



Solidarisches Gesundheitswesen,  
vdää\* und vdpp

# Ambulante Versorgung im deutschen Gesundheitswesen

Bestandsaufnahme und  
Veränderungsbedarf

Ein Gesprächsangebot

Titelbild      Public Domain Vectors  
Layout/Satz   Birgit Letsch

Herausgegeben von

**SOLIDARISCHES**  
**GESUNDHEITS** WESEN

Solidarisches Gesundheitswesen e.V.  
Falkstraße 34 . 60487 Frankfurt/Main  
solid.g-wesen@gmx.de  
[www.solidarisches-gesundheitswesen.de](http://www.solidarisches-gesundheitswesen.de)

V.i.S.d.P.: Bernhard Winter, Frankfurt am Main, Juli 2022

# Inhalt

Einleitung .....	7
II An Patient*innen und Versicherten orientiert? .....	15
III Entwurf einer sektorenfreien regionalen Gesundheitsinfrastruktur ...	27
IV Multiprofessionelles Arbeiten .....	35
V Ambulante Primärversorgung .....	43
VI Primärversorgungszentren – Beispiele aus Deutschland. ....	49
Exkurs: Ambulante Versorgung vergesellschaften – aber wie? .....	54
Exkurs: Thesen zur Vergesellschaftung des ambulanten Sektors .....	57
VII Primärversorgung – die Rolle der Kommunen .....	59
Exkurs: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA): Leitbegriffe zur Prävention und Gesundheitsförderung: .....	61
Exkurs: Weitere Diskussionsansätze für die Rolle der Kommunen bei der Bedarfsplanung und als Träger von Versorgungseinrichtungen ...	64
VIII Eigentumsverhältnisse in der ambulanten Versorgung .....	71
IX Zur Kritik der Bedarfsplanung in der ambulanten Versorgung – welche Perspektiven sehen wir? .....	81
X Überlegungen zur Finanzierung und Vergütung der ambulanten Versorgung. ....	95
XI Arztpraxen und Medizinische Versorgungszentren .....	103
Kurzvorstellung: vdää* und vdpp .....	120





I

# Einleitung

Die Gestaltung und Organisation der ambulanten Gesundheitsversorgung als eine bedarfsgerechte, vernünftige Struktur der Daseinsvorsorge ist in Deutschland gescheitert. Die Selbstverwaltung der ambulant tätigen Ärzt\*innen kann den ihr übertragenen Versorgungsauftrag immer weniger und immer schlechter erfüllen, denn sie ist nicht in der Lage, die Unterversorgung in armen Stadtteilen vieler großer Städte und in Teilen des ländlichen Raums zu verhindern. Sie ist nicht in der Lage, die ambulante Medizin so zu steuern, dass die gesetzlich versicherten Patient\*innen in angemessener Zeit, in zumutbarer Entfernung und mit vertretbarem Aufwand die individuell angezeigte Behandlung erhalten. Nach wie vor bestimmen der Versicherungsstatus (gesetzlich/privat), der Wohnort und die eigenen Ressourcen darüber, ob ein guter Zugang zur ambulanten Versorgung besteht. Besonders Menschen in strukturschwachen ländlichen und städtischen Räumen erleben allen theoretischen Versorgungszahlen zum Trotz einen massiven Mangel an realen Behandlungsangeboten. Zusätzlich werden für Menschen mit alters-, behinderungs- oder krankheitsbedingten Beeinträchtigungen sowie für Menschen mit mangelhaften Deutschkenntnissen massive Barrieren aufgebaut. Noch immer besteht die anachronistische Zwei-Klassen-Medizin zwischen gesetzlich und privat Versicherten mit erheblichen, spezifischen Benachteiligungen auf beiden Seiten.

Die ambulante medizinische Versorgung hierzulande ist dringend reformbedürftig. Das sehen inzwischen nicht nur linke Patient\*innen, Ärzt\*innen und Gesundheitspolitiker\*innen so, sondern das ist seit einiger Zeit auch im gesundheitspolitischen Mainstream angekommen. Dass die Sektorentrennung sinnwidrig und für eine gute Versorgung kontraproduktiv ist, sagen inzwischen Viele. Dass Allgemein-, Fach- und Psychotherapiepraxen im Kleinunternehmertum Fehlkonstruktionen sind, sagen Mitglieder des Vereins demokratischer Ärzt\*innen (vdää\*), seit es ihn gibt. Dass sie »falsche Anreize setzen«, kann man inzwischen auch in anderen Kreisen vernehmen. Die Schlüsse, die daraus gezogen werden, sind aber durchaus unterschiedlich.

Was Sie hier in Händen halten, ist das Resultat der Arbeit des Arbeitskreises Ambulante Versorgung des vdää\*, zu dem aber nicht nur Ärzt\*innen, sondern auch Pharmazeut\*innen, Sozialwissenschaftler\*innen, Patientenberater\*innen und Menschen aus anderen Berufsgruppen gehören. Seit 2018 diskutieren wir darüber, wie wir uns eine bessere ambulante Versorgung vorstellen und wie man

das Gesundheitswesen insgesamt verändern müsste, um diese zu erreichen. In dem Prozess der Diskussion und Konzeptionierung hatten wir allerdings gehofft, dass wir noch mehr Menschen aus unterschiedlichen Gesundheitsberufen für die Mitarbeit an dem Papier gewinnen können. Unsere Idealvorstellung war selbst die eines multiprofessionell arbeitenden Kollektivs, idealerweise mit Vertreter\*innen von Zusammenschlüssen anderer Berufe (ähnlich wie vdää\* und vdpp). Das ist uns nicht stabil gelungen, aber wir hoffen nun, mit dieser Publikation, diesem Diskussionsangebot einen neuen Anlauf machen zu können.

Nicht zufällig hat das konstituierende Treffen dieses Kreises (genau genommen war es die Neu-Konstituierung des AK, der eine Zeit lang geruht hatte) in Hamburg stattgefunden. Dort gibt es seit 2016 die Poliklinik Veddel, betrieben von einem Kollektiv, das die gleichen Fragen diskutiert – und mit der Veränderung der Versorgung schon praktisch begonnen hat.<sup>1</sup>

## Geschichte und Ziel

Wir hatten uns zum einen zum Ziel gesetzt, eine Bestandsaufnahme unserer Kritik an den herrschenden Zuständen im ambulanten Sektor zu machen. Zum anderen wollten wir uns auf Kriterien und auf zentrale Momente eines besseren Modells verständigen. Nicht nur, weil die unterschiedlichen Kapitel von unterschiedlichen Menschen geschrieben wurden, kam dabei kein Modell »aus einem Guss« heraus, das völlig konsistent auf alle zentralen Fragen weitgehend widerspruchsfreie Antworten gibt, sondern auch, weil wir uns in manchen Fragen nicht einig, in anderen Fragen zusammen nicht sicher sind, wie bestimmte Probleme konkret angegangen werden müssten.

Was wir hier zusammengestellt haben, ist also ein Zwischenergebnis als Diskussionsangebot. Es ist unsere Einladung an Sie und Euch, die praktisch tätigen Gesundheitsprofessionellen und Expert\*innen, die Nutzer\*innen und Patient\*innen im Gesundheitswesen, mit uns ins Gespräch zu kommen, wie es besser sein könnte und wie wir dorthin kommen. Die einzelnen Texte gehen damit auf ihre je eigene Weise um.

---

1 <https://poliklinik1.org/>

## *An Patient\*innen orientiert*

Als Auftakt dient ein Kapitel aus und zur Patient\*innenperspektive (Kapitel 2). Und dieser Einstieg ist auch Programm: Da das westdeutsche Gesundheitswesen historisch stark nach den Bedürfnissen (die sich als ökonomische Interessen konkretisierten) der Leistungserbringer\*innen organisiert wurde und dies zu ungerechten Strukturen geführt hat, wollen wir versuchen, eine Versorgungsstruktur zu entwickeln, die sich an den Bedarfen der Patient\*innen orientiert. Wie sollten die Strukturen aussehen und aufeinander aufgebaut sein, damit ein\*e Patient\*in möglichst niedrigschwellig an die für ihre Beschwerden richtige Stelle kommt und dort gut versorgt wird und ggf. er oder sie dann sachgerecht und durchschaubar weitergeleitet wird in die entsprechenden fachärztlichen Strukturen bis hin zur stationären Aufnahme in ein Krankenhaus? Wie sollte das Zusammenspiel von Ärzt\*innen mit anderer Gesundheitsprofessionellen in diesen Strukturen sein, wie das Verhältnis der Krankenkassen zu den Leistungserbringer\*innen und den Patient\*innen, damit Letztere gut und möglichst ihren Bedürfnissen und Bedarfen gemäß versorgt werden? Wie könnten die Gesundheitsstrukturen besser im Stadtteil, im Dorf oder Landkreis, im Kiez verankert sein, so dass sie zu den sozialen Verhältnissen vor Ort passen und ihnen nicht ignorant oder völlig fremdartig gegenüberstehen?

## *Primärversorgung*

Die Kapitel 3-7 beschäftigen sich mit unseren Vorstellungen einer sektorübergreifenden bzw. sektorfreien Primärversorgung.

Im Kapitel »3. Sektorenfreie Gesundheitszentren« werden zunächst die Anforderungen an eine gute Primärversorgung diskutiert und ausgeführt, welche Strukturen dafür hilfreich wären. Zur wohnortnahen Primärversorgung gehört idealerweise eine Anlaufstelle als Türöffner (im angelsächsischen spricht man vom Dooropener), die zum richtigen Behandlungszweig führt. Es gehört zur Organisation, dass die Prozesse partizipativ, interprofessionell und interdisziplinär organisiert sind.

Mit dem letztgenannten setzt sich das Kapitel »4. Multiprofessionelles Arbeiten und die Arbeitsteilung zwischen den Gesundheitsberufen« auseinander.

Dass wir diesem so besonders viel Aufmerksamkeit widmen, ist der extremen Fragmentierung des deutschen Gesundheitswesens geschuldet. Die Erfahrung der in diesem fragmentierten System Arbeitenden ist, dass besonders sozial benachteiligte oder multimorbide oder ältere Patient\*innen größte Probleme haben, sich darin zurecht zu finden. Multiprofessionelle Teams unter einem Dach führen in anderen Ländern zu mehr Patient\*innensicherheit und -zufriedenheit. Aber die hier vorgeschlagenen Veränderungen sind innerhalb der bestehenden Strukturen nicht umzusetzen; sie brauchen Veränderungen, die in den folgenden Kapiteln vorgestellt werden.

Kapitel 5 widmet sich der Konkretisierung einer Vorstellung von ambulanter Primärversorgung, Kapitel 6 stellt einige Beispiele schon existierender oder im Aufbau befindlicher Primärversorgungszentren vor. Diese aus gemeinnützigen Initiativen entstandenen Polikliniken sind noch Pilotprojekte zum allgemeinen Beweis der Umsetzbarkeit solidarischer und demokratischer Primärversorgungszentren. Aber für eine reale gesellschaftliche Verankerung und eine dauerhafte und flächendeckende Etablierung solcher Formen braucht es grundsätzliche Veränderungen auch der gesetzlichen Rahmenbedingungen des ambulanten Sektors. Welche Art Trägerschaft von Primärversorgungszentren wir favorisieren, muss noch weiter diskutiert werden. Für die Vergesellschaftung des ambulanten Sektors stellt sich, dies diskutiert der Kasten im Kapitel 5, die Frage der konkreten Ausgestaltung und des praktischen Demokratieverständnisses. Eine tatsächliche Transformationsperspektive ergibt sich nur, wenn das Konzept solidarischer und demokratischer Primärversorgungszentren das Nischendasein überwindet und auf eine breite Verankerung in der ambulanten Versorgung hinarbeitet. Können Gesundheitszentren in kommunaler Trägerschaft in diesem Sinn eine richtige Forderung sein? Aber wie werden sie tatsächlich demokratisiert? Wie nachhaltig abgesichert?

Über diese Fragen konnten wir noch keine Einigkeit erzielen, wir haben es deshalb vorgezogen, unsere Fragen und gegenseitigen Kritiken offenzulegen und den Leser\*innen nachvollziehbar zu machen. Im Kapitel 7 »Primärversorgung in den Kommunen« finden sich deshalb am Ende einige dieser Fragen, die im weiteren Diskussionsprozess beantwortet und evtl. entschieden werden müssen.

Weiter geht es um die Eigentumsverhältnisse (Kapitel 8), die Bedarfsplanung (Kapitel 9) und die Finanzierungslogiken und ihre Implikationen (Kapitel 10). Diese Fragen sind nicht zuletzt auch entscheidend für die Gemeinwohl- und Patienten-

orientierung der Versorgung. Um zu verstehen, warum die Strukturen bezüglich dieser Fragen so verhärtet sind, ist ein Blick in die Historie nützlich. Es zeigt sich, dass die Themen zusammengehören; die Finanzierung ist bestimmt durch die Eigentumsverhältnisse und die Interessen der Privateigentümer\*innen. Will man die Finanzierung ändern, greift man die Eigentumsordnung (und die Eigentümer\*innen) an, will man die Eigentumsordnung ändern, muss / kann man auch die Finanzierung ändern. Will man eine rationale, sach- und bedarfsgerechte Finanzierung, braucht man einen Überblick über den Bedarf, also auch eine sinnvolle Bedarfsermittlung und eine – möglichst demokratische – Planung der bedarfsgerechten Strukturen. Und all dies müsste sektorenübergreifend gedacht und organisiert sein. Von alledem sind wir weit weg in Deutschland. Beim Verfassen der Texte für die Broschüre diskutierten wir immer wieder die Frage, ob es für unsere Vorstellungen im – sich verändernden – bestehenden System Anknüpfungspunkte gibt, oder ob wir uns von diesem lösen müssen, um zu einem konsistenten »Wunschmodell« zu kommen. Wie aber stellen wir uns dann den Weg dorthin vor?

Im letzten Kapitel »Arztpraxen und MVZ im Fokus von Private-Equity-Gesellschaften« schauen wir uns deshalb an, in welche Richtung sich der ambulante Sektor aktuell auch entwickelt, wenn die Gesellschaft diesem Prozess nicht Einhalt gebietet. Mit der Möglichkeit, MVZ auch nur noch mit einer Fachrichtung gründen zu können, eröffnet sich für anlagesuchendes Kapital im ambulanten Sektor ein neuer Markt und eine Form der kapitalistischen Organisation der medizinischen Versorgung, die unseren Vorstellung diametral entgegengesetzt ist und die wir entschieden bekämpfen.

Wir sehen: Die Zeit drängt. Die Debatten werden geprägt von großem Reformdruck, bei ebenso großer Besitzstandswahrung auf der einen Seite und marktradikalen Vorstellungen auf der anderen Seite. Die Regierungen der letzten Jahre haben Reparaturpolitik betrieben, teilweise die schlimmsten Auswirkungen abgemildert, zugleich aber im Lobbyinteresse an zentralen Fehlsteuerungen festgehalten. Es fehlte bei allen Regierungsbeteiligten der vergangenen zwanzig Jahre der politische Wille, die Gesundheitsversorgung in Umsetzung des Verfassungsauftrags als staatliche Aufgabe umzusetzen. Das dysfunktionale Durch- und Nebeneinander von Regulierungsversuchen und kapitalistischer Marktlogik muss zugunsten einer stimmigen Neukonzeption in demokratischer Verantwortung und mit gemeinnützigen Strukturen überwunden werden.

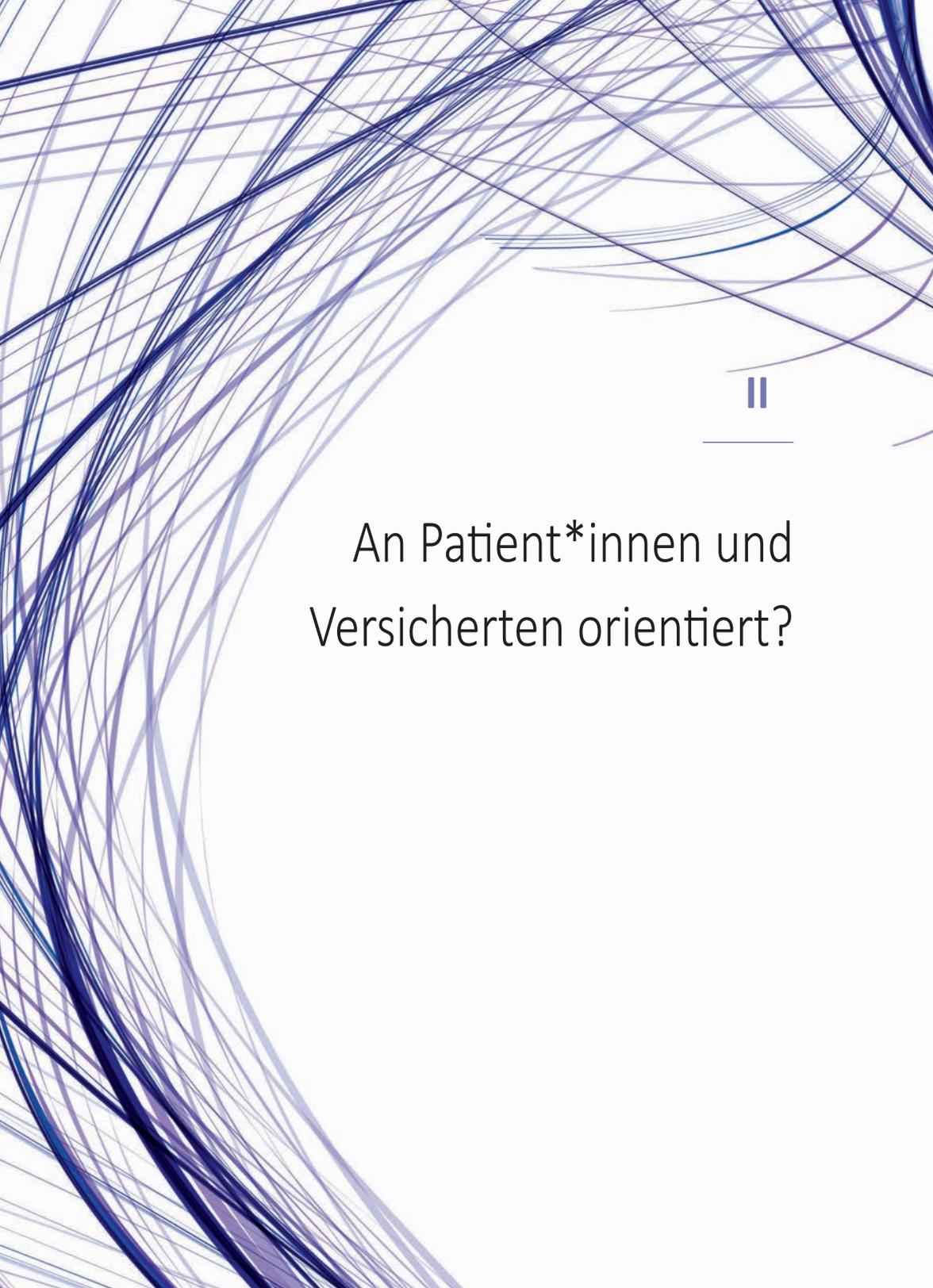
***Die inhaltlichen Kapitel dieses Textes sind im Herbst 2021 fertiggestellt worden. Neuere Entwicklungen, auch mit der Koalition aus SPD / GRÜNEN / FDP konnten wir nicht mehr berücksichtigen. Wir sehen dieses Papier – wie oben geschrieben – nicht als abschließend an, sondern verstehen es als Einladung, weiter zu diskutieren, zu ergänzen und zu konkretisieren. Orte und Termine für solche Diskussionen werden wir auf der Homepage des vdää\* bekannt geben.***

Michael Janßen / Udo Puteanus / Nadja Rakowitz / Stefan Schoppengerd /  
Florian Schulze / Bernhard Winter – 28. April 2022<sup>2</sup>

---

2 Die Erstellung der Broschüre wurde inhaltlich, personell und finanziell vom Solidarischen Gesundheitswesen e.V. (<http://www.solidarisches-gesundheitswesen.de/>) unterstützt.





II

An Patient\*innen und  
Versicherten orientiert?

## Der Status quo

Patient\*innen sollten im Mittelpunkt unseres Gesundheitswesens stehen. Sie haben einen Anspruch auf umfassende, verständliche Information und Beratung sowie auf eine fachgerechte, am medizinischen Bedarf orientierte Versorgung durch alle, die gesundheitliche Leistungen erbringen.

Die Patient\*innen erleben aber oft etwas anderes. Viele scheitern an den undurchschaubaren Strukturen des deutschen Gesundheitssystems. Und häufig geht es nicht um ihre individuelle, medizinisch notwendige und sinnvolle Versorgung. Behandlungen werden aus Budgetgründen abgelehnt, andere ohne medizinische Begründung gemacht, privat zu zahlende Behandlungen werden massiv beworben und/oder zur Voraussetzung für eine Krankenkassenleistung gemacht. Es drängt sich der Verdacht auf: Was Geld bringt, wird gemacht.

Wie im Krankenhaus gibt es auch im ambulanten Bereich eine Überversorgung bei gut bezahlten medizinisch-technischen Leistungen und eine Unterversorgung bei schlecht bezahlten und zeitaufwendigen Gesprächsleistungen.

Beispiele für die Überversorgung im ambulanten Bereich sind unnötige bzw. vorschnelle Röntgenleistungen bei Orthopäden und überflüssige endoskopische Untersuchungen und Computertomographien. Viele dieser unangemessenen Therapien sind nicht nur überflüssig, sondern für die betroffenen Patient\*innen auch potentiell mit Belastungen sowie psychischen und körperlichen Folgeschäden verbunden.

Das Angebot von **individuellen Gesundheitsleistungen (IGeL)** wächst stetig. Sie sind unübersichtlich und umstritten; ihr Nutzen ist häufig nicht belegt. Patient\*innen finden sich nur schwer zurecht und können die Sinnhaftigkeit der angebotenen Leistungen nicht beurteilen oder prüfen.

Oft wird Kassenpatient\*innen schon bei der Anmeldung in der Praxis, und damit vor der ärztlichen Konsultation und Beratung, eine IGeL angeboten; Patient\*innen werden dadurch mit einer privat zu zahlenden Leistung regelrecht »über-rumpelt«. Diese werden von vielen (Fach-) Ärzt\*innen angeboten und verkauft,

ohne sachgemäße Information, Darstellung potentieller Risiken und Unzulänglichkeiten, häufig unter Druck und auf Kosten eines vertrauensvollen Arzt-Patient\*in-Verhältnisses.

Wirtschaftlich geleitete Behandlungsempfehlungen und Behandlungen bestimmen das Arzt-Patient\*in Verhältnis. **Die vertrauensvolle, verlässliche Arzt-Patient\*in-Beziehung und eine gute Kommunikation bilden die Grundlage für einen gelingenden Genesungs- und Behandlungsprozess.** Viele Patient\*innen fühlen sich zu wenig in den Behandlungsprozess eingebunden, zu viele Nachfragen sind nicht erwünscht. Gerade chronisch Kranke und Personen mit unklarem Krankheitsgeschehen fühlen sich oft nicht ernst genommen oder abgeschoben.

### Besonderheiten der zahnärztlichen Versorgung

Besonders undurchsichtig für Patient\*innen ist die zahnärztliche Versorgung. Patient\*innen beschreiben folgende Erfahrungen: Sie sind mit den unverständlichen Kostenplänen und (Eigenanteils-) Rechnungen konfrontiert, verstehen diese nicht und können sie nicht überprüfen. Sie beklagen mangelhafte Information und Aufklärung, dass Zahnärzt\*innen viele Leistungen (ausschließlich) privat anbieten, die reine Kassenleistung entweder gar nicht erwähnen oder diese als minderwertig und völlig unzulänglich darstellen. Letzteres vermittelt den Eindruck, als GKV-Versicherter ein Versicherter zweiter Klasse zu sein.

Folgen sind ein von Misstrauen und von ökonomischen Interessen bestimmtes Zahnarzt-Patient\*in-Verhältnis, große Verunsicherung auf Seiten von Patient\*innen, unversorgte Gebisse oder eine (z.T. massive) Verschuldung, wenn Privatleistungen in Anspruch genommen werden, weil die Kassenleistung gar nicht erst angeboten wird. Hiervon betroffen sind alle Bevölkerungsschichten, ganz besonders aber Ältere, Menschen mit Migrationshintergrund oder/und in einer prekären wirtschaftlichen Situation.

### Undurchschaubare Strukturen

Das deutsche Gesundheitssystem ist sehr komplex. Weder gibt es zwischen den verschiedenen Sektoren noch innerhalb der Sektoren zwischen den Fachrichtun-

gen und Berufsgruppen systematisch geplante und für die Patient\*innen durchschaubare Zusammenhänge. Jeder Teilbereich ist anders organisiert und wird nach anderen Regeln geplant und bezahlt. **Studien zur Gesundheitskompetenz zeigen, dass sich ein erheblicher Teil der Bevölkerung in diesen Strukturen nicht gut zurechtfindet.** Besonders betroffen sind davon die gleichen vulnerablen Gruppen in der Bevölkerung.

Auch die Problemlagen sind oft sehr komplex, da gesundheitliche Schwierigkeiten häufig von sozialen Problemen begleitet sind. Wegweiser durch diesen Dschungel und Lotsen, die durch das System führen, gibt es nur selten. Die verfügbaren Gesundheitsinformationen sind für die Ratsuchenden oft schwer zu verstehen bzw. schwer einzuschätzen hinsichtlich der Seriosität, Qualität, Evidenz usw. und besonders der zugrundeliegenden Interessenlagen. Gleiches gilt für die Kommunikation mit Kostenträgern und Leistungserbringern, da dabei Fachbegriffe und Behördensprache vorherrschen. Die Patient\*innen fühlen sich demgegenüber oft hilflos und ohnmächtig. Für ein zukünftiges Gesundheitswesen ist zu fordern, dass Strukturen, die Patient\*innen eine Orientierung bei komplexen Krankheitsverläufen ermöglichen, fest in dem Gesamtsystem verankert sind.

### *Versicherte fühlen sich oft machtlos gegenüber ihrer Krankenkasse.*

Die Gesetzlichen Krankenkassen haben ebenfalls einen Ökonomisierungs- und Kommerzialisierungsprozess hinter sich, der sie von innen heraus zu Unternehmen, die sich in ihren Handlungsmaximen an privaten Versicherungskonzernen orientieren, umgebaut hat. Obwohl das Solidarprinzip grundsätzlich immer noch gilt, stehen die Kassen in Konkurrenz zueinander und verhalten sich entsprechend gegenüber ihren Versicherten. Zu den geschilderten Erfahrungen von Versicherten zählen: Sie bekommen oft Schreiben, die aus verschiedenen Textbausteinen in juristischem Verwaltungsdeutsch bestehen – teilweise ohne Rechtsgrundlage und ohne allgemeinverständliche Erläuterungen. Ablehnungen von Leistungen bekommen sie häufig nur telefonisch mitgeteilt – ohne Hinweis auf mögliche Rechtsmittel. Es gibt keine festen Ansprechpartner\*innen für all ihre Anliegen vor

Ort. Sie müssen sich für jeden Versicherungsbereich durch Hotlines quälen, wobei oftmals der eine Bereich nichts von der Bearbeitung des anderen weiß, sodass es kein koordiniertes Vorgehen gibt. Die Schreiben der Krankenkasse sind oft anonymisiert und abstrakt: kein Bearbeiter, keine Durchwahlnummer, keine Unterschrift und außerdem für den Versicherten schwer/nicht verständlich – vor allem fehlen nachvollziehbare Erläuterungen. Im Ergebnis fühlen sich die Versicherten allein gelassen. Gerade Menschen mit geringerem Durchsetzungsvermögen und geringer Fähigkeit, gesundheitsrelevante Informationen zu finden, zu verstehen, zu beurteilen und anzuwenden, um im Alltag angemessene Entscheidungen zur Gesundheit zu treffen (Gesundheitskompetenz), sind von den Vorgängen heillos überfordert, sodass sie z. B. Aufforderungen nicht nachkommen oder Ablehnungen hinnehmen.

Besonders Versicherte im andauernden Krankengeldbezug beklagen permanente Anrufe und Auskunftsanforderungen der Krankenkasse, fühlen sich massiv unter Druck gesetzt und häufig schikaniert, wodurch sie massiv belastet sind und was den Genesungsprozess eher noch verschlechtert.

Die Kassen schalten für einzelne Beratungsfelder von außen nicht sichtbare externe Dienstleister ein, was datenschutzrechtlich als problematisch bezeichnet werden muss.

## Sind Patient\*innen beteiligt?

Seit 2005 gibt es Patientenbeteiligung in verschiedenen Gremien der Selbstverwaltung von Kassen und Ärzt\*innen. Besonders interessant erscheint die Beteiligung am Gemeinsamen Bundesausschuss G-BA. In diesem Ausschuss werden für die wesentlichen Bundesgesetze Richtlinien erstellt und danach meist vom Bundesgesundheitsministerium so genehmigt.

Die Patientenbeteiligung wird von den sog. maßgeblichen Organisationen auf der Bundesebene organisiert. Diese Organisationen werden in der Patientenbeteiligungsverordnung festgelegt. Sie müssen unabhängig sein und dem Gemeinwohl dienen. Trotz vielerlei Begehrlichkeiten von anderen Organisationen sind diese Maßgeblichen seit Einführung der Patientenbeteiligung 2005 unverändert:

Der Deutsche Behindertenrat DBR, die Bundesarbeitsgemeinschaft der Patient\*innenstellen BAGP, die Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfe DAGSHG und der Verbraucherzentralen-Bundesverband VZBV.

In den Bundesländern organisieren die Landesgliederungen der Maßgeblichen die Patientenbeteiligung. Die Bundesebene ist relativ gut ausgestattet. Beim G-BA gibt es eine Stabsstelle Patientenbeteiligung, deren Arbeit hoch geschätzt werden muss. Auf der Landesebene erhalten lediglich in vier Bundesländern (NRW, Bayern, Brandenburg, Berlin) die Koordinierungsstellen seit kurzem einen kleinen Zuschuss über die Landesministerien. Die anderen Zusammenschlüsse müssen das weiterhin ehrenamtlich organisieren.

Diese schwache Unterstützung muss sich dringend verbessern. Regelmäßig wird von der Bundesebene die Patientenbeteiligung erweitert. Mittlerweile sind Patient\*innen auch in Gremien der Qualitätssicherung, im Landesausschuss, im erweiterten Landesausschuss, bei sektorenübergreifenden Themen, im Medizinischen Dienst der Krankenkassen u. v. a. beteiligt.

Mittlerweile gibt es mehr als 1000 Patientenvertreter\*innen bundesweit.

## Unsere Wünsche für die Zukunft

### Mehr und bessere Patientenberatung

- Damit die Patient\*innen sich im Gesundheitssystem besser zurechtfinden können, ist es wichtig, Strukturen zu vereinfachen. Dazu kann u. a. ein Abbau der Bürokratie, eine Vereinheitlichung des Krankenversicherungssystems oder eine Abschaffung der Sektorentrennung beitragen.
- Patient\*innen werden bei der Wahrnehmung und Durchsetzung ihrer Rechte gestärkt und unterstützt. Daher wird eine wirklich unabhängige gut vernetzte Patientenberatung flächendeckend aufgebaut: mit ganzheitlichem Ansatz in regionalen, aufsuchbaren, niedrigschwellig erreichbaren Beratungsstellen in gemeinnütziger Trägerschaft.

- Die Finanzierung der Patientenberatung erfolgt künftig aus Steuermitteln und wird organisiert über eine Patientenstiftung, die von den gemeinnützigen maßgeblichen Organisationen nach § 140 f SGB V getragen wird. Dadurch wird die notwendige Unabhängigkeit ermöglicht und vor Fremdinteressen geschützt.
- Bei den rasanten Entwicklungen im Gesundheitssystem müssen die Betroffenen mitgenommen bzw. beteiligt werden – aktuelles Beispiel ist die »Digitalisierung«.
- Patient\*innen stehen künftig wirklich im Mittelpunkt allen Handelns. Ihre Rolle als Quelle für den Seismographenbericht für (Fehl-)Entwicklungen wird ernstgenommen und eine Position als aktiver Gestalter des Gesundheitssystems ermöglicht.
- In der Patientenberatung gilt es, vielfältige Zugänge anzubieten, um die Gesundheitskompetenz der Ratsuchenden zu fördern, bzw. sie zu befähigen, mit ihren Problemsituationen persönlich passend und zielführend umgehen zu können. Dazu gehören – neben der eigentlichen Beratung – aufsuchende Bildungsangebote, spezifische Angebote für schwerer erreichbare Gruppen, die Funktion der Berater\*in als Gesundheitslotse sowie weitere Orientierungshilfen.

### **Mehr und klare Versichertenorientierung durch Krankenkassen**

- Es darf nicht sein, dass die Versicherten sich bei verschiedenen Anliegen durch mehrere Fachbereiche mit unterschiedlichen Mitarbeiter\*innen »durchwühlen« müssen. Es braucht eine koordinierende Stelle oder Person für jeden Versicherten.
- Die von außen nicht sichtbare Einschaltung von externen Dienstleistern halten wir datenschutzrechtlich für problematisch. Außerdem muss hier für Transparenz gesorgt werden.
- Weitere Anstrengungen, passgenauer und patient\*innenorientierter zu informieren und zu beraten, werden unternommen. Mediale, telefonische und schriftliche Unterstützungsangebote reichen v. a. für vulnerable Bevölkerungsgruppen nicht aus.
- Alle Schreiben / Verwaltungsakte / Bescheide werden in laienverständlicher Sprache verfasst und alle notwendigen Erläuterungen sind enthalten.

- Die Kassen sollten eine Aufklärungspflicht über Versicherungsleistungen / Versichertenstatus usw. haben analog zu § 630e BGB. (In diesem sind die Aufklärungspflichten von Behandelnden detailliert beschrieben). Die Regelungen nach § 13-15 SGB I reichen in der Praxis nicht aus (in den § 13-15 SGB I sind die Aufklärungs-, Beratungs- und Auskunftspflichten der Leistungsträger, wozu die Krankenkassen gehören, beschrieben).

### Verhältnis Ärzt\*innen zu Patient\*innen

- Partizipative Entscheidungsfindung (shared decision making) und das Einholen einer informierten Zustimmung (informed consent) der Betroffenen vor geplanten Eingriffen statt einer ärzt\*innenzentrierten Entscheidungsgestaltung wird selbstverständlich.
- Es bedarf eines uneingeschränkten Rechts auf Einholung einer Zweitmeinung vor wichtigen Entscheidungen.
- Ärzt\*innen sprechen mit ihren Patient\*innen über Nutzen und Risiken bestimmter Behandlungsoptionen ohne ein fachfremdes Eigeninteresse (die Vergütung ihrer Arbeit darf nicht vom Ergebnis der Entscheidung tangiert sein). Patient\*innen können sich darauf verlassen, dass das medizinisch notwendige gemacht wird, nicht mehr und nicht weniger.

