Fenja Demandt MSc
Dipl.-Kffr. (FH) Claudia Beckmann
Dr. rer. pol. Franziska Püschner
Prof. Dr. oec. Volker Eric Amelung

Arztnetze – Ladenhüter oder Zukunftsmodell?

Vor dem Hintergrund tiefgreifender Herausforderungen im deutschen Gesundheitswesen, wie dem zunehmenden Fachkräftemangel, der alternden Gesellschaft sowie den regionalen Versorgungsungleichgewichten, gewinnen sektorenübergreifende Versorgungsmodelle zunehmend an Relevanz (Stein, 2025; Garrelts, 2025; Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, 2024; Serbent, 2023; Gerlinger, 2017). Dabei tritt insbesondere die zunehmende ärztliche Unterversorgung in vielen Regionen als zentrales Problem hervor. Diese wird nicht zuletzt durch veränderte Arbeitszeitpräferenzen, etwa die wachsende Beliebtheit von Teilzeitmodellen, sowie den Rückgang traditioneller Einzelpraxen verschärft (Amelung, 2011; Gerlinger, 2017; Serbent, 2023). Zudem ist laut der Ärztestatistik der Bundesärztekammer (2022) jede zweite Ärztin bzw. jeder zweite Arzt 50 Jahre oder älter, sodass in Zukunft eine Veränderung der Arztlandschaft und -verteilung zu erwarten ist. In diesem Kontext gelten Arztnetze – freiwillige Zusammenschlüsse von ambulant tätigen Ärzt:innen und weiteren Gesundheitsdienstleistenden – als eine potenzielle Lösung. Sie bieten die Chance, durch interprofessionelle Zusammenarbeit und Vernetzung Synergien zu schaffen, die sowohl für Patient:innen als auch für Gesundheitsdienstleistende von Nutzen sind.

>> Die Arztnetzlandschaft in Deutschland ist stark heterogen geprägt und zeigt Unterschiede in rechtlicher Struktur, organisatorischem Aufbau, inhaltlicher Ausrichtung sowie der Einbindung interdisziplinärer Berufsgruppen, Community Health Nurses (CHN) oder Lots:innen (AdA – Bundesverband der Arzt-, Praxis- und Gesundheitsnetze, 2025). Diese Vielfalt spiegelt zwar ein hohes Maß an Anpassungsfähigkeit und Innovationsbereitschaft wider, erschwert jedoch eine einheitliche Bewertung. Es entsteht ein diffuses Gesamtbild: Es gibt zahlreiche Netzwerke, doch nur wenige Erkenntnisse über ihre tatsächliche Wirksamkeit sowie Zukunftsfähigkeit. Vor diesem Hintergrund stellt sich – rund 30 Jahre nach den ersten Initiativen – mehr denn je die Frage, wie tragfähig dieses Modell tatsächlich ist, welche Unterschiede bestehen und unter welchen Bedingungen es langfristig erfolgreich sein kann. Gerade angesichts aktueller gesundheitspolitischer Reformbestrebungen und der Forderung nach resilienteren Versorgungssystemen ist eine präzisere methodische Einordnung von Arztnetzen notwendig, um ihr tatsächliches Potenzial zur Bewältigung systemischer Herausforderungen einschätzen zu können. Ziel des Artikels ist es daher, den Status quo in Deutschland aufzuzeigen und dabei ein differenzierteres Bild der Arztnetzlandschaft zu zeichnen.

Zusammenfassung

Nach über 30 Jahren Entwicklung stellen Arztnetze einen vielversprechenden Ansatz zur Stärkung der ambulanten Versorgung in Deutschland dar. Angesichts wachsender Versorgungsengpässe, des demografischen Wandels und eines steigenden Bedarfs an interprofessioneller Zusammenarbeit rücken sie zunehmend in den gesundheitspolitischen Fokus. Das entstandene Netzgefüge ist dabei äußerst heterogen, sowohl in Bezug auf Struktur, Reifegrad als auch hinsichtlich der tatsächlichen Wirksamkeit. Der vorliegende Beitrag analysiert den aktuellen Entwicklungsstand von Arztnetzen in Deutschland, identifiziert zentrale Erfolgsfaktoren und lotet ihr zukünftiges Potenzial aus. Anhand ausgewählter Best-Practice-Beispiele wird aufgezeigt, unter welchen Voraussetzungen Arztnetze nicht nur zur Verbesserung der Versorgung beitragen, sondern auch als wirtschaftlich tragfähige Geschäftsmodelle funktionieren können. Daraus lassen sich konkrete Handlungsempfehlungen ableiten, um Arztnetze gezielt weiterzuentwickeln und als strategisches Steuerungsinstrument im Gesundheitssystem zu etablieren.

