

Thomas Zimmermann* und Susanne Pruskil

Modelle, Konzepte, neue Wege der Primärversorgung in Deutschland

Models, concepts, and new approaches in primary healthcare in Germany

<https://doi.org/10.1515/pubhef-2025-0106>

Zusammenfassung: Mit einigen gesetzlichen und sozialrechtlichen Maßnahmen haben der Bundestag sowie die gemeinsame Selbstverwaltung der Ärztinnen und Ärzte und der Gesetzlichen Krankenversicherung in den vergangenen beiden Jahrzehnten eine zunächst verhaltene, aber nunmehr kaum noch überschaubare Blüte von neuen (primär-)ärztlichen Versorgungseinrichtungen ermöglicht, ergänzt um Gesundheitskiosk-artige Konzepte, die keine ärztlichen Leistungen erbringen. Dieser Beitrag gibt einen Überblick über die Entwicklung.

Schlüsselwörter: Gesundheitskiosk; Hausarztpraxis; neue Primärversorgungsmodelle in Deutschland; Primärversorgung; Primärversorgungszentrum.

Abstract: Over the past two decades, the German Parliament and the joint self-governing body of physicians, dentists, hospitals and statutory health insurance providers have implemented a series of legislative and social policy measures that have enabled the initially modest but now almost unmanageable proliferation of new (primary) medical care facilities, supplemented by health kiosk-like concepts that do not provide medical services. This article provides an overview of this development.

Keywords: general practitioner; health kiosk; healthcare center; new models of healthcare in Germany; primary healthcare.

Einleitung: Die Rolle der Primärversorgung

Die Gesundheitsversorgung Deutschlands ist geprägt von bekannten Entwicklungen, die einander bedingen (Demografie der Bevölkerung + Alterung der Hausärztinnen und Hausärzte), einander verstärken (Demografie der Bevölkerung + wachsende Morbidität) und neue Akteursgruppen in die Gestaltung der Versorgung einbeziehen: Kommunen und den Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD). Insgesamt stellt es eine Herausforderung dar, eine kosteneffiziente, niedrigschwellige und wohnort-nahe Primärversorgung als erste Kontaktstelle aufrechtzuerhalten und zukunftsfähig zu machen.

Die wesentliche Bedeutung einer primären Gesundheitsversorgung [1] ist im politischen und versicherungsrechtlichen Raum, in der Pflege und in der sozialen Arbeit sowie in der ärztlichen Aus-, Weiter- und Fortbildung und allen anderen Gesundheitsfachberufen in Deutschland weitgehend konsentiert.

Auf der Basis der rechtlichen Regelungen aus den vergangenen 20 Jahren (vgl. Tabelle 1) liegt es nahe, die Hausarztzentrierte Versorgung (HzV) weiterzuentwickeln. Dem steht die Verfügbarkeit von Hausärztinnen und Hausärzten entgegen, wenn aktuell 5000 hausärztliche Kassensitze unbesetzt sind [2]. Auch die Weiterbildungsförderung Allgemeinmedizin kann die Nachbesetzungsprobleme bisher nicht beheben [3]. Zudem beruht die HzV gegenwärtig auf Selektiv- und nicht auf Kollektivverträgen. Es müssen also Wege gegangen werden, die ambulante gesundheitliche Versorgung neu zu denken, interprofessionelle, arzt-entlastende Teams zu formen und deren Handlungskompetenzen neu zu bestimmen, sowohl curricular als auch berufs- und haftungsrechtlich [4].

Dieser Beitrag systematisiert die neuen integrativen Primärversorgungsmodelle mit ihren unterschiedlichen Träger-, Gesellschafter- bzw. Kooperationsmodellen.

***Korrespondenz:** Thomas Zimmermann, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Institut und Poliklinik für Allgemeinmedizin, Martinistr. 52, 20246 Hamburg, Germany, E-mail: t.zimmermann@uke.de. <https://orcid.org/0000-0002-2047-9907>
Susanne Pruskil: Medizinische Hochschule Brandenburg Theodor Fontane (MHB), Gastprofessur für den Öffentlichen Gesundheitsdienst, Zentrum für Versorgungsforschung (ZVF-BB), Neuruppin, Germany

Tabelle 1: Auswahl gesetzlicher Regelungen zur Entwicklung der Primärversorgung seit 2004.