### Patientenbeteiligung als ein Weg zu mehr Patientenorientierung

- Die Patientenorientierung in den genannten Gremien hat sich sicherlich verbessert, aber es gibt weiteren Handlungsbedarf.
- Patientenvertreter\*innen haben bisher nur in den Verwaltungsräten der Medizinischen Dienste Stimmrecht. Wie und wo die Ausweitung der Stimmrechte nötig ist, muss dringend geklärt werden.
- Die Koordination, Qualifizierung und Beratung der Patientenvertretung muss schnell besser ausgestattet werden. Deshalb ist eine gesetzliche Regelung nötig, durch die über den Landesausschuss der Kassen und Ärzte, die Landesarbeitsgemeinschaften sektorenübergreifende Versorgung und die zuständigen Ministerien zufließen können.
- Die Patientenvertretung hält kontinuierlich Kontakt zur Basis. Regelmäßige

Treffen von Aktiven mit der Patientenvertretung können Patientenorientierung stärken.

- Die Patientenvertretung wird in noch mehr einflussreichen Gremien aktiv. So wird sie einen wesentlichen Beitrag zu mehr Patientenorientierung leisten können.
- Dringend nötig ist eine gesetzliche Regelung über die Beteiligung in weiteren Gremien, z. B. in dem Gremium, das die ambulante Versorgung in Zukunft plant.
- Längerfristig sollte auch geprüft werden, ob ein Patientenparlament eingerichtet werden kann.

## Zukunftsperspektiven

### *Anlaufstellen im Viertel*

Damit es für den Patient\*innen einfach ist, sollten sie direkt zu einem Gesundheitszentrum gehen können. Das ist ein vertrauenswürdiger Ort, der niedrigschwellig zugänglich ist, die Sprechzeiten sind dem Lebensrhythmus der Menschen angepasst. Damit ist klar, dass in diesen mehrere Ärzt\*innen und Menschen aus anderen Professionen zusammen arbeiten sollen. Alle Primärärzt\*innen sind besonders ausgebildet.

Die Qualität der Behandlung ist auf dem aktuellen wissenschaftlichen Niveau.

Die Weiterverweisung an Fachärzt\*innen oder Therapeut\*innen soll transparent sein und am besten hat man viele Fachrichtungen in einem Zentrum, damit die Wege kürzer sind für Patient\*innen, aber auch für die Professionellen, z. B. für gemeinsame Teambesprechungen. Sinnvoll wäre es, wenn dort auch Patient\*innen-, Sozial- und Rechtsberatung u. a. vorhanden wären.

Das Sprechzimmer des Arztes sollte nicht gleichgesetzt werden mit der »Praxis«, sondern es werden Räumlichkeiten geschaffen, in denen eine vertrauenswürdige Atmosphäre jenseits der ärztlichen Versorgung entstehen kann, wo Patient\*innen niederschwellig ihre Last loswerden können. Medizinische Fachangestellte spielen eine größere und offensivere Rolle. Das Konzept der Community Health Nurse wird zu einem ergänzenden Angebot. In Kanada zum Beispiel werden Patient\*innen zu »Lots\*innen« institutionell ausgebildet.

## *Gutachterwesen*

Ein von den Kassen und staatlichen Stellen unabhängiges Gutachterwesen ist bei allen Fragen, die nicht direkt in der Praxis geklärt werden können, wichtig. Dieser Medizinische Dienst ist demokratisch organisiert mit paritätischer Beteiligung von Kassen, Patient\*innen und Berufsvertreter\*innen. Die derzeit bestehende Disparität (16 Kassenvertreter\*innen zu 5 Patientenvertreter\*innen) wird abgeschafft.

## Stadtteilgesundheitskonferenzen und regionale Gesundheitskonferenzen auf dem Land

Diese könnten auch mit formalisierter Patientenbeteiligung organisiert werden. Eine Möglichkeit der Benennung ist nach der Patientenbeteiligungs-Verordnung sicherzustellen.

## *Beteiligung als Prinzip: ein Gedankenexperiment*

Patientenbeteiligung findet sich als Prinzip in allen Prozessen wieder. Patient\*innen-Information und -beratung werden als Grundlage für gelingende Beteiligung verstanden. Beteiligung meint nicht nur formelle politische Repräsentation, sondern vielmehr eine selbstbestimmte und informierte Einflussnahme auf die eigene Gesundheit und Krankheit innerhalb der eigenen und der gemeinsam gestalteten Lebenswelt.

Patient\*innen und ehemalige Patient\*innen werden als Expert\*innen in der eigenen Sache gesehen. Im Ärzt\*innen-Patient\*innenverhältnis wird erkannt, dass Patient\*innen je eigene Vorstellungen, eigenes Wissen und eigene Ressourcen mitbringen, die für den Behandlungserfolg oder den Umgang mit chronischen Leiden ausschlaggebend sind. Stichworte sind hier Augenhöhe und Empowerment, wie sie z. B. in der psychotherapeutischen Versorgung diskutiert werden (vgl. Gunther Schmidt, ärztl. Direktor und Gründer sysTelios Klinik, <https://youtu.be/z-LZVgjDBFA>, 2016).

Beteiligung wird durch die Ausweitung der finanziellen Förderung von Selbsthilfeorganisationen gestärkt. Wissen und Erfahrungen von ehemaligen Patient\*innen wird für die Behandlung zukünftiger Patient\*innen strukturell geborgen und an entscheidenden Stellen eingebunden, wie zum Beispiel im Community Health Center Toronto, in dem ehemalige Patient\*innen und Ratsuchende als »Verbraucher\*innen von Gesundheitsdiensten« in der Leitung des Centers beteiligt werden (<https://pqwchc.org/about-us/governance-and-leadership/model-of-governance/>).

Patient\*innen-Beteiligung kann in Deutschland kurzfristig durch eine Beteiligung im Gemeinsamen Bundesausschuss gestärkt werden, indem zwei der drei unabhängigen Vorsitzenden von der Patient\*innenvertretung vorgeschlagen werden. So wären diese zwei Personen das Zünglein an der Waage, wenn Vertreter\*innen der GKV und der Leistungserbringenden unterschiedlich stimmen. Darüber hinaus gilt es auch zu überlegen, wie Beteiligung bis hin zur Arzneimittelentwicklung stattfinden kann, angefangen bei Ermittlung von Bedarfen, die sich nicht mittels massiver finanzieller Nachfrage lukrativ artikulieren können, bis hin zum Design der klinischen Studien. Am Anfang und Ende aller Überlegungen muss die Frage stehen: Was sagen die Patient\*innen, Klient\*innen und Verbraucher\*innen dazu?





# Entwurf einer sektorenfreien regionalen Gesundheitsinfrastruktur

Sowohl in der ambulanten wie auch in der stationären Versorgung ist ein »Weiter so« kein taugliches Konzept für die Zukunft. Bei der Sicherstellung der Versorgung stehen wir vor der Situation, dass in den Regionen, wo die Versorgung durch niedergelassene Hausärzt\*innen und viele nicht-ärztliche Leistungserbringer zunehmend wegbriecht, die bestehenden Krankenhäuser ums Überleben kämpfen. Viele Menschen befürchten, im akuten Krankheitsfall oder für die Behandlung chronischer Erkrankungen keine gute und wohnortnahe Versorgung mehr zu erhalten. Vielen Akteuren ist klar, dass eine gemeinsame, intersektorale Versorgungsplanung sinnvoll ist, um Redundanzen und überschneidende Versorgungslücken zu vermeiden, auch weil es Ausweicheffekte der Patientenströme zwischen dem stationären und ambulanten Sektor gibt. Es ist daher naheliegend, die vorhandenen Strukturen beider Sektoren für eine Neugestaltung der wohnortnahen gesundheitlichen Versorgung teilweise zusammenzuführen.

Der sinnvollste Ausgangspunkt solcher Überlegungen sind die (vermuteten) Versorgungsbedarfe der Bevölkerung. Fragen der Honorierung, der Bedarfsplanung bzw. der Vergabe der Sicherstellungsaufträge werden nicht wie so oft an den Anfang, sondern an das Ende gestellt oder zunächst weggelassen. Stattdessen soll ausgehend von der angestrebten Versorgungsqualität überlegt werden, welche Strukturen dafür förderlich sind.

Mit der vielzitierten sektorenübergreifenden Versorgung ist es in Deutschland nach wie vor nicht weit her. Die politisch induzierte wettbewerbliche/kommerzialisierte Ausrichtung der Sektoren hat das Primat des Eigennutzes maßgeblich mit befördert. Die weitgehenden Befugnisse der Selbstverwaltung tun ihr Übriges, diese Interessenvertretung de facto in den Mittelpunkt des Gesundheitssystems zu stellen. So sind es vor allem monetäre Partikularinteressen der Leistungserbringer oder Kostenträger, die eine patientenorientierte und kooperative Versorgung innerhalb und zwischen den Sektoren verhindern.

Trotz umfassender ambulanter und stationärer Angebote bedeutet die Suche nach adäquater Behandlung für viele Menschen eine Odyssee. Die Patient\*innen sind grundsätzlich selbst dafür verantwortlich, die richtigen Ärzt\*innen zu finden, sich Termine zu organisieren, sich für die Einlösung der Verordnungen die richtigen Leistungserbringer zu suchen. Wenn die eine Behandlung erfolglos bleibt, geht die Suche von vorn los. Häufig bedeutet das Verzögerung oder Verzicht auf notwendige Diagnostik und Therapie. Die Terminservicestellen haben fraglos ei-

nige Verbesserungen gebracht, das Grundproblem des zersplitterten Systems von Einzelkämpfern bleibt. Gleichzeitig verliert die Niederlassung an Attraktivität bei vielen jungen Ärztinnen und Ärzten.

Unter Primärversorgung wird heute meist der unmittelbare Zugang zur allgemeinmedizinischen/hausärztlichen Versorgung sowie zu den ambulanten Ärzt\*innen in der Gynäkologie, Pädiatrie, Augenheilkunde und, als eigener Bereich, in der Zahnmedizin verstanden. Aber auch im stationären Sektor sowie der Akut- und Notfallversorgung gibt es legitime Direktzugänge, etwa zum Rettungsdienst und den Notaufnahmen sowie dem kassenärztlichen Bereitschaftsdienst. Bei nichtärztlichen Leistungserbringer\*innen sind vor allem Hebammen zu nennen, denkbar wäre aber auch ein Direktzugang zu Heilmitteln (Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie, Podologie). Sinnvoll und patientengerecht wäre es, eine einzige Anlaufstelle für alle Konsultationsanlässe zu haben und die Patient\*innen nach medizinischen Kriterien einer ambulanten, (teil-) stationären oder Notfallbehandlung zuzuleiten.

## **Welche Versorgungsanforderungen sollte eine gute Primärversorgung im Idealfall erfüllen?**

Ein Hauptkriterium ist nach wie vor eine gute Erreichbarkeit im Bedarfsfall. Das beinhaltet neben einer zumutbaren Entfernung auch zeitnahe bzw. im Notfall sofortige Behandlungsmöglichkeiten. Neben der räumlichen Nähe sollte auch die Erreichbarkeit mit ÖPNV, ggf. Patientenshuttles oder fahrenden Praxen bedacht werden. Für Menschen mit Beeinträchtigungen gehören zur Erreichbarkeit ein barrierefreier Zugang sowie teilweise spezialisierte Behandlungsangebote. Wohnortnah müssen in der medizinischen Versorgung vor allem die primärärztliche/psychotherapeutische ambulante Versorgung sein, die Bereitschaftsversorgung und die Akutversorgung (Rettungsdienst, stationäre Notfallbehandlung, Geburtshilfe/-medizin). Es ist für planbare und erst recht risikoreiche Eingriffe dagegen unter Qualitätsgesichtspunkten sinnvoll und nicht zuletzt auch deshalb zumutbar, eine Anfahrt in das nächste Mittelzentrum oder bei hochspezialisierten Behandlungen in ein Haus der Maximalversorgung in Kauf zu nehmen. Für die nichtspezialisierte ambulante fachärztliche Versorgung und auch verschiede-

ne Subspezialisierungen (z. B. Dialyse, Kardiologie, Schmerzmedizin) ist Wohnortnähe ebenfalls wichtig, wenn auch das Netz zwangsläufig weniger dicht ist als in der Primärversorgung. Entscheidend für die Wohnortnähe ist nicht, dass eine Praxis vorhanden ist, sondern tatsächlich eine Behandlungsmöglichkeit besteht. Wenn trotz nomineller »Übersorgung« lange Wartezeiten entstehen, muss die Bedarfsplanung an sich grundlegend infrage gestellt werden. Das Ziel der wohnortnahen Behandlung sollte daher viel mehr als bisher die Ergebnisqualität einbeziehen, also die tatsächlichen Behandlungsangebote statt nur die Zahl der Arztsitze. Hier spielt mit hinein, wie lange die Praxen tatsächlich für die Behandlung gesetzlich Versicherter zur Verfügung stehen (nur für diese gilt die Bedarfsplanung). Die vorhandenen Vorgaben sind dazu ebenso unzureichend wie die Überwachung ihrer Einhaltung.

Für eine gute Versorgung müssen die nichtärztlichen Leistungserbringer\*innen zwingend mitgedacht werden. Hier fehlt bislang eine funktionierende Versorgungssicherung (Bedarfsermittlung und -planung sowie Instrumente der Versorgungssteuerung), sei es bei den Heilmitteln, Apotheken, Hebammen oder Pflegediensten.

Der Erstkontakt sollte idealerweise mit einem »Türöffner« (im Angelsächsischen spricht man vom Dooropener) erfolgen, der die Zuweisung zum individuell richtigen Behandlungszweig (ambulant, stationär, Notfall) vornimmt. Gatekeeper können neben Allgemeinmediziner\*innen auch geschulte Pflegekräfte sein, wie verschiedene Länder gezeigt haben. Gerade für Menschen mit komplexem Behandlungsbedarf sollte über den gesamten Behandlungsverlauf ein strukturiertes Case Management (Patientenlotsen) erfolgen. Für diese Patientinnen und Patienten sollte es auch bei Behandlungen, die nicht direkt miteinander abgestimmt werden müssen, eine zentrale Ansprechperson geben, die alle Behandlungen im Blick hat und Interaktionen prüft. Das Case Management geht über die medizinische Betreuung hinaus und übernimmt bei Bedarf auch die Koordination mit Leistungen der Pflegeversicherung und anderen Hilfsangeboten wie SGB IX (Rehabilitation und Teilhabe von Menschen mit Behinderungen), psychosoziale Beratung, Drogenhilfe, Jugendhilfe, Kriseninterventionsdienste etc.

Der Behandlungsprozess sollte partizipativ, interprofessionell und interdisziplinär erfolgen. Größere Versorgungsstrukturen bieten dafür tendenziell bessere Voraussetzungen als Einzelpraxen. Zudem bieten Angestelltenverhältnisse im

Vergleich zur Selbständigkeit/Niederlassung bessere Möglichkeiten, betriebswirtschaftliche und medizinische Erwägungen voneinander zu trennen, den fachlichen Austausch zu optimieren und ein funktionierendes Qualitätsmanagement zu praktizieren. Nichtärztliche Berufe sollten ihre spezifischen Kompetenzen in einem kollegialen Miteinander mit Medizinerinnen und Medizinern ausüben können und gesetzlich dafür die Befugnis erhalten. Sie sollten selbstverständlicher Teil von Fallkonferenzen sein und Behandlungspfade mitbestimmen (näheres im Kapitel 04 – Multiprofessionelle Zusammenarbeit). Bei der Arzneimittelversorgung können Apotheken wesentliche Aufgaben bei notwendigen Initiativen zur Erhöhung der Arzneimitteltherapiesicherheit (Pharmazeutische Betreuung, Medikationsmanagement etc.) übernehmen.

## Welche Versorgungsstrukturen sind für die Umsetzung hilfreich?

In der Umsetzung der genannten idealisierten Versorgungsziele scheint es sinnvoll, die ambulante primär- und fachärztliche Versorgung, die Akut- und Notfallversorgung mit kurzstationärer Behandlung zusammenzubringen. Ein regionales Gesundheitszentrum kann den poliklinischen Gedanken umsetzen und erweitern um weitere lokal benötigte stationäre Leistungen, insbesondere eine Rettungsstelle, Geburtshilfestation, Akut-Chirurgie und andere Stationen für nichtelektive Behandlungen. Die Möglichkeiten der kurzstationären Behandlung (heute in den Praxiskliniken unzureichend umgesetzt) könnten ohne eine klare Zuweisung zu einem Sektor besser als momentan genutzt werden. Gerade kleinere Kliniken, die im ländlichen Raum ums Überleben kämpfen, kommen für eine Umstrukturierung zu einem regionalen Gesundheitszentrum infrage.

Um eine gute Wohnortnähe herzustellen, sind verschiedene Ausleger von regionalen Gesundheitszentren denkbar. So könnten die Allgemein- und Fachärzte des Zentrums in Rotationspraxen der Umgebung die Versorgung sicherstellen. Abwechselnd könnten sie in Zusammenarbeit mit spezialisierten Pflegekräften (Community Nurses), die z. B. auch ohne ärztliche Aufsicht eigenverantwortlich Routineuntersuchungen durchführen, in gemeinsam genutzten Praxisräumen behandeln. So könnte auch in kleineren Gemeinden die Versorgung sichergestellt

und zugleich interdisziplinäres Arbeiten gewährleistet werden. Möglich sind aber auch Patientenshuttles, die regelmäßig z. B. Patient\*innen eines Dorfs abholen. Das Gesundheitszentrum kann so zum Ausgangspunkt werden für Zweigpraxen, die in einem Netz um das Zentrum wohnortnahe Versorgung anbieten. Auch die Kooperation mit niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten sowohl im Zentrum als auch in der Peripherie lässt verschiedene Versorgungsmodelle möglich werden. Versorgungswichtige Leistungserbringer\*innen wie Heilmittel, Apotheken und Psychotherapeut\*innen sollten als Teil der Infrastruktur mitgedacht und regelmäßig Teil des Gesundheitszentrums sein.

Zentral ist weiterhin, dass das regionale Gesundheitszentrum eingebettet ist in regionale Public-Health-Strukturen, in Selbsthilfestrukturen und in andere Hilfesysteme. Es kann ein Zentrum der Pflege- und Patientenberatung sein und so die Sichtweisen der Patientinnen und Patienten sowie der Leistungserbringerinnen und -erbringer zusammenbringen. In solch größeren Strukturen kann zudem die Qualitätssicherung des Behandlungsgeschehens und die Evaluation der Behandlungswege besser gelingen.

Im Zuge der Diskussion um die Reform der Notfallversorgung wurden einige der genannten Punkte bereits diskutiert (z. B. der »gemeinsame Tresen«) und könnten teilweise als Modell für die reguläre Versorgung dienen. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung hat ein Konzept der »Intersektoralen Gesundheitszentren« in Auftrag gegeben<sup>3</sup>, das zwar naturgemäß einen starken Fokus auf die Ausweitung ambulanter Versorgung aufweist, aber in vielen Aspekten interessant ist. In Templin wird mit Mitteln des Innovationsfonds ein »ambulant-stationäres Zentrum« aufgebaut. In diesem werden nach eigenen Angaben »die stationären und ambulanten Versorgungskapazitäten angepasst sowie fach- und einrichtungsübergreifend miteinander verzahnt. Das geschieht auf mehreren Ebenen und umfasst die niedergelassenen Arztpraxen, das Krankenhaus und die pflegerische Versorgung, ergänzt um den Aufbau eines Koordinierungs- und Beratungszentrums zur individuellen Beratung und Unterstützung von Patienten. Das Projekt integriert ambulant, stationär und Pflege sowie weitere Versorgungsangebote.«<sup>4</sup>

---

3 [www.kbv.de/media/sp/IGZ\\_Gutachten.pdf](http://www.kbv.de/media/sp/IGZ_Gutachten.pdf)

4 <https://innovationsfonds.g-ba.de/projekte/neue-versorgungsformen/igib-stimmstrukturmigration-im-mittelbereich-templin.79>

Und auch aus der Diskussion um eine sektorenfreie Pflegeversorgung wird einiges zu lernen sein.<sup>5</sup>

Es kommt nun darauf an, die Diskussion nicht Vertreter\*innen von Partikularinteressen zu überlassen oder einer politischen Spardoktrin zu unterwerfen. Auch die Wiederholung alter Fehler ist zu vermeiden, etwa die Übertragung der DRG-Logik<sup>6</sup> auf die ambulante Abrechnung (wie es etwa im Gutachten des Sachverständigenrates Gesundheit 2018 unter dem Schlagwort Hybrid-DRG zu lesen war),<sup>7</sup> was auch von der Honorarkommission der Bundesregierung aufgegriffen worden ist.<sup>8</sup>

Der Grundgedanke, von den Interessen bestehender Strukturen und den Interessen der professionellen Gesundheitsarbeiter\*innen auszugehen, findet sich nach wie vor in jeder politischen Richtung. Aber nur wenn konsequent von den Bedarfen und Interessen der Patient\*innen her gedacht wird, wird es gelingen, verkrustete Strukturen aufzubrechen und neuen Ideen zu gesellschaftlicher Akzeptanz zu verhelfen.

---

5 <https://docplayer.org/169330941-Alternative-ausgestaltung-der-pflegeversicherung.html>

6 Zur DRG-Logik siehe: <https://www.krankenhaus-statt-fabrik.de/>

7 [www.svr-gesundheit.de/index.php?id=606](http://www.svr-gesundheit.de/index.php?id=606)

8 [www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3\\_Downloads/K/KOMV/Bericht\\_der\\_Honorarkommission\\_\\_KOMV\\_\\_-\\_Dezember\\_2019.pdf](http://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/K/KOMV/Bericht_der_Honorarkommission__KOMV__-_Dezember_2019.pdf)



The background of the page is a complex, abstract pattern of overlapping, curved lines in various shades of blue and purple. The lines are thin and create a sense of movement and depth, particularly on the left side where they form a large, sweeping arc. The overall effect is modern and dynamic.

IV

---

# Multiprofessionelles Arbeiten

## Einleitung

Ambulante Gesundheitsversorgung ist komplexer und arbeitsteiliger denn je. Durch die zunehmende Verlagerung von bisher stationär erbrachten Leistungen in den ambulanten Sektor, die Alterung der Bevölkerung und die zunehmende Einsicht in die Notwendigkeit von Teamarbeit ist vermehrt enge und vertrauensvolle Kooperation der verschiedenen Gesundheitsberufe notwendig. Daher braucht der ambulante Bereich Strukturen für eine interprofessionelle und patient\*innen- bzw. klientenzentrierte Arbeit für eine bedarfsgerechte Versorgung.<sup>9</sup>

Obwohl Kooperationsdefizite bekannt sind und kooperatives Arbeiten Nutzen für Patient\*innen und die beteiligten Akteure hat, findet das Potential interprofessionellen Denkens und Handelns in Ausbildung und Gesundheitsversorgung in Deutschland bislang noch wenig Berücksichtigung.

Der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen benennt schon 2007 den »Mangel an interdisziplinären und flexiblen Versorgungsangeboten« als Problem und empfiehlt, an intakter Kommunikation und flachen Teamstrukturen zu arbeiten.<sup>10</sup>

Unter multiprofessionellem Arbeiten ist die kollegiale Berufsausübung unter Angehörigen mehrerer Berufe nach dem Prinzip der Kooperation zu verstehen, wobei jede Berufsgruppe über Rollenklarheit der eigenen und der anderen beruflichen Rollen verfügt. Als Gegensatz dazu ist die monoprofessionell-hierarchisierte Struktur zu verstehen, in der Regel unter der Leitung von Ärzt\*innen, mit An- und Verordnungen an untergeordnete Professionen.

Strukturelle Hierarchien, die sich aus der Abhängigkeit von einschränkenden Vergütungen, Besitzverhältnissen und anderen Faktoren ergeben, sollen hier unberücksichtigt bleiben.

Das Thema Eigentumsstrukturen wird in Kapitel 8 erörtert.

---

9 Robert Bosch Stiftung 2014 (Hg.), Memorandum Kooperation der Gesundheitsberufe, ISBN 978-3-939574-25-5

10 <http://dipbt.bundestag.de/dip21/btd/16/063/1606339.pdf>

## Status quo: Fragmentierung und Gewinnorientierung

Die ambulante Versorgungslandschaft in Deutschland ist fragmentiert. Es existieren vorwiegend private, inhabergeführte selbständige Niederlassungen der Leistungsanbieter\*innen. Das bezieht sich auf alle Professionen: Hebammen, Ärzt\*innen, Psychotherapie, Pflege, Apotheke, Heilmittelerbringung, Ernährungsberatung, Krankentransport. Pflegedienste befinden sich mehrheitlich in der Hand bundesweit agierender freigemeinnütziger und privater Träger. Im Bereich der ärztlichen und psychotherapeutischen Versorgung nimmt die Zahl der MVZ in Krankenhausträgerschaft zu, die sich zunehmend in privater Trägerschaft befinden; auch drängen Private Equity Fonds zunehmend auf den MVZ-Markt (siehe Kapitel 11). In allen diesen Formen ist betriebswirtschaftliches Denken und Handeln mit mehr oder weniger ausgeprägter Gewinnorientierung rational. Die Orientierung am Bedarf der Patient\*innen steht somit weder in der Gesetzgebung noch in der Versorgung an erster Stelle des Leistungsangebots und korreliert oftmals nicht mit den betriebswirtschaftlichen Prämissen.

Jede Berufsgruppe hat spezifische Vergütungsregelungen mit der GKV. Eine berufsgruppenübergreifende Vergütung für kooperative Leistungen ist in der Regelversorgung nicht vorgesehen.

Darüber hinaus verfügen einige Professionen über den direkten Zugang seitens der Patient\*innen (Ärzt\*innen, hier auch fast alle gebietsärztlich Tätigen, Psychotherapeut\*innen, Hebammen), andere bedürfen für Leistungen im Rahmen des SGB V (Krankenkassenleistungen) immer der ärztlichen Verordnung (Physio- und Ergotherapie, Logopädie, Podologie, Hauskrankenpflege, Apotheken, Krankentransport).

Kooperatives Arbeiten ist strukturell weder in Ausbildung und Vergütung noch im Arbeitsalltag vorgesehen und eingeübt; sie hängt vom individuellen Engagement einzelner Leistungserbringer\*innen ab. Nur langsam setzt sich die Erkenntnis von der Veränderungsnotwendigkeit bei den politischen Entscheider\*innen in der Bundesrepublik durch. Die Politik der meisten Berufsverbände, die nur die Interessen ihrer jeweiligen Mitglieder vertreten, steht zusätzlich meist im Wege.

In der Vergangenheit gab es einige gesetzgeberische Ansätze zur sektoren- und professionenübergreifenden Arbeit. Die wichtigsten sind:

- Sozialpädiatrische Zentren, ambulante Behandlung, in Einrichtungen der Behindertenhilfe und medizinische Behandlungszentren für Erwachsene mit geistiger Behinderung nach SGB V §§ 119, 119 a und 119 c
- Medizinische Versorgungszentren nach SGB V § 95
- Integrierte Versorgung nach SGB V § 140 a
- Innovationsfonds nach SGB V § 92 a
- Strukturierte Behandlungsprogramme (DMP) für chronische Krankheiten nach SGB V § 137 f
- Spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV) nach SGB V § 132 d

All diese Reformen regeln ausschließlich Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung (SGB V) und fördern Kooperation entweder unter alleiniger ärztlicher Leitung oder ermöglichen fast ausnahmslos ärztliche/psychotherapeutische Kooperation untereinander. Multiprofessionelle Zusammenarbeit als Team mit gemeinsamer Verantwortung ist – außer ansatzweise bei SAPV – darin nicht vorgesehen. Weitere Impulse sind in naher Zukunft auf Bundesebene nicht zu erwarten. Auch die in Angriff genommene umfassende Reform der Notfallversorgung wird nach bisheriger Lage keine Ausnahme bilden.

## Kritik und Forderungen

Die Anzahl von Patient\*innen mit multimodalem Hilfsbedarf wird immer größer. Zum einen nimmt durch die Alterung der Gesellschaft die Anzahl multimorbider Patient\*innen zu. Die unterschiedlichen Anteile dieses biopsychosozialen Zusammenspiels mehrerer Erkrankungen können angemessen nur durch zahlreiche spezialisierte Professionen behandelt werden. Zum anderen setzt sich zunehmend die Erkenntnis durch, dass Gesundheit und Krankheit auch sozial bedingt oder beeinflusst sind. Dadurch wird der Kanon der traditionellen Gesundheitsberufe durch z. B. soziale und juristische Expert\*innen ergänzt. Diese multiprofessionelle Behandlung erfordert zwischen den Professionen abgestimmte Prozesse und Behandlungspfade, die mit flacher Hierarchie am effektivsten umgesetzt werden können.

Besonders vulnerable Gruppen mit multimodalem Hilfsbedarf sind nicht in der Lage, die ausgeprägt fragmentierten Angebote selbständig angemessen in

Anspruch zu nehmen. Das gilt nicht nur für medizinische Fragen im engeren Sinne, sondern gerade auch für sozial (mit-)bedingte Gesundheitsstörungen. Die fraglichen Gruppen kommen meist aus sozioökonomisch benachteiligten Schichten und verfügen im Sinne einer sozialen Determination nicht über die nötige Gesundheitskompetenz und dieselben Zugangsmöglichkeiten zu kurativen und präventiven Angeboten wie Angehörige privilegierter Schichten. Zu diesen Gruppen gehören Menschen ohne Versicherungsschutz, Multimorbide und Personen mit psychischen oder immobilisierenden Störungen, auch solche mit geringer Sprachkompetenz.

Notwendig sind hier multiprofessionelle Teams, am besten unter einem Dach, mit kurzen räumlichen und organisatorischen Wegen für die Patient\*innen. Die Zusammensetzung dieser Teams muss sich an den regionalen Bedarf anpassen, um die sozialen (z. B. Einkommen, Bildungsstand, kulturelle und sprachliche Diversität, Wohnqualität), demografischen (viele ältere Bewohner\*innen oder viele Kinder und Jugendliche), morbiditätsbedingten (z. B. unterschiedliche Verteilung an Erkrankungen des Bewegungsapparates, Stoffwechselerkrankungen, psychische und Suchterkrankungen) sowie Umgebungsgegebenheiten (z. B. Grünflächen, Luftverschmutzung, Lärm, Bewegungsangebote etc.) zu berücksichtigen. Für ländliche, strukturschwache Regionen mit ausgedünnten Angeboten gilt das im Besonderen.

Das derzeitige ambulante System hat auf diese Herausforderungen keine befriedigenden Antworten, da es weitgehend dasselbe Angebot für alle vorhält. Dabei existieren langjährige Erfahrungen in Strukturen von Teamarbeit im ambulanten Sektor in anderen Industrienationen (z. B. multiprofessionelle Gesundheitszentren in Schweden und Finnland oder Community Health Center in Kanada)<sup>11</sup>. Auch die Zusammenarbeit von Ärzt\*innen und Apotheker\*innen ist inzwischen als Verbesserung der Arzneimittelversorgung unumstritten<sup>12</sup>.

---

11 Doris Schaeffer, Kerstin Hämel, Michael Ewers: Versorgungsmodelle für ländliche und strukturschwache Regionen. Anregungen aus Finnland und Kanada. Basel, Weinheim, Beltz Juventa 2015; Lisa-R. Ulrich, Thuy-Nga (Tia) Pham, Ferdinand M. Gerlach, Antje Erler: Family Health Teams. Vorstellung eines kanadisch Primärversorgungsmodells und Anregungen für Deutschland. Das Gesundheitswesen: 2019; 81: 492–497

12 [www.nottingham.ac.uk/pharmacy/documents/generalpracticeyearfwdrev/clinical-pharmacists-in-general-practice-pilot-scheme-full-report.pdf](http://www.nottingham.ac.uk/pharmacy/documents/generalpracticeyearfwdrev/clinical-pharmacists-in-general-practice-pilot-scheme-full-report.pdf); [www.nottingham.ac.uk](http://www.nottingham.ac.uk)

In Modellprojekten in Großbritannien arbeiten im Primärversorgungssystem Pharmazeut\*innen (mit integrierter Apotheke im Zentrum), so dass in einer kooperativen Struktur Medikamente für einen Patienten professionell gesteuert werden. Es lassen sich positive Effekte auf Patientensicherheit, Patientenzufriedenheit, Patientenzentrierung und Mitarbeiterzufriedenheit nachweisen<sup>13</sup>.

In diesem Zusammenhang ist auch die Frage nach dem Direktzugang für einige Berufe wie Heilmittelerbringer\*innen und Pflegedienste kritisch zu diskutieren. Die Abhängigkeit von ärztlichen Verordnungen steht einer kooperativen Arbeit entgegen. Jedoch wird hier multiprofessionelles Versorgen so gedacht, dass bei komplexen Bedarfen die Funktion von *gateopening* (oder auch *gatekeeping*) oder *case management* an die Stelle der Abhängigkeit von ärztlichen Verordnungen tritt. Der Direktzugang ist in diesem Konzept kontraproduktiv.

Neben den oben genannten, schon erfolgten Reformen im SGB V könnten einige weitere gesetzgeberische Schritte schon jetzt auf Landes- oder Bundesebene gegangen werden. Es können Vergütungen für interprofessionelle Tätigkeiten eingerichtet werden und/oder die Möglichkeiten neuer Medien und Techniken genutzt werden. Darüber hinaus können schon existierende Kommunikationstrainings in der Aus- und Weiterbildung aller Gesundheitsberufe intensiver gefördert und in Ausbildungsordnungen aufgenommen werden, um die interprofessionelle Kompetenz der Akteur\*innen zu verbessern<sup>14</sup>.

