etablierung *gar nicht mehr verfügbar ist*. Dieser Fall dürfte gerade in ländlichen Regionen auftreten, in denen sich die Versorgungsproblematik, die mit der hausarztgetragenen integrativen Grundversorgung „eigentlich“ bewältigt werden soll, in besonderer Weise stellt. Vor diesem Hintergrund sollte – in gewisser Analogie zum Innovationsfonds – darauf geachtet werden, dass die Ergebnisfeststellung zu den Piloten idealerweise bereits substantiierte Antworten auf die Frage liefert, welche für die Regelversorgung geltenden Bestimmungen und Modalitäten wie geändert werden müssen, damit das spätere Ausrollen möglichst reibungsfrei gelingt.

Zwingende Zusammenfassung in EINEM Förderprogramm

Unabhängig davon, ob der Innovationsfonds als Plattform für die gezielte Durchführung von Pilotvorhaben zur hausarztgetragenen integrativen Grundversorgung gewählt wird (deren Umsetzung in geeignete Rahmenbedingungen für

¹¹ Zu einer Typologie von Projekten in Abhängigkeit von ihrem Reifegrad vgl. Bohm/Schröder 2014.

die Regelversorgung dann in die nächste und übernächste Legislaturperiode fallen würde) oder ob ein eigenständiges Förderprogramm aufgelegt wird, wird hier dafür plädiert, alle vorgenannten Förderbestandteile und Begleitanforderungen für eine Förderung in EINEM Förderprogramm zusammenzufassen. In jedem Fall sollte unbedingt vermieden werden, dass die Förderung von baulichen Inves-

tionen, sonstigen Investitionen und die Förderung der Durchführung von Pilotvorhaben über verschiedene Programme und – weiter erschwerend – zudem unter verschiedenen hoheitlichen Zuständigkeiten für die Förderung erfolgen. Mit Blick auf eine Förderung aus dem Innovationsfonds ist zum einen zu beachten, dass sich ein Förderzeitraum von drei, maximal von vier Jahren als zu knapp

bemessen erweisen dürfte. Um ggf. auch dem Umstand Rechnung zu tragen, dass Versicherten aufgrund der Bedingungen vor Ort gar keine Alternative zur hausarztgetragenen integrativen Grundversorgung für die Versorgung verbleibt, wäre zum anderen zu prüfen, wie eine Abkoppelung der Förderung von abzuschließenden Selektivverträgen erreicht werden kann. ■

Literatur

Bohm, S, HJ Helming (2017): IGiB – Strukturmigration im Mittelbereich Templin, in: Amelung, VE, S Eble, H Hildebrandt, F Knieps, R Lägell, S Ozegowski, RU Schlenker R Sjuts (Hrsg.): Innovationsfonds. Impulse für das deutsche Gesundheitssystem, Berlin 2017: 133-139

Bohm, S, WF Schröder (2014): Zur Förderung innovativer Projekte zu sektorübergreifenden Versorgungsformen, in: Gesundheits- und Sozialpolitik, 68, 2/2014: 35-41

Bohm, S, F Knieps, A Wehmeier (2014): Telemedizin als Bestandteil der Regelversorgung. Bestandsaufnahme und Regelungsvorschläge für eine arztzentrierte Versorgung, in: Gesundheits- und Sozialpolitik, 68, 1/2014: 41-49

Bohm S, Schröder WF (1995), Anforderungen an Case Management in den gesetzlichen Krankenkassen, in: Sozialer Fortschritt, 12: 295 – 301.

Ebert-Rail, T (2016): So wird Versorgungsqualität messbar, Ärzte Zeitung, 17.06.2016, Pro Dialog, http://www.aerztezeitung.de/politik_gesellschaft/gp_specials/pro-dialog/article/913794/projekt-versorgungsqualitaet-messbar.html, zuletzt abgerufen am 07.07.2017

Eng C, J Pedulla, GP Eleazer, R McCann, N Fox (1997): Program of All-inclusive Care for the Elderly (PACE): an innovative model of integrated geriatric care and financing, in: J. Am. Geriatr. Soc. 1997 Feb; 45 (2): 223-232, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9033525>, zuletzt abgerufen am 04.07.2017

Gemeinsamer Bundesausschuss (2011): 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. <http://dip21.bundestag.de/dip21/btd/16/137/1613770.pdf>, zuletzt abgerufen am 04.07.2017

Gerste, B (2012): Die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen im Alter, in: Günster, C, J Klose, N Schmacke (Hrsg.): Versorgungs-Report 2012. Schwerpunkt: Gesundheit im Alter, Augsburg 2012: 67-98

