

# INTEGRIERTE PRIMÄRVERSORGUNGS- ZENTREN

BMC-Impulspapier zur Weiterentwicklung einer sozialraumbezogenen,  
fortschrittlichen regionalen Grundversorgung

28. Oktober 2022

**Bundesverband Managed Care e.V.**

Vorstand: Prof. Dr. Lutz Hager, PD Dr. Ursula Hahn, Franz Knieps,  
Dr. Bernadette Klapper, Dr. Carola Reimann, Antonia Rollwage, Nicole Schlautmann  
Friedrichstr. 136 · 10117 Berlin · +49 30 28 09 44 80  
bmcev@bmcev.de · www.bmcev.de



# INHALT

<b>Integrierte Primärversorgungszentren - Weiterentwicklung einer sozialraumbezogenen, fortschrittlichen regionalen Grundversorgung .....</b>	<b>3</b>
Zielsetzung .....	3
Ausrichtung einer fortschrittlichen Primärversorgung .....	4
Eckpunkte für die Ausgestaltung Integrierter Primärversorgungszentren .....	5
(1) Auftrag und Aufgaben .....	5
(2) Organisationsform .....	6
(3) Qualitätsorientierung und Finanzierung .....	7

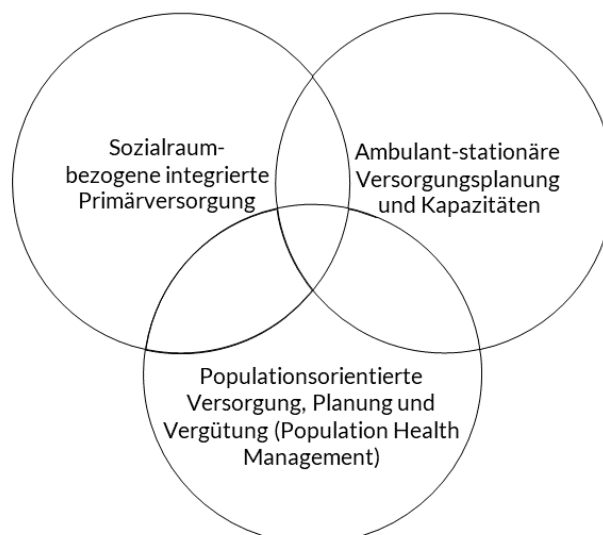
# INTEGRIERTE PRIMÄRVERSORGUNGSZENTREN - WEITERENTWICKLUNG EINER SOZIALRAUMBEZOGENEN, FORTSCHRITTLICHEN REGIONALEN GRUNDVERSORGUNG

## ZIELSETZUNG

Der Koalitionsvertrag zwischen SPD, Bündnis 90/Die Grünen und FDP widmet sich in knappen, aber klaren Passagen der künftigen Ausrichtung einer ambulanten und stationären Gesundheitsversorgung. Die Partner streben den Ausbau multiprofessioneller, integrierter Gesundheits- und Notfallzentren an, um so eine wohnortnahe und bedarfsgerechte Versorgung sicherzustellen. Dazu sollen spezifische Vergütungsstrukturen entwickelt und die Attraktivität bevölkerungsbezogener Versorgungsverträge (Gesundheitsregionen) erhöht werden. Der gesetzliche Spielraum für Verträge zwischen Krankenkassen und Leistungserbringenden soll ausgeweitet werden, um innovative Versorgungsstrukturen zu stärken. In besonders benachteiligten Kommunen und Stadtteilen sollen niedrighschwellige Beratungsangebote – z. B. in Gesundheitskiosken – Behandlung und Prävention verbessern. Darüber hinaus soll die Versorgung insbesondere in ländlichen Gebieten durch Community Health Nurses, Gemeindeschwestern, Gesundheitslotsen und telemedizinische Leistungen (u. a. Videosprechstunden, Telekonsile und -monitoring) unterstützt und gesichert werden. Diese Aspekte bilden zusammen mit weiteren Zielen des Koalitionsvertrages einen umfassenden Gestaltungsauftrag. Dazu zählen eine sektorenübergreifende Versorgungsplanung sowie Vergütungs- und Vertragsmodelle, die sich gesamthaft auf die Versorgung, Prävention und Gesunderhaltung in einer Region beziehen.