Name des Gesetzes / der Richtlinie	Eckpunkte für die Primärversorgung
GKV-Modernisierungsgesetz (GKV-MG) in Kraft: 01.01.2004	– Seit dem GKV-MG im Jahr 2004 besteht bereits ein freiwilliges, selektiv-vertraglich geregeltes Primärarztsystem: Die Hausarztzentrierte Versorgung (HzV) nach SGB V §73b. – Medizinische Versorgungszentren (MVZ) werden ermöglicht, zunächst als Fachgruppen-übergreifende Einheiten.
Vertragsarztrechtsänderungsgesetz (VÄndG) in Kraft 01.01.2007	– Möglichkeit der Bildung von Berufsausübungsgemeinschaften (örtlich, überörtlich, über KV-Grenzen hinweg). – Ambulante und stationäre Tätigkeit möglich – Möglichkeit der Teilzulassung (50 Prozent) – Streichung der Altersgrenze von 68 Jahren für die vertragsärztliche Tätigkeit in unterversorgten Planungsbereichen – Möglichkeit zur Vereinbarung von Sicherstellungszuschlägen in unterversorgten Gebieten – Verpflichtung der GKV, ihren Versicherten HzV anzubieten
GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz In Kraft 01.04.2007	
GKV-Versorgungsstärkungsgesetz (GKV-VSG) in Kraft 23.07.2015	– Fachgruppen-gleiche MVZ möglich; Kommunen, Landkreise und kreisfreie Städte ist die Gründung von MVZ als kommunalen Eigenbetrieben erlaubt.
Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsversorgung in der Kommune (GVSG) in Kraft 01.03.2025	– Im 1. Entwurf: Primärversorgungszentren (PVZ) und Gesundheitskioske, Verordnungs- und Delegationsrecht von Ärztinnen und Ärzten im ÖGD – Im Gesetz: Entbudgetierung der HÄ und Vorhaltepauschale in der Hausärztlichen Versorgung

Quelle: eigene Recherche.

Taxonomie der neuen integrativen Versorgungsmodelle der Primärversorgung

Während die HzV seit 2004 allmählich wächst, kann die primäre Gesundheitsversorgung seit dem GKV-Versorgungsstärkungsgesetz 2015 durch Gemeinden und Landkreise mitgestaltet werden, so z.B. geschehen im hessischen Landkreis Darmstadt-Dieburg und in der Nordsee-Gemeinde Büsum, die erste kommunale Medizinische Versorgungszentren (MVZ) gründeten. Weitere Akzente setzte die Förderung von Patientienorientierten Zentren zur Primär- und Langzeitversorgung (PORT) durch die Robert-Bosch-Stiftung [5]. Sie unterstützte die Entwicklung von Primärversorgungszentren (PVZ) an 12 Standorten (vgl. Tabelle 2), u.a. das MVZ in Büsum, städtische Quartiere wie Hamburg-Veddel und Berlin-Neukölln, aber auch weniger stark verdichtete Sozialräume wie Märkische Höhe (Brandenburg), Traben-Trarbach (Rheinland-Pfalz) oder Brüggen (NRW). Zentral für diese Konzepte war der Einsatz von Community Health Nurses (CHN), akademisch ausgebildeten Pflegekräften für das Case und Care Management.

Allerdings setzt die flächendeckende Umsetzung solcher Team-Kooperationen die zumindest stundenweise Verfügbarkeit von (Beratungs-)Räumen *innerhalb* von

niedergelassenen Praxen voraus [6], gerade in Großstädten häufig nicht zu ermöglichen. Um sowohl die primärärztlich-hausärztliche als auch die gebietsärztlich-spezialistische Versorgung durch ein CHN-Angebot außerhalb der ambulanten Praxen zu ergänzen, bewilligte der Innovationsausschuss beim Gemeinsamen Bundesausschuss die Förderung von INVEST Billstedt-Horn [7]. Daraus entstand als Walk-in-Einrichtung der erste Gesundheitskiosk in Hamburg-Billstedt, in den die lokalen Haus- und die Gebietsärzt:innen überweisen können, wenn der Bedarf für ein Case und Care Management vorhanden ist.