Schlüsselwörter

Arztnetze, ambulante Versorgung, Typologie, interprofessionelle Zusammenarbeit

Crossref/doi

http://doi.org/10.24945/MVF.04.25.1866-0533.2739

Entstehung und regionale Verteilung von Arztnetzen

Die Entwicklung der Arztnetze in Deutschland begann in den 1990er-Jahren im Zuge der Gesundheitsreformen, die verstärkt auf Wettbewerb, Wirtschaftlichkeit und sektorenübergreifende Versorgung setzten (Abb. 1). Vor dem Hintergrund steigender Kosten im Gesundheitswesen und dem wachsenden Bedürfnis nach koordinierten Versorgungsstrukturen entstand die Idee, durch freiwillige Zusammenschlüsse ambulanter Leistungserbringender Effizienzpotenziale zu heben und die Qualität der Patientenversorgung zu verbessern.

Ein wesentlicher Impuls ging von der Einführung des § 140a ff. SGB V im Jahr 2000 aus, der die integrierte Versorgung gesetzlich verankerte und es Ärzt:innen, Krankenhäusern und weiteren Akteur:innen ermöglichte, sektorenübergreifend zusammenzuarbeiten. Dies schuf eine formelle Grundlage für die Gründung von Arztnetzen als koordinierte, teils wirtschaftlich agierende Versorgungseinheiten (Rosenbrock & Gerlinger, 2023). Ein weiterer wichtiger Faktor für die Entstehung von Arztnetzen sind Instrumente der kollegialen Zusammenarbeit, wie etwa Qualitätszirkel (Kassenärztliche Bundesvereinigung, 2024). Durch die enge Vernetzung in solchen Zirkeln können erste Kooperationen entstehen, die später zu strukturierten Netzwerken ausgebaut werden. In den Folgejahren erhielten Arztnetze weitere politische Aufmerksamkeit. Mit der Einführung von Selektivverträgen sowie zusätzlichen Fördermöglichkeiten über § 87b Abs. 4 SGB V wurden neue Anreize für die Bildung strukturell organisierter Netzwerke geschaffen (Kassenärztliche Bundesvereinigung, 2024).

Aktuell existieren rund 400 Arztnetze, wobei die Verteilung stark regional geprägt ist (AdA – Bundesverband der Arzt-, Praxis- und Gesundheitsnetze, 2025). Während in einigen Bundesländern – insbesondere Nordrhein-Westfalen, Baden-Württemberg und Bayern – eine hohe Konzentration solcher Netzwerke existiert, sind sie in anderen Regionen deutlich seltener vertreten (AdA – Bundesverband der Arzt-, Praxis- und Gesundheitsnetze, 2025). Diese Un-