Der BMC begrüßt diese Zielsetzungen, die in der Summe auf die Ausgestaltung von Versorgung (Prävention und Gesunderhaltung eingeschlossen) auf einer neuen, regionalen Ebene zulaufen. Diese sollten in drei Handlungsfeldern weiterbearbeitet werden:

### HANDLUNGSFELDER FÜR EINE REGIONALE GESUNDHEITSVERSORGUNG



Die genannten Zielsetzungen des Koalitionsvertrags weisen insbesondere auch den Weg in eine zukunftsfähige, verbesserte und innovative Primärversorgung.<sup>1</sup> Dies ist auch deshalb erforderlich, weil die hausärztliche Versorgung schon aktuell nicht mehr flächendeckend sichergestellt werden kann.<sup>2</sup> Der BMC plädiert daher für eine rasche Umsetzung in ein modernes Gesundheitsrecht. Grundlegende Leitplanken dazu finden sich in BMC-Publikationen im Vorfeld der letzten Bundestagswahl („Mehr Ökonomie wagen“<sup>3</sup>, „Kooperation und Koordination ausbauen“<sup>4</sup>), detailliertere Vorschläge sind in Positionierungen insbesondere zur Vorrangstellung der integrierten Versorgung vor der Optimierung von Versorgungssektoren<sup>5</sup>, zur Aufwertung und Gleichstellung der Gesundheitsberufe<sup>6</sup> oder zur Rolle von Gesundheitslotsen in einer zersplitterten Versorgungslandschaft<sup>7</sup> ausgearbeitet.

## AUSRICHTUNG EINER FORTSCHRITTLICHEN PRIMÄRVERSORGUNG

Fortschrittliche Konzepte der Primärversorgung stellen sozialraumbezogene Angebote, eine hohe Integration aller Beteiligten sowie neue und digitale Arbeitsweisen in den Vordergrund. Ein so weiterentwickeltes Primärversorgungssystem muss zudem andere Schwerpunkte in der Versorgung setzen: Mit einem stärkeren Sozialraumbezug sollten regionale Unterschiede sowie sozial ungleich verteilte Zugangschancen zur Gesundheitsversorgung stärker adressiert werden. Gesundheitskioske setzen hier mit ihrem niedrigschwelligen Beratungsangebot zu Gesundheits- und Versorgungsfragen zwar an, sie liefern aber nur einen Baustein für eine fortschrittliche Neuaufstellung der Primärversorgung (und scheinen eher für den urbanen Raum geeignet). Zudem muss darauf geachtet werden, dass neue medizinische Angebote und Strukturen eng mit der bestehenden Versorgung verknüpft sind – hier insbesondere mit den grundversorgenden Ärztinnen und Ärzten sowie Pflegediensten. Dabei sollte dem jeweiligen Bedarf Rechnung getragen werden, auch als Antwort auf eine zunehmende Verknappung des grundversorgenden Angebots besonders (aber nicht ausschließlich) in ländlichen Gebieten. Die Primärversorgung der Zukunft orientiert sich an der Kernidee, in Zentren bzw. Netzwerken mit multiprofessionellen Teams gemeinsam Patientinnen und Patienten zu behandeln. Hierfür bedarf es weitergehender Möglichkeiten zur Heilkundeübertragung sowie neue Berufsbilder wie bspw. Community Health Nurses, um insbesondere in Regionen mit einem Versorgungsmangel medizinisch-pflegerische Erst-, Grund- und Routineversorgung vorzuhalten. Internationale Beispiele aus Finnland, Schweden oder Kanada zeigen bereits erfolgreich, wie der Zugang zur Versorgung mithilfe von multiprofessionellen Zentren bzw. Netzwerken gerade in strukturschwachen und ländlichen Regionen verbessert werden kann. Dabei orientieren sich die Angebote am spezifischen Bedarf der Menschen vor Ort und integrieren verschiedene Dienste der Gesundheits- und Sozialversorgung (einschließlich Maßnahmen zur Prävention und Gesundheitsförderung der Bevölkerung). Für eine Weiterentwicklung der Primärversorgung gilt es zudem, stärker die Potenziale der digitalen Transformation durch neue Vernetzungs- und verbesserte Behandlungsmöglichkeiten zu nutzen. In einem solchen System der Primärversorgung sind verschiedene Organisationsmodelle denkbar, wobei sich dieses Papier auf Integrierte Primärversorgungszentren

---

<sup>1</sup> Wir folgen dabei dem im internationalen Diskurs üblichen Verständnis von Primärversorgung, wonach Leistungen der Primärversorgung auch durch Pflegekräfte und andere Gesundheitsberufe erbracht werden können.