Eine nachhaltige Umsetzung der skizzierten Ideen lässt sich perspektivisch nur im Rahmen einer umfassenden Umgestaltung des ambulanten Gesundheits-

---

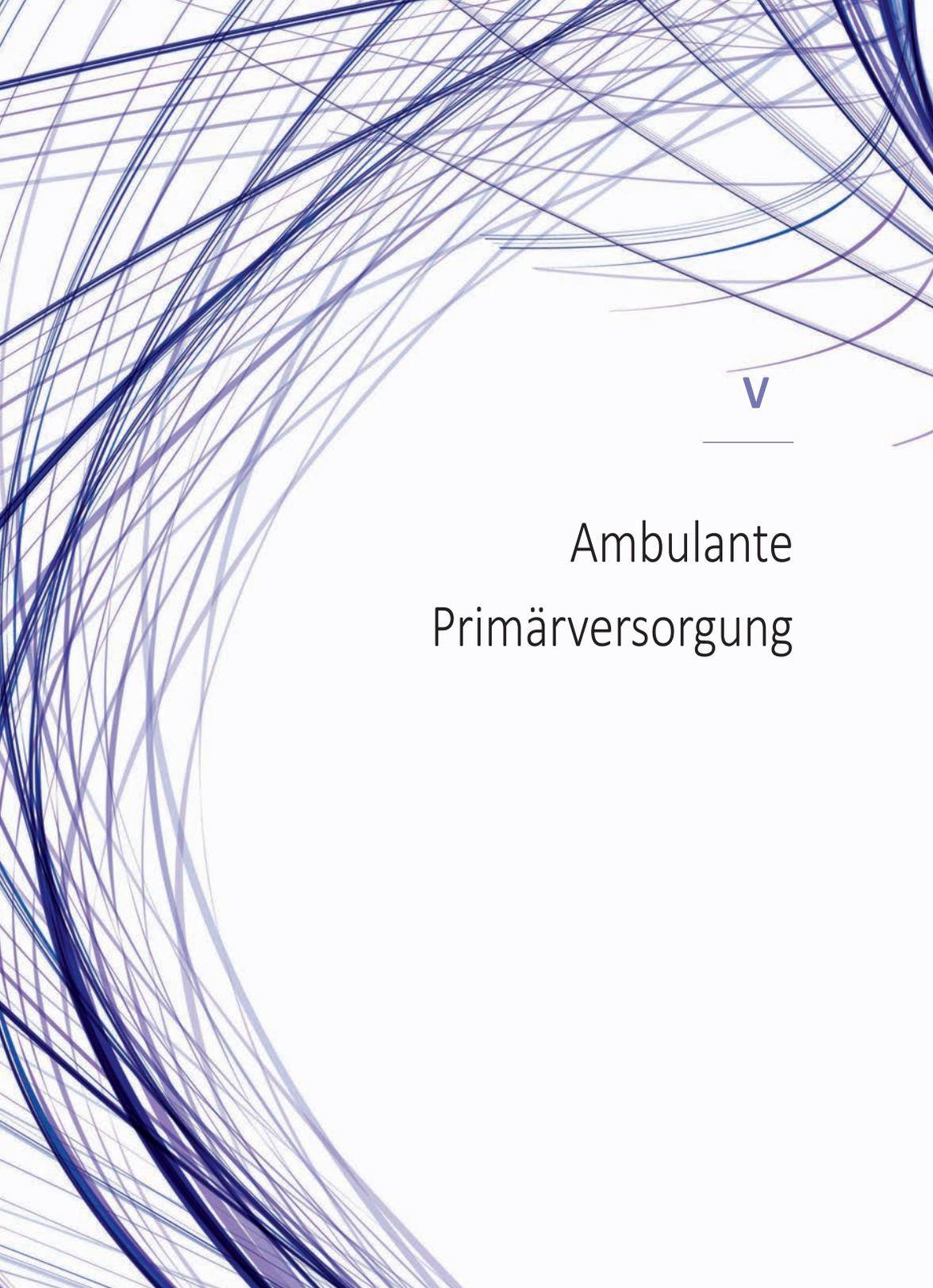
[ac.uk/news/pressreleases/2018/july/clinical-pharmacists-in-general-practice-improve-patient-care-new-report-finds.aspx](https://www.nhs.uk/news/pressreleases/2018/july/clinical-pharmacists-in-general-practice-improve-patient-care-new-report-finds.aspx); <https://pharmacyresearchuk.org/wp-content/uploads/2017/01/Pharmacist-led-care-in-General-Practice.pdf>. [www.mdpi.com/2226-4787/6/4/114/htm](http://www.mdpi.com/2226-4787/6/4/114/htm); [www.lzg.nrw.de/\\_media/pdf/service/Pub/2018\\_df/arzneimitteltherapiesicherheit\\_tagungsdoku.pdf](http://www.lzg.nrw.de/_media/pdf/service/Pub/2018_df/arzneimitteltherapiesicherheit_tagungsdoku.pdf)

13 Martínez-González NA, Djalali S, Tandjung R, Huber-Geismann F, Markun S, Wensing M & Rosemann T. Substitution of physicians by nurses in primary care: a systematic review and meta-analysis. *BMC Health Services Research* 2014, 14:214; Sottas, Beat, in: Stefan Müller-Mielitz, Beat Sottas und Alexander Schachtrupp (Hrsg.) 2016. Innovationen in der Gesundheitswirtschaft. Bibliomed Verlag, Melsungen. S. 44-56

14 [https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-3-662-58935-9\\_16](https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-3-662-58935-9_16); [www.bosch-stiftung.de/de/projekt/operation-team-interprofessionelles-lernen](http://www.bosch-stiftung.de/de/projekt/operation-team-interprofessionelles-lernen)

systems erzielen. Voraussetzung wäre eine weitgehende Ablösung des privaten Klein- und Großunternehmertums zu Gunsten öffentlicher, gemeinnütziger oder kooperativen Trägerschaft ohne Gewinnorientierung (siehe Kapitel 8). Entscheidend ist weiterhin, dass durch entsprechende rechtliche Rahmenbedingungen ambulante Zentren oder Kooperationen unter multiprofessionellem Besitz, Führung und Finanzierung entstehen können. Einige Projekte kommunal ausgerichteter Gesundheitszentren unter Trägerschaft gemeinnütziger Vereine und kooperative Praxen haben sich trotz der noch bestehenden ausgeprägten Hürden seit mehreren Jahren auf den Weg gemacht ([www.poliklinik-syndikat.org](http://www.poliklinik-syndikat.org)).



The background of the page is filled with a complex, abstract pattern of overlapping, curved lines in various shades of blue and purple. The lines are thin and create a sense of movement and depth, particularly on the left side where they form a large, sweeping arc. The overall effect is modern and dynamic.

V

Ambulante  
Primärversorgung

## I)

Die primärmedizinischen Angebote bilden in vielen Gesellschaften das Rückgrat der ambulanten Versorgung. Sie stellen die erste Anlaufstelle für alle gesundheitlichen Probleme dar. Hier findet der wiederkehrende niedrigschwellige Erstkontakt zu Gesundheitsdienstleistungen statt.

Die erste wichtige Entscheidung ist die über die weitere Steuerung in die geeignete ärztliche oder nichtärztliche Betreuung und Versorgung. Diese kann innerhalb der eigenen Einrichtung oder in kooperierenden fachärztlichen oder stationären Einrichtungen liegen.

Die Komplexität der bio-psycho-sozialen Probleme kann hier verstanden und angegangen werden. Der individuelle Bedarf kann differenziert identifiziert und partizipativ befriedigt, Unter- Über- und Fehlversorgung können reduziert werden. Hier ist auch aufsuchende, gemeindenahe Gesundheitsförderung mit gemeint.

Die Struktur und der Aufbau der ersten Anlaufstelle bzw. Erstkontakt entscheiden über den weiteren Prozess der Versorgung mit dem Nötigen und Sinnvollen.

Deshalb handelt es sich um einen gesundheitspolitisch höchst bedeutsamen Bereich, der erhöhte Aufmerksamkeit erfordert, denn gesundheitliche Ungleichheiten können hier erkannt und ausgeglichen werden.

Die WHO betont wiederholt den für gerechten Zugang zu gesundheitlicher Versorgung elementaren Ansatz der Primary Health Care (PHC): *»PHC is a whole-of-society approach to health that aims at ensuring the highest possible level of health and well-being and their equitable distribution by focusing on people's needs and as early as possible along the continuum from health promotion and disease prevention to treatment, rehabilitation and palliative care, and as close as feasible to people's everyday environment.«*

In der Erklärung von Astana 2018 heißt es: *»We are convinced that strengthening primary health care (PHC) is the most inclusive, effective and efficient approach to enhance people's physical and mental health, as well as social well-being, and that PHC is a cornerstone of a sustainable health system for universal health coverage (UHC) and health-related Sustainable Development Goals.«*

Eines der Probleme in Deutschland ist die Tatsache, dass Patient\*innen mit der politisch hoch bewerteten Freiheit (*freie Arztwahl*) im System allein gelassen wer-

den. Schon durch Terminknappheit und lange Terminwartezeiten insbesondere bei Spezialist\*innen und Psychotherapeut\*innen und Lücken in der hausärztlichen Abdeckung ist diese Freiheit eine Illusion. Durch gesetzliche Regelungen (z. B. Terminservice- und Versorgungsgesetz, 2019) wurde der Mangel nicht wesentlich behoben. Darüber hinaus müssen die strukturell nicht kooperierenden, vereinzelt Leistungsanbieter\*innen von den Patient\*innen eigenständig aufgefunden und terminiert werden. Personen mit guter Bildung, Einkommen, sprach- und sozialer Kompetenz gelingt das viel einfacher als solchen mit geringeren Kompetenzen und Ressourcen.

Als eine von Vielen beschreibt Barbara Starfield, dass Primärversorgung nicht nur Krankheiten und Todesfälle verhindert, sondern im Vergleich zu spezialisierter Versorgung auch assoziiert ist mit gerechterer Verteilung von Gesundheitsversorgung und dadurch Unterschiede zwischen Bevölkerungsgruppen reduziert<sup>15</sup>.

In den skandinavischen Ländern Dänemark, Schweden und Norwegen existieren landesweite Netze von Primärversorgungszentren, die für die gesamte Bevölkerung – abgesehen von Notfällen – als erste niedrigschwellige telefonische und persönliche Anlaufstation für gesundheitliche Fragen dienen. Diese triagieren die Anliegen, die dann im Zentrum selbst bedient werden, oder weisen im Bedarfsfall der fachärztlichen oder stationären Behandlung zu.

Die Gesundheitsausgaben, gemessen am Bruttonationalprodukt, sind in diesen Ländern im EU-Vergleich zwar leicht überdurchschnittlich, liegen aber unter denen von Deutschland.

Bezüglich wichtiger gesundheitlicher Outcomes wie Lebenserwartung, Sterblichkeit an kardiovaskulären Krankheiten und Risikokonstellation (Alkohol- und Nikotinkonsum, Adipositas) liegen diese Länder jeweils günstiger als der Durchschnitt der EU-Staaten (inkl. Norwegen) und immer besser als Deutschland.<sup>16</sup> Es liegt nahe, dass das System der ambulanten Versorgung einen Anteil an den Out-

---

15 Barbara Starfield u. a.: Contribution of primary care to health systems and health. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16202000/>

16 [www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsGiD/2015/10\\_gesundheit\\_in\\_deutschland.pdf?\\_\\_blob=publicationFile](http://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsGiD/2015/10_gesundheit_in_deutschland.pdf?__blob=publicationFile); [https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Healthcare\\_expenditure\\_statistics/de&oldid=375606](https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Healthcare_expenditure_statistics/de&oldid=375606)

comes hat. Der Umgang mit der Ausbreitung und Bekämpfung von HIV und AIDS seit den 1990er Jahren hat nicht nur in Deutschland gezeigt, dass partizipative, kommunal aufgesetzte niedrigschwellige Präventions- und Behandlungsstrategien effektiv sind.

## II)

Wenn von Primärmedizin in Deutschland die Rede ist, wird sie – anders als in vielen anderen Ländern – meist mit primärärztlicher Versorgung, in der Regel durch Hausärzt\*innen koordiniert, gleichgesetzt<sup>17</sup>. Dieses ärztlich dominierte Modell sieht nicht-ärztliche Tätigkeit ausschließlich als Verordnung oder als Delegation an angestellte oder weisungsgebundene nachgeordnete Berufsgruppen unter ärztlicher Gesamtsteuerung und -verantwortung für Diagnose und Therapie vor<sup>18</sup>.

Hierunter fallen ambulante Pflege, Heil- und Hilfsmittel, Wundversorgung, Ernährungstherapie, Prävention und Pharmakotherapie.

Auch die Modelle spezifisch fortgebildeter Medizinischer Fachangestellter (als NÄPa, VERAH oder AGnES) sind immer der hausärztlichen Praxis fachlich und disziplinarisch nachgeordnet.

Diese Einschränkung ist nicht im Sinne einer Primärversorgung, die dem Bedarf aller Bevölkerungsgruppen gerecht wird. Vielmehr braucht die ambulante Versorgung die Kooperation der beteiligten Berufsgruppen auf Augenhöhe.

Aber auch wenn allein der ärztliche Bereich betrachtet wird, sieht man seit vielen Jahren das kontinuierlich zunehmende Übergewicht der fachärztlichen Spezialist\*innen gegenüber den Allgemeinmediziner\*innen. Die Anzahl aller Vertrags-

---

17 Popert, W. et al. (2018) Warum wir ein Primärarztssystem brauchen – Hintergründe für ein DEGAM-Positionspapier; Z Allg Med, 2018; 94 (6); Positionspapier Patient first, Friedrich Ebert Stiftung, 2017, ISBN: 978-3-95861-780-3

18 [www.bundesaerztekammer.de/aerztetag/aerztetage-der-vorjahre/115-daet-2012-in-nuernberg/beschlussprotokoll/top-vi-taetigkeitsbericht-der-bundesaerztekammer/gesundheitspolitik/vi-25-delegation-ja-substitution-nein/](http://www.bundesaerztekammer.de/aerztetag/aerztetage-der-vorjahre/115-daet-2012-in-nuernberg/beschlussprotokoll/top-vi-taetigkeitsbericht-der-bundesaerztekammer/gesundheitspolitik/vi-25-delegation-ja-substitution-nein/); [www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user\\_upload/downloads/pdf-Ordner/118.\\_DAET/118-DAETBeschlussprotokoll20150515.pdf](http://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/118._DAET/118-DAETBeschlussprotokoll20150515.pdf) (Beschluss VI-12, Seite 205)

sitze stieg von 2010 bis 2019 um 14,2% von 155.780 auf 177.826. Die Anzahl der hausärztlich Tätigen blieb nahezu gleich (Anstieg um 1,1% von 54.462 auf 55.073), die der Spezialist\*innen stieg jedoch überproportional um 21,4% von 101.138 auf 122.789 (Angaben aus KBV, Bundesarztregister).

Weder in der Bedarfsplanung noch in Aus- und Weiterbildung oder im ärztlichen Diskurs konnte also offensichtlich der allgemeinmedizinischen Tätigkeit die notwendige Bedeutung eingeräumt werden.

Diese verliert zunehmend an Attraktivität. Die Facharztqualifikation für Allgemeinmedizin erwerben immer weniger nachkommende Ärzt\*innen, es droht ein zunehmender Mangel insbesondere im ländlichen Raum.<sup>19</sup>

Gleichzeitig ist die hausärztliche Weiterbildung in den letzten 20 Jahren kontinuierlich qualitativ verbessert worden. Der alte »Praktische Arzt« mit nur geringer Qualifikation gehört der Vergangenheit an. Die fünfjährige, breit aufgestellte Weiterbildung ist in allen Weiterbildungsordnungen der Landesärztekammern umgesetzt.

In der universitären Ausbildung und der Approbationsordnung – zuletzt in der Neufassung für 2025 – ist die Allgemeinmedizin mit Blockpraktikum, ambulantem PJ-Quartal und Prüfungsfach im 3. Staatsexamen aufgewertet worden. Die hausärztlich-medizinische Seite wird so zunehmend gestärkt. Jedoch wird Primärmedizin immer noch zu sehr als artzentriert und -dominiert verstanden. Aspekte der interprofessionellen Gesundheitsarbeit auf kommunaler Ebene finden nicht genügend Platz.

### III)

Das große Manko liegt jedoch darin, dass in allen Bereichen der Tätigkeit in der Niederlassung, der Aus- und Weiterbildung die Arbeit in multiprofessionellen Teams auf Augenhöhe noch zu wenig gelehrt und praktiziert wird. Die vorhandenen Ansätze müssen ausgebaut und gestärkt werden.

Gleiches gilt auch für die oben aufgeführten nicht-ärztlichen Professionen. So

---

19 <https://gesundheitsdaten.kbv.de/cms/html/17016.php>

besteht weiterhin im Bewusstsein der meisten ein dysfunktionales, nicht teamorientiertes, arztzentriertes Bild.

Ideen für Modelle in der interprofessionellen Lehre sind in Deutschland die positive Ausnahme, die Verbreitung brauchen.<sup>20</sup>

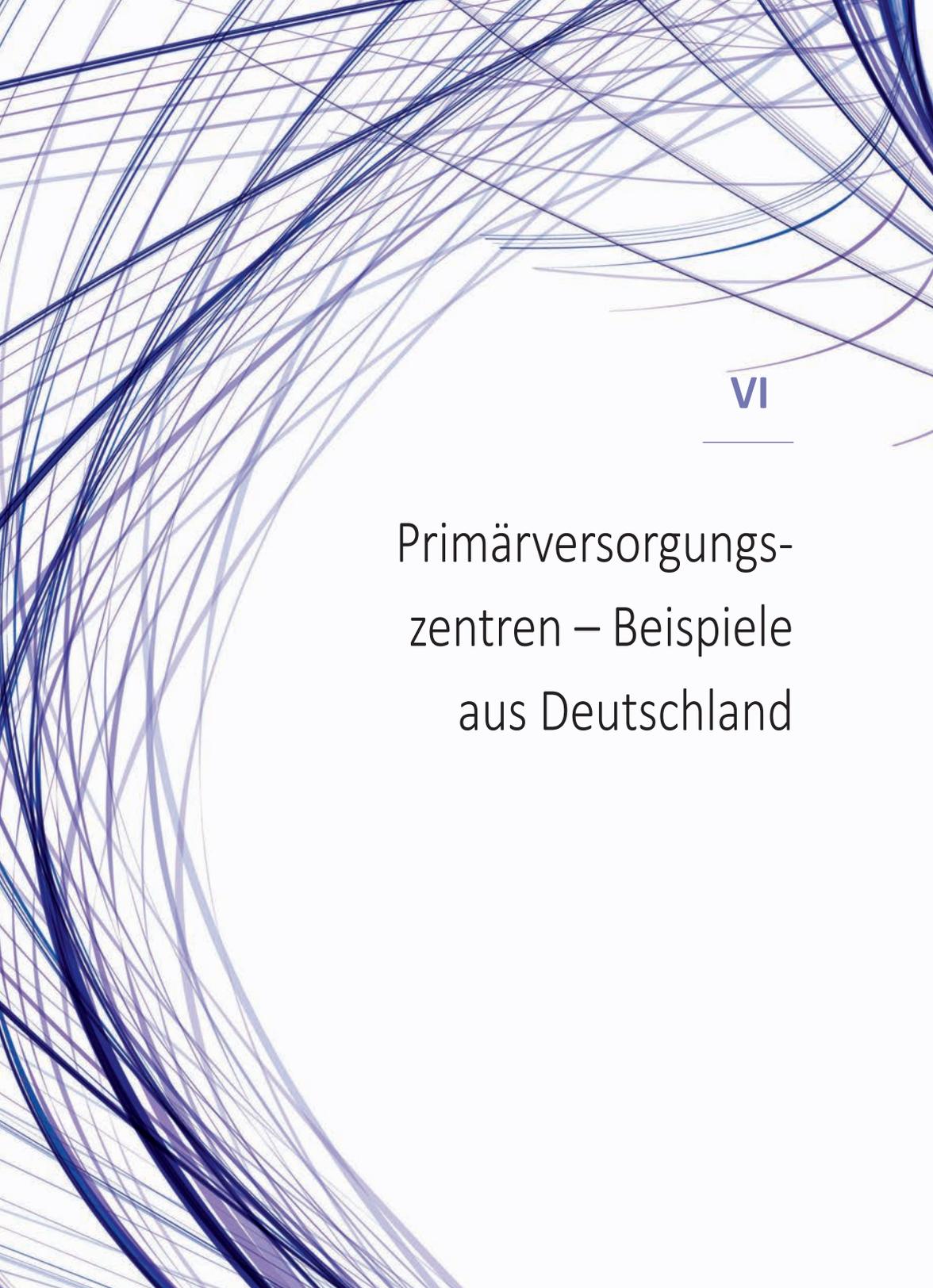
Die sich zuspitzenden Herausforderungen Digitalisierung, Zunahme chronischer Krankheiten und Mangel an Gesundheitsfachberufen insbesondere in den ländlichen Regionen benötigen außerdem differenzierte Weiterentwicklung der Primärversorgung. Neue, in Deutschland bisher kaum bekannte Konzepte wie z. B. Case Management, Community Health Nurse und Nurse Practitioner, die über die rein medizinische Versorgung hinausreichende Leistungen anbieten können, werden gebraucht.

Die *Hausarztzentrierte Versorgung* nach § 73 b SGB V (HzV) sichert den Anspruch aller Versicherten, sich im Rahmen eines Einschreibemodells einer hausärztlichen Praxis mit Lotsenfunktion anzubinden. Beinhaltet ist unter anderem der Überweisungsvorbehalt zu Fachärzt\*innen. In den bisher veröffentlichten Untersuchungen zeigt sich eine verbesserte Versorgung in verschiedenen gesundheitlichen Endpunkten.<sup>21</sup> Es handelt sich bei der HzV um Selektivverträge als wettbewerbliche Konkurrenz zum Kollektivvertrag zwischen GKVen und KVen. In einigen Bundesländern (Bayern, Baden-Württemberg) entstand in den letzten zehn Jahren eine hausärztliche Versorgungslandschaft auf zwei Säulen: KV versus HzV. Ordnungspolitisch ist das als Flickenteppich kritisch zu sehen.

---

20 [https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-3-662-58935-9\\_16](https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-3-662-58935-9_16); [www.hv-gesundheitsfachberufe.de/wp-content/uploads/Berliner-Aufruf-interprofessionelle-Ausbildung-und-Kooperation-Juni-2017.pdf](http://www.hv-gesundheitsfachberufe.de/wp-content/uploads/Berliner-Aufruf-interprofessionelle-Ausbildung-und-Kooperation-Juni-2017.pdf)

21 Gerlach, F., Szecsenyi, J. (2014) Evaluation der Hausarztzentrierten Versorgung nach SGB 73 b SGB V in Baden-Württemberg (2013-2016) Ergebnisbericht [www.aok-gesundheitspartner.de/imperia/md/gpp/bw/arztundpraxis/hzv/bw\\_hzv\\_eval\\_2013-2014.pdf](http://www.aok-gesundheitspartner.de/imperia/md/gpp/bw/arztundpraxis/hzv/bw_hzv_eval_2013-2014.pdf)



VI

---

Primärversorgungs-  
zentren – Beispiele  
aus Deutschland

Der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen empfiehlt bereits seit 2014 die Etablierung von lokalen Gesundheitszentren zur Primär- und Langzeitversorgung.<sup>22</sup> Trotzdem existieren in Deutschland bisher nur wenige Beispiele für Primärversorgungszentren<sup>23</sup>, die sich am kommunalen Bedarf ausrichten und eine multiprofessionelle Versorgung mit partizipativem Ansatz anbieten. Ausgehend von Basisinitiativen aus Stadtteil- und Gesundheitsaktivist\*innen sind seit 2011 bundesweit Initiativen zur Gründung von Stadtteilgesundheitszentren entstanden.

Ziel dieser Bewegung ist die Etablierung von multiprofessionellen Sozial- und Gesundheitszentren, die stadtteilorientiert und gesundheitsfördernd arbeiten. Eine zentrale Prämisse ist dabei, dass die Gesundheitszentren in engem Austausch mit den Nutzer\*innen entwickelt werden – denn auch diese sind Expert\*innen, wenn es um ihre Gesundheit geht. Ziel der Initiativen ist es, die bisher nur punktuell vorhandene Vernetzung zwischen sozialen und gesundheitlichen Versorgungsstrukturen an einem Ort zu verbinden, verhältnispräventive und gesundheitsförderliche Ansätze zu stärken und hierdurch langfristig zu einer Reduktion gesundheitlicher und sozialer Ungleichheiten beizutragen.

Insgesamt existieren im Jahr 2021 zehn Initiativen in unterschiedlicher Organisationsform, die sich in verschiedenen Aufbaustadien befinden. Die Finanzierung der Zentren kann aktuell auf Grund von rechtlichen Barrieren nicht aus einer Gesamträgerschaft realisiert werden. Insbesondere sind die ärztlichen und psychotherapeutischen Praxen gezwungen, als unabhängige Niederlassungen in Form von Einzelpraxen, Berufsausübungsgemeinschaften oder Medizinischen Versorgungszentren ohne Eingliederung in eine übergeordnete Rechtsform zu arbeiten. Deren Honorierung läuft über die Kassenärztlichen Vereinigungen. Die Bezahlung der Beratungs-, Forschungs- und Gesundheitsförderungsangebote sowie die Aufbau- und Entwicklungsarbeit werden durch Stiftungsförderungen und Gelder aus kommunalen und Landeshaushalten gedeckt. Durch diese Zersplitterung ist das angestrebte *unter einem Dach – aus einer Hand* nur sehr eingeschränkt realisierbar. Für die Etablierung vollwertiger Primärversorgungszentren nach finnischem

---

22 [www.svr-gesundheit.de/index.php?id=528](http://www.svr-gesundheit.de/index.php?id=528)

23 die Begrifflichkeit ist uneinheitlich, auch weil kein einheitliches, abgeschlossenes Konzept existiert

oder kanadischem Vorbild bedarf es noch einer Reihe von Gesetzesänderungen in verschiedenen Sozialgesetzbüchern auf Landes- und Bundesebene.

Im bundesweiten Netzwerk **Poliklinik Syndikat**<sup>24</sup> kommen Vertreter\*innen der verschiedenen Initiativen zusammen, um sich gegenseitig zu beraten, neue Projekte zu unterstützen und Ansprechpartner\*innen für politische Entscheidungsträger\*innen zu sein bzw. diese auch aktiv anzusprechen. Darüber hinaus sollen gemeinsame politische Ziele über die Gesundheitspolitik im engeren Sinne hinaus entwickelt und nach außen getragen werden: *Wir sehen Gesundheit als Schnittpunkt sozialer Kämpfe*. 2021 gibt es fünf aktive Gruppen sowie weitere fünf in Aufbau befindliche. Ende 2021 ist mit der Gründung eines gemeinnützigen Vereins begonnen worden.

Die **Poliklinik Veddel**<sup>25</sup> in Hamburg, so wie sie seit 2016 besteht, geht auf eine langjährige Auseinandersetzung mit den Konzepten der WHO, der Commission on Social Determinants of Health, dem Primary-Health-Care-Ansatz und den Empfehlungen der WHO-Ottawa-Charta zurück.

Aktuell verbindet die Poliklinik Veddel eine an der Lebenswelt der Menschen orientierte primärmedizinische Versorgung mit Gemeinwesenarbeit in Form von Präventionsprojekten.

Neben zwei Praxen für Allgemeinmedizin, einer Sozial- und Rechtsberatung, einer psychologischen Beratung, einem Hebammen- und Community-Health-Nurse-Angebot werden Projekte zu den sozialen Determinanten von Gesundheit konzipiert. Dazu gehören z. B. Bildung, Wohnraum, Rassismus, Einkommen und Umwelt. Die Angebote der Poliklinik Veddel werden laufend im Austausch mit den verschiedenen Communities des Stadtteils angepasst und ausgeweitet. Ein gynäkologisches Versorgungsangebot ist in Planung. Die Förderung durch Landesgelder ist mittelfristig gesichert. Der Hamburger Senat fördert zudem nach dem Beispiel der Poliklinik Veddel über die nächsten drei Jahre den Aufbau von weiteren sieben Stadtteilgesundheitszentren auf Bezirksebene.

---

24 [www.poliklinik-syndikat.org](http://www.poliklinik-syndikat.org)

25 <http://poliklinik1.org/>

Das **Gesundheitskollektiv Berlin**<sup>26</sup> existiert seit 2014, beginnend als Aktivist\*innengruppe. Als gemeinnütziger Verein anerkannt, wurde 2016 mit der Konzeption und dem gezielten Aufbau eines Stadtteilgesundheitszentrums in Berlin-Neukölln begonnen, gefördert vorwiegend von der Robert-Bosch-Stiftung. Begleitend dazu wurde eine Bedarfserhebung durchgeführt und mit Vernetzungsarbeit und ersten Projekten die Arbeit im Kiez aufgenommen. Mittlerweile bietet der Verein eine Vielzahl aufsuchender Angebote im Bereich Prävention und Gesundheitsförderung, darunter mobile Gesundheitsberatung, Bewegungsangebote, nachbarschaftliche Selbsthilfe sowie niedrigschwellige psychologische und Sozialberatung, finanziert durch Mittel des Bezirks und der Landesregierung. Begleitet werden die Angebote durch partizipative Forschung und Evaluation, die auch eigenständige Projekte wie eine Gesundheitsbefragung im Stadtteil durchführt. 2019 haben je eine Praxis für Kinderheilkunde, Allgemeinmedizin und Kinder- und Jugendpsychotherapie ihre Arbeit an verschiedenen temporären Standorten aufgenommen und im Dezember 2021 mit dem Verein eine gemeinsame Immobilie bezogen, die neben dem Stadtteilgesundheitszentrum weitere, vorwiegend gemeinnützige Einrichtungen beherbergt. Integrativen Bestandteil des Zentrums ist ein vom Verein gemeinsam mit Kiezbewohner\*innen organisiertes Café als offener Begegnungsort.

Die **Poliklinik Solidarisches Gesundheitszentrum Leipzig**<sup>27</sup> bietet seit März 2020 erste Angebote im Stadtteil Leipzig-Schönefeld an. Hierzu gehören Ende 2021 neben einer offenen Informations-Sprechstunde (*offene Tür*) eine psychosoziale, soziale und eine Gesundheitsberatung. Außerdem kooperiert die Poliklinik mit anderen sozialen Projekten innerhalb ihrer Räumlichkeiten und in der Stadt. Die Poliklinik Leipzig arbeitet bisher größtenteils ehrenamtlich und finanziert die Ausgaben über Mitgliedsbeiträge, Spenden und Stiftungsförderungen. Für die Finanzierung der Immobilie, der Beratungsangebote und der Koordination des Zentrums stehen für 2021 und 2022 Mittel aus dem kommunalen Haushalt zur Verfügung.

---

26 [www.geko-berlin.de/](http://www.geko-berlin.de/)

27 [www.poliklinik-leipzig.org/](http://www.poliklinik-leipzig.org/)

Das **Gesundheitskollektiv Dresden** ist inspiriert von den Solidarischen Polikliniken in Griechenland und dem Hamburger Beispiel der Poliklinik Veddel. Die Gruppe hat sich im Dezember 2017 gegründet. Nach einem Jahr des Gruppenaufbaus, viel Recherchearbeit im Bereich alternativer ambulanter Gesundheitsversorgung und spezifischer Planung für die Stadt Dresden ist aus dem Projekt ein gemeinnütziger Verein entstanden. Seitdem arbeitet die Gruppe an der Weiterentwicklung des Projekts und freut sich nach wie vor über neue Mitstreiter\*innen. Mit Fertigstellung ihres Konzepts wird nun das Ziel verfolgt, durch Förderungen und wissenschaftliche Begleitung in naher Zukunft eine Räumlichkeit mieten zu können. In dieser soll eine Psycho-Soziale-Beratungsstelle zur Gesundheitsversorgung des Stadtteils Gorbitz beitragen. Außerdem soll sie der Gruppe als Startpunkt ihrer Gemeinwesen- und Stadtteilarbeit dienen.

**SoliMed Köln**<sup>28</sup> ist seit 2020 dabei und das jüngste Vollmitglied im Syndikat. Die Gruppe existiert seit 2018. Am Anfang wurde ein *Gesundheitsatlas* für Köln erstellt. Der Gesundheitsatlas ist eine Sammlung und Visualisierung gesundheits- und krankheitsbezogener Faktoren, aufgeteilt nach Stadtteilen und basierend auf den Sozialen Determinanten von Gesundheit. Auf dieser Grundlage wurden verschiedene Kölner Stadtteile ausgewählt, in denen ein Stadtteilgesundheitszentrum sinnvoll realisiert werden könnte. Im Frühjahr 2021 wurde eine Öffentlichkeitskampagne gestartet, um den Zusammenhang von sozialen Determinanten und Gesundheit einer breiteren Öffentlichkeit aufzuzeigen, sowie um der Kommunalpolitik den Bedarf nach Räumen für ein SGZ deutlich zu machen. Seit Herbst 2021 wird auf den Stadtteil Köln-Kalk fokussiert und mit einer interaktiven Ausstellung soll die Bevölkerung partizipativ angesprochen werden. Das größte Hindernis ist der Mangel an finanziellen Ressourcen sowie an ehrenamtlicher Zeit durch Einbindung in Lohnarbeit und andere politische Aktivitäten.

Aus den Erfahrungen der 10-jährigen Arbeit haben sich folgende Forderungen herausgebildet, die noch nicht abschließend beraten worden sind. Sie sind zum Teil nur in einer weitergehenden Umgestaltung der Rahmenbedingungen des ambulanten Gesundheitssektors umsetzbar:

---

28 [solimed-koeln.de/](http://solimed-koeln.de/)

- Flächendeckendes reguläres Angebot von Stadtteilgesundheitszentren in Organisationsform freigemeinnützige oder öffentliche Trägerschaft
- Möglichkeit, kassenärztliche und psychotherapeutische Versorgung in der o.g. Trägerform zu übernehmen und Ärzt\*innen und Psycholog\*innen aus primärmedizinischen Disziplinen (Besetzung von Vertragssitzen GKV) anzustellen
- Unbefristete Finanzierung der Betriebskosten inklusive Verwaltung und Evaluation durch öffentliche Haushalte
- Projektfinanzierung für lokale Verhältnis- und Verhaltens-Präventionsprojekte
- An den Bedarfen orientierte Kostenerstattung für die Behandlung und Betreuung Erkrankter in den Stadtteilgesundheitszentren
- Erweiterung der Handlungsfähigkeit für die Pflege in der Primärversorgung im Rahmen von Community Health Nursing

### *Ambulante Versorgung vergesellschaften – aber wie?*

Eine tatsächliche Transformationsperspektive ergibt sich nur, wenn das Konzept solidarischer und demokratischer Primärversorgungszentren das Nischendasein überwindet und auf eine breite Verankerung in der ambulanten Versorgung hinarbeitet. Kommunale Gesundheitszentren können in diesem Sinn eine richtige Forderung sein. Aber wie werden sie tatsächlich demokratisiert? Wie nachhaltig abgesichert? Wenn wir die Gesundheitszentren dem jetzigen real existierenden kapitalistischen Staat überlassen, ist wenig gewonnen. Staatliche Subunternehmen wie das Hamburger Wohnungsunternehmen SAGA, der Berliner Krankenhauskonzern Vivantes und viele weitere Krankenhäuser in öffentlicher Trägerschaft zeigen das. Heruntergebrochen wirft dies die Frage auf, ob eine Vergesellschaftung der ambulanten Versorgung eher durch ein wachsendes Netzwerk selbstverwalteter Stadtteilgesundheitszentren (gemeinnützige Vereine oder GmbH, Genossenschaften gemeinsam mit niedergelassenen Ärzt\*innen oder MVZ) oder durch den Aufbau von Primärversorgungszentren in öffentlicher Hand (Kommunen, Kreise, ÖGD) erreicht werden kann. Diese Frage soll im Folgenden anhand von drei Aspekten diskutiert werden.