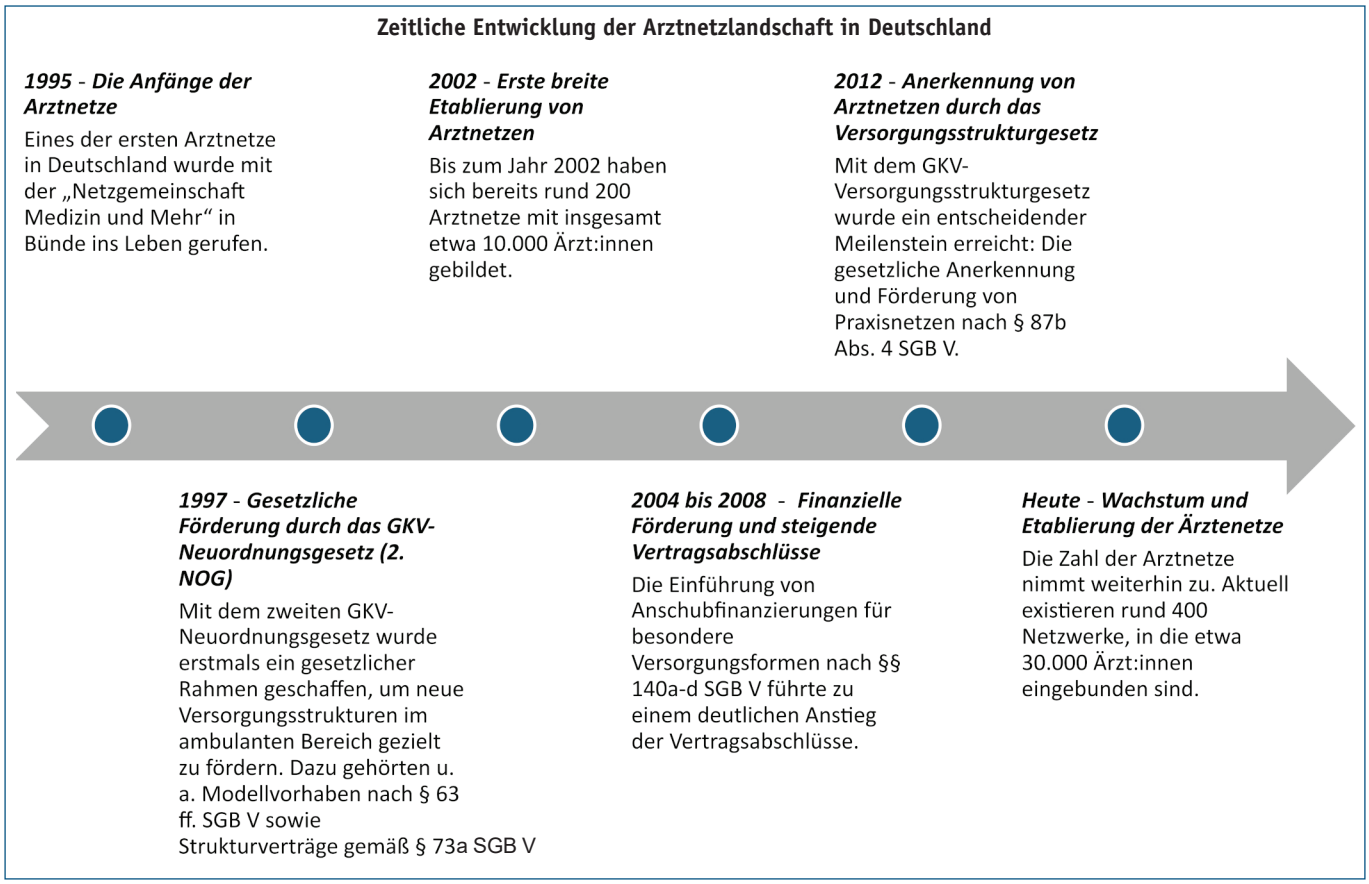


Abb. 1: Zeitliche Entwicklung der Arztnetzlandschaft in Deutschland, Quelle: AdA – Bundesverband der Arzt-, Praxis- und Gesundheitsnetze (2025). Quelle: eigene Darstellung.

gleichverteilung hängt u. a. mit regionalen gesundheitspolitischen Strategien, Förderprogrammen sowie der ärztlichen Versorgungsstruktur zusammen.

Typologie von Arztnetzen

Arztnetze unterscheiden sich nicht nur hinsichtlich ihrer regionalen Verbreitung, sondern auch in Bezug auf ihre strukturelle und organisatorische Entwicklung. Sie reichen von informellen, flexiblen Kooperationsformen ohne feste Organisationsstrukturen bis hin zu hochprofessionellen, zertifizierten Netzwerken mit umfassendem Versorgungs- und Qualitätsmanagement (AdA – Bundesverband der Arzt-, Praxis- und Gesundheitsnetze, 2025; Kurscheid et al., 2020).

Darüber hinaus variiert die Rechtsform von Arztnetzen erheblich. Sie hat Einfluss auf Haftung, Entscheidungsfreiheit und Gründungskosten. Kleinere Netzwerke profitieren häufig von der Gesellschaft bürgerlichen Rechts (GbR), größere Netzwerke mit wirtschaftlicher Ausrichtung hingegen von den Rechtsformen der GmbH oder GmbH & Co. KG. Zudem beeinflusst die gewählte Rechtsform auch die Art der möglichen Vertragsgestaltungen, etwa im Rahmen von besonderen Versorgungsformen oder innovativen Vergütungsmodellen wie Risk- oder Gain-Sharing-Verträgen. Solche Verträge setzen meist eine juristisch belastbare und wirtschaftlich tragfähige Struktur voraus.