Inzwischen fördern sowohl der Innovationsfonds und auch die Bundesländer weitere Einrichtungen der Primärversorgung. Aktuell (September 2025) sind Förderlinien in Bayern, Baden-Württemberg, Berlin, Hamburg [8], Niedersachsen und Rheinland-Pfalz ausgerollt – und führen zum Entstehen neuer Modelle oder dem Fortschreiben etablierter Konzepte (vgl. Tabelle 2).

Die neuen Versorgungseinrichtungen lassen derzeit zwei Klassen erkennen: Mit ärztlichen Leistungen und solche ohne ärztliche (Regel-)Leistungen (vgl. Tabelle 2). Zu Letzteren gehören Gesundheitskioske und ähnliche Einrichtungen wie Gesundheitstreffs oder Gesundheitspunkte. Zentren mit ärztlichen Leistungen haben gegenwärtig zwei Ausprägungen: a) in denen ausschließlich ambulante Leistungen erbracht werden und b) die intersektoral sowohl ambulante, als auch stationäre Leistungen in Regionalen Gesundheitszentren (RGZ) erbringen.

Tabelle 2: Modelle, Konzepte und Förderlinien für die Primärversorgung in Deutschland.

Name der Modelle, Konzepte, Förderlinien	Anzahl	Ärztliche Leistung	Kommunale Beteiligung ^a	Aufbauhilfe / Förderung / Finanzierung ^b	Webpage
Modelle, Konzepte, Förderungen mit ärztlichen Regelleistungen					
PORT-Zentren	12	Ja	Ja	Robert Bosch Stiftung	PORT Patientenorientierte Zentren zur Primär- und Langzeitversorgung
supPORT-Zentren					
Regionales MVZ	1	Ja	Ja	Landkreis Darmstadt Dieburg	Darmstadt Dieburg (Hessen, MVZ an 6 Standorten)
Regionales MVZ	1	Ja	Ja	Staatsministerium für Gesundheit, Pflege und Prävention	MVZ Schneeberg (Bayern)
Hausärztliches Primärversorgungszentrum – Patientenversorgung Interprofessionell (HÄPPI) Rheinland-Pfalz	7	Ja	Nein	Ministerium für Wissenschaft und Gesundheit, AOK Rheinland-Pfalz/Saarland	https://mwg.rlp.de/service/pressemitteilungen/detail/hausarztliche-versorgung-zukunftsfaehig-gestalten-pilotprojekt-rheinland-pfalz-wird-haeppi
HÄPPI Baden-Württemberg	10	Ja	Nein	Ministerium für den ländlichen Raum, AOK Baden-Württemberg	HÄPPI Hausärztliches Primärversorgungszentrum – Patientenversorgung Interprofessionell
HÄPPI Bayern	9	Ja	Nein	Staatsministerium für Gesundheit, Pflege und Prävention	https://www.stmgp.bayern.de/bayern-startet-modellprojekt-zur-staerkung-der-hausarztlichen-versorgung-gerlach/
Hausärztliches Primär-Versorgungszentrum HPVZ	60	Ja	Nein	Zertifikat Hausärzterverband Niedersachsen	https://www.haevn.de/index.php/verband/versorgung/hausarztliches-primaerversorgungszentrum-niedersachsen-hpvz
VPZ-Förderung Baden-Württemberg ^c	8	Ja	Ja	Landesprogramm Baden-Württemberg	Zehn Primärversorgungszentren können loslegen: Baden-Württemberg.de
Förderung Lokaler Gesundheitszentren	6	Ja	Teils, teils	Landesprogramm Hamburg	Lokale Gesundheitszentren - hamburg.de
Förderung Integrierte Gesundheitszentren	4	Ja	Nein	Landesprogramm Berlin	https://www.berlin.de/sen/gesundheitsfoerderung-und-praevention/landesprogramm-integrierte-gesundheitszentren--lig--1577864.php
Regionale Gesundheitszentren (RGZ)	4	Ja	Ja	Landesprogramm Niedersachsen	https://www.kma-online.de/aktuelles/klinik-news/detail/rgz-holzminde-regionales-gesundheitszentrum-geht-an-den-start-53483
Regionale Versorgungszentren (RVZ)	5	Ja	Ja	Landesprogramm Niedersachsen	https://www.mb.niedersachsen.de/startseite/regionale_landesentwicklung_und_eu_forderung/regionale_landesentwicklung/regionale_versorgungszentren_in_niedersachsen/alles-unter-einem-dach-regionale-versorgungszentren-in-den-landlichen-raumen-194968.html
Regionale Gesundheitszentren (RGZ)	3	Ja	Ja	Verband der Ersatzkassen	https://www.vdek.com/fokus/regionale-gesundheitszentren-rgz.html
Versorgungsnetze (Integrierte Versorgung)	3	Ja	Ja	Landkreise, Optimedis AG	Gesundes Kinzigtal, Gesunder Werra-Meißner-Kreis, Gesunder Schwalm-Eder-Kreis+
Gesundheitstreffs Stadt München	5	Ja	Ja	Kommunale Förderung München	https://stadt.muenchen.de/infos/gesundheitsstreffs.html
Community Health Nursing-Projekt Lindenberg	1	Ja	Ja	Multiple Förderung durch Land Bayern, DRK, Arztpraxen, Kommune	Community Health Nursing - Schwesternschaft München