## *Kriterien einer realen Vergesellschaftung*

**Interne Verfasstheit:** Eine selbstverwaltete Struktur bietet Freiheiten bei der Ausgestaltung hierarchiearmer demokratischer interner Prozesse, personellen Entscheidungen und Teamentwicklung, sowie der Ausgestaltung einer gerechteren Gehaltsstruktur. Demgegenüber sollten Zentren in öffentlicher Trägerschaft eine institutionalisierte gesellschaftliche Kontrolle garantieren, um individuelle Fehlentwicklungen (z. B. individuelles Gewinnstreben, intransparente Hierarchien, Tendenzen zu einer alternativen Medizin) zu verhindern, wie sie aus mehreren Kollektivpraxen der 1970er Jahre berichtet wurden. Vor allem eine Bindung an öffentliche Tariflöhne kann zudem in Selbstverwaltungsstrukturen bestehende Selbstausbeutungstendenzen begrenzen und verankert die Gehaltsstruktur in gesamtgesellschaftlichen Kämpfen und Tarifaueinandersetzungen, statt sie der Willkür einer kleinen Gruppe zu überantworten.

**Öffentliche Kontrolle:** Die Frage öffentlicher Kontrolle stellt einen Kernaspekt der Vergesellschaftung dar: Welche Interessensgruppen sollten in Entscheidungen eingebunden werden und wie ist dies möglich? Dabei sind die Auswirkungen auf die medizinische Versorgungslage vor Ort, die Adressierung sozialer Determinanten von Gesundheit und im weiteren Sinne die Politisierung von Gesundheit zu bedenken.

Selbstverwaltete Strukturen wie die bestehenden Polikliniken können unbürokratischer und flexibler direkt betroffene Gruppen einbinden, wie beispielsweise Bewohner\*innen, aktuelle und ehemalige Patient\*innen, aber auch weitere neu auftretende Interessens- und Betroffenenengruppen. So können diese Zentren besser auf lokale Bedürfnisse und Besonderheiten eingehen und so eine Politisierung und Verankerung im Kiez erreichen, unter anderem durch Initiierung und Unterstützung lokaler Initiativen zu sozialen und gesundheitlichen Anliegen. Selbstverwaltete Polikliniken haben zudem die Möglichkeit, bislang in der ambulanten Versorgung wenig verbreitete fachliche Erkenntnisse einzubeziehen, beispielsweise das Adressieren sozialer Determinanten oder die Organisation der Patient\*innen und Bewohner\*innen für ihre gesundheitlichen Belange.

Demgegenüber garantiert eine öffentliche Trägerschaft einen direkten Bezug zur Lokalpolitik, zu anderen staatlich finanzierten sozialen Infrastrukturen und der Stadtplanung. Darüber hinaus könnte die öffentliche Trägerschaft eine unmittelbare Zusammenarbeit mit dem öffentlichen Gesundheitsdienst und den kommunalen und regionalen Gesundheitskonferenzen ermöglichen. Die Institutionalisierung der öffentlichen Kontrolle kann verhindern, dass diese beispielsweise aufgrund von persönlichen Konflikten zwischen Akteuren, wie Beschäftigten des Primärversorgungszentrums und einzelnen Anwohner\*innengruppen, verloren geht.

**Transformationsperspektive:** Selbstverwaltete Primärversorgungszentren können grundsätzlich unabhängig von politischen Mehrheitsverhältnissen entstehen und sind nicht unmittelbar von politischen Konjunkturen betroffen. Sie bilden gerade in Zeiten der Schwäche einer parlamentarischen Linken wichtige reale Utopien, die eine Alternative zum Kapitalismus erlebbar macht. Sie sind wichtige Orte der Politisierung, in denen ein solidarisches Miteinander sowohl für die versorgten Communities als auch für die in den Zentren arbeitende Workforce erfahrbar wird.

Zentren in öffentlicher Trägerschaft sind unmittelbar von politischen Konjunkturen abhängig und somit sehr anfällig bei Verschiebungen der politischen Kräfteverhältnisse. Zu diskutieren wäre jedoch, ob diese Abhängigkeit nicht nur sichtbarer und somit auch politisch verhandelbarer ist als die mittelbare Abhängigkeit selbstverwalteter Initiativen von Fördergeldern, Zugang zu Räumlichkeiten, der Zuteilung von Kassensitzen oder gesetzlichen Beschränkungen der interprofessionellen Zusammenarbeit. Zentren in öffentlicher Trägerschaft sind unabhängiger von der privaten Initiative einzelner Personen und dadurch weniger anfällig, wenn diese beispielsweise aus persönlichen oder beruflichen Gründen wegbrechen.

*Phil Dickel und Paul Brettel sind Ärzte, Mitglieder des Polikliniksyndikats und im Vorstand des vdää\* in Hamburg und in Freiburg.*

*(Ausschnitt aus: Paul Brettel / Phil Dickel: Ambulante Versorgungsgesellschaften – aber wie? Perspektiven aus der Poliklinik-Bewegung, in: Gesundheit braucht Politik. Zeitschrift für eine soziale Medizin, Schwerpunkt: Entprivatisierung, Demokratisierung, Vergesellschaftung, Nr. 4, Dezember 2021, <http://gbp.vdaae.de/index.php/192-2021/2021-4/1343-gbp-4-2021-brettel-dickel>)*

## **Thesen zur Vergesellschaftung des ambulanten Sektors**

Polikliniken aus gemeinnützigen Initiativen sind aktuell als Pilotprojekte zum allgemeinen Beweis der Umsetzbarkeit unumgänglich. Für eine dauerhafte und flächendeckende Etablierung solidarischer und demokratischer Primärversorgungszentren, die eine reale gesellschaftliche Verankerung und demokratische Kontrolle ermöglicht, müssen wir uns jedoch darüber hinaus für eine Vergesellschaftung des ambulanten Sektors einsetzen und die Trägerschaft von Primärversorgungszentren diversifizieren (neben gemeinnützigen Trägern, genossenschaftliche und kommunale Trägerschaften).

Hierzu sollte die Primärversorgung eng mit einem wissenschaftlich fundierten, Public-Health-orientierten öffentlichen Gesundheitsdienst, sowie mit divers besetzten und real gestaltungsfähigen kommunalen und regionalen Gesundheitskonferenzen verzahnt werden. Diese Strukturen dürfen nicht unmittelbar politischen Konjunkturen unterworfen sein. Als etabliertes Beispiel können die Rundfunkräte betrachtet werden. Auf lokaler Ebene ist auf eine enge Anbindung der Zentren an die Stadtteilsozialarbeit und lokale selbstorganisierte Initiativen zu achten.

Die Initiative DWE hat zur demokratischen Verwaltung der vergesellschafteten Wohnungen, neben Genossenschaften und einer neuen Gemeinnützigkeit, den Aufbau einer Anstalt öffentlichen Rechts mit lokalen Untergliederungen vorgeschlagen, deren Verwaltungsrat mit Mieter\*innen, Beschäftigten, Vertreter\*innen der Stadtgesellschaft und Vertreter\*innen des Berliner Senats besetzt ist (11). Eine ähnliche Struktur ist auch für die Verwaltung der Primärversorgungszentren und des gesamt-

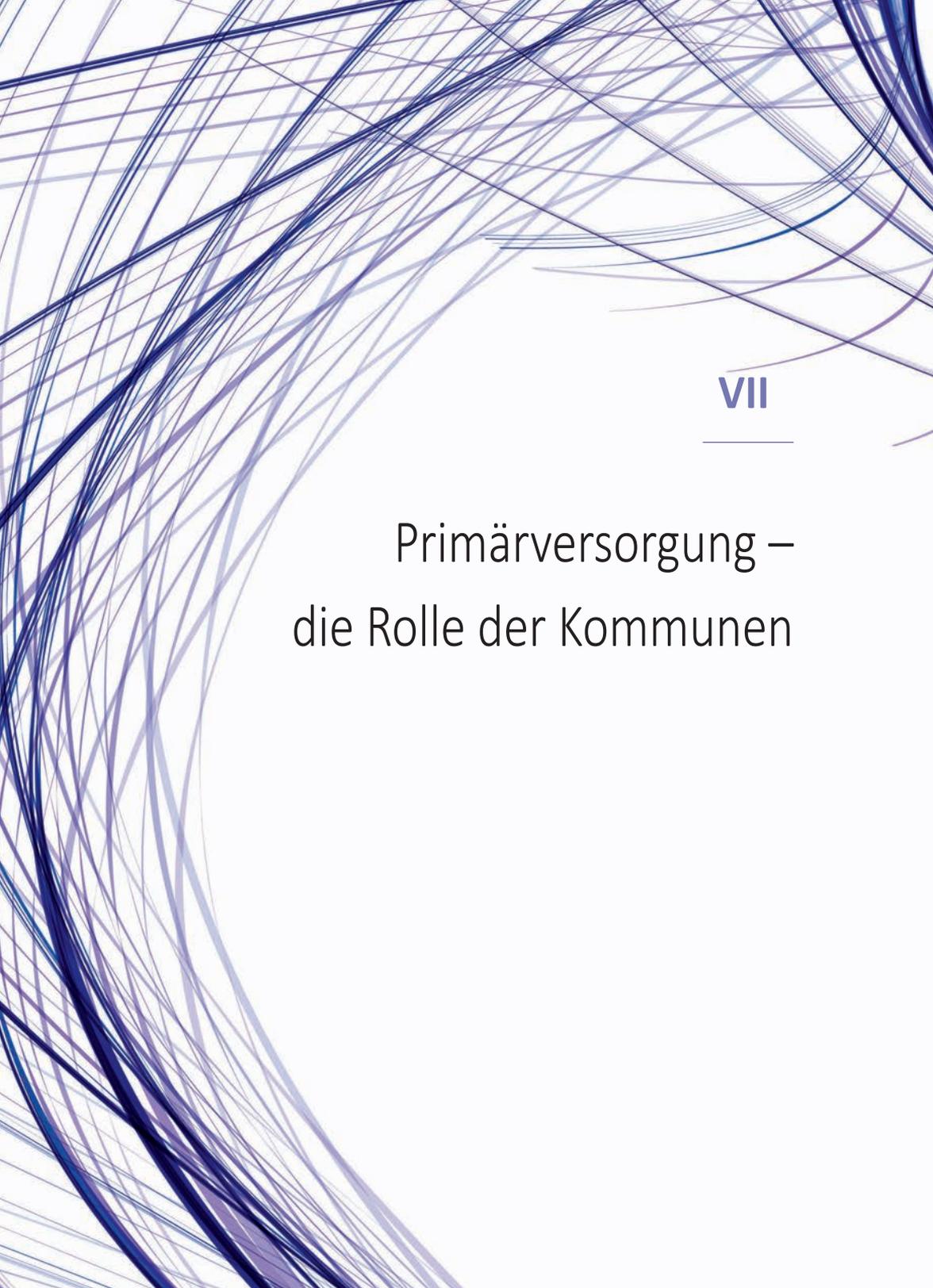
ten ambulanten Versorgungsbereichs denkbar, wobei Mieter\*innen durch Patient\*innen zu ersetzen wären, und Vertreter\*innen des ÖGD zu beteiligen wären.

Erste Schritte auf dem Weg zu einer Vergesellschaftung der ambulanten Versorgung können darin bestehen, Primärversorgungszentren aufzubauen, die zunehmend ambulante Versorgungsleistungen durch Fördermittel aus der öffentlichen Hand finanzieren, eine Anbindung an den ÖGD suchen, die kommunalen und regionalen Gesundheitskonferenzen als Partner ansehen und stärken, mit den lokalen Strukturen der Quartiersarbeit kooperieren und Community Boards aufbauen, die die Interessen der lokal betroffenen Bevölkerung innerhalb der Primärversorgungszentren vertreten.

Dabei sollte darauf geachtet werden, Primärversorgungszentren nicht nur als Notlösung für unterversorgte Gebiete anzusehen. Im Sinne einer tatsächlich transformatorischen Perspektive zu einer Vergesellschaftung der ambulanten Versorgung sollte unser Ziel sein, demokratische und solidarische Primärversorgungszentren als neues Grundprinzip im ambulanten Sektor zu etablieren. Und das nicht nur in ländlichen und sozial benachteiligten Bezirken.

Abschließend bleibt festzuhalten, dass Demokratisierung nichts ist, was sich von oben durchsetzen lässt. Sie ist ein langer Prozess von Organisation und Selbstermächtigung. Eine Demokratisierung und Vergesellschaftung des ambulanten Gesundheitssystems ist nur als soziale Bewegung möglich, die mittels breiter Bündnispolitik eine Sprengkraft entfaltet und so fortschrittliche wie reaktionäre Regierungen und ständische Interessenvertretungen gleichermaßen vor sich herreibt.

*(Ausschnitt aus: Paul Brettel / Phil Dickel: Ambulante Versorgungsgesellschaften – aber wie? Perspektiven aus der Poliklinik-Bewegung, in: Gesundheit braucht Politik. Zeitschrift für eine soziale Medizin, Schwerpunkt: Entprivatisierung, Demokratisierung, Vergesellschaftung, Nr. 4, Dezember 2021, <http://gbp.vdaae.de/index.php/192-2021/2021-4/1343-gbp-4-2021-brettel-dickel>)*



VII

---

# Primärversorgung – die Rolle der Kommunen

Zur Lösung der jetzigen und der in Zukunft auftretenden gesundheitlichen Probleme, insbesondere in sozial benachteiligten Gebieten (auf dem Land und in den Städten), muss die bislang vorherrschend auf kurativen Ansätzen beruhende und ärztedominierte ambulante Versorgung zu einer interdisziplinären, patienten- und bevölkerungsbezogenen und möglichst partizipativen gesundheitlichen Primärversorgung weiterentwickelt werden.<sup>29</sup> Dafür müssen die sozialen, kulturellen und ökologischen Herausforderungen vor Ort bekannt sein, um die daraus resultierenden gesundheitlichen Benachteiligungen nicht nur kurativ und auf den Einzelfall bezogen, sondern insbesondere im Sinne der Prävention und Gesundheitsförderung nach den Grundprinzipien der Ottawa-Charta zu bekämpfen.

## Bestandsaufnahme

Kommunen<sup>30</sup> haben die umfangreichsten Kenntnisse über die sozialen/gesellschaftlichen, kulturellen und ökologischen Verhältnisse vor Ort. Sie kennen die Stadtteile/Quartiere und ländlichen Bereiche, in denen besonderer Unterstützungsbedarf besteht. Kommunen sind darüber hinaus aufgrund ihrer örtlichen Verwaltungsaufgaben für viele Bereiche der Daseinsvorsorge, wie Soziales, Bildung, Umwelt, Verkehr, Entsorgung usw., verantwortlich. Für Gesundheit steht der Öffentliche Gesundheitsdienst zur Verfügung, der jedoch derzeit auf die individuelle Versorgung der Menschen so gut wie keinen Einfluss hat und auch in den Bereichen Prävention und Gesundheitsförderung bislang über zu geringe Handlungsmöglichkeiten verfügt.

Die für das Handeln der Verwaltung verantwortlichen Kommunalpolitiker\*innen rekrutieren sich zum überwiegenden Teil aus der örtlichen Stadt-/Kommunalgemeinschaft und werden von ihr gewählt; sie stehen als kommunale Entscheidungsträger\*innen den Menschen in den Kommunen Rede und Antwort.

Möglichkeiten der Kommunen, im Sinne von Public Health und durch Einbeziehung unterschiedlicher Politik- und Verwaltungsbereiche (»Health in all

---

29 In diesem Kapitel steht die Primärversorgung im Vordergrund, die ambulante Versorgung durch spezielle Fachärzte wird nicht berücksichtigt.

30 Unter »Kommunen« werden in diesem Kapitel die kreisfreien Städte und die Landkreise verstanden.

## **Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA): Leitbegriffe zur Prävention und Gesundheitsförderung:**

*»Primäre Gesundheitsversorgung ist integraler Bestandteil des nationalen Gesundheitssystems des Landes und der gesamten sozialen und ökonomischen Entwicklung der Gemeinschaft. Sie bildet die erste Kontaktbene des Einzelnen, der Familie und der Gemeinde mit dem nationalen Gesundheitssystem, das die Versorgung so nah wie möglich an die Lebenswelten der Menschen ansiedelt. Primäre Gesundheitsversorgung wird damit zum ersten Element eines kontinuierlichen Prozesses gesundheitlicher Versorgung«.*

*Bei der Primären Gesundheitsversorgung handelt es sich um einen überindividuellen, populationsbezogenen Ansatz (...), der ein Zusammenwirken vieler Aktivitäten in verschiedenen gesellschaftlichen Bereichen voraussetzt. Unter dem Begriff »primary« versteht die WHO eine Basisversorgung, die in allen Ländern gegeben sein sollte. Für die industrialisierten Ländern erscheint der Begriff »gemeindebezogene Gesundheitssicherung« am sinnvollsten, weil er die Orientierung auf Populationen betont, auch wenn der Begriff Gemeinde im Deutschen alltagssprachlich nicht sehr verankert und zudem unpräzise ist.*

*Prinzipien der Primärversorgung:*

- *Orientierung an den großen Gesundheitsproblemen und Bedürfnissen der Bevölkerung.*
- *Intensive Beteiligung der Bevölkerung an der Planung und Bereitstellung der gesundheitsbezogenen Leistungen.*
- *Enge Integration der Bemühungen um Gesundheitssicherung in andere gesellschaftliche Aktivitäten wie Bildung, Umweltschutz, Hygiene und Wohnungsbau (gesundheitsfördernde Gesamtpolitik).*

Policies») an einer Primärversorgung mitzuwirken, werden in der Bundesrepublik zwar bereits seit einigen Jahren diskutiert, scheitern aber oftmals an den Widerständen von Interessengruppen (z. B. Ärzt\*innen, vielen Krankenkassen) und an fehlenden finanziellen Ressourcen. Sehr viele Kommunen verzeichnen Haushaltsdefizite, müssen aber die immer höher werdenden Ausgaben zur Unterstützung von Menschen in prekären Lebenssituationen finanzieren. Die eigenen Einnahmen aus Steuern und Gebühren sowie die Ausgleichszahlungen von Bund und Ländern reichen für viele Kommunen nicht aus, die vielfältigen Aufgaben angemessen zu bewältigen.

Die Mitwirkungsmöglichkeiten der Kommunen bei den Bedarfsplanungen zur kurativen Versorgung sind derzeit gering. In den letzten Jahren wurde zudem die Privatisierung im Gesundheitswesen weiter vorangetrieben. So wurden viele ehemals kommunale Krankenhäuser privatisiert und an Investoren verkauft. Durch die Pflegeversicherung verloren die Kommunen an Einfluss auf die örtliche Pflegeversorgung.

Mit dem Öffentlichen Gesundheitsdienst – oft als »dritte Säule des Gesundheitswesens« bezeichnet – existiert innerhalb der kommunalen Verwaltung eine Fachbehörde mit vielfältigen Aufgaben u. a. des Infektionsschutzes, des Gesundheitsschutzes, der Gesundheitshilfe, der Gesundheitsberichterstattung und der Prävention und Gesundheitsförderung. Die Bundesländer legen in ihren Gesetzen über den Öffentlichen Gesundheitsdienst die genauen Aufgaben der Gesundheitsämter fest. Den sozialkompensatorischen Auftrag sowie die nach neuen ÖGD-Gesetzen geforderte Gesundheitsberichterstattung, Prävention und Gesundheitsförderung sowie Steuerung und Koordination im Gesundheitswesen können die Gesundheitsämter trotz teilweise großen Engagements derzeit nicht ausreichend erfüllen. Dies hat verschiedene Gründe, z. B. die teilweise schlechtere Bezahlung (insbesondere bei Ärzt\*innen im Vergleich zum Krankenhaus) und die aus der finanziellen Misere der Kommunen resultierenden knappen personellen Ressourcen. Zudem ist die wissenschaftliche Begleitung der Arbeit des ÖGD unzureichend. Mit den Geldern aus dem »Pakt für den Öffentlichen Gesundheitsdienst« ist ein erster Schritt gemacht worden, um die dramatischen Defizite des ÖGD abzubauen, die im Verlauf der Bewältigung der Corona-Pandemie deutlich und der Öffentlichkeit bewusst geworden sind.

Die Krankenkassen stehen untereinander im Wettbewerb und sind trotz ihres

Status als Körperschaften öffentlichen Rechts oft nicht an örtlichen Lösungen von Problemlagen interessiert, solange auch Versicherte konkurrierender Krankenkassen davon profitieren könnten.

Die soziale Lage verschlechtert sich in vielen benachteiligten Stadtteilen, Quartieren und ländlichen Gebieten. Die Schere zwischen den privilegierten und den sozial benachteiligten Gebieten hat sich in den letzten Jahren weiter geöffnet. Junge und gut ausgebildete Menschen verlassen abgehängte ländliche und städtische Gebiete und siedeln sich in städtischen oder stadtnahen Regionen an, die Arbeitsplätze, gute Bildungs- und Kulturangebote sowie ein modernes urbanes Leben bieten. Dort werden sozial Benachteiligte verdrängt, denen oftmals nichts anderes übrigbleibt, als in die abgehängten Kommunen oder Stadtteile/Quartiere zu ziehen. Diese aber verfallen immer weiter, weil keine ausreichenden finanziellen Mittel und personellen Ressourcen in diesen Kommunen vorhanden sind oder den benachteiligten Stadtteilen/Quartieren zur Verfügung gestellt werden. Ein negatives Wohnumfeld (z. B. Lärm- und Umweltbelastungen, Verkehr, Arbeitslosigkeit, wenig Bildungs- und Kulturangebote) belastet aber wiederum die Gesundheit der dort lebenden Menschen.

Wissenschaftler\*innen und einige Politik\*innen fordern zu Recht mehr Unterstützung für die Kommunen, insbesondere für Kommunen mit besonderen Problemlagen, und verweisen auf positive ausländische und inländische Beispiele – gerade auch in der Primärversorgung, wo bessere Handlungsmöglichkeiten der Kommunen zu mehr Chancen für sozial Benachteiligte führen. Sie verweisen zu Recht auf die Problemnähe der Kommunen und auf die dort direkt von der Bevölkerung erlebbaren politischen Entscheidungen und Einflussmöglichkeiten.

## Kritik

Ideologie und Praxis der Privatisierung, Kommerzialisierung und Individualisierung von Risiken haben in den letzten Jahren und Jahrzehnten wesentlich dazu beigetragen, dass die Schere zwischen Arm und Reich immer weiter auseinandergegangen ist und Entsolidarisierungstendenzen in der Gesellschaft die Oberhand gewannen. Der Einfluss der öffentlichen Hand und das am Gemeinwohl orientierte Wirtschaften wurden zurückgedrängt. Kommunen haben wenig Einfluss auf die

## *Weitere Diskussionsansätze für die Rolle der Kommunen bei der Bedarfsplanung und als Träger von Versorgungseinrichtungen*

1. Kommunen sind auf absehbare Zeit nicht flächendeckend in der Lage, das Knowhow für die Gestaltung einer hochwertigen Gesundheitsversorgung aufzubauen. Hier werden möglicherweise Leuchtturmprojekte Vorbildfunktion haben, aber es hängt viel vom Engagement Einzelner ab und von der finanziellen Situation der Kommune.
2. Kommunen stehen ebenso untereinander im Wettbewerb wie Krankenkassen. Gesundheitsversorgung ist ein wichtiger Standortvorteil, einerseits für Arbeitsplätze, andererseits auch für Lebensqualität. Wir wollen eine möglichst gleiche und gleichgute Versorgung unabhängig vom Wohnort. Das heißt, es braucht weiterhin eine zentrale Festlegung von Bedarfsplanungsparametern. Dafür gibt es kein Entscheidungsgremium im kommunalen Bereich.
3. Ärmere Regionen brauchen meist umso mehr Versorgungsstrukturen. Hier müssten also umgekehrt proportional zu den klassischen Einnahmen der Kommune Geld fließen. Eine Entscheidung, die innerhalb der kommunalen Selbstverwaltungsstrukturen (Landkreis- und Städtetag o.ä.) kaum durchsetzungsfähig ist.
4. Kommunen haben nicht gelernt, Gesundheitsversorgung als medizinisch begründeten Bedarf anzusehen. Das wird auch schwierig zu vermitteln, denn die Versorgungseinrichtungen sind in den Kommunen gleichzeitig Wirtschaftsfaktoren. Hier medizinische Parameter in der Entscheidung durchzusetzen, wo eine Behandlungseinrichtung gebraucht wird, erscheint zumindest schwierig.
5. Da die Krankenkassen weiterhin das Geld für die Behandlungen liefern sollen, ist die Einrichtung von kommunalen Strukturen sozusagen ein Vertrag zulasten Dritter.

### Schlussfolgerungen:

1. Kommunen können Betreiber/Träger von Behandlungseinrichtungen sein.
2. Wenn wir eine gleichwertige Versorgung unabhängig vom Wohnort der Versicherten wollen, kann das nicht den Kommunen allein überlassen bleiben, da sonst die Ungleichverteilung in Abhängigkeit von Wohlstand bestehen bliebe.
3. Das erschwert dann die Vorstellung, dass Kommunen alleine den Sicherstellungsauftrag erhalten oder die Bedarfsplanung federführend übernehmen.
4. Erschwerend kommt hinzu, dass die Kommunen dann nicht die eigenen, sondern die der GKV-Solidargemeinschaft planen und damit praktisch verausgaben würden. Es ist nicht ersichtlich, warum Kommunen dann nicht auf »möglichst viel« planen würden, nicht zuletzt, weil direkt und indirekt kommunale Steuereinnahmen daran hängen. Ein Anreiz für den Abbau von Überversorgung ist nicht erkennbar.
5. Die Gelder zum Betrieb von Behandlungseinrichtungen müssen »sozialkompensatorisch« vergeben werden. Ärmere Kommunen brauchen mehr Geld als reichere. Solch eine Umverteilung gibt es bislang nicht innerhalb der kommunalen Strukturen.
6. Kommunen sind dann in der Versorgung in der Doppelrolle als Gebietskörperschaft und als Leistungserbringerin vertreten, je nach Ausgestaltung in einer Dreifachrolle zusätzlich als Planerinnen. Die Interessenkonflikte sind hier vorprogrammiert – mehr noch als bei der KV jetzt auch.
7. Wir brauchen weiterhin ein bundesweites Planungsgremium, das wenigstens Zielmarken einer guten Versorgung definiert. Hier können Kommunen eine Rolle spielen, aber hier sollten sinnvollerweise die Kostenträger, andere Leistungserbringende, Länder etc. vertreten sein. Das spricht für die Beteiligung von Ländern und Kommunen im G-BA, wenn es um Planungsfragen geht. Zur lokalen Ausgestaltung wäre ein »aufgebohrtes« gemeinsames Landesgremium (§ 90a SGB V) denkbar,

in dem neben den Kostenträgern (GKV) und Leistungserbringern (KV, Krankenhäuser, Kommunen(?)) auch Gebietskörperschaften (Länder, Kommunen) und Patientenvertretungen vertreten sind.

kommunale Gesundheitspolitik, der Öffentliche Gesundheitsdienst wurde schon vor Jahrzehnten Opfer der Ideologie der Individualisierung von Risiken und der Risikominimierung durch private Dienstleistungsanbieter (z. B. ärztliche/pharmazeutische Versorgung)<sup>31</sup>; er wurde zudem, wie auch andere (soziale) Dienstleistungsangebote der Kommunen, Opfer von Sparanforderungen an die Kommunen.

In den letzten Jahren lässt sich zusätzlich beobachten, dass sich in sozial benachteiligten, städtischen wie ländlichen Gebieten eine schlechter werdende gesundheitliche Versorgung der Bevölkerung aufgrund von Abwanderung von Dienstleistungserbringern ergeben hat, die sich in Zukunft weiter zu verschärfen droht. Gleichzeitig werden die dort lebenden Menschen durch schlechtere ökologische, soziale und kulturelle Verhältnisse belastet. Andererseits hat sich in privilegierten Gebieten und Stadtteilen/Quartieren eine über den Bedarf hinausgehende Anzahl an Leistungserbringern angesiedelt.

Die existierenden Steuerungsinstrumente der GKV, der Kassenärztlichen Vereinigungen und die Gesundheitspolitik von Bund und Ländern haben diesen Trend nicht stoppen können. Die derzeitigen Versuche, in sozial benachteiligten Gebieten und Stadtteilen/Quartieren die Abwanderung von Gesundheitsdienstleistern einzudämmen bzw. die Wiederbesetzung freiwerdender Stellen durch

---

31 Der öffentliche Gesundheitsdienst hatte sich nach einer großen sozialhygienischen Erfolgsgeschichte zur Zeit der Weimarer Republik unter den Nationalsozialisten nach 1933 zu einem Ausführungsorgan der rassenhygienischen Vernichtungsstrategie entwickelt. Damit war das im ÖGD verankerte gesamte bevölkerungsbezogene Denken nach 1945 in Westdeutschland diskreditiert. Deshalb und auch aufgrund der ideologischen Auseinandersetzungen mit dem auf kollektive Strukturen bauenden ostdeutschen Gesundheitswesen sowie den wirtschaftlichen Interessen der Kleinunternehmer Ärzte und Apotheken setzte sich in Westdeutschland ein fast ausschließlich auf Individualtherapie fußendes Gesundheitswesen durch. Bevölkerungsbezogene Sozialmedizin oder auf die Fähigkeiten eines Öffentlichen Gesundheitsdienstes setzende Gesundheitspolitik hatten so gut wie keine Chance mehr.

finanziell attraktive Angebote an Ärzt\*innen zu erreichen, sind bislang nur wenig erfolgreich oder drohen durch Mitnahmeeffekte zu verpuffen. Zudem wird damit die Ärztedominanz zementiert und eine Weiterentwicklung der gesundheitlichen Versorgung hin zur Primärversorgung behindert. Gesundheit ist aber durch weit mehr Faktoren determiniert als durch die Ansiedlung von Ärzt\*innen. Steuergelder, die den Kommunen zur Verfügung stehen, dürfen nicht dazu missbraucht werden, einer privilegierten Ärzteschicht weitere finanzielle Möglichkeiten zu verschaffen. Ziel muss es sein, die benachteiligten städtischen und ländlichen Gebiete so zu unterstützen, dass dort alle Menschen gut leben können, auch Ärztinnen und Ärzte. Steuergelder sollten vor allem dann zum Einsatz kommen, wenn Gesundheit, Umwelt und Soziales im Sinne von Primärversorgung, Prävention und Gesundheitsförderung gemeinsam gedacht und umgesetzt werden. Die bisherigen Finanzierungen stützen das arztzentrierte Gesundheitswesen und sind im Sinne einer Primärversorgung wenig zukunftsfähig.

Die in vielen Kommunen inzwischen existierenden Kommunalen Gesundheitskonferenzen sind wichtige Kommunikationsinstitutionen; sie haben als Steuerungsgremien aufgrund geringer finanzieller Ressourcen und Handlungskompetenzen bislang aber nur sehr eingeschränkte Wirkungen erzielen können.

Das Präventionsgesetz hat den Spielraum der Krankenkassen im Bereich der Prävention und Gesundheitsförderung erweitert. Gleichzeitig wurden Strukturen angelegt, die ein koordiniertes Handeln mit Ländern und Kommunen erfordern. Die Wirksamkeit dieser Vorgaben ist derzeit noch nicht eindeutig zu überblicken, jedoch lässt sich feststellen, dass Krankenkassen oftmals nicht gewillt sind, ihre finanziell begründete starke Position allein durch neue Strukturen mit anderen Playern, wie den Kommunen, zu teilen. Es bleibt zudem die grundsätzliche Frage, ob Krankenkassen für die Finanzierung von Prävention und Gesundheitsförderung im umfassenden Sinne der Ottawa-Charta überhaupt im bisherigen Ausmaß zuständig sein sollten.

## Forderungen

Neben der Forderung, Kommerzialisierung, Individualisierung und Privatisierung im Gesundheitswesen zurückzudrängen und stattdessen am Gemeinwohl orientiert zu sein, sind weitere Forderungen zu formulieren.

tierte Handlungsziele in den Vordergrund zu rücken, muss ein Ausbau der Primärversorgung im Mittelpunkt eines solidarischen Gesundheitswesens stehen.

Die derzeit existente Arztzentrierung im Gesundheitswesen muss überwunden werden. Die Erkenntnis, dass Gesundheit durch viele Determinanten beeinflusst wird und Krankheiten am besten durch interprofessionelles Handeln und gelingende Kommunikation erfolgreich behandelt werden können, erfordert in der Primärversorgung eine fundierte Analyse der vor Ort existierenden Verhältnisse (Gesundheitsberichterstattung), integrierendes Denken mit der Einbeziehung unterschiedlicher Kompetenzen und einer von allen Seiten anerkannten Moderation beim Aufbau und Ausbau der Primärversorgung. Außerdem müssen die betroffenen Erkrankten unterstützt und befähigt werden, mit ihren Erkrankungen umzugehen und ihre Gesundheit zu stärken (Bildung, Teilhabe, Partizipation, Mitwirkung, Entscheidungskompetenzen).

Eine Primärversorgung beinhaltet zudem die verstärkte Ausrichtung auf Prävention und Gesundheitsförderung, um belastende Verhältnisse zu entschärfen sowie die Voraussetzungen für gesundheitliches Verhalten zu verbessern. Ausgehend vom bio-psycho-sozialen Gesundheits- und Krankheitsbegriff sind in Einrichtungen einer Primärversorgung neben medizinischen Kompetenzen u. a. psychologische und soziale Kompetenzen einzubeziehen.

Die Kommunen haben bereits eine meist in den Gesundheitsämtern angesiedelte Gesundheitsberichterstattung, die teilweise gut, teilweise aber nur rudimentär ausgebaut ist. Die rechtlichen Grundlagen des ÖGD (insbesondere viele ÖGD-Gesetze der Bundesländer) übertragen den Gesundheitsämtern neben den klassischen Aufgaben zudem die Prävention und Gesundheitsförderung sowie zum Teil die Moderation von Prozessen zur Lösung gesundheitlicher Probleme (z. B. in Kommunalen Gesundheitskonferenzen).<sup>32</sup>

Da im Rahmen einer Primärversorgung nicht nur kurative, sondern auch präventive und gesundheitsfördernde sowie partizipative Elemente wesentlich sind, sollten bestehende und ausbaufähige kommunale Strukturen, insbesondere des

---

32 Die weiteren Potentiale des kommunalen Öffentlichen Gesundheitsdienst und der Gesundheitsämter werden in einem Beitrag der BZgA (2020) in einer guten Übersicht zusammengefasst: »Öffentlicher Gesundheitsdienst (ÖGD) und Gesundheitsförderung.« [www.leitbegriffe.bzga.de/alphabetisches-verzeichnis/oeffentlicher-gesundheitsdienst-oegd-und-gesundheitsfoerderung/](http://www.leitbegriffe.bzga.de/alphabetisches-verzeichnis/oeffentlicher-gesundheitsdienst-oegd-und-gesundheitsfoerderung/)

Öffentlichen Gesundheitsdienstes und der sozialen Daseinsvorsorge, einbezogen werden. Die in kommunaler Trägerschaft entstandenen MVZ oder lokalen Gesundheitszentren, die geförderten Polikliniken (siehe auch Kapitel 6) oder Gesundheitskioske sind erste Zeichen, dass Kommunen unter den drückenden Verhältnissen, in denen sie stecken, neue Wege (mit)gehen. Jetzt kommt es darauf an, mit diesen Einrichtungen oder kommunalen Polikliniken die Verknüpfung zur kommunalen Sozial-, Jugend- und Bildungsarbeit etc. zu intensivieren. Kommunen müssen zur Übernahme der neuen Aufgaben aber auch finanziell, rechtlich und personell ausgestattet werden.