Die Unterschiede in der Struktur und Organisation spiegeln sich auch in der Zielgruppenausrichtung wider. Arztnetze können grundsätzlich entweder auf eine populationsorientierte oder indikationsspezifische Ausrichtung abzielen (Abb. 2).

Populationsorientierte Arztnetze setzen ihren Fokus auf die Gesundheitsversorgung einer bestimmten Region oder Bevölkerungsgruppe (Bsp. Gesundheitsnetz Qualität und Effizienz (QuE)), während indikationsorientierte Arztnetze sich auf die Versorgung spezifischer Krankheitsbilder und die Vernetzung relevanter Akteur:innen konzentrieren (Bsp. Rheuma-Netzwerk Rhein-Ruhr).

Die schlichteste Form eines Arztnetzes sind Initiativen, die sich durch eine lockere und unverbindliche Vernetzung, ohne feste Rechtsform, von Interessensvertreter:innen oder Fachleuten auszeichnen. Populationsorientierte Initiativen fördern beispielsweise den Austausch zwischen regionalen Akteur:innen und die Bürgerbeteiligung, wie es beim Runden Tisch zur Gesundheitsversorgung in Senftenberg der Fall ist. Indikationsorientierte Initiativen hingegen haben das Ziel, die Versorgung von Patient:innen mit einer bestimmten Erkrankung zu verbessern und einen fachspezifischen Erfahrungsaustausch zu ermöglichen. Ein Beispiel hierfür ist die PLUS-Gesundheitsinitiative Hepatitis C.

Eine organisierte Form der Arztnetze sind Vereine, die oft als formelle Organisationen mit klaren Strukturen und festgelegten Satzungen agieren. Populationsorientierte Vereinsnetzwerke legen ihren Schwerpunkt auf Fortbildung, Qualitätssicherung und Partizipation, wie es beim Ärztenetz Brandenburg an der Havel e. V. der Fall ist. Indikationsorientierte Vereine, wie das PsoNet