<sup>2</sup> Nach aktuellen Zahlen der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg erreicht der Schwäbische Wald bspw. nur noch einen Versorgungsgrad von 58,4 Prozent. Quelle: Berichterstattung über die arztgruppenspezifischen Versorgungsgrade je Planungsregion gemäß Beschlussfassung des Landesausschusses der Ärzte und Krankenkassen für Baden-Württemberg vom 29. Juni 2022, abrufbar unter: <https://www.kvbawue.de/praxis/vertraege-recht/bekanntmachungen/bedarfsplanung>

<sup>3</sup> [https://www.bmcev.de/wp-content/uploads/BMC-Positionspapier-Mehr-Oekonomie-wagen\\_Webversion.pdf](https://www.bmcev.de/wp-content/uploads/BMC-Positionspapier-Mehr-Oekonomie-wagen_Webversion.pdf)

<sup>4</sup> <https://www.bmcev.de/wp-content/uploads/2021-08-12-Gesundheitspolitische-Impulse.pdf>

<sup>5</sup> „Eine Agenda Managed Care 2030“, in: BMC-Geschäftsbericht 2021, S. 24ff.

<sup>6</sup> Amelung, V. et al. (Hrsg.), „Die Zukunft der Arbeit im Gesundheitswesen“, Berlin 2020.

<sup>7</sup> Ex, P./Behmer, M./Amelung, V., „Mit Patientenlotsen Managed Care ermöglichen“, in: Monitor Versorgungsforschung (04/20), S. 24-29.

fokussiert. Diese und weitere Vorschläge sollten im Lichte einer intensiven Diskussion weiterentwickelt und ausgestaltet werden.

## ECKPUNKTE FÜR DIE AUSGESTALTUNG INTEGRIERTER PRIMÄRVERSORGUNGSZENTREN

Der BMC schlägt vor, die Ansätze im Koalitionsvertrag mit bestehenden kommunalen Angeboten und Möglichkeiten wie beispielsweise den Gesundheitskiosken und Pflegestützpunkten zu verknüpfen und real oder virtuell in einer neuen Organisationseinheit – den Integrierten Primärversorgungszentren (IPVZ) – zusammenzufassen. IPVZ bieten dabei die Chance, Versorgungsleistungen des SGB V mit Prävention, Rehabilitation und Pflege an einem Ort zu bündeln und damit ein ganzheitliches, sozialgesetzbuchübergreifendes Leistungsangebot für die Gesundheit der Bevölkerung zu schaffen. Sie stellen sowohl Leistungs- als auch Vernetzungszentren dar. Ein IPVZ ist dabei nicht an einen Arztsitz gebunden, sollte aber verbindlich mit der ambulanten ärztlichen Versorgung verknüpft sein (etwa in Form von „Kooperationspraxen“). Zudem kann ein IPVZ einen oder mehrere Arztsitze aufnehmen und so die hausärztliche und fachärztliche Grundversorgung vor Ort integrieren. In der lokalspezifischen Verschränkung von Angeboten können evolutionär Blaupausen für sinnvolle Koppelungen, effiziente Organisationsformen und Mischfinanzierungen (z.B. aus Mitteln der Kranken- und Pflegeversicherung, kommunalen Mitteln für die Daseinsvorsorge, etc.) entstehen. Für eine weitere Ausgestaltung benennt der BMC im Folgenden Eckpunkte zu (1) Umfang der Leistungen und Aufgaben, (2) Organisationsform sowie (3) Qualitätsorientierung und Finanzierungsmodellen.

Vorangestellt sei der Grundsatz der sparsamen Regulierung: Benötigt wird eine Verankerung im Sozialgesetzbuch, etwa zu Organisationsform, Kompetenzen sowie Vergütung. Das Nähere sollten die Vertragspartner im Einzelfall sowie über Rahmenverträge in den Bundesländern und Regionen vereinbaren und – im Sinne eines lernenden Systems – auf Grundlage von Erfahrungen aus der Praxis anpassen und nachbessern. Den traditionellen Kollektivvertragspartnern sollte keine Veto-Position eingeräumt werden.