Tabelle 2: (Continued)

Name der Modelle, Konzepte, Förderlinien	Anzahl	Ärztliche Leistung	Kommunale Beteiligung ^a	Aufbauhilfe / Förderung / Finanzierung ^b	Webpage
Sozialberatung in der Hausarztpraxis	1	Ja	Nein	Landesförderung Berlin	https://www.igz-lichtenberg.de/
Sozialberatung in der Hausarztpraxis	6	Ja	Nein	Landesförderung Hamburg	https://www.uke.de/kliniken-institute/institute/allgemeinmedizin/forschung/sozialberatung-in-haus%C3%A4rztlichen-praxen-ein-pilotprojekt-in-hamburg.html
Modelle, Konzepte, Förderungen ohne ärztliche Regelleistungen					
Gesundheitskioske oder ähnliche Einrichtungen	12	Nein	Ja	GKV SGB V §140 a-d, eventuell SGB V §20 e, Kommunale Beteiligungen	Aachen; Bremen; Essen, Hamburg; Hörstmar; Köln; Neubrandenburg, Region Seltenerain; Solingen; Sulzberg; Wattenscheid; Wolfenbüttel;
Gemeindeschwester plus ^d	54 VZÄ	Nein	Nein	Landesprogramm Rheinland-Pfalz	Das Landesprogramm Gemeindeschwester plus. Ministerium für Arbeit, Soziales, Transformation und Digitalisierung des Landes Rheinland-Pfalz
Gemeindegesundheits-pflegerin Luckau	1	Nein	Ja	Landesprogramm Brandenburg	https://www.drk-flaeming-spreewald.de/luckau/gemeindegesundheitspflege.html
Gesundheitsfachkräfte im Quartier	10 VZÄ	Nein	Ja	Gesundheitsamt Bremen, Gesundheitsamt Bremerhaven	https://www.gesundheitsfachkraefte-im-quartier.de/
Förderung nach §§ 92a und 92b Sozialgesetzbuch V (SGB V) ^e	9	Teils, teils	Nein	GKV (Innovationsfonds)	ErwiN; DemStepCare; FAMOUS; INVEST Billstedt-Horn; LuP-Regio; NAVIGATION; PAAM; PRIMA; StatAMed;

Quelle: eigene Recherche (eine Excel-Liste mit allen recherchierten Projekte, Initiativen und Einrichtungen stellen die Autor:innen auf Anfrage zur Verfügung).

PORT Patienten-orientierte Zentren für Primär- und Langzeitversorgung; HÄPPI Hausärztliches Primärversorgungszentrum - Patientenversorgung Interprofessionell; HPVZ Hausärztliches Primärversorgungszentrum; IGZ Integriertes Gesundheitszentrum; RGZ Regionales Gesundheitszentrum; RVZ Regionales Versorgungszentrum; CHN Community Health Nurse; VZÄ Vollzeitäquivalente.

^aBeteiligung ist hier im engeren Sinne verstanden (Trägerschaft, Ko-Finanzierung (auch durch Sachmittel), nicht aber, ob kommunale Angebote einbezogen werden.