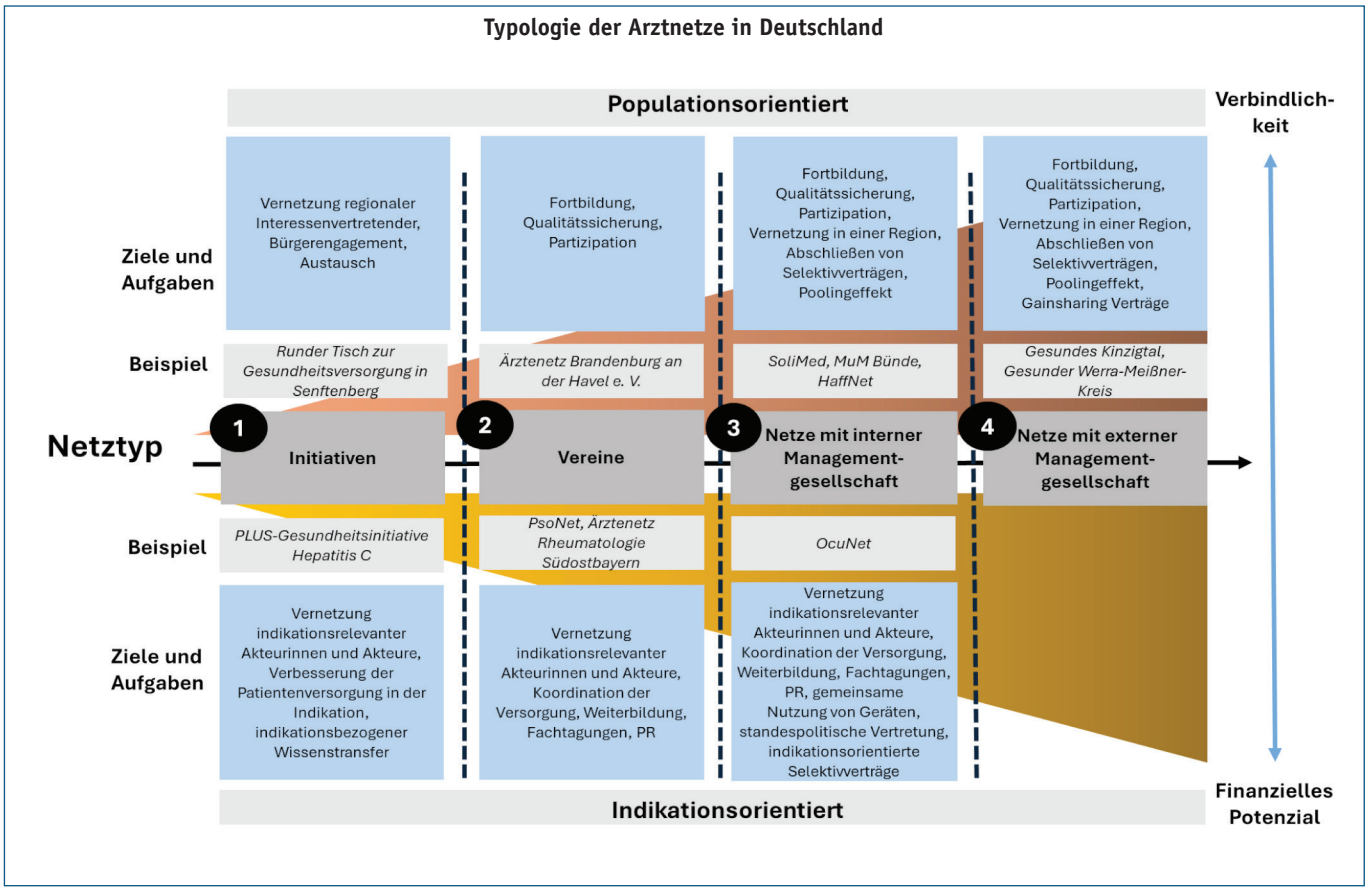


Abb. 2: Typologie der Arztnetze in Deutschland. Quelle: eigene Darstellung.

(Dachverband aller regionalen Psoriasis-Netze) oder das Ärztenetz Rheumatologie Südostbayern, haben hingegen das Ziel, indikationsrelevante Akteur:innen zu vernetzen, Versorgungsstrukturen zu koordinieren und die fachliche Weiterbildung sowie Öffentlichkeitsarbeit zu fördern.

Ein noch professionellerer Organisationsgrad zeigt sich in Arztnetzen mit einer Managementgesellschaft. Sie verfügen über eine eigene Managementstruktur, die organisatorische und administrative Aufgaben übernimmt. Populationsorientierte Arztnetze dieser Art setzen auf Fortbildung, Qualitätssicherung, Partizipation sowie die Vernetzung regionaler Leistungserbringender. Sie profitieren zudem von Selektivverträgen und Poolingeffekten, wie bei SoliMed, MuM – Medizin und Mehr Bünde oder HaffNet. Es handelt sich somit um eine Kombination aus Professionalisierung und lokaler Verankerung. Indikationsorientierte Arztnetze mit interner Managementgesellschaft, wie das OcuNet, verfolgen ähnliche Ziele, jedoch mit einer stärkeren Fokussierung auf die indikationsbezogene Versorgung. Zusätzlich nutzen sie gemeinsame Ressourcen wie medizinische Geräte, schließen standortübergreifende Selektivverträge ab und fördern die interdisziplinäre Zusammenarbeit.

Die am stärksten professionalisierte Form sind Arztnetze mit externer Managementgesellschaft, falls diese nicht nur ein Netz betreffen, sondern mehrere gleichartige Netze steuern. Diese Arztnetze setzen ebenfalls auf Fortbildung, Qualitätssicherung, Partizipation und regionale Vernetzung, gehen jedoch durch die Einbindung externer Managementstrukturen noch einen Schritt weiter. Zusätzlich profitieren sie von Pooling-Effekten und Gain-Sharing-Verträgen, die finanzielle Anreize für eine effiziente Patientenversorgung bieten. Bekannte Beispiele für populationsorientierte Arztnetze dieser Art sind Gesundes Kinzigtal und Gesunder Werra-Meißner-Kreis. Gesundes Kinzigtal gilt als Vorreiter in der integrierten Versorgung. Studien belegen positive Effekte wie ein verbessertes Gesundheitsverhalten, höhere Patientenzufriedenheit und geringere Gesundheitsausgaben (Hildebrandt et al., 2010; OptiMedis et al., 2022). Der Gesunde Werra-Meißner-Kreis wurde 2019 nach diesem Vorbild gegründet und stärkt die Versorgung im ländlichen Raum, u. a. durch Gesundheitslots:innen und Telecoaching-Programme (vgl. Gesunder Werra-Meißner-Kreis, o. J.). Inwieweit derartige tendenziell „ortsungebundene" privatwirtschaftliche Geschäftsmodelle, die teilweise seit vielen Jahren bestehen, künftig Marktrelevanz erhalten werden, kann allerdings nach wie vor nicht beurteilt werden.