Bei bestehenden Gremien der Länder zur vertragsärztlichen Versorgung (z. B. SGB V 90a Gremien und Landesausschüsse) müssen Eingaben von der kommunalen oder regionalen Ebene (z. B. von einzurichtenden regionalen Versorgungskonferenzen) zwingend berücksichtigt werden, insbesondere bei der Bedarfsplanung für Allgemeinärzt\*innen innerhalb der Primärversorgung. Für die in Zukunft durch die Kommunen ergänzten Gemeinsamen Landesgremien nach § 90a SGB V muss ein Mitbestimmungsrecht bei der Bedarfsplanung und bei der sektorenübergreifenden Versorgung eingeführt werden. Insofern ist die Mitwirkung der Kommunen an der Weiterentwicklung der gesundheitlichen Versorgung gesetzlich zu stärken. Es ist zudem zu prüfen, unter welchen Voraussetzungen der Sicherstellungsauftrag für die ambulante hausärztliche Versorgung den Kommunen übertragen werden kann – zumindest dort, wo die bisherigen Strukturen versagt haben und große Versorgungsunterschiede entstanden sind. Dabei muss allerdings sichergestellt sein, dass auf Landesebene immer dann für Ausgleich gesorgt wird, wenn Kommunen im Wettbewerb untereinander stehen und der Vorteil der einen Kommune zu Lasten der Bevölkerung der anderen Kommune(n) zu gehen droht.

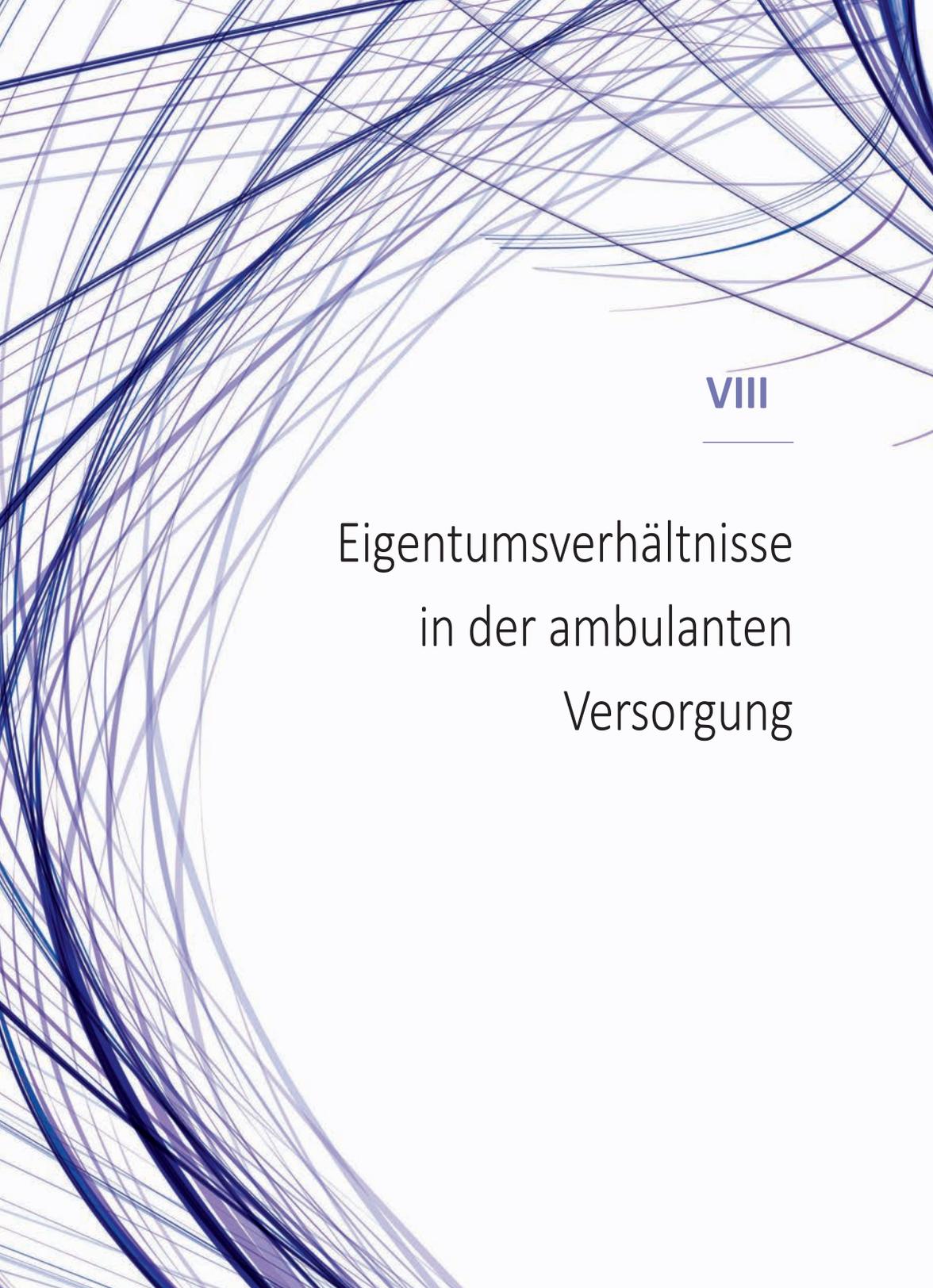
Der Öffentliche Gesundheitsdienst muss gestärkt werden, damit er seine Public-Health-Aufgaben insgesamt und in Verbindung mit der Primärversorgung besser bewältigen kann. Die Aufgaben des ÖGD in der Gesundheitsberichterstattung, bei Prävention und Gesundheitsförderung und der Koordination gesundheitsbezogener Analysen und Angebote in Verbindung mit anderen Ämtern und Einrichtungen der Kommunen müssen mit den Einrichtungen der Primärversorgung verbunden werden.<sup>33</sup>

---

33 Vgl. auch Eckpunkte einer Public-Health-Strategie für Deutschland, Zukunftsform Public

Um die Gesundheit der Bevölkerung insgesamt zu verbessern, muss in erster Linie mehr für die Gesundheit der Bevölkerung in sozial benachteiligten Gebieten und Stadtteilen/Quartieren getan werden. Dort lassen sich mit den eingesetzten Mitteln des Gesundheits- und Sozialwesens sowie von anderen Politikfeldern (Health in all Policies) die größten Gesundheitsgewinne erzielen. Dazu müssen alle Determinanten von Gesundheit berücksichtigt werden, wie Arbeit, Gesundheitsangebote, Verkehr, Umwelt, Bildung und soziale Fürsorge. Auf kommunaler Ebene ist ein solches integriertes Vorgehen am ehesten im Rahmen der Primärversorgung möglich. Deswegen ist zu fordern:

- Mehr finanzielle Möglichkeiten für die Kommunen zur Bewältigung der anstehenden gesundheitlichen, sozialen und ökologischen Aufgaben, vor allem für Kommunen mit strukturschwachen Gebieten. Dies kann auf unterschiedliche Art und Weise geschehen. Programme wie »Soziale Stadt«, »Gesundheitliche Chancengleichheit« oder »inform« und andere haben Möglichkeiten aufgezeigt, auch wenn weitere Verbesserungen dringend nötig sind.
- Sofortige Ermöglichung weiterer Projekte der Primärversorgung, damit eine am Gemeinwohl orientierte Versorgung und Gesundheitsförderung unter Einbeziehung bestehender kommunaler Einrichtungen und Verzahnung mit anderen Politikfeldern in den Kommunen erprobt und bei Erfolg verstetigt werden.
- Änderung der gesetzlichen Vorgaben, damit Kommunen mehr Mitspracherecht bei der Verteilung von Geldern für Prävention und Gesundheitsförderung sowie für die Steuerung und Koordinierung von ambulanten Gesundheitsdienstleistungsangeboten erhalten.
- Mehr Förderung von Kompetenzen in den Kommunen zur Bewältigung der Aufgaben und zur Stärkung des Bewusstseins für eine lokale Gesundheitspolitik, die andere Politikbereiche der Kommunen mit einbezieht.
- Effiziente und an Gesundheitsförderung und Gesundheitsversorgung für alle Menschen orientierte Landesaufsicht, um neue Ungleichheiten durch Wettbewerb der Kommunen untereinander zu verhindern.

The background of the page is a complex, abstract pattern of overlapping, curved lines in various shades of blue and purple. The lines are dense and create a sense of movement and depth, particularly on the left side where they form a large, sweeping arc.

VIII

---

Eigentumsverhältnisse  
in der ambulanten  
Versorgung

*Die Bismarck'sche Einführung von Krankenversicherungen brachte die davor rein privat tätigen Ärzt\*innen in die Situation, weite Teile der Bevölkerung ambulant versorgen zu können. Die damit einhergehenden Auseinandersetzungen mit den Krankenkassen drehten sich damals und drehen sich auch heute in immer neuen Varianten um die Frage des freiberuflichen Unternehmertums der Arztpraxen gegen den Auftrag im Rahmen einer bedarfsgerechten medizinischen Daseinsfürsorge. Unterschiedliche Entwicklungen in den beiden deutschen Staaten wurden zugunsten des »westlichen« Modells beendet. Aktuelle Entwicklungen auf dem »Marktplatz« MVZ durch Private-Equity-Fonds sind die Zuspitzung der gewinnorientierten Ausrichtung der ambulanten ärztlichen Versorgung.*

## **Wie alles anfing: von der Bismarck'schen Krankenversicherung bis zu den ersten Ärzt\*innen in Zulassungsausschüssen**

In der ersten Hälfte des 19. Jahrhunderts entstand in Deutschland mit dem Erstarren der kapitalistischen Produktionsweise und dem daraus resultierenden Niedergang des Feudalismus die gesellschaftliche und politische Notwendigkeit, soziale Unterstützungseinrichtungen neu zu organisieren. Nachdem mit der in Deutschland spät einsetzenden Industrialisierung das Massenelend des Proletariats in den letzten Jahrzehnten dieses Jahrhunderts immer drückender wurde, wandte sich Reichskanzler Bismarck Fragen der sozialen Daseinsvorsorge zu, nicht zuletzt, um die Unterdrückung der Arbeiterbewegung durch die Sozialistengesetze mit einem Integrationsangebot zu flankieren und die selbstorganisierten Hilfskassen sozialistischer Organisationen durch ein staatlich kontrolliertes System zu ersetzen. In mehreren Gesetzen wurden ab 1883 unter Reichskanzler Bismarck, der sich bisher vehement gegen eine Arbeiterschutzgesetzgebung gewehrt hatte, auf Basis bereits vorhandener Strukturen die Grundzüge einer gesetzlichen Krankenversicherung geschaffen, wie wir sie heute kennen. Sie ist gekennzeichnet durch Pflichtversicherung der Beschäftigten bis zu einer bestimmten Einkommenshöhe, das Solidarprinzip (jeder hat denselben Leistungsanspruch unabhängig von den geleisteten Einzahlungen), Selbstverwaltung und das Sachleistungsprinzip (die

Krankenkassen rechnen direkt mit den Leistungserbringern ab). Zunächst war nur ein kleiner Teil der Bevölkerung gesetzlich krankenversichert. Durch Einbeziehung weiterer Bevölkerungsgruppen in die Pflichtversicherung wurde dieser Anteil über Jahrzehnte kontinuierlich gesteigert und in den siebziger Jahren des 20. Jahrhunderts mit der studentischen Pflichtversicherung weitgehend abgeschlossen. Damit sind etwa 90 % der Bevölkerung Deutschlands Mitglied in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV).

Ärzte – es waren ausschließlich Ärzte – arbeiteten im 19. Jahrhundert in eigenen Praxen mit Privatliquidation und übernahmen zuweilen (schlecht bezahlte) Konsiliardienste in Hospizen und Krankenhäusern. War das Interesse der Ärzteschaft an den Krankenkassen zunächst gering, sollte sich dies mit der wachsenden ökonomischen Potenz der Kassen und der Zunahme der von ihnen bezahlten ärztlichen Leistungen rasch ändern. Innerhalb weniger Jahre wurden die Kassenpatient\*innen zur Haupteinnahmequelle der Ärzte. Die zunehmende Nachfrage ärztlicher Leistungen als Folge der Sozialpolitik und der erfahrbaren Erfolge des medizinischen Fortschritts bedingten ein sprunghaftes Ansteigen des Ansehens der Ärzte sowie der Arztzahlen um die Jahrhundertwende. Diese Ärzte trafen auf weiter erstarkende Krankenkassen, die seit 1892 durch von ihnen gewährte Einzelzulassungen festlegen konnten, welche Ärzte als Angestellte oder als Freiberufler in bestimmten Versorgungsbereichen für ihre Mitglieder tätig sein konnten. Diese Monopolstellung der Krankenkassen beförderte auf der anderen Seite die Organisierung der in selbständigen Praxen niedergelassenen Ärzteschaft in dem 1900 in Leipzig gegründeten »Verband der Ärzte Deutschlands zur Wahrung ihrer wirtschaftlichen Interessen« (auch Leipziger Verband genannt; später nach dem Tod des Gründers Hartmann in Hartmannbund umbenannt). In der Folgezeit kam es auf regionaler Ebene zu heftigen Auseinandersetzungen zwischen dem Leipziger Verband und den Krankenkassen. Zentrale Forderung des Leipziger Verbandes war die Sicherung der freiberuflichen Tätigkeit der Ärzteschaft in eigener Praxis.

Die Auseinandersetzungen zwischen Krankenkassen und Leipziger Verband eskalierten 1913 mit der einseitigen Kündigung zahlreicher Kassenzulassungen durch niedergelassene Ärzte mit dem Ziel, Einfluss auf die Kassenzulassung zu bekommen. Unter Vermittlung der Reichsregierung wurde im Dezember 1913 das Berliner Abkommen zwischen Kassen und Ärzten ausgehandelt, das erstmals eine gleichberechtigte Mitwirkung der Kassenärzte in Zulassungsausschüssen vor-

sah. Einzelverträge von Kassenärzten bedurften der Zustimmung des Zulassungsausschusses. Zudem bestimmte er die Verhältniszahlen Arzt zu Patient\*innen im Rahmen der Bedarfsplanung.

## **Kassenambulatorien als Streikabwehr, erste Kollektivverträge und Entstehung der Kassenärztlichen Vereinigungen (KV) in der Weltwirtschaftskrise**

Die Auseinandersetzungen zwischen Kassen und niedergelassener Ärzteschaft spitzten sich 1923 erneut zu, als das auf zehn Jahre befristete Berliner Abkommen auslief. Auf dem Verordnungsweg wurde den Ärzten auferlegt, die prekäre wirtschaftliche Situation der Krankenkassen, die in der Wirtschaftskrise um ihre Handlungsfähigkeit kämpften, zu berücksichtigen. Dies wiederum löste einen Streik der sehr gut organisierten niedergelassenen Ärzte aus, der vom November 1923 bis Januar 1924 dauerte. Kassenpatient\*innen wurden nur noch gegen Barzahlung behandelt. Um eine medizinische Grundversorgung aufrechtzuerhalten, richteten die Krankenkassen Ambulatorien mit angestellten Ärzten ein.<sup>34</sup>

Die Ambulatorien stellten ein Gegenmodell zur privatwirtschaftlichen Einzelpraxis mit großer Ausstrahlungskraft. Von den einflussreichen ständischen Ideologen der Freiberuflichkeit wurden und werden bis heute Konzepte integrierter kollektiver Gesundheitsfürsorge als Kassen- oder Staatsmedizin denunziert. Im Ergebnis der Auseinandersetzungen 1923/24 zwischen Kassen und Ärzten wurde der »Reichsausschuss für Ärzte Krankenkassen« geschaffen, der jetzt Kollektivverträge zwischen den beiden Vertragspartnern aushandelte. Die Ärzte wurden dabei vom Hartmannbund vertreten. Dennoch gingen die Auseinandersetzungen in den folgenden Jahren weiter und verschärften sich mit Einsetzen der Weltwirtschaftskrise. Der Staat reagierte in dieser Situation mit Notverordnungen. In deren Rahmen wurden 1931 die KVen als Körperschaft des öffentlichen Rechts mit einer

---

34 Siehe dazu ausführlich: Hansen, Eckhard et al: Seit über einem Jahrhundert...: Verschüttete Alternativen in der Sozialpolitik, Köln 1981

Pflichtmitgliedschaft für alle Kassenärzte geschaffen, die weiterhin in ihren Einzelpraxen tätig waren. Die Vorstände der KVen wurden durch den Hartmannbund bestimmt. In der Fortentwicklung der Kollektivverträge zahlten die Krankenkassen pauschal Honorare an die KVen, die ihrerseits eine wirtschaftliche kassenärztliche Behandlung gewährleisten sollten. Damit wurde die Selbstverwaltung der Krankenkassen auf lokaler Ebene unterlaufen, da die Verhandlungen im Wesentlichen von den Spitzenverbänden geführt wurden. Das Zulassungsverfahren für Kassenarztsitze ging weitgehend auf die KVen über.<sup>35</sup> Durch diese Notverordnung wurde die Position der niedergelassenen Ärzteschaft entscheidend gestärkt.

## **Die Selbstverwaltung: im Nationalsozialismus zerschlagen – unterschiedliche Entwicklungen in BRD und DDR nach 1945**

Seit Gründung der GKV war die ambulante medizinische Versorgung ein Kampffeld, auf dem ein zähes Ringen zwischen ständisch-ökonomischen Ärzteinteressen und Vorstellungen einer kollektiven Krankenversorgung stattfand. Dieser Prozess wurde durch die Machtübernahme des Faschismus zunächst entschieden. Bereits zu Beginn der NS-Zeit wurde die Selbstverwaltung der Krankenkassen aufgehoben, die kasseneigenen Versorgungsstrukturen (Ambulatorien, Röntgenzentren, Apotheken) aufgelöst und Kommunisten, Sozialdemokraten und Gewerkschafter, viele von ihnen Juden, durch NSDAP-Anhänger ersetzt.

Nach der Niederlage des Faschismus war die Ärzteschaft durch die vom alliierten Kontrollrat betriebene Zerschlagung der Reichsärztekammer und der Kassenärztlichen Vereinigung Deutschlands, die beide vom NS-Regime etabliert worden waren, zunächst geschwächt. Allerdings gelang es ihr relativ rasch, ihre Strukturen wieder zu reorganisieren. Ein entscheidender Durchbruch gelang den niedergelassenen Ärzten mit dem Kassenarztrecht von 1955, das die ambulante Versorgung nahezu vollständig durch niedergelassene Ärzte in eigenen Praxen vorsah und den

---

35 Tennstedt, Florian: Sozialgeschichte der Sozialversicherung in: Blohmke, Maria (u. a.) Hrsg.: Handbuch der Sozialmedizin in 3 Bd., Stuttgart 1976, S. 402

entsprechenden Sicherstellungsauftrag den KVen übertrug. Kasseneigene Strukturen wurden nicht zugelassen. Krankenhausambulanzen blieben eine Ausnahme. Im Gegenzug verzichteten die Niedergelassenen auf das »Streikrecht«.<sup>36</sup> Damit war eine strikte Trennung von ambulanter und stationärer Versorgung, sowie im ambulanten Bereich eine Versorgungsstruktur, die auf Einzelpraxen aufbaut, bis in das 21. Jahrhundert determiniert. Das Leitbild der niedergelassenen Ärzteschaft war der als Kleinunternehmer tätige Freiberufler, der möglichst unabhängig agieren sollte.

Eine Minderheit der Ärzt\*innen sah diese Strukturen zunehmend kritischer und versuchte in den 1970er und 80er Jahren neue Versorgungsformen, die insbesondere eine Stärkung der Interprofessionalität und einen Abbau der Ärzt\*innendominanz bewirken sollten, aufzubauen. Diese Gruppenpraxen scheiterten vornehmlich an gesetzlichen Regelungen und Vorgaben der KVen.

Der entschiedene Widerstand der KVen gegen neue Kooperationsformen ging so weit, dass sie selbst die Etablierung von Gemeinschaftspraxen zu verhindern suchten. Unverdrossen wurde das Bild des Arztes als Einzelunternehmer aufrechterhalten. In diesem Punkt scheiterten sie allerdings in den folgenden Jahren an den medizinisch-technischen Entwicklungen. Die zunehmende Technisierung der Medizin und in späteren Zeiten auch der Kostendruck zwangen die Ärzt\*innen dazu, Kooperationsformen jenseits der Einzelpraxis zu entwickeln. Im Gegensatz zu den Gruppenpraxen orientierten sich diese Kooperationen ausschließlich an ökonomischen Vorgaben und beabsichtigten in der Regel keine andere inhaltliche Ausrichtung der ärztlichen Tätigkeit.

Einzelpraxen sind weiterhin die vorherrschende Versorgungsform. Nominell nahm die Zahl der in Einzelpraxen Tätigen in den letzten Jahren zu, während ihr relativer Anteil an allen im ambulanten Sektor arbeitenden Ärzt\*innen auf 62,9% (Stand: 31.12.2021, Zahlen aus dem Bundesarztregister nach Angaben der KBV) sank. Es ist ein Anachronismus, dass im 21. Jahrhundert die Mehrzahl der Ärzt\*innen noch immer in Einzelpraxen arbeitet. Ärztliche Tätigkeit bedarf des permanenten Austausches, der gegenseitigen Korrektur und Anregung. Auch unter betriebswirtschaftlichen Gesichtspunkten erscheinen Kooperationen häufig sinnvoll.

---

36 Gerst, Thomas: 50 Jahre Kassenarztrecht:«...dass wir allen Grund haben, uns zu freuen«, in: Deutsches Ärzteblatt, Jg. 102, Heft 26, 2005

Die DDR war einen anderen Weg in der Gesundheitspolitik gegangen. Mit dem Befehl der Sowjetischen Militäradministration vom 11. Dezember 1947 waren Polikliniken zusammen mit Betriebs- und Landambulatorien als Grundpfeiler der medizinischen Versorgung vorgesehen, die eine einheitliche Versorgung gewährleisten sollten. Die Mindestausstattung einer Poliklinik sah Abteilungen für Allgemeinmedizin, Innere Medizin, Chirurgie, Gynäkologie/Geburtshilfe, Pädiatrie und Zahnheilkunde sowie Physiotherapie, Labor und Röntgeneinheit vor. Neben den Polikliniken und Ambulatorien gab es andere ambulante Versorgungsstrukturen wie staatliche Zahnarzt- und Arztpraxen, als Auslaufmodell Ärzt\*innen und Zahnärzt\*innen in eigener Niederlassung sowie Gemeindeschwesterstationen.<sup>37</sup>

## Die Entwicklung nach der Vereinigung 1990: Polikliniken verschwinden, MVZ kommen

Im Prozess der Vereinigung konnten sich nochmals ständische Vorstellungen gegen demokratisch geplante und an den Interessen der Bevölkerung orientierte Versorgungsstrukturen durchsetzen. Im Einigungsvertrag zwischen der Bundesrepublik und der DDR wurde 1990 dann auch im § 22.2 die privatwirtschaftliche Umgestaltung des Gesundheitswesens der DDR festgelegt. »Neben der vorläufigen Fortführung der derzeitigen Versorgungsstrukturen (...) wird die DDR schrittweise eine Veränderung in Richtung des Versorgungsangebotes der Bundesrepublik Deutschland mit privaten Leistungserbringern vornehmen.« Polikliniken und Ambulatorien verloren bis 1995 ihre Zulassung.

Der Druck, neue Versorgungsstrukturen und Kooperationsformen zu ermöglichen, war allerdings im folgenden Jahrzehnt von unterschiedlicher Seite so groß, dass im GKV-Modernisierungsgesetz (GMG) von 2004 zwar keine Polikliniken wiedereingeführt, aber Medizinische Versorgungszentren (MVZ) mit angestellten Ärzt\*innen als Element der ambulanten Regelversorgung ermöglicht wurden. Zunehmend sehen junge Ärzt\*innen eine Perspektive darin, angestellt in der ambulanten Versorgung zu arbeiten.

---

37 K. Winter: Das Gesundheitswesen in der Deutschen Demokratischen Republik, Berlin 1980

MVZ können aktuell nach § 95 SGB V von zugelassenen Ärzt\*innen und Krankenhäusern, anerkannten Praxisnetzen, gemeinnützigen Trägern, die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, von Erbringern nichtärztlicher Dialyseleistungen und von Kommunen betrieben werden.<sup>38</sup> Ärzt\*innen können im MVZ als Niedergelassene oder Angestellte arbeiten. MVZ arbeiten fachübergreifend mit ärztlicher Leitung; falls mehrere Berufsgruppen zusammenarbeiten, unter kooperativer Leitung. Die Novelle des GKV-Versorgungsstärkungsgesetzes im Jahr 2015 eröffnete die Möglichkeit, fachgruppengleiche MVZ zu gründen.

Die MVZ boten in der Anfangsphase insbesondere für Gemeinschaftspraxen in kapitalintensiven technisierten Segmenten (Radiologie, Labormedizin etc.) eine Möglichkeit der effektiveren Organisationsform und förderten den Konzentrationsprozess in diesen Bereichen. Von der ursprünglichen Intention des Gesetzgebers, intersektorale und überprofessionelle Integration und Kooperation zu fördern, blieb wenig übrig.

In einem Umfeld, das von einem Privatisierungsschub im stationären Sektor und von einer Ökonomisierung des gesamten Gesundheitswesens geprägt war, kamen die ökonomischen Vorteile, die MVZ für private Investoren bieten, anfangs zögerlich, aber im weiteren Verlauf mit zunehmender Bedeutung zum Tragen. Mit dem Neuordnungsgesetz zur Krankenhausfinanzierung war es 1984 Krankenhäusern der Akutversorgung erstmals ermöglicht worden, Gewinne zu erwirtschaften. Krankenhäuser wurden zu einem profitablen Wirtschaftssektor und zu lukrativen Anlageobjekten für vagabundierendes Kapital. Seit Mitte der 1980er Jahre wurden vornehmlich kommunale Krankenhäuser privatisiert und von profitorientierten Krankenhausketten wie Fresenius, Helios, Asklepios, Sana oder Rhön-Klinikum AG, die in der Regel jährlich zweistellige Renditen ausschütten, übernommen. Diesen Krankenhausketten wurde über den Betrieb von MVZ erstmals der Einstieg in die ambulante Versorgung ermöglicht. Neben der Teilnahme an der ambulanten Versorgung fungieren die Krankenhaus-MVZ auch als Portalpraxen, die Einweisungen mit gewinnversprechenden Diagnosen in die dazugehörigen Krankenhäuser generieren. Die Pläne von Gesundheitskonzernen wie Fresenius Helios, Asklepios und Rhön-Klinikum AG gehen weit darüber hinaus.

---

<sup>38</sup> Ursprünglich konnten auch Apotheken, Vorsorge- und Rehaeinrichtungen sowie Pflegedienste MVZs gründen.

Sie arbeiten an sektorenübergreifenden integrativen Versorgungskonzepten, die auch Präventions- und Nachsorgeeinrichtungen umfassen. Asklepios will sich als »integrierter Gesundheitskonzern« aufstellen. Die Rhön-Klinikum AG proklamiert ein Rhön Campus Konzept, das die »kooperative, ganzheitliche Versorgung des Patienten verfolgt«. Der Sana-Konzern will die Trennung von »drinnen und draußen« aufweichen.<sup>39</sup> Damit werden lang erhobene berechnete Forderungen nach einem integrativen, sektorenübergreifenden Gesundheitswesen aufgegriffen und entlang einer Achse der Gewinnmaximierung ausgerichtet. Versorgungsleistungen, die keine ausreichenden Gewinne versprechen, werden entsprechend vernachlässigt. In einigen Städten und Regionen haben die Konzerne in der Gestaltung des Gesundheitswesens bereits erheblichen Einfluss.

## Die neue Qualität der Kommerzialisierung: Private Equity Fonds in der ambulanten Versorgung

Ein weiterer Kapitalisierungsschub in der ambulanten Versorgung geht von *Private Equity Fonds (PEF)* aus. Dabei handelt es sich um Finanzinvestoren, die in Fonds Gelder sammeln, um Unternehmen aufzukaufen und diese unter Ausnutzung von Skaleneffekten (z. B. gemeinsamer Einkauf, Vermarktung, IT-Nutzung) und Synergien auf Plattformen bündeln, um sie nach relativ kurzer Zeit (im Gesundheitswesen nach ca. vier Jahren) wieder zu verkaufen. Der Gewinn wird vorwiegend aus der Differenz zwischen Kauf- und Verkaufspreis und weniger aus den laufenden Erträgen generiert. Bei den Käufern der Fondsanteile handelt es sich meist um institutionelle Anleger (Pensionsfonds wie Versorgungswerke, Staatsfonds, Versicherungen, Banken). In einer Phase der Niedrigzinspolitik hoffen sie so, eine überdurchschnittliche Rendite zu erzielen. Wegen der großen Nachfrage nach Fondsanteilen ist das Fondsmanagement auf ständiger Suche nach Anlageoptionen. Dabei werden auch kleinere Unternehmen wie Arztpraxen und MVZ zunehmend interessanter. Diese werden nach dem Aufkauf in größere Ketten mit z. T. zahlreichen Standorten zusammengefasst. Der Öffentlichkeit bleiben

---

<sup>39</sup> Krankenhaus statt Fabrik: Das Fallpauschalensystem und die Ökonomisierung der Krankenhäuser; 5., komplett überarbeitete Auflage 2020, S. 110ff.

die Eigentumsstrukturen der Praxis- und MVZ-Ketten in der Regel verborgen. Im Gegensatz zu Gesundheitskonzernen, die gesamte Versorgungsstrukturen nach ihren Vorstellungen gestalten wollen, picken sich PEF einzelne Segmente (z. B. Radiologische MVZ, Augenarzt- oder Zahnarztpraxen, Pflegeeinrichtungen) heraus und unterwerfen sie ihrem Programm der Gewinnoptimierung.<sup>40</sup>

Die ambulante ärztliche Versorgung, sei es in Form von Einzelpraxen, Gemeinschaftspraxen, Praxisverbänden oder MVZ, ist in aller Regel privatrechtlich organisiert und gewinnorientiert. Die Orientierung an möglichst hoher Rendite wird heute von Gesundheitskonzernen und insbesondere Private Equity Fonds auf die Spitze getrieben. Das widerspricht der eigentlichen Aufgabe, gemeinnützig im Sinne der Versicherten deren gesundheitliche Versorgung zu gewährleisten. Anstatt dass Gewinne aus den Solidarbeiträgen der Krankenversicherten in private Taschen fließen, sollten mehr Versorgungsstrukturen in gemeinnütziger Trägerschaft eingerichtet werden. In Frage kämen gemeinnützige Gesellschaften, Genossenschaften sowie Kommunen. Letztere können bereits heute MVZ gründen.

In der Weimarer Republik waren Krankenversicherungen Träger von Versorgungsstrukturen und beteiligten sich somit an der Versorgung der Solidargemeinschaft. In Zeiten, in denen Krankenversicherungen nach dem Vorbild privater Versicherungskonzerne umstrukturiert werden, stehen wir der Forderung, dass sie zukünftig wieder Versorgungseinrichtungen unterhalten sollen, eher skeptisch gegenüber.

Darüberhinausgehend arbeiten bereits heute einige wenige Gruppen vorwiegend junger Ärzt\*innen daran, den Gedanken der Gruppenpraxen wieder aufzunehmen und unter den gewandelten Bedingungen neue solidarische Formen von interprofessionellen kooperativen Versorgungsstrukturen zu entwickeln und zu praktizieren. Dabei werden in der Konzeption soziale Determinanten von Gesundheit wie ungleiche Einkommen, Rassismus, Wohn- und Umweltbedingungen mitgedacht und auf Stadtteilebene angegangen.<sup>41</sup>

---

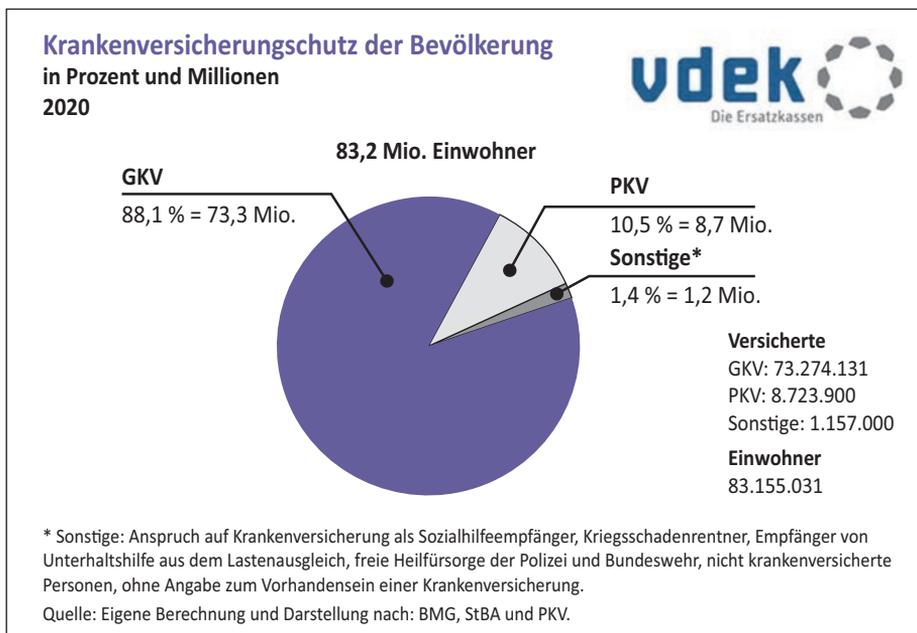
40 Bobsin, Rainer: MVZ – Spielwiesen der Kapitalverwertung; in Gesundheit braucht Politik 4/2018, S. 8ff sowie in Kapitel 11 dieser Broschüre.

41 Siehe auch [www.poliklinik1.org](http://www.poliklinik1.org) und [www.geko-berlin.de](http://www.geko-berlin.de)

Zur Kritik der  
Bedarfsplanung in der  
ambulanten Versorgung –  
welche Perspektiven  
sehen wir?

Die starre sektorale Trennung im deutschen Gesundheitswesen nach ambulanter und stationärer Versorgung setzt sich in der Bedarfsplanung fort. Für den stationären Bereich sind die Landesregierungen zuständig, während die Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) die Sicherstellung im ambulanten Sektor übertragen bekommen haben. Letztere haben sich wiederum an die Vorgaben des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) zu halten (siehe unten).