^bAufbauhilfe / Förderung / Finanzierung außerhalb von regelhaften Arztleistungen, die über die KV oder privat abgerechnet werden. Auch Sachmittel können eingebracht werden.

^cBaden-Württemberg hat zwischen 2017 und 2022 drei Förderlinien zur Etablierung von Primärversorgungszentren und -netzwerken aufgelegt. Die Zahl der recherchierten Zentren bzw. Netzwerke ist nicht abschließend.

^dGemeindeschwester plus in Rheinland-Pfalz fördert konkrete Stellen Pflegefachkräfte / CHN, die in verschiedenen Settings eingesetzt werden.

^eAuswahl der Innovationsfonds-Projekte, deren Schwerpunkte auf Primärversorgung, Kooperation, Koordination und interprofessioneller Versorgung liegen. Es handelt sich um keine abschließende Zahl.

Träger-, Gesellschafter- bzw. Kooperationsmodelle in den integrativen Einrichtungen der primären Versorgung

Viele der Projekte, die die Autor:innen identifizieren konnten, sind durch eine Beteiligung der Kommunen, Landkreise und kreisfreien Städte gekennzeichnet (vgl.

Tabelle 2). Das kann durch die Art der Förderlinie bedingt sein, die einen Einbezug des ÖGD erwartet. Das Engagement der kommunalen Verwaltung ist sehr bedeutsam, denn sie kennt den lokalen Sozialraum und kann die Akteursgruppen miteinander verbinden. Über Vernetzungen innerhalb der Verwaltung können zudem Ressourcen (Räume, Personal, Stadt- bzw. Dorfentwicklungsmittel) zugänglich gemacht werden, die für den Start der neuen Versorgungszentren unverzichtbar sind. Die Vielfalt der Trägerstrukturen entspricht der regionalen Verschiedenheit. Häufig ist eine

gemeinnützige GmbH oder ein eingetragener Verein mit der Trägerschaft betraut, in manchen Fällen eine Unternehmensgesellschaft (UG), vereinzelt Stiftungen. HÄPPI-Praxen oder jene mit dem Label HPVZ (vgl. Tabelle 2) sind Inhabergeführt, gebunden an die HzV und sind durch eine interprofessionelle Zusammensetzung ihrer Teams gekennzeichnet.

PVZ- oder Gesundheitskiosk-artige Einrichtungen können aus stark formalisierten, semi-formalisierten oder lose kollaborativ-partnerschaftlich organisierten Netzwerken bestehen. Hier sind viele Möglichkeiten der rechtlichen Ausgestaltung gegeben.

Diskussion

Die Primärversorgung in Deutschland ist in Bewegung. Um die skizzierte Projektentwicklung und den wahrgenommenen Transformationsschwung aus den Ländern und Kommunen aufzunehmen, zu erhalten und auszubauen, bedarf es gleichwohl eines bundesgesetzlichen rechtlichen Rahmens. In Österreich wurde 2017 das Primärversorgungsgesetz beschlossen und genau dieser Rahmen geschaffen [9]. Seitdem sind 119 so genannte Primärversorgungseinheiten (PVE) entstanden, manchmal in Form von Zentren, also PVZ, aber auch als Netzwerke, PVN.

Gegenwärtig ermöglichen es Förderlinien der Bundesländer, z. T. im Verbund mit der GKV und in der Regel mit lokaler Kreativität, Projekte zu initiieren und zu entwickeln. Durch kommunale Beteiligung kann die verstärkt notwendige Kooperation zwischen der niedergelassenen hausärztlichen Versorgung und dem ÖGD vorangebracht werden [10]. Gruhl [11] sieht in der Kooperationsvereinbarung mit der kommunalen Seite sogar eine wichtige Grundvoraussetzung für ein gelingendes PVZ.

Im Koalitionsvertrag 2025 [12], ist die Absicht hinterlegt, die gesundheitliche Versorgung zu einem „verbindlichen Primärarztssystem“ weiterzuentwickeln. Sollte es dazu kommen, kann das gleichwohl nur der erste Schritt auf dem Weg zu einem Primärversorgungssystem sein [1], in dem verschiedene Berufsgruppen (ärztlich, pflegerisch, sozialarbeiterisch, gesundheitspädagogisch, wahlweise auch ergo-, physio- oder psychotherapeutisch) gemeinsam die Gesundheit der Patientinnen und Patienten stabilisieren, verbessern und möglichst bereits die Entwicklung von Erkrankungen verhindern.