Reifegrade von Arztnetzen und deren Förderung

Um die Entwicklung von Arztnetzen weiter staatlich voranzutreiben, besteht die Möglichkeit, unter bestimmten Voraussetzungen als förderungswürdig gemäß § 87b Abs. 4 SGB V anerkannt zu werden. Voraussetzung dafür ist u. a. der Nachweis definierter Qualitätsstandards. Die Anerkennung als förderfähiges Netz durch die jeweilige Kassenärztliche Vereinigung (KV) kann finanzielle Unterstützung und besondere Vergütungsregelungen umfassen (Kas-

Reifegrade von Arztnetzen	
Reifegrade	**Beschreibung**
Basisstufe	Unverbindliche, informelle Kooperation ohne feste Strukturen oder Organisation. Der Austausch ist unregelmäßig, Prozesse und Qualitätsstandards fehlen weitgehend.
Stufe 1	Organisierte Netzwerke mit rechtlicher Struktur, klaren Zielen und ersten koordinierten Versorgungsprozessen. Qualitätsmanagement und Kommunikation sind teilweise etabliert.
Stufe 2	Professionelle, zertifizierte Netzwerke mit umfassendem Versorgungsmanagement, strukturierten Prozessen, IT-Integration und Förderfähigkeit gemäß § 87b Abs. 4 SGB V.

Tab. 1: *Reifegrade von Arztnetzen. Quelle: eigene Darstellung.*

senärztliche Bundesvereinigung, 2024). Diese Regelung schafft Anreize für Arztnetze, ihre internen Strukturen weiterzuentwickeln und eine kontinuierliche Professionalisierung voranzutreiben (Tab. 1).

Ergänzend zur staatlichen Förderung kann auch die pharmazeutische Industrie eine unterstützende Rolle einnehmen, indem sie finanzielle Mittel, Fortbildungsangebote und technologische Lösungen bereitstellt.

Die regionale Verteilung von Arztnetzen mit unterschiedlichen Reifegraden variiert stark: Während in einigen Bundesländern Netzwerke mit hoher Professionalisierung (Stufe 2) etabliert sind, dominieren in anderen Regionen noch informelle oder weniger strukturierte Zusammenschlüsse der Basisstufe (Abb. 3).

Zukunftsmodell Arztnetz

Der Rückgang klassischer Einzelpraxen, der steigende Trend zu kooperativen Praxisformen und der Wunsch nach flexiblen Arbeitsmodellen verändern die Rahmenbedingungen ärztlicher Tätigkeit. Zugleich steigen die Anforderungen an die Versorgung aufgrund komplexer Krankheitsbilder und des wachsenden Bedarfs an interdisziplinärer Zusammenarbeit (Amelung, 2011). Vor diesem Hintergrund gewinnen Arztnetze an Bedeutung. Sie fungieren als organisatorischer Rahmen für neue Versorgungskonzepte und ermöglichen kollektive Ressourcenverwendung (z. B. IT, Abrechnung, Qualitätsmanagement). Sie verfolgen das Ziel, die Patientenversorgung durch eine koordinierte, strukturierte und interdisziplinär ausgerichtete Zusammenarbeit nachhaltig zu verbessern (Kassenärztliche Bundesvereinigung, 2024). Je breiter das Spektrum der beteiligten medizinischen Fachrichtungen ist, desto größer ist der Nutzen einer vernetzten Zusammenarbeit, da sich die größten Potenziale an den Schnittstellen zwischen verschiedenen Sektoren und Fachrichtungen ergeben. Durch abgestimmte Behandlungspfade, den sektorenübergreifenden Wissensaustausch und die Förderung der Therapieadhärenz leisten Arztnetze einen wichtigen Beitrag zur Versorgungsoptimierung und einer höheren Patientenzufriedenheit (Amelung, 2011; Kassenärztliche Bundesvereinigung, 2024).