### (1) AUFTRAG UND AUFGABEN

- Integrierte und koordinierte Erst-, Grund- und Routineversorgung vorhalten

IPVZ fungieren als erste Kontaktstelle für nichtärztliche Leistungen der Erst-, Grund- und Routineversorgung. Insbesondere in Regionen mit einem Versorgungsmangel können die Zentren daher ohne einen Arztsitz (z.B. über Community Health Nurses) betrieben werden. Hierfür bedarf es jedoch weiterführender Regelungen zur Heilkundeübertragung. Die Zentren sollten dabei jedoch Andockstellen für die ärztliche Versorgung z.B. im Rahmen der Befundung und Diagnose (bspw. über telemedizinische/telekonsiliarische Angebote oder in Form von „Kooperationspraxen“) sicherstellen. Dazu gehören etwa auch dringliche Weiterleitungen. Darüber hinaus übernehmen die Zentren koordinierende Aufgaben im Sinne einer kontinuierlichen Gesundheitsversorgung. Ein wesentliches Element ist dabei die digitale Vernetzung mit anderen Leistungserbringenden. Auch weitere Angebote z. B. zur Arznei- oder Hilfsmittelversorgung können dort gebündelt erfolgen.

- Angebote erweitern und verzahnen

Die Zentren sollten sich nicht auf die Erst-, Grund- und Routineversorgung beschränken, sondern Gesundheitsdienstleistungen aus den Bereichen Prävention, Rehabilitation und Pflege (bspw. durch Integration von Pflegestützpunkten) sowie Angebote aus dem Bereich der Sozialarbeit anbieten und diese bezogen auf die Bedarfe der Menschen vor Ort optimal miteinander verzahnen. Abhängig von den lokalen Gegebenheiten

kann das Leistungsangebot um spezialisierte oder stationäre medizinische und nicht-medizinische Angebote und Leistungen in Präsenz und/oder digital erweitert werden. Eine Vernetzung mit anderen Versorgern außerhalb des Zentrums (VertragsärztInnen, Krankenhäuser und auch Leistungserbringende jenseits des SGB V) sollte darüber hinaus angestrebt werden. Hierzu gehört die Gründung bzw. der Anschluss an Versorgungsnetzwerke.

- Aufklärung, Information und Beratung einbeziehen

Wesentlicher Teil des Angebots ist die Patientenedukation (analog zu DMP-Schulungen) sowie Unterstützungsmöglichkeiten im Bereich des Selbstmanagements und erweiterte Angebote im Bereich der Gesundheitserhaltung und Gesundheitsinformation. Die umfassende Aufklärung und Beratung über gesundheitliche und soziale Angebote beinhaltet auch Leistungen über die Grenzen einzelner Sozialgesetzbücher hinaus. In sozialen Brennpunkten können IPVZ den Leistungsumfang von Gesundheitskiosken integrieren oder eng mit solchen zusammenarbeiten.

- Im Sinne von Public und Community Health weiterentwickeln

Insgesamt eignen sich die Zentren, um populationsbezogene Gesundheitsförderung und Prävention mit medizinisch-pflegerischer Gesundheitsversorgung zu verknüpfen. Durch ihren multi- und interprofessionellen Ansatz sind sie besonders geeignet, erweiterte Versorgungsprogramme im Bereich der chronischen und Zivilisationskrankheiten anzubieten. Außerdem sollten sie wesentlicher Bestandteil des kommunalen und regionalen Netzwerks sein, um Präventionsmaßnahmen leichter adressieren zu können und Bevölkerungsgruppen zu erreichen, die keinen guten Zugang zur Gesundheitsversorgung finden. Eine gute Zusammenarbeit mit dem Öffentlichen Gesundheitsdienst gehört ebenfalls dazu.