Schröter [13] wendet kritisch ein, die beschriebenen Maßnahmen für die PVZ- und Kiosk-Entwicklung seien eine bloße „Erweiterung der Angebotsstrukturen“, die schlicht nicht notwendig wäre, wenn die ambulante ärztliche Versorgung besser ausgestattet wäre und Wahltarife dafür

sorgten, dass eine (allseits gewünschte) Steuerung der Patientinnen und Patienten erfolgt. Dass Kioske und PVZ häufig an Standorten entstehen, an denen sich Angebote eben nicht von selbst schaffen, obwohl der Bedarf sehr hoch ist – also das Inverse Care Law [14] gilt – wird in dieser Kritik übersehen.

Zur notwendigen Transformation des Versorgungssystems gehört auch aktiver Einbezug von Patientinnen und Patienten, wie das von den WHO-Mitgliedsstaaten verabschiedete Rahmenkonzept „Integrierte, personen-zentrierte Gesundheitsversorgung“ [15] vorgibt. Eine zukünftige Anbieterstruktur muss sich für die Menschen organisieren. Dazu könnte die Einschreibepflicht in eine hausärztliche Praxis am Ort der Meldeadresse (analog dem Vorgehen bei der Kirchensteuer) genauso beitragen wie der konsequente gesellschaftliche Einsatz für verhältnispräventive Maßnahmen. Personen-zentrierte Versorgung, gemeinsame Entscheidungsfindung sowie die Stärkung der Gesundheitskompetenz [16, 17] und des Selbstmanagements [18] sollten zukünftig eine zentrale Rolle in den Konzepten der Versorgung einnehmen. PVZ und Gesundheitskiosk-artige Einrichtungen können dazu beitragen.

Autorenerklärung

Autorenbeteiligung: Alle Autoren tragen Verantwortung für den gesamten Inhalt dieses Artikels und haben der Einreichung des Manuskripts zugestimmt. Finanzierung: Die Autoren erklären, dass sie keine finanzielle Förderung erhalten haben. Interessenkonflikt: Die Autoren erklären, dass kein wirtschaftlicher oder persönlicher Interessenkonflikt vorliegt. Ethisches Statement: Für die Forschungsarbeit wurden weder von Menschen noch von Tieren Primärdaten erhoben.

Author Declaration

Author contributions: All authors have accepted responsibility for the entire content of this submitted manuscript and approved submission. Funding: Authors state no funding involved. Conflict of interest: Authors state no conflict of interest. Ethical statement: Primary data for human nor for animals were not collected for this research work.

Literatur

1. Zimmermann T. Primäre Gesundheitsversorgung/Primary Health Care. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), Hrsg. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. <https://doi.org/10.17623/BZGA:Q4-i096-3.0>. Zitierdatum: 22 Sep 2025.