Die momentan praktizierte Bedarfsplanung im ambulanten Sektor soll eine bedarfsgerechte Versorgung der GKV-Versicherten gewährleisten. Privatversicherte (i. S. einer Vollversicherung) einerseits und Nichtversicherte andererseits werden bei diesen Planungen bisher nicht berücksichtigt. Die im Wesentlichen von dem GKV-System unterhaltenen Versorgungsstrukturen können – häufig sogar privilegiert – von Privatversicherten genutzt werden. Umgekehrt behandeln Privatärzt\*innen, die sich je nach Belieben niederlassen können, GKV-Versicherte nur gegen Selbstzahlung. Insbesondere in manchen Facharztgruppen werden durch ausschließlich privat tätige Ärzt\*innen professionelle Ressourcen für eine adäquate Versorgung der Gesamtbevölkerung entzogen.



Diesem Widerspruch könnte mit einer Bürgerversicherung, in die momentan Privatversicherte integriert werden, begegnet werden. Menschen ohne jede Krankenversicherung können aktuell nur in einigen wenigen Bundesländern an der GKV-Regelversorgung teilhaben. Sie sind häufig auf karitative oder solidarische Unterstützungsstrukturen angewiesen. Diese stehen außerhalb jeglicher Planung. Hier ist die Integration aller in Deutschland Lebenden in die Regelversorgung (z. B. durch anonyme Krankenscheine) und damit die Einbeziehung dieser Gruppen auch in die Bedarfsplanung zu fordern. Durch Bürgerversicherung und Teilnahme aller an der Regelversorgung könnten Voraussetzungen geschaffen werden, um erstmals eine medizinische Bedarfs- und Versorgungsplanung für die gesamte Bevölkerung zu ermöglichen.

Ziel der Bedarfsplanung ist die Bereitstellung einer Gesundheitsversorgung, die nach möglichst objektiven Kriterien den Bedarf einer Bevölkerung befriedigt. Die Bedarfsermittlung selbst ist ein ungemein dynamischer Prozess, der bei ständig wechselnder Zusammensetzung der Bevölkerung, bei neuen Vorgaben des medizinischen Fortschrittes und sozialwissenschaftlicher Erkenntnisse sowie zahlreichen anderen Gründen nie abgeschlossen und nicht vollkommen exakt beschrieben werden kann. Es können trotz dieser methodischen Unschärfe dennoch Kriterien benannt werden, die den Prozess tendenziell beschreiben und entsprechend eine Identifikation von Unter-, Über- und Fehlversorgung zulassen.

Weiterhin ist gesellschaftlich akzeptiert, dass sich eine bedarfsgerechte Versorgung an dem Schweregrad einer Erkrankung orientieren und nicht von Faktoren wie Bildung, Einkommen, Wohnort, Herkunft, Geschlecht etc. abhängen sollte. Dies bedeutet im Umkehrschluss auch, dass diese sozialen Ungleichheiten berücksichtigt und – so weit das vom Gesundheitswesen geleistet werden kann – ausgeglichen werden müssten (siehe unten).

## Bedarfsplanung durch den G-BA

Das zentrale Steuerungsinstrument der bisherigen historisch gewachsenen Bedarfsplanung ist die Verhältniszahl zwischen Ärzt\*innen und Patient\*innen. Auf dieser Grundlage können die KVen Arztsitze vergeben. Die entsprechenden Zu-

lassungsausschüsse sind paritätisch von Vertreter\*innen der KVen und der gesetzlichen Krankenkassen besetzt. Andere Leistungsanbieter in der ambulanten Versorgung wie Apotheken, Pflegedienste oder Physio- und Ergotherapeut\*innen unterliegen keiner Planung, sondern gehorchen der unsichtbaren Hand des Marktes. Dieses Vorgehen ist vollkommen uneinsichtig und begünstigt erfahrungsgemäß strukturell bereits gut versorgte Regionen und Städte.

Es geht natürlich auch anders. In anderen europäischen Staaten sind in die Planungen nicht-ärztliche Berufsgruppen wie Physiotherapeut\*innen oder ambulante Pflegedienste einbezogen (z. B. Belgien) oder die Planungen erfolgen weitgehend unabhängig von Berufsgruppen mittels regionaler Budgets (z. B. Dänemark).

In den 80er und 90er Jahren des vergangenen Jahrhunderts gab es mit dem Voranschreiten des Neoliberalismus auch in Deutschland eine deutliche Tendenz zur Neuaufteilung der Reproduktionskosten zu Lasten der Lohnabhängigen. Im Gesundheitswesen wurde diese unter den Stichworten »Kostenexplosion«, »zu hohe Lohnnebenkosten«, »Standort Deutschland in Gefahr« geführt. Mit dem Gesundheitsstrukturgesetz (GSG) von 1993 wurden als ein Resultat der politischen Debatten als Vorgabe für die Zulassungsausschüsse der KVen die Verhältniszahlen bei ärztlichen Niederlassungen in einer pragmatischen Willkür auf dem Stand vom 31. Dezember 1990 festgeschrieben. Willkürlich war dies insofern, als damit keinerlei qualitative Vorgaben der Versorgung verbunden waren. Diese Verhältniszahlen orientierten sich an der Bevölkerungsdichte eines Planungsbezirkes. Mit dieser Festlegung wurden auch Ungleichheiten in der Versorgung zementiert, die aus der seit 1960 bestehenden weitgehenden Niederlassungsfreiheit der Ärzt\*innen resultierte. Die Unterschiede in der Versorgungsdichte waren mit der Bevorzugung von attraktiven Innenstadtlagen durch die Niedergelassenen besonders augenfällig. Es folgten in den Jahren nach 1993 lediglich die Fortschreibungen dieser festgelegten Verhältniszahlen, ohne neue qualitative Anforderungen des Gesundheitswesens zu berücksichtigen. Eine prospektive langfristige Planung mit Berücksichtigung von demografischen Faktoren und Morbiditätsindikatoren gab und gibt es nicht. Bereits bestehende Disparitäten der Versorgung wurden in keiner Weise ausgeglichen. Planungstechnisch wurden die Regionen unterschieden nach Regionen mit einer hohen Verdichtung, solchen mit Ansätzen zu einer Verdichtung und nach ländlichen Gebieten. Das Ruhrgebiet erhielt einen Sondersta-

tus. Damit übernahm man Vorgaben aus der allgemeinen Raumordnungspolitik, die nur beschränkt der Planung im Gesundheitswesen gerecht wird. Insbesondere bleibt die unterschiedliche Verteilung der Niedergelassenen innerhalb eines Landkreises oder einer Stadt unberücksichtigt. Zudem zeichnete sich insbesondere in den Stadtzentren eine Überversorgung mit bestimmten Facharztgruppen ab.

Folgen dieser auf die Angebotsseite ausgerichteten Bedarfsplanung sind u. a. eine starke regionale Ungleichverteilung von Arztsitzen aufgrund einer großräumigen Planungsgrundlage, eine auch in kleineren Gebieten stark ausgeprägte Ungleichverteilung anhand soziodemografischer Charakteristika der Einzugsbevölkerung, ein unkoordiniertes Nebeneinander der Planung für die gleichen Fachspezialistengruppen im ambulanten und stationären Sektor, eine Konzentrierung auf lukrativere Subspezialisierungen innerhalb einer gemeinsam geplanten übergeordneten Fachgruppe wie z. B. der Inneren Medizin oder schließlich das völlige Fehlen einer wissenschaftlichen Basierung des Versorgungsbedarfs der Bevölkerung und der korrespondierenden Arztsitze. Vollkommen ausgeblendet wurde bisher die Bedarfsplanung für nichtärztliche Professionen.

Als Resultat der politischen Diskussion dieser Fehlentwicklungen beauftragte der Gesetzgeber den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA), ab dem 1. Januar 2004 neue Bedarfsplanungs-Richtlinien zu erstellen. Im G-BA vertreten sind der GKV-Spitzenverband auf der einen Seite und als Vertreter der Leistungserbringer die Deutsche Krankenhausgesellschaft, die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) und die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung sowie als nicht stimmberechtigte Mitglieder Patientenvertreter\*innen. Die Umsetzung der Bedarfsplanungsrichtlinie wurde formal den Landesausschüssen der Ärzte und Krankenkassen zugewiesen, de facto liegt sie bei den KVen, da diese den Sicherstellungsauftrag (§73 SGB V) haben und auch über die entsprechenden Disziplinierungsinstrumente verfügen.

Nach den Vorgaben des GKV-Versorgungsstrukturgesetzes von 2011 nahm der G-BA zum 1. Januar 2013 eine Flexibilisierung der Bedarfsplanung der KV-Sitze vor. Es erfolgte zum einen eine weitergehende Spezifizierung der Arztgruppen in vier Versorgungsebenen (hausärztliche Versorgung, allgemein fachärztliche Versorgung, spezialisierte fachärztliche Versorgung und gesonderte fachärztliche Versorgung). Allen Arztgruppen wurden unterschiedliche regionale Planungsstrukturen zugewiesen. So wurde die hausärztliche Versorgung vergleichsweise

kleinräumig in 883 Planungsbereiche (sog. Mittelbereiche) aufgeteilt, während die spezialisierte fachärztliche Versorgung in 96 Regionen aufgeteilt wurde. Damit versuchte man der unterschiedlichen Bedeutung der Erreichbarkeit der verschiedenen Arztgruppen gerecht zu werden. Zudem wurde ein Demografiefaktor einberechnet und die Möglichkeit zur Berücksichtigung regionaler Besonderheiten gegeben, ohne dass diese ausdrücklich benannt wurden.

Das Versorgungsstärkungsgesetz von 2015 ermöglicht in Planungsbereichen mit einem Versorgungsgrad von über 140% einen frei werdenden Arztsitz nicht neu zu besetzen. In unterversorgten Gebieten wiederum können sich auch Krankenhäuser an der ambulanten Versorgung beteiligen.

## Kriterien für eine neue Bedarfsplanung

Es ist offensichtlich, dass die ausschließlich arztzentrierte Planung den aktuellen Versorgungsbedürfnissen der Patient\*innen nicht gerecht wird. Entsprechend wurden auch die Bedarfsplanungs-Richtlinien des G-BA 2019 auf der Grundlage des 2018 veröffentlichten »Gutachten zur Weiterentwicklung der Bedarfsplanung« modifiziert und im Hinblick auf Morbidität, Alter und Erreichbarkeit der Praxen adjustiert. Zudem wurde versucht, regionale Mitversorgereffekte besser zu berücksichtigen. Eine grundlegende Änderung wurde allerdings nicht angestrebt. In der gesundheitspolitischen Diskussion tauchen zahlreiche Vorschläge auf, diese Konzepte weiter zu optimieren. Eine wichtige Forderung ist dabei eine noch kleinräumigere Planung, um unterversorgte Gebiete besser identifizieren zu können. Auch wurde empfohlen, die Verlegung von Arztsitzen aus unterversorgten Stadtteilen in besserversorgte zu unterbinden.

Bereits heute ist die soziale Lage bei der Bedarfsplanung zu berücksichtigen (§ 99 SGB V). Allerdings bleibt weitgehend unklar, wie dies erfolgen soll.

Erfahrungen aus Berlin zeigen Möglichkeiten einer sozialindikativen Regionalplanung auf. Umzüge von Haus- und Kinderarztpraxen wurden nur dann zugelassen, wenn diese von einem höher versorgten Bezirk in einen geringer versorgten erfolgte. Dabei erhielten Bezirke mit einer ungünstigen Sozialstruktur einen Zuschlag für die haus- und kinderärztliche Versorgung zugesprochen. Zur Darstellung der Sozialstruktur der einzelnen Bezirke wurden 66 Indikatoren bestimmt (Ein-

kommen, Arbeitslosigkeit, Bezieher von Transferleistungen, Anteil der einfachen Wohnlagen, Bildung, Prävalenz der Tb-Erkrankten etc.) und gewichtet. Mit diesem Instrumentarium gelang es auch, die durchschnittliche Differenz im Versorgungsgrad zwischen den besser und schlechter versorgten Bezirken innerhalb von fünf Jahren um 11% zu reduzieren. Neben der Möglichkeit sozialindikativer Planung verweist dieses Beispiel noch auf ein grundsätzliches Ordnungsproblem. Da die Zulassungsausschüsse nicht weisungsgebunden sind, sind politische Institutionen wie der Berliner Senat momentan auf deren Kooperationsbereitschaft angewiesen.

So sehr Reformansätze in der Bedarfsplanungsrichtlinie von 2019 zu begrüßen sind, da sie eine bessere Differenzierung zwischen den Arztgruppen erlauben, greifen sie aus unserer Sicht zu kurz. Die aktuell gesetzlich festgeschriebene Bedarfsplanung ist in vielfältiger Hinsicht ungeeignet, die Bedarfe der Bevölkerung in einem komplexen modernen Gesundheitswesens zu erfassen. Die Bedarfsplanung erfolgt anbieterorientiert und ist dabei auf die ärztlichen Berufsgruppen zentriert. D. h. umgekehrt, dass es für viele andere medizinische Professionen keinerlei Bedarfsplanungen gibt. Gerade bei der stetigen Zunahme chronischer Erkrankungen wäre hingegen eine Bedarfsplanung zu fordern, die Gesundheitsprobleme detektiert und entsprechend den Bedarf an Gesundheitsarbeiter\*innen aus unterschiedlichen Berufsgruppen und mit unterschiedlicher Qualifikation berechnet. Beispielsweise wäre zu diskutieren, wieviel Diabetesfachkräfte, Ernährungsberater\*innen, Podolog\*innen, Apotheker\*innen, Ärzt\*innen und welche Laborkapazitäten etc. benötigt werden, um die Typ II-Diabetiker einer Region bzw. Kommune adäquat zu behandeln.

Eine entsprechende Planung hätte die sozialen Determinanten von Erkrankungen zu berücksichtigen. So ist es ein erheblicher Unterschied, ob Diabetiker\*innen in einem armen migrantisch geprägten oder mittelständischen Stadtteil geschult werden.

Der wissenschaftlichen Begründung des Verhältnisses der Arzt- und Einwohnerzahlen liegen die bisher erbrachten ärztlichen Leistungen zugrunde, die durch soziodemografische und sozialstrukturelle Faktoren modifiziert werden (von der Wissenschaft oder der Realität?). Diese spiegeln die bisherige Versorgungsrealität zwar wider – aufgrund des unkoordinierten Nebeneinanders insbesondere im fachspezialisierten Bereich, zu vermutender Zugangsbarrieren vor allem in sozi-

oökonomisch deprivierten Gegenden oder des bekannten Nebeneinanders von Über-, Unter- und Fehlversorgung in manchen Bereichen wäre die Weiterentwicklung der wissenschaftlichen Grundlage für die Bedarfsplanung anzustreben. Auch in Hinblick auf ein zu schaffendes flächendeckendes Primärarzt- bzw. langfristig ein Primärversorgungssystem sollte der konkrete Aufgabenbereich der verschiedenen Fachgruppen definiert, mit internationalen Beispielen verglichen und anhand der Bevölkerungsstruktur des Einzugsgebietes modifiziert werden. Hierfür müsste eine entsprechende Forschungsinfrastruktur gestärkt bzw. neu geschaffen werden. Eine regelmäßige Evaluation der neu zu definierenden Verhältniszahlen müsste ebenfalls dazu gehören.

Insbesondere die ausgeprägten sozioökonomischen Ungleichheiten in der Versorgung auf regionaler Ebene (siehe z. B. Erhart et al. 2013) müssten in einer erneuerten Bedarfsplanung besonders und mit dem Ziel ihrer Beseitigung berücksichtigt werden. Zwar sind Zugangsbarrieren und mögliche Unterschiede in der Versorgung nicht der Hauptgrund für soziale Ungleichheiten in der Mortalität und Morbidität, eine verstärkende oder abschwächende Wirkung kann aber je nach Ausgestaltung des Gesundheitssystems verzeichnet werden (Bambra 2016). Beispielsweise wurde in England von John Tudor Hart das zuvor beschriebene »inverse care law« (Tudor Hart 1971), nach dem diejenigen Bevölkerungsgruppen mit dem höchsten Bedarf relativ gesehen am wenigsten an der Gesundheitsversorgung teilhaben, durch eine fokussierte Planung angegangen. Inzwischen ist der Anteil an Hausärzt\*innen in den ärmsten Gegenden am höchsten, mit der Folge, dass diese Art der Zugangsbarrieren zur Primärversorgung beseitigt wurden (Todd et al. 2015). Die Schaffung einer stärkeren Datenbasis ist zu fordern, da davon auszugehen ist, dass z. B. die Inanspruchnahme geringer sowie der ärztliche Betreuungsaufwand in deprivierten Gegenden höher ist als in wohlhabenderen. Ansätze in Deutschland gibt es bereits (Kopetsch und Maier 2018).

Für die regionale und lokale Berücksichtigung sozioökonomischer Faktoren sollten auf Bundesebene wissenschaftlich fundierte Vorgaben entwickelt werden (s.o.). Für einen weiteren Ausbau des Gesundheitswesens im Sinne eines Primärversorgungssystems wären zudem auch noch weitere gesundheitliche Indikatoren (z. B. Ergebnisse aus Schuleingangsuntersuchungen) und soziale Determinanten der Gesundheit (z. B. gesundheitliche Belastungen durch Verkehrslärm, Kinderarmut) zu erfassen und diese durch lokale Gesundheitssurveys im Sinne einer

kleinräumigen »integrierten Gesundheitsberichterstattung« zu ergänzen (Süss et al. 2007) (vgl. auch Eckpunkte einer Public-Health-Strategie für Deutschland, Zukunftsform Public Health, 15. März 21).

Der vor allem in reicheren Stadtteilen vorzufindenden Überversorgung insbesondere durch Fachspezialist\*innen sollte nach unserer Sicht konsequent entgegengewirkt werden. Genauso wie die Mittel der Zulassungssperren und ggf. Aufkauf der Arztsitze durch die KV auf regionaler Ebene genutzt werden sollten. Dabei zeigen die bisherigen Erfahrungen, dass mit diesen Mitteln ein Abbau von Arztsitzen nur langfristig erfolgen kann. Teil der Bedarfsplanung müsste es auch sein, der Bildung monopolartiger Strukturen von kapitalgestützten MVZ-Ketten und generell einem Gewinnstreben zu Lasten der Versorgungsqualität in der ambulanten Versorgung entgegenzuwirken.

Die in der Bedarfsplanungsrichtlinie von 2019 prinzipiell angelegten Möglichkeiten für eine intersektorale Versorgung sollten genutzt und weiter ausgebaut werden. Die Planung fachspezialisierter Versorgung sollte gemeinsam für den ambulanten und stationären Bereich erfolgen und die Möglichkeiten für Krankenhausambulanzen erweitern. Dort wo es möglich ist, sollte einer ambulanten Versorgung der Vorzug gegeben werden – wobei keine Anreize geschaffen werden dürfen, medizinisch notwendige stationäre Behandlungen in den ambulanten Bereich zu verschieben.

Für den primärversorgenden Bereich, d.h. die Allgemeinmedizin, aber auch die ambulante Geriatrie oder (Sozial-) Psychiatrie, sollte die Versorgung durch multiprofessionelle Teams in der Bedarfsplanung fest integriert sein. Hierfür bedarf es einer Erweiterung der Datenbasis (siehe integrierte Gesundheitsberichterstattung), damit nicht nur die ärztliche Profession und andere therapeutische Berufsgruppen, sondern auch die aufgewertete ambulante Pflege sowie – wo notwendig – Sozialarbeit mitgeplant werden können.

Die Partizipation der zu versorgenden Bevölkerung sollte einerseits durch die Erhebung der Betroffenen- bzw. Nutzer\*innen/ Patient\*innenperspektive erfolgen. Hierbei wären die Erfahrungen bei der Nutzung des Gesundheitswesens zu erfragen, wodurch sich insbesondere mögliche Zugangsbarrieren erfahren ließen, die sich beispielsweise durch die Analyse von Abrechnungsdaten nicht erschließen. Ebenso könnten Lücken in der Versorgung identifiziert oder aber vorhandene Angebote evaluiert werden. Gerade die Gründe der Bevölkerungsgruppen

mit einer niedrigeren Inanspruchnahme sollten eine besondere Aufmerksamkeit erfahren, durch methodisch anspruchsvolle, wo es passt auch partizipative, Verfahren identifiziert und so in die Evaluation und Planung aufgenommen werden.

Andererseits wäre es sinnvoll, dass Patientenvertreter\*innen, Vertreter\*innen von Angehörigen und aus lokalen Communities bzw. zivilgesellschaftlichen Initiativen und Organisationen auf Gemeindeebene Gesundheitsbeiräte bilden, die auf lokaler Ebene mit den Strukturen des Gesundheitswesens insbesondere der Primärversorgung austauschen und diese beraten könnten. Auf kommunaler Ebene könnten Gesundheitskonferenzen aus Vertreter\*innen dieser Strukturen, der Versorgung und anderen relevanten Akteuren beratend und ggf. organisatorisch tätig sein. Aus den Gesundheitsbeiräten sollten Vertreter\*innen auf regionaler Ebene mit Mitspracherecht in die Planungsstrukturen entsandt werden und so die Partizipation der Bevölkerung in der Bedarfsplanung gewährleisten.

Eine besondere Problematik hinsichtlich einer ausreichenden und qualitativ angemessenen medizinischen Versorgung stellt der ländliche Raum dar. Hier zeigt sich besonders, dass zum einen die Organisation in Kleinpraxen und zum anderen die unflexiblen Sektorengrenzen zwischen ambulanten und stationären Einrichtungen nicht dazu geeignet sind, ein bedarfsgerechtes Versorgungsangebot zu gewährleisten. Bei einem bereits bestehenden oder absehbaren Mangel an Ärzt\*innen gilt es, die Versorgung einer Bevölkerung mit einer schwierigen demografischen Struktur sicherzustellen. Andere Momente wie ein häufig geringes Einkommen und eine mangelnde Anbindung von Ortschaften an den ÖPNV erschweren die Versorgung zusätzlich. Dies führt dazu, dass hier der Handlungsbedarf, der auch über gesundheitspolitische Maßnahmen hinausgeht, besonders dringend erscheint. Von skandinavischen Ländern kann man lernen, wie mit einem Netzwerk von Polikliniken und Krankenhäusern auch in dünnbesiedelten Gebieten zum einen eine qualitativ hochstehende medizinische Versorgung gewährleistet werden kann und zum anderen gute Arbeitsbedingungen für die in diesen Einrichtungen Beschäftigten ermöglicht werden. Dies könnte ein Grundstein zur Herausbildung sinnvoller regionaler Konzepte sein. Hier könnte ein interprofessioneller Ansatz, der auch die Substitution bisher ärztlicher Leistungen durch kompetente und entsprechend ausgebildete nichtärztliche Leistungserbringer\*innen ermöglicht, besonderes Gewicht zukommen. Da so ein Konzept für gewinnorientierte private Investoren wenig ökonomische Anreize bietet, wird

hier besonders augenfällig, dass kommunale oder gemeinwirtschaftliche Akteure gefordert sein werden. Auch stellt sich im ländlichen Bereich mit der Notwendigkeit, bei einer geringeren Bevölkerungsdichte größere Entfernungen zu überbrücken, die Frage nach einer gut abgestimmten interprofessionellen Kooperation noch einmal deutlich drängender als im großstädtischen Regionen.

Zur Sicherung der medizinischen Versorgung im ländlichen Raum sind offensichtlich Lösungsansätze erforderlich, die sowohl die Sektorenschranken überwinden als auch interprofessionelle Kooperation fördern. Auch wenn dies aktuell im ländlichen Raum politisch einfacher durchsetzbar sein wird, bedeutet dies für uns keinesfalls, dass sie ausschließlich als Substitut in einem Setting mit unterfinanzierten ländlichen Regionen zum Tragen kommen sollten( siehe auch Kapitel 03 und 04).

In wieweit Videosprechstunden als Fernbehandlung einen Beitrag zur qualitativ hochwertigen medizinischen Versorgung im ländlichen Raum (oder auch in anderen unterversorgten Bereichen) leisten können, lässt sich noch nicht abschließend beurteilen. Tendenziell besteht sicherlich die Gefahr einer »Versorgung light«, die einen Mangel an qualifizierten Professionellen kaschieren soll.

Zusammenfassend sollte eine Weiterentwicklung der Bedarfsplanung eine wissenschaftliche Grundlage für die Bedarfsermittlung umfassen, dabei insbesondere sozioökonomische Ungleichheiten im Zugang zur und in der Versorgung beseitigen, die Möglichkeit für eine intersektorale Planung öffnen und damit insbesondere multiprofessionelle Primärversorgungsteams ermöglichen, sowie die zu versorgende Bevölkerung in die Planung mit einbeziehen.

Die Bedarfs- und Versorgungsplanung muss ergänzt werden durch eine Ausbildungsplanung der medizinischen Professionen. Für Ärzt\*innen erfolgt eine Planung über die Anzahl der vergebenen Studienplätze. Im Bereich der Pflege oder Heilmittelerbringer\*innen wird die Ausbildung durch Krankenhäuser sowie private und öffentliche Schulen ohne jeglichen Bezug zu einer Bedarfsplanung übernommen, was einen Mangel an diesen Berufsgruppen begünstigt.

## Fazit

Auch wir können letztlich keinen stimmigen Bedarf im ambulanten Bereich, der alle Berufsgruppen (inkl. Bereitschaftsdienst/Notfallversorgung) umfasst und den differenzierten Versorgungsnotwendigkeiten gerecht wird, berechnen. Sicher ist, dass die Bedarfsplanung einer grundlegenden Neuausrichtung bedarf. Dabei muss die medizinische Versorgung als Einheit gedacht werden. Eine getrennte Bedarfsplanung von ambulanter und stationärer Versorgung stellt mehr denn je einen Anachronismus dar. Hier bedarf es einer integrierten Planung, die auch die Rehabilitation und die ambulante Pflege umfasst. In einer langfristigen Konzeption wären Primärversorgungszentren als Grundbaustein einer Bedarfs- und Versorgungsplanung zu denken. Folgende Orientierungspunkte, wie dem Bedarf der **gesamten, durch eine Bürger\*innenversicherung abgesicherten** Bevölkerung begegnet werden könnte, schlagen wir vor:

- **Kommunale** Versorgungskonferenzen sind der Ort der dezentralen Planung des gesamten Bedarfs an Gesundheitsleistungen. Mitglieder solcher Versorgungskonferenzen könnten Kommunalvertretungen, Krankenhausträger, KVen, Krankenkassen und Patientenvertreter\*innen sein. Die Sozialstruktur der Planungseinheiten (Gemeinde, Stadtteil, Stadt, Landkreis) soll möglichst exakt durch Sozialindikatoren beschrieben und die vorhandenen medizinischen Versorgungsstrukturen erfasst werden. Dies erfordert eine Datengrundlage, die es aktuell allenfalls in Ansätzen gibt. Allerdings können Diskrepanzen zwischen den Planungseinheiten beschrieben und Versorgungslücken aufgezeigt werden. Auch Überkapazitäten könnten beschrieben und ihr Abbau angegangen werden. Die Kommunen bilden dabei die Schnittstelle zu anderen kommunalen Diensten, die nicht unmittelbar zum Gesundheitswesen gehören, aber für die medizinische Versorgung erhebliche Relevanz haben (z. B. Verkehrsplanung, Sozialdienste).
- Kommunale **partizipative** Bedarfsermittlung.
- **Sektorenübergreifende** integrative Versorgung, die die Notfall- und Akutversorgung, stationäre Versorgung, Rehabilitation, Versorgung chronisch Kranker und ambulante Pflege umfasst.

- Personelle Kapazitätsplanung, die sich nicht nur an Ärzt\*innen orientiert, sondern die **Interprofessionalität** medizinischer Versorgung berücksichtigt. Auch wäre zu prüfen, wie insbesondere die hausärztliche Versorgung durch Delegation und Substitution entlastet werden kann.

Zu prüfen wäre auch, ob in klar umrissenen Situationen ein Direktzugang von Patient\*innen zu nicht-ärztlichen Heilberufen wie z. B. Physiotherapeut\*innen das ärztezentrierte System entlasten kann.

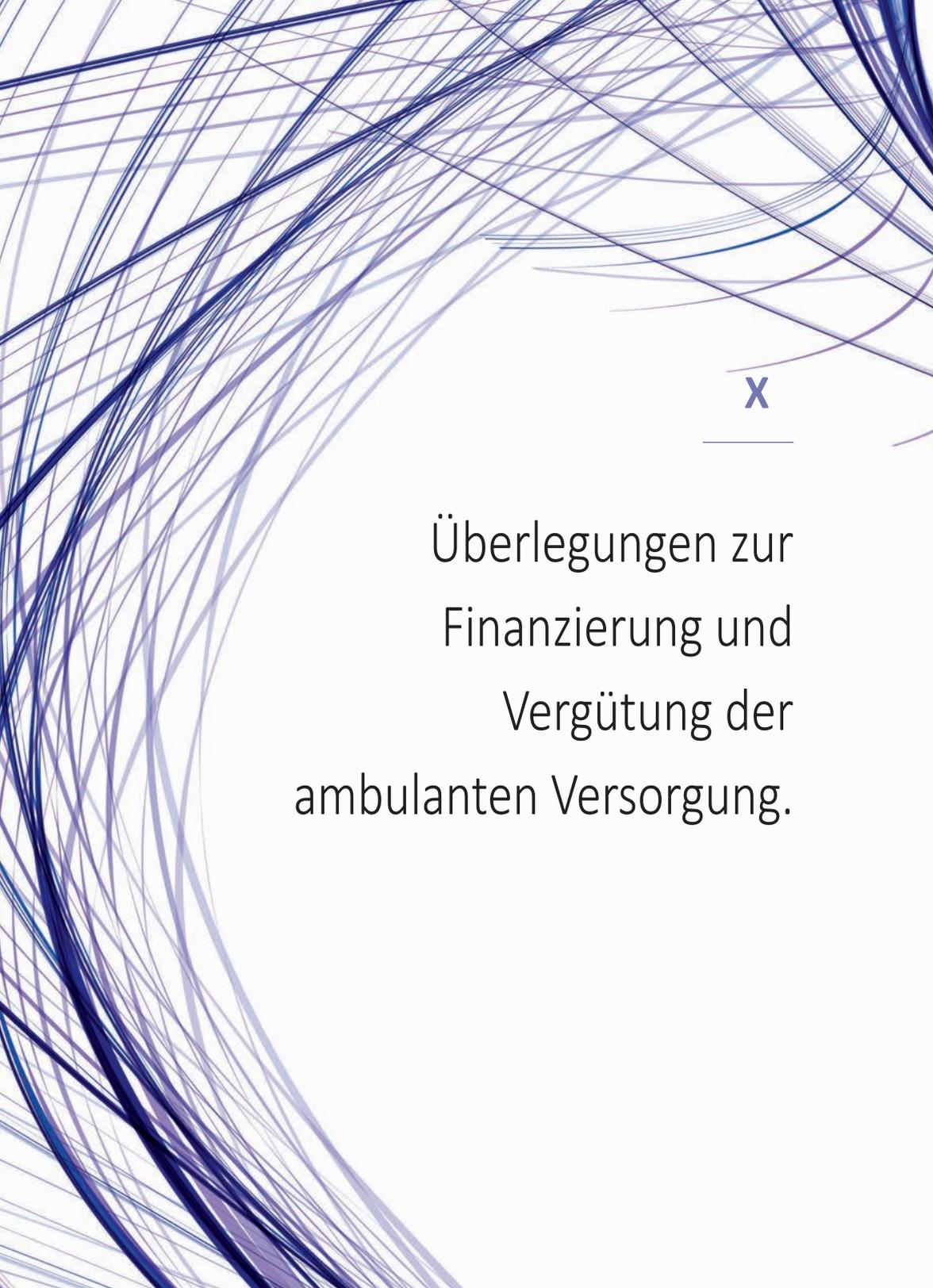
Zu diskutieren ist noch, ob die Durchführung der Planung Planungskonferenzen auf Landesebene obliegen sollte, was prinzipiell auch schon an anderer Stelle vorgeschlagen (FES 2017) wurde. Diese könnten sich aus Vertreter\*innen des Öffentlichen Gesundheitsdienstes, den Krankenkassen, den Kassenärztlichen Vereinigungen sowie aus den lokalen Gesundheitsräten bzw. Patientenvertreter\*innen zusammensetzen. Je nach zu planenden Fachgruppen sollte diese Planung großräumiger oder auf lokaler Ebene ausfallen. Für die Planung sollte ein Konsens der verschiedenen Vertreter\*innen angestrebt werden; ist dies nicht möglich, wäre der Vertretung des ÖGD ein höheres Stimmrecht einzuräumen. Im Gegensatz zur bisherigen Bedarfsplanung würde die Erweiterung der Mitbestimmungsrechte über die KVen und Krankenkassen hinaus eine Demokratisierung der Bedarfsplanung bedeuten.

Es gibt noch viele offene Fragen, wie z. B. die nach Regionalbudgets, die jetzt im Koalitionsvertrag stehen. Diskutiert werden muss noch, wer den Sicherstellungsauftrag erhält und wer die Fachaufsicht, wer die Rechtsaufsicht hat.

## Literaturverzeichnis

- Bambra, Clare (2016): Health divides. Where you live can kill you. Bristol: Policy Press.
- Ehrt, Michael; Hering, Ramona; Schulz, Mandy; Stillfried, Dominik Graf von (2013): Morbiditätsatlas Hamburg. Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland. Berlin. Online verfügbar unter <https://www.hamburg.de/contentblob/4133456/79754c10b6b5242fb2813e5c56edbf6d/data/morbidityatlas-atlas-anlage3.pdf>, zuletzt geprüft am 07.11.2019.
- FES (2017): Patient first. Für eine patientengerechte sektorenübergreifende Versorgung im deutschen Gesundheitswesen. Positionspapier. Hg. v. Friedrich Ebert

- Stiftung. Bonn (WISO Diskurs, 03/2017). Online verfügbar unter <http://library.fes.de/pdf-files/wiso/13280.pdf>, zuletzt geprüft am 05.11.2019.
- G-BA (2018): Gutachten zur Weiterentwicklung der Bedarfsplanung i.S.d. §§ 99 ff. SGB V zur Sicherung der vertragsärztlichen Versorgung. Gemeinsamer Bundesausschuss. Berlin. Online verfügbar unter [https://www.g-ba.de/downloads/39-261-3493/2018-09-20\\_Endbericht-Gutachten-Weiterentwicklung-Bedarfsplanung.pdf](https://www.g-ba.de/downloads/39-261-3493/2018-09-20_Endbericht-Gutachten-Weiterentwicklung-Bedarfsplanung.pdf), zuletzt geprüft am 04.11.2019.
- KBV (2019): DIE NEUE BEDARFSPLANUNG. GRUNDLAGEN, INSTRUMENTE UND REGIONALE MÖGLICHKEITEN. Hg. v. Kassenärztliche Bundesvereinigung. Online verfügbar unter [https://www.kbv.de/media/sp/Instrumente\\_Bedarfsplanung\\_Broschuere.pdf](https://www.kbv.de/media/sp/Instrumente_Bedarfsplanung_Broschuere.pdf), zuletzt geprüft am 04.11.2019.
- Kopetsch, T.; Maier, W. (2018): Analyse des Zusammenhangs zwischen regionaler Deprivation und Inanspruchnahme – Ein Diskussionsbeitrag zur Ermittlung des Arztbedarfes in Deutschland. In: *Gesundheitswesen* 80 (01), S. 27–33. DOI: 10.1055/s-0042-100622.
- Süss, Waldemar; Schäfer, Ingmar; Trojan, Alf (Hg.) (2007): Integrierte (Gesundheits-) Berichte. Konzeptionelle Überlegungen und Umsetzungserfahrungen. 1. Aufl. Aachen: Shaker Verlag (Berichte aus der Medizin).
- Todd, Adam; Copeland, Alison; Husband, Andy; Kasim, Adetayo; Bambra, Clare (2015): Access all areas? An area-level analysis of accessibility to general practice and community pharmacy services in England by urbanity and social deprivation. In: *BMJ Open* 5 (5), e007328. DOI: 10.1136/bmjopen-2014-007328.
- Tudor Hart, Julian (1971): The inverse care law. In: *The Lancet* 297 (7696), S. 405–412. DOI: 10.1016/S0140-6736(71)92410-X.