## (2) ORGANISATIONSFORM

- Trägervielfalt und Organisationsflexibilität

Die Errichtung von IPVZ sollte grundsätzlich allen natürlichen oder juristischen Personen ermöglicht werden. Dabei sollten alle geeigneten Organisations- und Betriebsformen gewählt werden können. Die Einschränkungen, die für Medizinische Versorgungszentren gelten oder diskutiert werden, sollten nicht übernommen werden. Vor allem sollten kommunale Gebietskörperschaften das Recht bekommen, solche Einrichtungen zu errichten und selbst oder in Zusammenarbeit mit Dritten zu betreiben, sofern ein Versorgungsmangel erkennbar ist. Kommunen sollten dabei auch die Möglichkeit erhalten, die Errichtung von IPVZ auszusprechen. Die Zentren fügen sich in die aktuellen Planungsverfahren ein, können also nur in Regionen mit Versorgungsbedarf gegründet werden. In einer weitergehenden Reform können sie gleichzeitig ein Element in einer künftigen, stärker sektorenübergreifenden sowie bevölkerungsbezogenen regionalen Bedarfs- und Versorgungsplanung sein.

- Vorrang für das Digitale

Von Anfang an sollten die Zentren konsequent digitale Ausprägungen haben. Dies gilt nicht nur für die zentrale Frage der Dokumentation, sondern auch für die vernetzte, digitale Steuerung von Diagnose- und Behandlungsprozessen und den Zugang von PatientInnen zu für sie relevanten Informationen. Um Datenaustausch mit anderen an der Behandlung Beteiligten zu gewährleisten, sind Interoperabilität der verwendeten medizinischen Informationssysteme (Primärsysteme, Bildgebung) sowie eine um die nicht-medizinischen Leistungsangebote im Versorgungszentrum ergänzte elektronische Patientenakte (ePA) notwendig. Im

Rahmen der Zusammenarbeit mit KooperationsärztInnen sollten die Zentren telemedizinische Diagnostik- und Monitoringangebote vorhalten.

- Multiprofessionalität und Gleichstellung der Berufe

IPVZ sollten grundsätzlich für alle Berufsgruppen offen sein, die an der Primärversorgung teilnehmen. Das gilt auch für weitere Berufsgruppen wie PsychotherapeutInnen, PhysiotherapeutInnen, ErgotherapeutInnen, LogopädInnen, ErnährungsberaterInnen und Präventionsfachkräfte, deren Angebote – je nach Versorgungsbedarf – in die Zentren integriert werden können. Über die traditionelle Delegation des Vertragsarztrechts hinaus soll die Selbständigkeit und Verantwortung der jeweiligen Fachberufe gestärkt werden. Versorgung im Team sollte rechtssicher ausgestaltet sein.

### **(3) QUALITÄTSORIENTIERUNG UND FINANZIERUNG**

- Ausrichtung an Qualitätsindikatoren

IPVZ haben sich an den regionalen Bedarfen der Bevölkerung auszurichten und sollten ein bestmögliches Ergebnis von Aufwand und Nutzen erzielen. Es sollten daher Indikatoren der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität entwickelt und entsprechende Daten generiert werden, sodass ein bedarfsorientiertes Management der Angebote erfolgen kann. Daraus abgeleitete Ziele können im Rahmen einer regionalen Strategie auch mit erfolgsbezogenen Elementen der Vergütung verbunden werden.

- Mischfinanzierung

Abhängig vom Leistungsspektrum der Zentren sind Modelle einer gemischten Finanzierung denkbar, die sich aus Mitteln der Kranken- und Pflegeversicherung, aus kommunalen Mitteln für die Daseinsvorsorge, Steuermitteln und privat finanzierten Aufwendungen speist. Vorhaltung und Leistungen der integrierten Erst-, Grund- und Routineversorgung sollten weitmöglichst pauschaliert werden (dies ebenfalls im ärztlichen Bereich). Diese Pauschalen müssen Management- und Beratungskomponenten enthalten. Zudem bedarf es entsprechender Vergütungsregelungen für SGB-übergreifende Angebote.

- Wirtschaftsrahmen und Verantwortlichkeiten

IPVZ sollten wirtschaftlich betrieben werden. Da die Initiative zur Errichtung solcher Zentren bei den Kommunen liegt, sollten sich Anstellungsverhältnisse am kommunalen Tarifrecht orientieren. Wesentliche Daten zur Leistungserbringung und Wirtschaftlichkeit sollten für die Kommunen einsehbar sein. Die Leitung von IPVZ ist nicht professionsgebunden.