2. Deutsches Ärzteblatt. Kampagne soll auf schwierige Lage der Praxen aufmerksam machen. In: Deutsches Ärzteblatt online, 2024. <https://www.aerzteblatt.de/news/kampagne-soll-auf-schwierige-lage-der-praxen-aufmerksam-machen-b47c3d3f-89e9-4fca-8e0b-d040c1703044>. Zitierdatum: 22 Sep 2025.
3. Zich K, van den Bussche H, Nolting HD. Untersuchung zur Förderung der Weiterbildung Allgemeinmedizin im internationalen Vergleich. Berlin: IGES Institut, 2023. Abschlussbericht für den GKV-Spitzenverband. https://www.iges.com/sites/igesgroup/iges.de/myzms/content/e6/e1621/e10211/e29580/e57361/e57362/e57364/attr_objs57366/IGES_FrderungderWBAMimint.Vergleich_2023_11_29_pubc_ger.pdf. Zitierdatum: 22 Sep 2025.
4. Burgi M, Igl G. Rechtliche Voraussetzungen und Möglichkeiten der Etablierung von Community Health Nursing (CHN) in Deutschland. Baden-Baden: Nomos-Verlag, 2021. <https://www.nomos-shop.de/nomos/titel/rechtliche-voraussetzungen-und-moeglichkeiten-der-etablierung-von-community-health-nursing-chn-in-deutschland-id-98676/>. Zitierdatum: 22 Sep 2025.
5. Robert-Bosch-Stiftung. Vom PoRT-Gesundheitszentrum zur regionalen Primärversorgung. Robert-Bosch-Stiftung, 2020. https://www.bosch-stiftung.de/sites/default/files/publications/pdf/2020-11/Vom_PORT-Gesundheitszentrum_zur_regionalen_Prim%C3%A4rversorgung.pdf. Zitierdatum: 22 Sep 2025.
6. Zimmermann T, Puschmann E, Porzelt S, Ebersbach M, Ernst A, Thomsen T, et al. Selbstmanagementförderung in der ambulanten Versorgung. Programm einer niedrigschwelligen, komplexen, psychosozialen Intervention durch Pflegekräfte in der Hausarztpraxis. *Z Allg Med* 2015;11:456–62.
7. Fischer A, Lorenz I, Hildebrandt H, Heinrich D, Fass G. Gesundheitskiosk als Kooperationsschnittstelle medizinischer und sozialer Versorgung. In: Fehr R, Augustin J, Hrsg. Nachhaltige StadtGesundheit Hamburg – Bestandsaufnahmen und Perspektiven, Band 2. München: oekom-Verlag, 2018:504–10.
8. Spalink B, Zimmermann T, Lienemann J, Förster A, Nitschke-Jansen M, Pruskil S. Gesundheit gemeinsam gestalten: Ein Verbund von sozialem Träger, ÖGD und Arzt-Praxen. *Public Health Forum* 2025; in diesem Heft.
9. Bundeskanzleramt der Republik Österreich. Rechtsinformationssystem. <https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=20009948>. Zitierdatum: 22 Sep 2025.
10. Zimmermann T, Lühmann D, Pruskil S, Husemann J, Ndakorerwa-Rieger G, Scherer M. Öffentlicher Gesundheitsdienst und hausärztliche Versorgung – eine sektorenübergreifende Herausforderung. In: Fehr R, Augustin J, Hrsg. Nachhaltige StadtGesundheit Hamburg II – Neue Ziele, Wege, Initiativen. München: oekom-Verlag, 2022:271–9.
11. Gruhl M. Voraussetzungen und Möglichkeiten der Implementierung und Ausgestaltung von Primärversorgungszentren im deutschen Gesundheitswesen - Eine Expertise im Auftrag der Robert Bosch Stiftung. 2022. https://www.bosch-stiftung.de/sites/default/files/publications/pdf/2022-05/Expertise_Prim%C3%A4rversorgungszentren_%20RobertBoschStiftung_April%202022.pdf. Zitierdatum: 22 Sep 2025.
12. CDU, CSU, SPD. Verantwortung für Deutschland. Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und SPD. 21. Legislaturperiode, 2025. www.koalitionsvertrag2025.de. Zitierdatum: 22 Sep 2025.
13. Schröter T. Primärmedizinische Versorgung in Deutschland am Scheideweg. *Innere Medizin* 2024;65:865–70.
14. Hart JT. The Inverse Care Law. *Lancet* 1971;7696:405–12.
15. World Health Organization. Framework on integrated, people-centred health services. World Health Organization, 2016. <https://iris.who.int/handle/10665/252698>. Zitierdatum 22 Sep 2025.
16. Schaeffer D, Griesel L, Hurrelmann K. Etablierung und Umsetzung des Nationalen Aktionsplans Gesundheitskompetenz in Deutschland. *Bundesgesundheitsblatt* 2025;68:231–9.
17. Schwill S, Meißner A, Mink J, Bublit S, Altiner A, Buhlinger-Göpfahrt N. HÄPPI – Konzeption eines Modells für die ambulante Versorgung in Deutschland. *Z Allg Med* 2024;3:142–9.
18. Zimmermann T, Porzelt S. Selbstmanagementförderung in der hausärztlichen Praxis. In: Chenot JF, Scherer M, Hrsg. Allgemeinmedizin. München: Urban & Fischer Verlag, 2025:79–84.