The background of the slide is a complex, abstract pattern of overlapping, curved lines in various shades of blue and purple. The lines are dense and create a sense of movement and depth, particularly on the left side of the slide.

X

Überlegungen zur  
Finanzierung und  
Vergütung der  
ambulanten Versorgung.

## Finanzierung

Nach vielen sozialen Kämpfen (siehe auch Kapitel Eigentumsverhältnisse) hat sich in Deutschland das System der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) als tragende Säule der Finanzierung unseres Gesundheitswesens herausgeschält. Es beruht auf den Prinzipien der Solidarität und der Parität. Solidarisch ist die Krankenversicherung insoweit, als jede/r Versicherte/r nach ihren Möglichkeiten, also nach ihrem Verdienst, ihren Beitrag leistet und bei der Prävention sowie im Krankheitsfall unabhängig von der Beitragshöhe die medizinisch notwendige Unterstützung erfährt.

Dieser Solidarität waren schon immer Grenzen gesetzt: Die Beitragsbemessungsgrenze legt fest, bis zu welchem Verdienst ein Einkommen prozentual zum Beitrag herangezogen wird, und die Versicherungspflichtgrenze definiert den Übergang zur möglichen Befreiung aus der gesetzlichen Versicherung und die Möglichkeit, einer privaten Krankenversicherung beizutreten. Hohe Einkommen werden also prozentual niedriger belastet als geringe Einkommen und sehr hohe Einkommen sind von der gesetzlichen Versicherung befreit. Auch Zins-, Kapital- und Mieteinnahmen werden bei der Beitragsbemessung nicht berücksichtigt. Die Solidarität war also immer schon eine Solidarität der Armen, Schwachen und Mittelschichten, während sich die Gutverdienenden und die Beamt\*innen dem System entziehen konnten.

Paritätisch ist das System insofern, als Arbeitgeber\*innen und Arbeitnehmer\*innen zu gleichen Anteilen an den lohnbezogenen Beiträgen beteiligt werden sollen. Natürlich stellt auch der Arbeitgeberanteil einen Teil des Lohnes dar. Durch diesen Anteil haben die Arbeitgeber\*innen ein finanzielles Interesse daran, sowohl die Gesundheit der Beschäftigten als auch die Kosten des Gesundheitswesens im Auge zu behalten.

Neben der GKV und den Privatversicherungen (PKV) spielen noch andere Versicherungen wie beispielsweise Berufsgenossenschaftliche Unfallversicherung (BGU) und Rentenversicherung in der Finanzierung des Gesundheitswesens eine gewisse untergeordnete Rolle.

Beide Prinzipien, die Solidarität und die Parität, wurden in den vergangenen Jahren durch politische Entscheidungen ausgehöhlt. Die Patient\*innen, d.h. Erkrankte und nicht die Gesamtheit der Versicherten, werden mit Zuzahlungen

(Rezeptgebühr, Krankenhaustagegeld, Zahnersatzleistungen etc.) belegt. Kranken wird dadurch eine zusätzliche finanzielle Belastung aufgebürdet. Zeitweilig war der Arbeitgeberanteil an den Krankenkassenbeiträgen auf einen bestimmten Prozentsatz eingefroren; diese Regelung wurde zum 1. Januar 2019 wieder aufgehoben.

## Steuerfinanzierung

Die Krankenkassen tragen momentan nicht nur die Kosten der reinen Krankenversorgung, sondern übernehmen darüber hinaus teilweise Kosten für Prävention, Früherkennung, Rehabilitation usw. Diese Aufgaben müssten eigentlich von der Allgemeinheit übernommen werden, sind also staatliche Aufgaben. Alternativ würde sich daher eine Finanzierung des Gesundheitswesens aus Steuermitteln anbieten. Vorteil einer solchen Lösung wäre, dass alle Bürger\*innen zur Finanzierung des Gesundheitswesens herangezogen werden würden. In der Tat trägt der Staat diesem Gedanken in gewisser Weise mit seinen Zuschüssen zum Gesundheitsfond Rechnung, obwohl diese auch nur einen Bruchteil von dessen Gesamtleistungen. Eine Bemessungsgrenze wie bei den Krankenkassenbeiträgen gibt es bei den Lohn- und Einkommenssteuern nicht, stattdessen sogar eine Progression. Da die Lohn- und Einkommenssteuern aber nur noch 40 Prozent des gesamten Steueraufkommens erbringen und ein großer Teil des übrigen Steueraufkommens über Verbrauchssteuern (z. B. Mehrwertsteuer) u.ä. aufgebracht wird, entsteht hier wiederum eine soziale Schieflage. Die Verbrauchssteuern belasten die ärmeren Schichten mehr als reiche Menschen, da sie gezwungen sind, einen größeren Anteil ihres Einkommens für die elementare Versorgung (Essen, Heizung, Hygieneartikel etc.) auszugeben. Eine Entlastung der unteren Einkommensschichten würde durch eine ausschließliche Steuerfinanzierung des Gesundheitswesens mit dem aktuell gültigen Steuerrecht also gerade nicht erreicht.

Hinzu kommt, dass Steuern immer Spielball politischer Entscheidungen sind. Ist das Geld knapp, werden die Ausgaben reduziert. Dieser Zugriff ist erfahrungsgemäß bei einer versicherungsbasierten Finanzierung nicht ganz so unmittelbar.

Der Anteil der Zins-, Kapital- und Mieteinkünfte nimmt im Verhältnis zu den arbeitsabhängigen Einkommen gesellschaftlich zu. Deshalb ist eine Einbeziehung dieser Einkünfte zur Finanzierung des Gesundheitswesens zu fordern.

## Vergütung

Da die gesetzlichen Krankenkassen die ambulanten Versorgungsstrukturen (siehe Kapitel Eigentumsstrukturen) nicht selbst betreiben, kommt der Gestaltung der Vergütung medizinischer Leistungen, die in den Praxen und MVZs erbracht werden, ein besonders hoher politischer Stellenwert zur Steuerung der ambulanten Versorgung zu. Auf Länderebene wird jährlich zwischen den Krankenkassen und der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) die Gesamtvergütung für vertragsärztlichen Leistungen festgelegt. Der entsprechende Betrag wird pro Mitglied an die zuständige KV überwiesen. Diese wiederum teilt sich entsprechend der abgerechneten Leistungen an die Vertragsärzt\*innen auf. Von den erhaltenen Mitteln müssen die Betreiber\*innen der entsprechenden Einrichtungen alle Kosten wie Gehälter, Investitionskosten, Unterhaltskosten etc. abdecken. Der Rest ist Gewinn der Praxis- bzw. MVZ-Inhaber\*innen.

Die KV kann über ein Punktwertssystem (Einheitlicher Bewertungsmaßstab; EBM) die Erbringung bestimmter Leistungen fördern bzw. unattraktiv gestalten. Der EBM ist seit seiner Einführung 2008 zunehmend weiterentwickelt worden. So wurde versucht, die Morbidität der Versicherten in der Gesamtvergütung abzubilden.

Obwohl im EBM auch mit Komplexziffern, die bestimmte Versorgungsschritte bei einem Eingriff oder einer Behandlung eines Krankheitsbildes zusammenfassen, gearbeitet wird, sind das Einzelleistungsprinzip und die fallzahlbezogene Vergütung vorherrschend. Dies begünstigt das Erbringen von lukrativen Leistungen, die mitunter keinen oder nur eingeschränkten Gesundheitsnutzen für die Patient\*innen haben, und führt damit zu einer Über- bzw. Fehlversorgung. Das Einzelleistungsprinzip ist ein wahrer Treiber der Leistungsausweitung. Insbesondere trifft dies auf technische Leistungen zu. Dabei kann die ökonomische ärztliche Interessenlage erheblich davon abweichen, was der Stand des medizinischen Wissens ist (z. B. operativ orthopädische vs. konservativ physiotherapeutische Therapie).

Alle Kassen der GKV sollten im Prinzip denselben Leistungskatalog anbieten. Seit der Einführung des GKV-Modernisierungsgesetzes 2004 wird allerdings dieser Grundsatz zunehmend durch so genannte Selektivverträge und Ausweitung der Satzungsleistungen untergraben. Bei den Selektivverträgen rechnen Ärzt\*innen unter Umgehung der KV bestimmte Leistungen von Patient\*innen, die in die entsprechenden Verträgen eingeschrieben sind, direkt mit der Krankenkasse, einem dazwischengeschalteten Berufsverband oder einer Ärzt\*innengenossenschaft ab. Dies führt einerseits zu einem unterschiedlichen Leistungsangebot der Krankenkassen, andererseits ist das KV-Monopol damit gebrochen.

Anders als bei der GKV, die entsprechend dem Sachleistungsprinzip vergütet – d. h. die Leistungserbringer\*innen rechnen direkt mit der KV oder Krankenkasse ab – herrscht in der PKV das Kostenerstattungsprinzip vor. Dabei erhalten die Patient\*innen eine Rechnung und reichen diese dann bei der Versicherung ein. Die Versicherungen entscheiden dann, in welchem Umfang sie die Kosten entsprechend dem abgeschlossenen Versicherungsvertrag erstatten.

Da das Kostenerstattungsprinzip gewährleistet, dass die Leistungserbringer\*innen die mit den Patient\*innen vereinbarte Leistung vergütet bekommen, begünstigt es eine Leistungsausweitung und ist daher für die Leistungserbringer\*innen attraktiv. Die Versicherten hingegen müssten in Vorleistung treten und hätten sich darum zu sorgen, die Kosten erstattet zu bekommen. Die Einführung der Kostenerstattung in Bereiche der GKV wird daher immer wieder von ständisch orientierten Ärzteverbänden gefordert. Dies würde zweifelsohne die ärmsten Schichten am meisten treffen und Betroffene z. B. von notwendigen Arztbesuchen abhalten.

Nichtärztliche Leistungserbringer\*innen sind im GKV-Bereich im großen Umfang auf ärztliche Verordnungen angewiesen. Auch diese (Heilmittelerbringende, Hebammen, Apotheken, Pflegedienste und Sanitätshäuser) sind überwiegend kleine selbständige Unternehmen, deren betriebswirtschaftliche Logik grundsätzlich darin besteht, Umsatzsteigerungen durch mehr Einzelleistungen zu generieren.

## Wie könnten Alternativen aussehen?

Die aktuell praktizierten Vergütungsformen im ambulanten Bereich sind angebotsorientiert und führen zu den oben dargestellten Verzerrungen. Wie könnte

nun aber ein Vergütungssystem aussehen, das den Behandlungsbedarf der Patient\*innen in den Vordergrund rückt? Wie erreichen wir, dass Ärzt\*innen und andere Leistungserbringer\*innen im ambulanten Bereich sich ausschließlich an medizinischen Erfordernissen unter Respektierung der Individualität der Betroffenen orientieren? Die Komplexität und Vielschichtigkeit der Vergütungsproblematik, die vielfältig mit anderen Themen wie z. B. Bedarfsplanung und Eigentumsstrukturen verknüpft ist, lässt eine abschließende Beantwortung dieser Frage im Rahmen dieses Textes nicht zu. Hier sollen Alternativen, die ggf. miteinander kombiniert werden können, sich teilweise aber auch gegenseitig ausschließen, dargestellt und diskutiert werden.

Naheliegender ist es, dem tendenziell zu einer Leistungsausweitung aus ökonomischen Motiven tendierenden Einzelleistungsprinzip im GKV-Bereich durch ein integriertes Vollversorgungssystem mit eigener Budgetverantwortung zu begegnen. Dabei wären die Leistungserbringer\*innen pauschal zu vergüten (Capitation). Capitation bezeichnet ein prospektives Vergütungssystem, bei dem die Krankenkassen durch eine ex ante entrichtete Pauschale pro Kopf das finanzielle Risiko je nach Ausgestaltung teilweise oder ganz auf die Leistungserbringer\*innen übertragen. Die (Voraus-) Bezahlung kann auch unabhängig von der späteren tatsächlichen Inanspruchnahme erfolgen. Im Vergleich zu einer ex-post-orientierten Vergütung von Einzelleistungen oder gar dem Kostenerstattungsprinzip können nicht nur das Morbiditätsrisiko, sondern auch die finanziellen Effekte, die aus einer ineffizienten Produktion, Moral Hazard und der angebotsorientierten Nachfrage resultieren, von den Krankenkassen auf die Leistungserbringer\*innen übergehen. Capitation bezeichnet einen Mechanismus, wie Gelder den Versorgungsstrukturen zur Verfügung gestellt werden. Capitation kann in vollständig unterschiedlich organisierten Versorgungsstrukturen eingesetzt werden. Dies kann als Einschreibemodell bei einzelnen Ärzt\*innen, als Teilnahme an Managed-Care-Programmen oder als Regionalbudget organisiert sein.

Capitation beinhaltet grundsätzlich die Gefahr, dass notwendige medizinischen Leistungen aus Gewinnabsicht unterlassen bzw. eine nicht indizierte kostengünstigere Alternative angewandt wird (Unter- bzw. Fehlversorgung). Hier kommt die Eigentumsfrage an den Versorgungsstrukturen im ambulanten Bereich und die Frage einer Gewinnabsicht ins Spiel. Capitation lässt sich denn durchaus auch als neoliberales Projekt denken. Die KVen würden dabei ersetzt durch pri-

vate kapitalorientierte Managed-Care-Organisationen (MCO). Diese könnten die Leistungserbringer\*innen am finanziellen Risiko beteiligen. Durch ein prospektives Budget wird nach Vereinbarung desselben die gesamte Abwicklung in die Hände der Managed-Care-Organisation gegeben (an der die Krankenkasse evtl. noch beteiligt ist). Der Widerspruch wandelt sich von »einzelne Leistungserbringer\*innen versus Kassen« zu »MCO-Geschäftsführung versus Angestellte oder abhängige (vertraglich gebundene) MCO-Mitglieder«.

Wie kann man dem entgegen? Reicht es, um die zu Beginn des Absatzes angeführten Zielsetzungen zu erreichen, die private gewinnorientierte MCO durch staatliche (z. B. kommunale) Träger, Non-Profit-Strukturen oder durch staatlich beaufsichtigte, nicht gewinnorientierte Körperschaften des öffentlichen Rechts zu ersetzen? Oder entwickeln diese eigene Dynamiken, die nicht den Patienteninteressen entsprechen müssen?

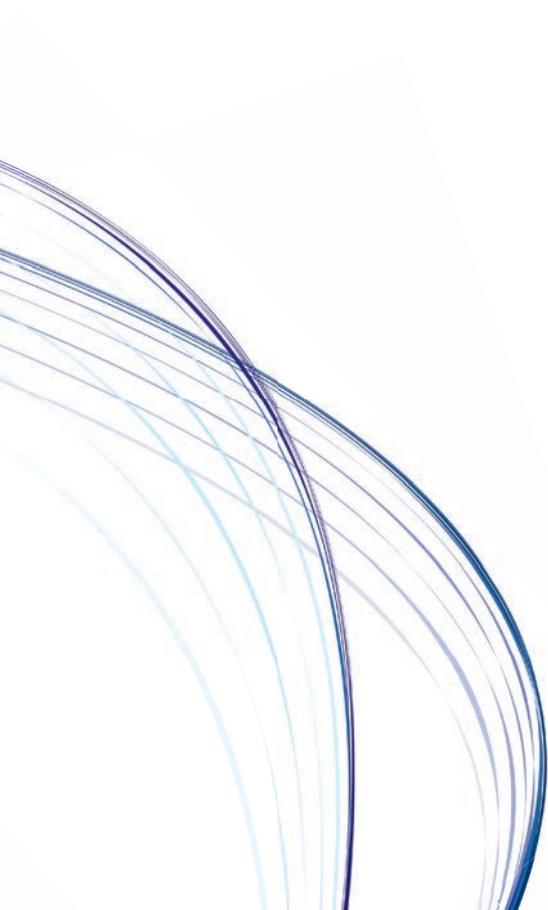
Zu fragen ist an diesem Punkt auch, ob eine Gewinnerzielung bei der ambulanten Leistungserbringung nicht generell untersagt werden sollte. Marktwirtschaftliche Mechanismen würde dadurch ausgebremst und dieser Bereich wäre für Investoren uninteressant.

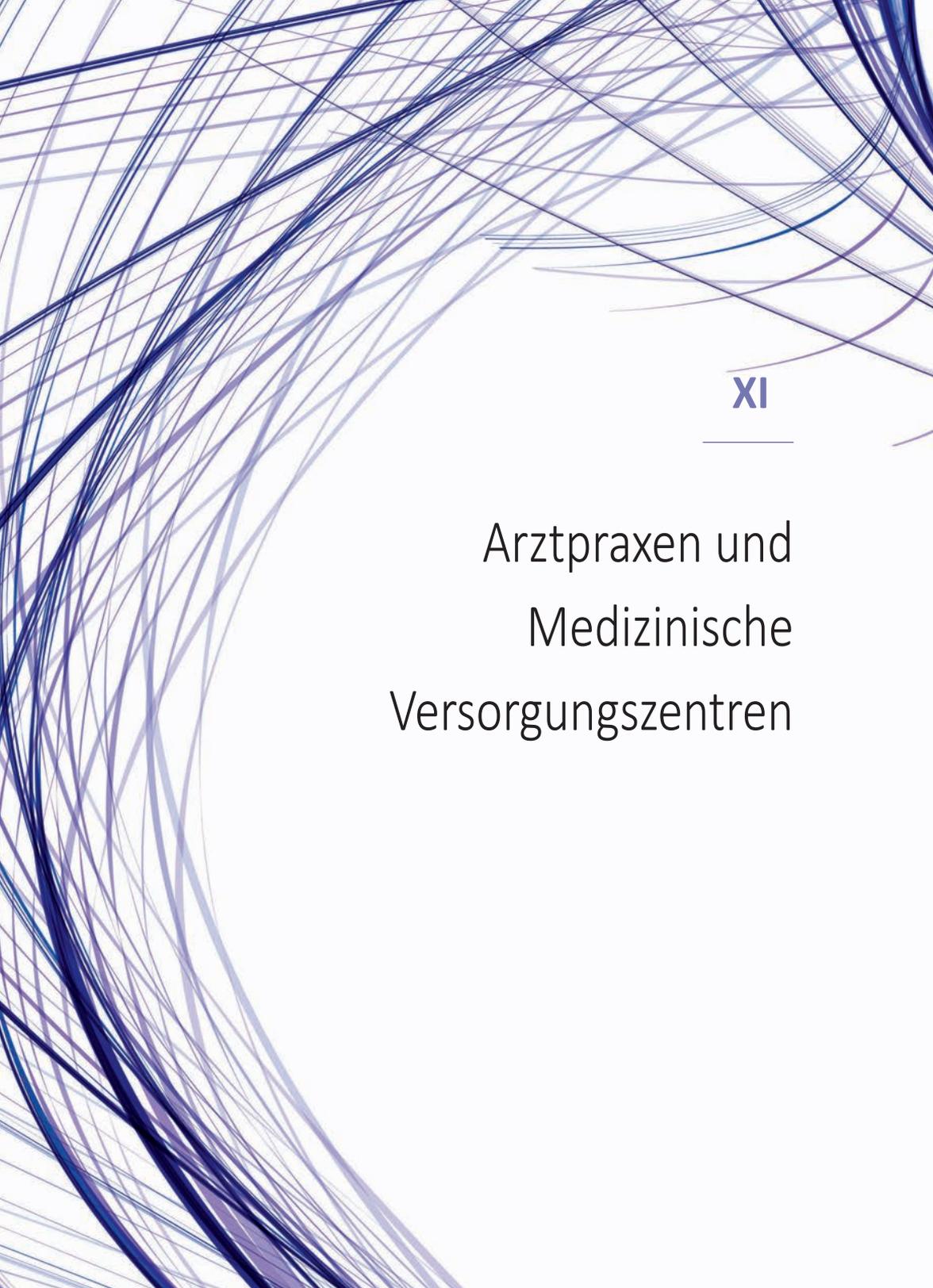
Analog zur Diskussion von Alternativmodellen im Bereich der Krankenhausfinanzierung könnte auch im ambulanten Bereich eine Finanzierung entsprechend dem Kostendeckungsprinzip organisiert werden. Das Budget für jede Praxis bzw. Einrichtung, die ambulant Leistungen erbringt, ist dann mit den Krankenkassen auf der Grundlage der tatsächlichen Aufwendungen des abgelaufenen Jahres zu verhandeln. Dabei sind die spezifischen Bedingungen der Leistungserbringung und ihrer Kosten zu prüfen.

Um dem Gefälle in der Honorierung der unterschiedlichen Facharzttrichtungen und weiteren Berufsgruppen zu begegnen, wurde als (Übergangs-) Modell eine duale Finanzierung von Praxen vorgeschlagen. Kassensitze und Großgeräte werden vom Solidarsystem bezahlt und sind dessen Eigentum. Diese werden entsprechend der Bedarfe geplant. Die Praxisinhaber\*innen können diese pachten und werden entsprechend ihrer Arbeitsleistung (Arbeitszeit) honoriert. Damit wäre auch die Frage der Wiederveräußerung von Praxen geklärt.

Zusammenfassend kann festgehalten werden: Eine finanzielle Steuerung über monetäre Anreize (egal welcher Art) ist für die Daseinsvorsorge ungeeignet. Not-

wendig ist eine Steuerung, die sich an den Bedarfen orientiert und die Finanzierung der daraus entstehenden Kosten regelt. Dies ist primär eine ordnungspolitische Entscheidung. Auch in der Finanzierung muss die Arztzentrierung und die bestimmende Rolle von Ärzt\*innen als Kleinunternehmer\*innen überwunden werden. In der Diskussion von Managed-Care-Programmen und Capitation dominiert z. Zt. in der Diskussion deren Übernahme in ein marktradikales Setting. Das ist unbedingt abzulehnen.





XI

---

Arztpraxen und  
Medizinische  
Versorgungszentren

# Private-Equity-Gesellschaften forcieren Konzentrations-, Internationalisierungs- und Digitalisierungsprozesse

Von Rainer Bobsin<sup>42</sup>

## Um Missverständnissen vorzubeugen

Ich spreche mich nicht gegen MVZ als solche aus. Diese Form der Arztpraxis halte ich grundsätzlich für eine sinnvolle Ergänzung der bisher überwiegenden Versorgung durch selbstständige Ärzt\*innen in Einzel- oder Gemeinschaftspraxen. MVZ können Vorteile sowohl für Patient\*innen als auch Beschäftigte bieten. Einerseits ermöglichen größere Praxen ausgedehntere Öffnungszeiten, andererseits geregeltere Arbeitszeiten und flexiblere Arbeitszeitmodelle. Für Mediziner\*innen, die sich nicht selbstständig machen möchten oder können, bieten Angestelltenverhältnisse eine Alternative. MVZ können außerdem einen Beitrag zur Versorgungssicherheit leisten, da ein MVZ ohne selbstständige Ärzt\*innen betrieben werden darf, z. B. in Regionen, in denen sich keine »niederlassungswillige« Ärzt\*in finden lässt.

## Private Equity

Ein Unternehmen kaufen, zahlreiche Unternehmen dazukaufen, daraus einen Konzern formen und den Konzern gewinnbringend weiterverkaufen – so kann das Vorgehen der meisten Private-Equity-Gesellschaften im Bereich des Gesundheitswesens stark vereinfacht beschrieben werden. Im Bereich der ambulanten

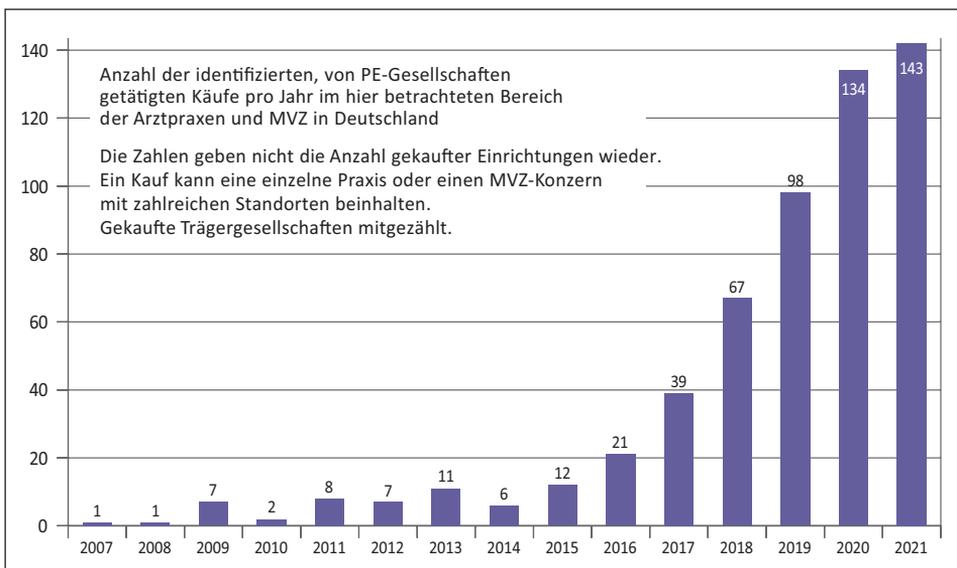
---

42 Im April 2022 überarbeiteter Beitrag (aktualisiert und erweitert) aus: Verein demokratischer Ärzt\*innen (vdä\*), Gesundheit braucht Politik. Zeitschrift für eine soziale Medizin, Nr. 4, Dezember 2021, <https://gbp.vdaee.de/>

ärztlichen Versorgung ist dies durch gesetzliche Vorgaben in § 95 SGB V («Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung») aber komplizierter. Die entscheidende Einschränkung: PE-Gesellschaften müssen sich in der Regel ein zugelassenes Krankenhaus kaufen, um Arztpraxen und MVZ kaufen zu dürfen (vor Inkrafttreten des Terminservice- und Versorgungsgesetzes TSVG 2019 ermöglichte dies auch der Kauf einer nichtärztlichen Dialyseeinrichtung). Erst dann kann mit der Bildung eines MVZ- bzw. Arztpraxenkonzerns begonnen werden. Das Ziel bleibt dasselbe: der gewinnbringende Weiterverkauf des Konzerns.

Nichts deutet darauf hin, dass das seit Ende der Nullerjahre langsam und in den letzten vier Jahren stark steigende Interesse von PE-Gesellschaften am Kauf von Arztpraxen abnehmen könnte. Im Gegenteil: Neben dem inzwischen fast schon als »traditionell« zu bezeichnenden Interesse an Augenarzt-, Labor-, Zahnarzt- und Radiologie-/Strahlentherapiepraxen wurden offenbar Hausarztpraxen, Orthopädie und Kardiologie als weitere Renditeobjekte entdeckt. Außerdem scheint sich der Blick von Mono-Fachrichtungs-MVZ zu erweitern auf die Bildung von Konzernen mit mehreren medizinischen Fachrichtungen.

Auch die rekordverdächtig große Zahl von Weiterverkäufen ganzer MVZ-Konzerne lässt vermuten, dass die begonnene Expansion mit »frischem Geld« neuen



Schwung bekommen wird, zumal zahlreiche Bieterverfahren von Investoren gewonnen wurden, die bisher nicht auf dem deutschen Arztpraxenmarkt aktiv waren.

Diese Diagnosen sind im unübersichtlichen Marktgeschehen nicht immer leicht zu stellen und können fehlerbehaftet sein. Dennoch möchte ich anhand der folgenden Auswahl wesentlicher Ereignisse 2021 und Anfang 2022 versuchen, aus Einzelbefunden das Gesamtbild zusammenzusetzen.

## Add-ons

Auch 2021 konnten die meisten der schon Ende 2020 existierenden 35 in PE-Besitz befindlichen Arztpraxenkonzerne einzelne Praxen oder MVZ-Gesellschaften mit mehreren Standorten dazukaufen. Insgesamt habe ich bis Ende Dezember rund 100 dieser Add-ons gezählt.

Ein Beispiel: Nachdem Quadriga Capital 2020 die Algesiologikum Tagesklinik für Schmerzmedizin in München als MVZ-Trägergesellschaft sowie die Degedi-Gruppe (Sitz in Bochum, 9 MVZ mit Schwerpunkt Kardiologie und Gefäßmedizin) übernommen hatte und daraus die GIG Gesellschaft für integrierte Gesundheitsversorgung mbH formte, folgten bis Ende 2021 Praxen in Bochum, Essen, Dortmund, Düsseldorf, Hamburg, Köln, Mühlheim, Peine und Pfaffenhofen (<https://gig-med.de/standorte/>, <https://www.quadriga-capital.de/de/referenzen/gig/>).

Dazu kamen zwei Käufe von Krankenhäusern, die durch das Inkrafttreten des Terminservice- und Versorgungsgesetzes (TSVG) nötig wurden, um weiter expandieren zu dürfen:

- Die 2017 von Waterland Private Equity (Niederlande) gekaufte und 2019 an die NORD Holding Unternehmensbeteiligungsgesellschaft weiterverkaufte Augenarztkette ZG Zentrum Gesundheit übernahm die Klinik Flechsig in Kiel (30 Betten) und konnte anschließend 21 Realeyes-Praxen im Raum München kaufen. Die als MVZ-Trägergesellschaft nicht mehr benötigte Dialyseeinrichtung in Osterholz-Scharmbeck wurde an Sanecum-Nephrologicum verkauft (jetzt Nephrologicum Osterholz MVZ GmbH).
- Der Telemos Capital gehörende Strahlentherapiekonzern MedEuropa kaufte die Margarethenklinik Kappeln (17 Betten) von der Ev.-Luth. Diakonissenan-

stalt zu Flensburg und erwarb anschließend das Zentrum für Strahlentherapie Rheine-Osnabrück.

Von den in PE-Besitz befindlichen MVZ-Konzernen ist offenbar nur noch der Kinderwunschzentren-Betreiber The Fertily Partnership (in Besitz der schwedischen PE-Gesellschaft Impilo) für seine 2019 von Waterland Private Equity übernommene VivaNeo-MVZ auf der Suche nach einem geeigneten Trägerkrankenhaus (derzeit: Nierenzentrum Eichstätt, <http://www.nierenzentrum-eichstaett.de/impressum/>).

Weiterhin kein Krankenhaus benötigen die Nephrologie-/Dialysekonzerne Operasan GmbH (Deutsche Beteiligungs AG) und die Diaverum Deutschland GmbH (befindet sich über die Diaverum Sweden AB und die Diaverum Holding S.à r.l. in Luxemburg in mehrheitlichem Besitz der britischen PE-Gesellschaft Bridgpoint).

Sogar die Tatsache, dass ein Konzern 2021 keine Zukäufe tätigte, kann auf bald gesteigerte Akquisetätigkeiten hindeuten. Beispiel: Montagu Private Equity hatte 2010 den Fonds Nummer IV aufgelegt und 2015 die Iris M IV TopCo GmbH gegründet, die den Artemis-Augenarztkonzern von der britischen PE-Gesellschaft G Square Capital übernahm (Konzernmuttergesellschaft seitdem: Delos LuxCo 2 S.à r.l., Luxemburg). Bei einer angenommenen Fonds-Laufzeit von 10 bis 12 Jahren ist es wahrscheinlich, dass sich Montagu zurzeit um den bevorstehenden Weiterverkauf kümmert und erst die neue Besitzerin den Expansionskurs fortsetzt.

## Fusionen

Neben diesem mühsamen »Klein-Klein« einzelner Zukäufe gab es 2021 erstmals Fusionen im größeren Stil, die zwar den Private-Equity-Anteil zunächst nicht erhöhen, aber den Konzentrationsprozess beschleunigen.

- Nach rund drei Jahren verkauften die Deutsche Beteiligungs AG ihre Blick-Holding und die PE-Gesellschaft Triton ihre Meine Radiologie Holding an die schwedische PE-Gesellschaft EQT. Beide Radiologie- und Strahlentherapiekonzerne sollen fusioniert werden (EQT-Pressemitteilung vom 9. Juli 2021).

Sie betreiben 65 Standorte und sind in Deutschland zurzeit »PE-Radiologie-Marktführer« vor der RH Diagnostik & Therapie GmbH mit rund 30 identifizierten Standorten (in Besitz von Five Arrows, einer PE-Gesellschaft der Rothschild-Bank). Offenbar plant EQT die internationale Expansion, denn Anfang 2022 gab der schwedische Gesundheitskonzern Aleris bekannt, seine Radiologien ebenfalls an EQT verkaufen zu wollen. Das betrifft 22 Einrichtungen in Schweden, 14 in Norwegen und Teleradiologiebetriebe im Baltikum (<https://www.aleris.se/om/pressrum/>, Aleris-Pressemitteilung vom 21. Februar 2022).

- Dagegen verkaufte EQT den 2017 gekauften Zahnarztkonzern Curaeos an die von der Jacobs Holding gegründete Colosseum Dental Group. Die Beteiligungsgesellschaft der Familie Jacobs (ehemals Kaffee) betreibt jetzt nach eigenen Angaben über 800 Zahnarztpraxen in elf europäischen Ländern und den USA.
- Außerdem übernahm der 2017 von der US-amerikanischen PE-Gesellschaft Summit Partners gekaufte und 2019 an die französische PE-Gesellschaft PAI Partners weiterverkaufte Zahnarztkonzern Zahneins (Z1 Gruppe S.à r.l., Luxemburg) die 2018 durch die schwedische PE-Gesellschaft Altor Equity gegründete KonfiDents-Holding.