Gerlach, FM, M Beyer, C Muth, K Saal, J Genschen (2006a): Neue Perspektiven in der allgemeinmedizinischen Versorgung chronisch Kranker – Wider die Dominanz des Dringlichen, Teil 1: Chronische Erkrankungen als Herausforderung für die hausärztliche Versorgungs-

praxis, in: Z. ärztl. Fortbil. Qual. Gesundh.wes. 2006 100: 335-343

Halbe, Bernd (2017): Entlastung für Mediziner: Delegation – Chancen und Grenzen, Dtsch Arztlbl 2017; 114(15): A756 / B-640 / C-626 <https://www.aerzteblatt.de/archiv/187962/Entlastung-fuer-Mediziner-Delegation-Chancen-und-Grenzen>, zuletzt abgerufen am: 05.07.2017

Jäger, C (2017): MEDIS – Ärztenetz Medizinischer Versorgung Südbrandenburg – 11 Jahre vernetzte Versorgung in einer strukturschwachen Region, in: Pfannenstiel, MA, A Focke, H Mehlich (Hrsg.): Management von Gesundheitsregionen III. Gesundheitsnetzwerke zur Optimierung der Krankenversorgung durch Kooperation und Vernetzung, Wiesbaden 2017: 75-83

Kassenärztliche Bundesvereinigung (2016a): Statistische Informationen aus dem Bundesarztregister. Bundesgebiet insgesamt. Stand: 31.12.2016; download unter http://www.kbv.de/media/sp/2016_12_31_BAR_Statistik.pdf

Kassenärztliche Bundesvereinigung (2016b): Deutschlandweite Projektion 2030 – Arztlöhntwicklung in Deutschland. Folien zur Pressekonferenz am 5. Oktober 2016, http://www.kbv.de/media/sp/2016_10_05_Projektion_2030_Arztzahlentwicklung.pdf

Kassenärztliche Bundesvereinigung (2016c): Weiterbildungsförderung. Förderung der Weiterbildung von Ärzten. http://www.kbv.de/html/themen_2861.php, zuletzt abgerufen am 03.07.2017

Kassenärztliche Bundesvereinigung (2017a): Vereinbarung über die Delegation ärztlicher Leistungen an nichtärztliches Personal in der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung gemäß § 28 Abs. 1 S. 3 SGB V, Oktober 2013. http://www.kbv.de/media/sp/24_Delegation.pdf, zuletzt abgerufen am 04.07.2017

Kassenärztliche Bundesvereinigung (2017b): Vereinbarung zur Förderung der Weiterbildung gemäß § 75a SGBV, in Kraft getreten am 01.07.2016. http://www.kbv.de/media/sp/Foerderung_Allgemeinmedizin.pdf, zuletzt abgerufen am: 30.06.2017

Klose, J, I Rehbein (2016): Ärzteatlas 2016. Daten zur Versorgungsdichte von Vertragsärzten. Wissenschaftliches Institut der AOK (WIdO), Berlin 2016

Koch, T (2017): eArztbrief – elektronische Kommunikation in einem Praxisnetz, in: Pfannenstiel, MA, A Focke, H Mehlich (Hrsg.): Management von Gesundheitsregionen III. Gesundheitsnetzwerke zur Optimierung der Krankenversorgung durch Kooperation und Vernetzung, Wiesbaden 2017: 117-135

Mergenthal K, M Leifermann, M Breyer, FM Gerlach, C Güthlin (2015): Delegation hausärztlicher Tätigkeiten an qualifiziertes medizinisches Fachpersonal in Deutschland – eine Übersicht, in: Gesundheitswesen; 77: e62-e68

Nguyen, T, J Oldenburg (2006): Von der Einzelpraxis zum Versorgungszentrum, 2006

Peters, C, S Feldmann (2017): Ausgestaltung von Vergütungssystemen zur Anreizsetzung von Integration und Kooperation, in: Brandhorst, A, H Hildebrandt, EW Luthe (Hrsg.): Kooperation und Integration – das unvollendete Projekt des Gesundheitssystems, Wiesbaden 2017: 433-448

Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2009): Koordination und Integration – Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft längeren Lebens. Sondergutachten 2009..

Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2014): Bedarfsgerechte Versorgung – Perspektiven und ländliche Regionen und ausgewählte Leistungsbereiche. Gutachten 2014

Sekretariat der Ständigen Konferenz der Kultusminister der Länder in der Bundesrepublik Deutschland (2017): Masterplan Medizinstudium 2020. Beschluss der Gesundheits- und Kultusministerkonferenz der Länder und der Koalitionsfraktion des Deutschen Bundestages; https://www.kmk.org/fileadmin/Dateien/pdf/PresseUndAktuelles/2017/170331_Masterplan_Beschlusstext.pdf, zuletzt abgerufen am 27.06.2017

Schröder WF, Bohm S, Häussler B, Schmidt D (1998): Betreuungsdienste für chronisch Kranke, Schriftenreihe Strukturforschung im Gesundheitswesen, Band 26, Berlin

Statistisches Bundesamt (2015): Bevölkerung Deutschlands bis 2060. 13. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung, Wiesbaden 2015.

Wagner, EH, BT Austin, M von Korff (1996): Organizing Care for Patients with Chronic Illness, in: Milbank Quarterly 1996; 74: 511-544