Damit verfügen beide Zahnarztkonzerne jetzt über zwei Trägerkrankenhäuser und sind so in der Lage, die durch das TSVG gedeckelte Zahnärzt\*innen-Stellenzahl zu verdoppeln. Das Rennen um den Titel »Größte Zahnarkette Deutschlands« wird wohl auf ein Fotofinish hinauslaufen (jeweils mehr als 75 Standorte in Deutschland). Auf Platz 3 folgen die Acura-Zahnärzte mit mehr als 70 Standorten (in Besitz der Clinic Holdings Limited auf den Cayman Islands, die der PE-Abteilung der Investcorp Bank aus Bahrein gehört).

## **Käufe von Krankenhäusern, die im Sinne von § 95 SGB V als MVZ-Träger geeignet sind**

Wenn PE-Gesellschaften zugelassene Krankenhäuser kaufen, liegt die Vermutung nahe, sie würden einen MVZ-Konzern planen, denn mit einzelnen Krankenhäusern lassen sich hochgesteckte Renditeziele in der Regel nicht erreichen. Folgen-

de Käufe wurden angekündigt, vom Kartellamt freigegeben oder vollzogen. In welche Richtung die Reise gehen soll, ist zum jetzigen Zeitpunkt nicht in jedem Fall klar. Dennoch wird klar: Zahlreiche weitere PE-Gesellschaften erfüllen dadurch die juristische Voraussetzung, bundesweit Arztpraxen und MVZ kaufen zu dürfen.

Triton hatte Mitte Dezember 2020 die Übernahme der IBBZ Krankenhaus GmbH in Berlin angekündigt, Anfang 2021 den Gesellschaftsvertrag neu gefasst und den Namen geändert in Klinik Schöneberg GmbH. Inzwischen dient das 52-Betten-Haus als Trägerin mehrerer MVZ-Gesellschaften mit Schwerpunkten in der Kardiologie, Allgemeinmedizin und Orthopädie, <https://www.triton-partners.de/beteiligungen/tmvz/>, <https://www.deutsche-kardiologie.com/>, <https://www.kielstein.de/>, <https://kinios.de/>

Die von der PE-Gesellschaft Greenpeak Partners gegründete Academia-Holding übernahm im März 2021 die St. Vinzenz Klinik Pfronten im Allgäu (115 Betten), kündigte den Aufbau eines Labor-Konzerns an (u. a. Pathologie und human-genetische Labore) (<https://www.academia-gruppe.de/>) und übernahm Anfang 2022 das Institut für Pathologie in Mühlhausen (jetzt MVZ Pathologie Mühlhausen GmbH).

Ebenfalls im März erfolgte die Kartellamtsfreigabe zur Übernahme der St. Franziskus-Hospital gGmbH (Winterberg, 100 Betten) durch die von der DPE Deutsche Private Equity GmbH gegründete Ortheum GmbH (vormals INOS 20-005 GmbH). Ortheum schreibt: »Unser Ziel ist der Aufbau einer führenden europäischen Orthopädiegruppe«. Ende November folgte der Kauf der MVZ Sporthomedic GmbH (<https://deal-advisors.com/belgravia-co-beraet-mvz-sporthomedic-gmbh-bei-verkauf-an-ortheum-group-dpe>, <https://www.ortheum.de/de/standorte>).

Im Juli 2021 gab die in Luxemburg beheimatete PE-Gesellschaft Trilantic Europe S.à r.l. die Übernahme der Smile-Eyes-Gruppe (Augenarztpraxen) bekannt. Das Problem der fehlenden Trägerklinik konnte offenbar schnell gelöst werden: Die Panorama-Fachklinik in Scheidegg (25 Planbetten) wurde aus der schon länger in Trilantic-Besitz befindlichen Oberberg-Klinikgruppe herausgelöst und auf Smile Eyes »umgebucht«.

Helios kündigte im September den Verkauf des Krankenhauses Volkach (40 Betten) an die PE-Gesellschaft Halder GmbH an. Am 20. Januar 2022 gab Halder die Übernahme und Umbenennung in Fachklinikum Mainschleife GmbH

bekannt und veröffentlichte die mehrheitliche Übernahme des Dermazentrums München (medizinische und ästhetische Dermatologie, 12 Praxen in Bayern und Baden-Württemberg). Sollte Halder tatsächlich einen Dermatologie-MVZ-Konzern planen, wäre dies nach der von Ufenau Capital Partners (Schweiz) 2017 gegründeten Corius-Gruppe (nach eigenen Angaben 32 Standorte in Deutschland und der Schweiz) das zweite Investment in diesem Bereich.

Der seit 2018 mehrheitlich in Besitz von CVC Capital Partners (Luxemburg) befindliche finnische Gesundheitskonzern Mehiläinen gab im November die Übernahme der Dalberg Klinik AG (Fulda, 16 Betten) bekannt. Mehiläinen beschreibt sich als »fast growing, international digital healthcare company« (<https://mehilainen.com/>, siehe auch <https://beehealthy.com/de/>) und betreibt in Finnland, Schweden (seit 2020) und Estland (seit 2021) an über 670 Standorten mit mehr als 29.000 Beschäftigten eine breite Palette verschiedenster Einrichtungen. Am 8. April 2022 folgte die Kartellamtsfreigabe im Verfahren B3-59/22: »Dalberg Klinik GmbH, Fulda (D), (CVC-Gruppe); Erwerb aller Anteile an: 1. MVZ Westpfalz GmbH, Landstuhl (D) 2. MVZ International Rehab Westpfalz GmbH, Ramstein-Miesenbach (D) 3. MVZ Radiologie Westpfalz mbH, Landstuhl (D), MVZ in Bereichen Radiologie Orthopädie HNO Gynäkologie Chirurgie Anästhesie, Rehabilitation«.

Die Kartellamtsfreigabe zur Übernahme der Elbe-Jeetzell-Klinik in Dannenberg (100 Betten) durch die PE-Gesellschaft Capiton AG erfolgte im November 2021, die zur Übernahme der ersten MVZ-Gesellschaft am 3. März 2022: »B3-37/22 Elbe-Jeetzell-Klinik Dannenberg GmbH, Dannenberg (D); Erwerb aller Anteile an der MVZ Pathologie, Zytologie und Dermatologie Viersen GmbH«. Seit Februar 2022 heißt der neue Konzern HCD HealthCare & Diagnostics GmbH.

Die Sana Klinik Nürnberg GmbH (55 Betten) wurde an die belgische PE-Gesellschaft Ergon Capital verkauft und im November 2021 in Klinik am Birkenwald GmbH umbenannt. Ergon hatte schon im Mai »grünes Licht« vom Kartellamt zur Übernahme der Fair-Doctors-Gruppe bekommen: »B3-66/21 SCUR-Alpha 1312 GmbH [jetzt FD Holding GmbH], München (Ergon Capital Management S.A., Luxemburg) und E.C.C. (Cronos) S.C.A., Luxemburg (Ergon Capital); Erwerb sämtlicher Geschäftsanteile an und alleiniger Kontrolle über die Fair Doctors Gruppe, Köln; Dentaltechnik, MVZ für zahnmedizinische Leistungen, Zahnlabore«. Fair Doctors betreiben zurzeit 22 Zahnarzt-, 6 Kinderarzt- und 2 Hausarztpraxen in NRW.

Ende November kündigte die Malteser Sachsen-Brandenburg gGmbH an, die Krankenhäuser St. Carolus in Görlitz (120 Betten) und St. Johannes in Kamenz (160 Betten) an die im Juli neu ins Handelsregister eingetragene Gesellschaft für Gesundheit und Versorgung Sachsen GmbH (GSG) zu verkaufen. Der als GSG-Geschäftsführer eingetragene Ulf Völkel ist auch Sanecum-Geschäftsführer. Sanecum befindet sich in Besitz der PE-Gesellschaft Aduva Capital und ist zurzeit in drei Geschäftsbereichen tätig: Policum (nahezu alle Fachrichtungen), Cardiologicum (Kardiologie) und Nephrologicum (Nephrologie und Dialyse). Was mit den Krankenhäusern geplant sein könnte, ist unklar, zumal Sanecum mit dem Clinicum St. Georg in Bad Aibling (15 Betten) schon ein Trägerkrankenhaus im Portfolio hat.

Am 22. März 2022 gab der irische Gesundheitskonzern Centric Health (Schwerpunkt »Primary Care«) bekannt, einen Vertrag zur Übernahme der Gesundheitscampus Loreley GmbH in Oberwesel (Rheinland-Pfalz) unterzeichnet zu haben. Die dortige Tagesklinik für Orthopädie ist ein im Sinne von § 95 SGB V zugelassenes Krankenhaus. Centric schreibt: »... wird sich das Unternehmen zukünftig für den Aufbau integrierter Versorgungszentren engagieren. Dafür wird Centric Health in Oberwesel seine Deutschland-Zentrale errichten ...« (<https://t1p.de/Centric-Loreley>, siehe auch <https://www.centrichealth.ie/company/company-profile/>). Centric befindet sich seit 2018 mehrheitlich im Portfolio von Five Arrows, einem PE-Fonds der Rothschild-Bank (<https://t1p.de/Rothschild-Centric>) und hatte 2019 die ersten niederländischen Hausarztpraxen übernommen (<https://www.centrichealth.nl/over-centric-health.html>).

## Weiterverkäufe

»Mit der Intermediate Capital Group (ICG) konnte ein neuer kapitalstarker und im Gesundheitswesen erfahrener Partner gefunden werden, der das künftige Wachstum der Gruppe mit signifikanten Mitteln unterstützen wird« (Presseerklärung von Waterland Private Equity anlässlich des Verkaufs des Atos-Orthopädie-Konzerns, September 2021, <https://atos-kliniken.com/>, <https://atos-mvz.de/>). Solche und ähnliche Formulierungen veranschaulichen, dass ein Weiterverkauf von einem an einen anderen Finanzinvestor mit hoher Wahrscheinlichkeit verstärkte Expansionsbestrebungen nach sich ziehen wird.

Ende Juli gab Amedes bekannt, dass die französische PE-Gesellschaft Antin Infrastructure Partners den 2015 von der US-amerikanischen PE-Gesellschaft General Atlantic gekauften Laborkonzern an eine Bietergemeinschaft, bestehend aus Omers Infrastructure, Goldman Sachs Asset Management und AXA Investment Managers Alternative Investments, verkauft habe. Nach eigenen Angaben betreibt Amedes mit über 4.000 Beschäftigten an über 90 Standorten in Deutschland, Belgien, Österreich und Dubai Labore und Kinderwunschzentren (rund 70 Standorte in Deutschland).

Im August 2021 gab Triton bekannt, den mehrheitlichen Kauf der niederländischen Bergman Clinics von der niederländischen PE-Gesellschaft NPM Capital und der Malenstein-Holding vollzogen zu haben. Bergman hatte Ende 2020 den größten Teil der deutschen Capio-Einrichtungen übernommen (5 Krankenhäuser und 9 MVZ). In den Niederlanden betreibt Bergman Einrichtungen zahlreicher medizinischer Fachrichtungen (<https://www.bergmanclinics.nl/focusprogrammas>), in Dänemark, Schweden und Norwegen bisher ausschließlich in der Augenmedizin (unter dem Namen »Memira«). Die Augenmedizin ist auch in Deutschland einer der Schwerpunkte (in Aschaffenburg, Bremen und seit Juli in Hamburg: Übernahme der Medical Eye-Care MVZ Nord GmbH). Triton schreibt: »Der Gesundheitssektor befindet sich in einem tiefgreifenden Wandel, der neue Wege der Gesundheitsversorgung erfordert. In Zukunft wird sich die Gesundheitsversorgung weiter in den ambulanten Bereich verlagern, was durch die Digitalisierung entlang der gesamten Patientenbetreuung ermöglicht wird. Triton sieht Möglichkeiten, ambulant ausgerichtete Gesundheitsdienstleister auszubauen und bei jedem Schritt der Patientenbetreuung, bei Prävention, Diagnose, Behandlung und Pflege, einen Mehrwert zu schaffen. Die Bergman Clinics sind in ihren Kernmärkten im Bereich der fokussierten, planbaren ambulanten Versorgung stark positioniert und verfügen über solide Wachstumsaussichten, eine starke medizinische Plattform und ein digitales Rückgrat. Das Unternehmen stellt eine hervorragende Plattform dar, um als führender Akteur im Bereich der spezialisierten Gesundheitsversorgung in Europa weiter zu expandieren.« (<https://www.triton-partners.de/beteiligungen/bergman-clinics/>).

Nachdem die Deutsche-Bank-Tochter DWS Group mit ihrem Pan European Infrastructure Fonds (PEIF III) 2020 die luxemburgische Inframedica S.à r.l. gegründet hatte, um den italienischen Strahlentherapie-Anbieter Medipass (Einrichtungen

in Italien und Großbritannien) zu übernehmen, gab DWS im November 2021 bekannt, die RadioOnkologieNetzwerk GmbH (RON, zurzeit 18 Strahlentherapien und onkologische Praxen) gekauft zu haben. RON befand sich seit 2019 in Besitz von Summit Partners.

Im Dezember gab Nordic Capital den Verkauf der 2018 übernommenen und nach Zukäufen von Augenarztpraxen in der Schweiz, Großbritannien und den Niederlanden in Veonet Group umgetaufte Ober-Scharrer-Gruppe an PAI Partners und Ontario Teachers' Pension Plan Board bekannt (Freigabe der Europäischen Kommission am 3. Februar 2022). Veonet (nach eigenen Angaben rund 125 Standorte in Deutschland), der Montagu Private Equity gehörende Artemis-Augenarzt-konzern (nach eigenen Angaben mehr als 140 Standorte in Deutschland und der Schweiz) und die von der britischen PE-Gesellschaft Telemos Capital 2018 gegründete Sanoptis AG (nach eigenen Angaben über 250 Standorte in Deutschland und der Schweiz) sind, auf die Anzahl deutscher Einrichtungen bezogen, zurzeit die größten in Private-Equity-Besitz befindlichen MVZ-Konzerne (<https://sanoptis.com/netzwerk/>, <https://www.artemiskliniken.de/Artemis/Standorte/>, <https://www.osg.de/standorte/>, <https://www.veonet-group.com/>).

Am 20. April 2022 gab die belgische Investment-Holding Groupe Bruxelles Lambert (GBL) bekannt, eine Mehrheitsbeteiligung an Sanoptis übernommen zu haben: »GBL and management plan to continue together the impressive growth story of Sanoptis, both in existing markets as well as in new, attractive European geographies.«, <https://www.gbl.be/en/media/3788/20220420%20-%20Sanoptis%20-%20EN%20.pdf>, [https://telemoscapital.com/wp-content/uploads/2020/01/220420\\_Sanoptis\\_Telemos\\_Release\\_vF.pdf](https://telemoscapital.com/wp-content/uploads/2020/01/220420_Sanoptis_Telemos_Release_vF.pdf)

»Frisches Geld« kann auch durch einen Börsengang in die Kasse gespült werden. Das versuchte die britische PE-Gesellschaft Cinven am 30. April 2021 mit einem Börsengang und Teil-Verkauf der 2015 von der PE-Gesellschaft BC Partners übernommenen Synlab-Laborgruppe. Synlab beschreibt sich selbst: »in 36 Ländern auf vier Kontinenten tätig«, »mehr als 20.000 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter«, »erzielte im Jahr 2020 einen Umsatz von 2,6 Mrd. Euro«. In Deutschland findet der Synlab-»Lablocator« in der Rubrik »Humanmedizin« über 70 Standorte. Laut Marketscreener.com halten Cinven noch 43 Prozent und der Synlab-Gründer Bartl Wimmer noch 4,75 Prozent der Aktien (abgerufen am 8.4.2022).

## Venture Capital finanzierte Digital-Health-Startups

Ebenfalls deutlich wurde 2021, dass drei durch Venture Capital («Wagniskapital», Teilbereich des PE-Geschäfts) finanzierte Digital-Health-Startups die »analoge Welt« entdeckt und sich jeweils ein Krankenhaus zugelegt haben:

- Avi Medical bezeichnet sich als »modernste Hausarztpraxis Deutschlands« und betreibt bisher Praxen in München, Berlin und Hamburg (<https://www.avimedical.com/>), eine MVZ-Gesellschaft in Stuttgart ist bereits im Handelsregister eingetragen. Als Trägerkrankenhaus dient vermutlich die Gefäßklinik Dr. Berg GmbH in Blaustein, Baden-Württemberg (27 Betten, Avi-Medical-Mitgründer Julian Kley ist auch Geschäftsführer der Klinik).
- Die Patient 21 GmbH bezeichnet sich als »Gesundheitsplattform der Zukunft« und konnte die Klinik Sankt Elisabeth in Heidelberg (40 Betten) von der Kongregation der Schwestern vom heiligen Josef übernehmen und offenbar Zahnarztpraxen kaufen. Die unter <https://patient21.com/locations> aufgeführten Standorte entsprechen überwiegend den Praxisstandorten des Zahnarztes Dr. Sebastian Duong (in Heidelberg und Mannheim auch Gynäkologie- und Hausarztpraxen).
- Das schwedische Digital-Health-Startup Doktorse Nordic AB schrieb in seinem Jahresbericht 2021 auf Seite 13 unter der Überschrift »Expansion«, die Digitaltochter Doktorde GmbH gegründet (Berlin, <https://doktor.de/>) und die PKB Praxis-Klinik-Bergedorf GmbH (Hamburg, 18 Betten) als Basis einer raschen Expansion im Bereich »Primärversorgung« (primärvårdsheter) übernommen zu haben ([https://doktor.se/wp-content/uploads/2022/03/DoktorseNordicAB\\_AR\\_webb.pdf](https://doktor.se/wp-content/uploads/2022/03/DoktorseNordicAB_AR_webb.pdf)).

## Zur Diskussion: Standpunkte

*Aus dem Koalitionsvertrag der Bundesregierung (Ampel):* »Durch den Ausbau multiprofessioneller, integrierter Gesundheits- und Notfallzentren stellen wir eine wohnortnahe, bedarfsgerechte, ambulante und kurzstationäre Versorgung sicher und fördern diese durch spezifische Vergütungsstrukturen. [...] Die ambulante

Bedarfs- und stationäre Krankenhausplanung entwickeln wir gemeinsam mit den Ländern zu einer sektorenübergreifenden Versorgungsplanung weiter.«<sup>43</sup>

*Aus einem Artikel in kma online:* »Nicht zuletzt die Pandemie hat Kliniken zurück in den öffentlichen Fokus gerückt. Die wohnortnahe Versorgung muss sichergestellt werden, private Betreiber blieben mancherorts als Sanierer erfolglos und die Gemeinden bekommen nach dem Verkauf des öffentlichen Tafelsilbers den Verlust von Planungshoheit und Gestaltungsmöglichkeiten zu spüren.«<sup>44</sup>

*Positionen von Kirsten Kappert-Gonther, MdB Die Grünen und Mitglied im Gesundheitsausschuss:* »Wenn Private Equity Fonds in diese Versorgung gehen, sei das weder grundsätzlich gut noch schlecht. Einerseits gebe es viele Liquiditätsmittel, die investiert werden wollten, und andererseits bestehe im medizinischen Bereich mit den teuren Apparaturen und hohen Vorhaltekosten ein Bedarf an Investitionen. Für Kappert-Gonther lautet die entscheidende Frage, wie diese Synergien genutzt werden können – ohne dass die ärztliche Therapiefreiheit eingeschränkt wird. »Es gibt nicht gutes oder schlechtes Geld, sondern wir müssen gucken, wie wir für die Strukturen von MVZ, Ärztenetzen etc. politisch einen Rahmen setzen, der die ärztliche Therapiefreiheit sicherstellt und Transparenz gewährleistet.« Bei letzterem sieht sie dringenden Handlungsbedarf.«<sup>45</sup>

*Der Autor dieses Textes in einem Artikel im Ärzteblatt:* »Sicherlich wird kein Eigentümer einem bei ihm angestellten Arzt vorschreiben, wie viele Operationen er pro Monat durchführen muss«, sagt Bobsin dem DÄ. »Aber monatliche Reportings, bei denen die zum Unternehmen gehörenden MVZ mithilfe von Benchmarks verglichen werden, könnten bei einzelnen Ärztinnen und Ärzten wirtschaftlichen Druck aufbauen.« Vor allem könne dies der Fall sein, wenn in Kaufverträgen sogenannte Earn-out-Klauseln vereinbart wurden. Dabei erhält ein nach dem Praxisverkauf als Angestellter weiter arbeitender Arzt zunächst eine feste Summe,

---

43 Koalitionsvertrag 2021 bis 2025, Kapitel »Ambulante und stationäre Gesundheitsversorgung«

44 <https://www.kma-online.de/aktuelles/klinik-news/detail/vor-und-nachteile-bei-der-rekommunalisierung-von-kliniken-a-45101>, 2. März 2021

45 Univadis bezieht sich hier auf Dr. Kirsten Kappert-Gonther, Bundestagsabgeordnete der Grünen und Mitglied im Gesundheitsausschuss, 19.3.2021, <https://www.univadis.de/viewarticle/mvzisierung-therapiefreiheit-und-transparenz-sicherstellen-740609>, siehe auch <https://www.aerzzeitung.de/Politik/Private-Equity-ist-auch-eine-Chance-417854.html>

die später durch eine variable Zusatzzahlung ergänzt wird, wenn er bestimmte betriebswirtschaftliche Kennzahlen erreicht.«<sup>46</sup>

*Philipp von Hammerstein, Partner der Private-Equity- und Venture-Capital-Gesellschaft Gimv:* »Private Equity dient häufig auch als eine Art Schmiermittel für notwendige Veränderungsprozesse. Das ist beim Wandel von stationärer zu ambulanter Behandlung genauso wie im Zuge der Digitalisierung und anderer Bereiche. Überall sind Veränderungen und Investitionen notwendig oder im Gange, die in größeren und strukturierteren Unternehmen besser erreichbar und darstellbar sind. Hier sehen wir Chancen und können als Investor Veränderungsprozesse anschieben und begleiten, die natürlich nicht von allen Beteiligten geliebt werden, die aber am Ende des Tages erforderlich sind und auch mit Kapitalbedarf zu tun haben.«<sup>47</sup>

*Bundesverband MVZ:* »Die oft sehr kritische, politische Debatte zu MVZ und zu dem durch sie exemplarisch verkörperten allgemeinen Wandel der ambulanten Leistungserbringung, begleitet die Entwicklung seit 2004. Dabei wird oft zwischen ›guten‹ und ›schlechten‹ MVZ anhand des Trägermerkmals unterschieden. Diese Perspektive blendet jedoch aus, dass das Trägerkriterium noch nie geeignet war, als Maßstab zur Messung von Versorgungsqualität zu dienen. [...] Insofern muss die Frage gestellt werden, wie viel der Debatte der reflexartigen Ablehnung von Veränderungen geschuldet, und wie viel Sorge bezüglich der Folgen für die Patientenversorgung wirklich berechtigt ist. [...] Von daher muss in der aktuellen Debatte zwingend einerseits für mehr Sachlichkeit und andererseits strukturübergreifend für eine Verbesserung der Datengrundlage eingetreten werden.«<sup>48</sup>

*Aus einem Artikel über PE-MVZ in Bayern:* »Die an sich wünschenswerte Kapitalzufuhr in das Gesundheitssystem ist jedoch an eine Reihe von problematischen Bedingungen und Nebenfolgen gebunden: Das Kapital wird in den meisten Fäl-

---

46 Rainer Bobsin, in: Falk Osterloh, »Kommerzialisierung: Entmenschlichung der Medizin«, Deutsches Ärzteblatt, Jg. 119, Heft 6, 11. Februar 2022, Seite A 215, <https://www.aerzteblatt.de/archiv/223182/Kommerzialisierung-Entmenschlichung-der-Medizin>

47 Philipp von Hammerstein, Partner der Private-Equity- und Venture-Capital-Gesellschaft Gimv und dort zuständig für den Bereich »Health & Care«, 22.2.2021, <https://www.going-public.de/life-sciences/private-equity-kann-die-medizinische-qualitaet-verbessern/>

48 Pressemitteilung des BMVZ e.V. vom 13. April 2022, <https://www.bmvz.de/presse/presse-aktuell/>

len nur auf wenige Jahre befristet bereitgestellt, auf die neuen Arztpraxis-Ketten kommen weitere Eigentümerwechsel zu, es werden Renditeanforderungen in der Höhe von anderen ›alternativen Investments‹ gestellt und die Gewinnabflüsse aus dem Gesundheitssystem werden deutlich intransparenter.«<sup>49</sup>

## Fazit

Unübersichtliches Marktgeschehen, häufig in Steueroasen anzutreffende Besitzgesellschaften, noch immer fehlende Pflichten zu veröffentlichen, welche Praxen eigentlich wem gehören, und die Unkenntnis, wohin Versichertenbeiträge fließen, charakterisieren unverändert den MVZ-Markt, auf dem um lohnenswert erscheinende Übernahmeobjekte gerungen wird.

PE-Gesellschaften sind hier nicht allein. Sie konkurrieren mit privaten Krankenhauskonzernen wie beispielsweise Asklepios oder Sana, kirchlichen Konzernen wie Agaplesion oder Franziskus Stiftung Münster/Marienhaus, börsennotierten Gesundheitskonzernen wie Fresenius, Medcover (Schweden), DaVita (USA), Eurofins Scientific (Luxemburg) oder Sonic Healthcare (Australien), in Arztbesitz befindlichen MVZ-Konzernen wie Med 360° AG, ISG Intermed Holding (LADR), MCN Medic-Center Holding SE, Limbach oder Medizentrum Eckert<sup>50</sup> sowie in Apothekerbesitz befindlichen MVZ-Konzernen wie Rohlf's-Holding/Eurozyto/Nädler oder Convales-Holding/Medipolis/Doceins/Viselle.

Aus diesen Gründen halte ich die schon häufig formulierte Forderung nach

---

49 Christoph Scheuplein und Richard Buzek: »Private-Equity-geführte Praxis-Ketten in der vertragsärztlichen ambulanten Patientenversorgung in Bayern«, G&S (Zeitschrift Gesundheits- und Sozialpolitik) 2/2021, Seite 36-44, <https://doi.org/10.5771/1611-5821-2021-2>

50 Med 360° AG, <https://www.med360grad.de/med-360/standorte/>, <https://www.med360grad.de/presse/news/news/med-360-ag-uebernimmt-die-deutsche-radiologienetz-ag/>, <https://conradia.de/#standorte>, ISG Intermed Holding GmbH & Co. KG (LADR Laborverbund Dr. Kramer & Kollegen), <https://www.ladr.de/fachlabore>, MCN Medic-Center Holding SE, <https://www.medic-center-nuernberg.de/Impressum-Datenschutzhinweis.html>, Limbach Verwaltungs SE, <https://www.limbachgruppe.com/laborfinder/>, Medizentrum Eckert, <https://medizentrum-eckert.de/>, <https://augenzentrum-eckert.de/standorte/>

Offenlegung der Eigentumsverhältnisse – zuletzt durch die Gesundheitsministerkonferenz am 5. November 2021 (<https://www.gmkonline.de/Beschluesse.html?id=1155&jahr=2021>) – für uneingeschränkt unterstützenswert.

Die Gefahr der »Ausbildung von Monopolstrukturen« sehe ich bei bundesweiter Betrachtung aller medizinischen Fachrichtungen derzeit nicht, denn bisher ist der Anteil der in MVZ tätigen Ärzt\*innen nach KBV-Angaben noch gering. In der unter <https://gesundheitsdaten.kbv.de/cms/html/17019.php> herunterladbaren Excel-Datei »I.1.3.1.xls« findet sich die Angabe für 2021 (letzte Aktualisierung: 16.3.2022): Anzahl aller Ärzt\*innen und Psychotherapeut\*innen in Praxen: 171.359, davon in MVZ tätig: 23.469. Das ergibt einen Anteil von 13,7 Prozent.

Ob es regional in einzelnen medizinischen Fachrichtungen zu bedenklichen Konzentrationsprozessen gekommen sein könnte, vermag ich allerdings nicht zu beurteilen. Auch nicht, ob eine Konzentration schon entstanden war, bevor von Ärzt\*innen gebildete MVZ-Konzerne an PE-Gesellschaften verkauft wurden.

Das NDR-Magazin Panorama benennt im Beitrag »Spekulanten greifen nach Arztpraxen« (5. April 2022, <https://t1p.de/Panorama-5-4-2022>) mehrere Städte, in denen mehr als die Hälfte aller Augenarztpraxen in Besitz eines Investors sind. Und das Bundeskartellamt veröffentlichte im März 2022 erstmals die Rücknahme einer Anmeldung im Bereich Arztpraxen/MVZ: »23.03.2022 (Rücknahme): Sanoptis GmbH, Berlin (D); Erwerb sämtlicher Geschäftsanteile und alleiniger Kontrolle über Augenklinik Rendsburg GmbH, Rendsburg (D), sowie Erwerb eines Mehrheitsanteils an der Augenklinik Rendsburg MVZ GmbH«. Üblicherweise geschieht dies nur, wenn kartellrechtliche Bedenken vorliegen und eine Untersagung zu erwarten ist.

Dass die Einteilung der Trägerschaft in der MVZ-Statistik (»Vertragsärzte«, »Krankenhaus«, »Sonstige«, <https://gesundheitsdaten.kbv.de/cms/html/17021.php>) nicht geeignet ist, die wahren Eigentumsverhältnisse abzubilden, zeigen einerseits die in PE-Besitz befindlichen MVZ: Aufgrund unterschiedlicher Träger wurden und werden sie in der Kategorie »Krankenhaus« oder der Kategorie »Sonstige« gezählt.

Andererseits reicht die pauschale Kategorie »Krankenhaus« nicht aus, um gesundheitspolitisch relevante Differenzierungen vornehmen zu können: Öffentliche, freigemeinnützige und private Krankenhaus-Eigentümer\*innen sollten meines Erachtens getrennt betrachtet werden können.

Außerdem wird auch eine stetig steigende Zahl von MVZ, die von Ärzt\*innen gegründet oder übernommen und betrieben werden, nicht in der Kategorie »Vertragsärzte«, sondern in der Kategorie »Krankenhaus« gezählt. Das ist dann der Fall, wenn Ärzt\*innen ein Krankenhaus kaufen, um die Expansion ihres MVZ-Konzerns zu ermöglichen oder zu vereinfachen.

Vorgeschlagene Zulassungsbeschränkungen sollten meines Erachtens unbedingt auf unerwünschte Nebenwirkungen, beispielsweise für öffentliche Krankenhäuser, Kommunen, die eigene MVZ betreiben oder planen, sowie die ärztliche Versorgung insgesamt überprüft werden, besonders für Patient\*innen in jetzt schon suboptimal versorgten Regionen.

## Verein demokratischer Ärzt\*innen

Der vdää\* ist ein ärztlicher Berufsverband, der sich als kritische und progressive Alternative zu standespolitisch wirkenden Ärzteverbänden versteht. Er bietet Raum für gesellschafts- und selbstkritische Diskussionen, fördert die Vernetzung politisch aktiver Ärzt\*innen, Medizinstudierender und Psycholog\*innen, erarbeitet Analysen und beteiligt sich an gesellschaftlichen Auseinandersetzungen. Er wurde gegründet als Verein demokratischer Ärztinnen und Ärzte und bei der Mitgliederversammlung 2021 umbenannt in Verein demokratischer Ärzt\*innen.

Berufsgruppenübergreifende und internationale Solidarität sowie politische Arbeit in breiten Bündnissen sind, ebenso wie die wachsende Zahl an Regional- und Ortsgruppen, wichtige Stützen unserer Arbeit. Über Pressemitteilungen, Veranstaltungen, Beteiligung an Demonstrationen, Stellungnahmen und Hintergrundinformationen für journalistische Recherchen wirken wir in öffentliche und fachpolitische Debatten hinein. Unsere Mitgliederzeitschrift »Gesundheit braucht Politik – Zeitschrift für eine soziale Medizin« erscheint vier mal im Jahr.

Weitere Informationen: <https://vdaee.de>

## Verein demokratischer Pharmazeutinnen und Pharmazeuten (VdPP)

Im VdPP sind Kolleg\*innen organisiert, die sich nicht mit der jetzigen Situation im Gesundheitswesen abfinden möchten. Zusammengeschlossen im VdPP setzen sie sich ein für patientenorientierte Arzneimittelberatung und -versorgung, eine evidenzbasierte Pharmazie, die Demokratisierung des Gesundheitswesens und seiner Standesorganisationen, die Zusammenarbeit aller Akteure im Gesundheitswesen, die Stärkung des Verbraucherschutzes und der Patientenbeteiligung im Gesundheitswesen, für den Zugang aller Menschen weltweit zu einer ausreichenden Arzneimittelversorgung sowie für die Begrenzung der Marktmacht der pharmazeutischen Industrie. Neben den jährlichen Mitgliederversammlungen, dem 3-fach jährlich erscheinenden Rundbrief und dem vereinsinternen VdPP-Newsletter halten Seminare und Regionalgruppen die Diskussion innerhalb des Vereins in Gang. Für alle Interessierten – auch außerhalb des Vereins – veranstaltet der Verein Fach- und Herbstseminare zu den unterschiedlichsten Themen.

Weitere Informationen: <https://www.vdpp.de>



# SOLIDARISCHES GESUNDHEITS WESEN

## »Armut und Ausgrenzung machen krank«

Das muss und soll nicht so bleiben. Der Verein »Solidarisches Gesundheitswesen e.V.« engagiert sich für ein Gesundheitswesen, das allen Menschen einen sicheren Zugang zu einer guten medizinischen Versorgung sowie Teilhabe an gesundheitlicher Prävention und Gesundheitsförderung ermöglicht. Wir treten für den Abbau gesundheitsgefährdender Verhältnisse in Gesellschaft und Umwelt ein. Und wir wollen uns besonders dafür einsetzen, dass bisher sozial und ökonomisch benachteiligte gesellschaftliche Gruppen (z.B. Arme, Geflüchtete, Migrant\*innen) an der medizinischen Versorgung und Gesundheitsförderung teilhaben können. Wir widersetzen uns deshalb allen Tendenzen, soziale Gruppen von der medizinischen Versorgung auszuschließen oder ihre Gesundheitsressourcen zu beschneiden.

Der gemeinnützige Verein steht allen offen, die seine Ziele teilen. Wir engagieren uns in Kooperation und Vernetzung mit bereits bestehenden Organisationen und Initiativen.

### Kontakt:

Solidarisches Gesundheitswesen e.V.

Falkstraße 34 . 60487 Frankfurt/Main . [solid.g-wesen@gmx.de](mailto:solid.g-wesen@gmx.de)

<http://www.solidarisches-gesundheitswesen.de/>

### Spendenkonto:

Bank: Frankfurter Sparkasse 1822 . IBAN: DE07 5005 0201 0200 5795 25

Herausgeber

Solidarisches Gesundheitswesen e.V.

Falkstr. 34 • 60487 Frankfurt/Main

[solid.g-wesen@gmx.de](mailto:solid.g-wesen@gmx.de)

[www.solidarisches-gesundheitswesen.de](http://www.solidarisches-gesundheitswesen.de)