Best-Practice-Beispiele wie das Gesundheitsnetz Qualität und Effizienz (QuE) in Nürnberg (vgl. www.gesundheitsnetznuernberg.de) oder das Medizinische Qualitätsnetz Bochum (vgl. www.medqn.de) veranschaulichen, wie strukturierte Prozesse, klare Governance-Strukturen und eine geteilte Vision zur Versorgungsverbesserung maßgeblich zum Erfolg beitragen können. Während QuE u. a. auf digitalisierte Versorgungsprozesse und strukturierte Patientenpfade setzt, bietet das Netzwerk in Bochum zentrale Dienstleistungen wie IT-Infrastruktur, Abrechnungslösungen und ein umfassendes Qualitätsmanagement und entlastet so die Mitglieder im Praxisalltag. Die Mehrwerte liegen auf der Hand: Durch koordinierte Behandlungskonzepte entsteht eine verbesserte Versorgung der Patient:innen, die sich in abgestimmten Behandlungsplänen, reduzierter Doppeluntersuchung und höherer Patientenzufriedenheit niederschlägt.

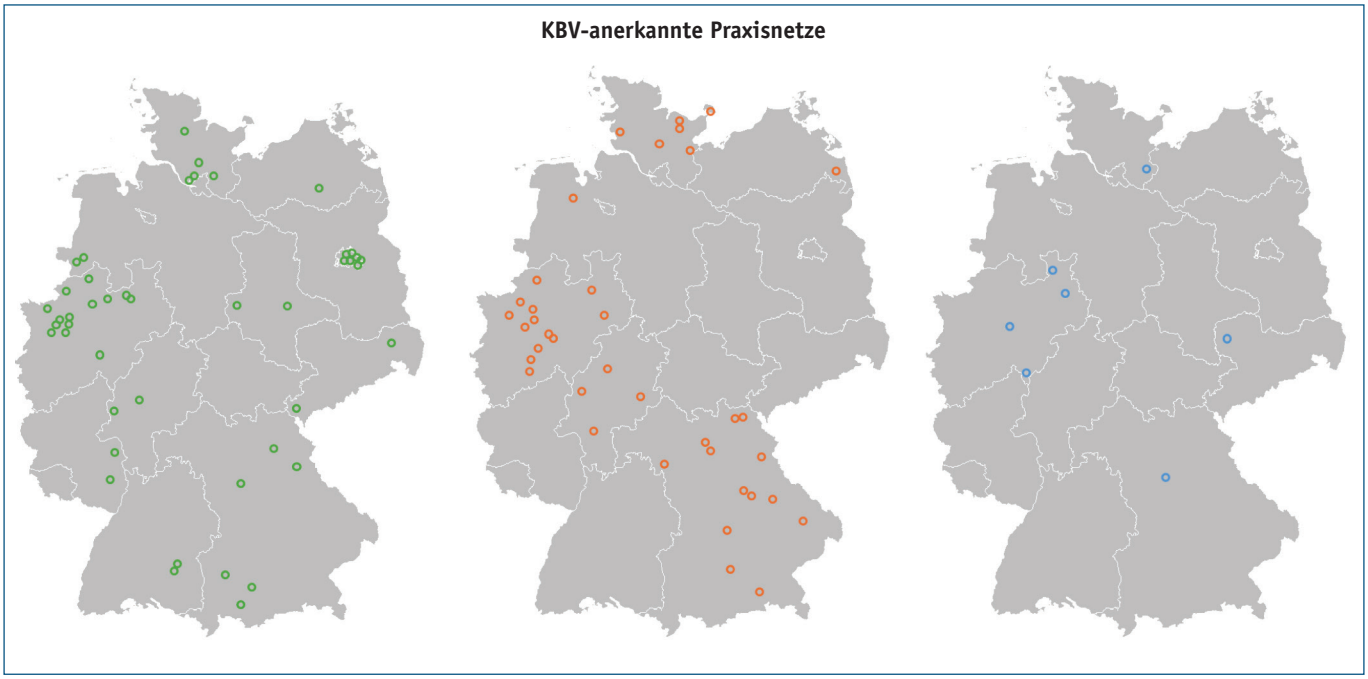


Abb. 3: KBV-anerkannte Praxisnetze, Stand März 2025, Quelle: Kassenärztliche Bundesvereinigung (2024). Legende: Grün = Basisstufe. Orange = Stufe 1. Blau = Stufe 2. Quelle: eigene Darstellung.

Gleichzeitig profitieren Leistungserbringende von Effizienzgewinnen durch gemeinsame Ressourcennutzung, Bündelung administrativer Aufgaben und durch digital unterstützte Prozesse – etwa im Bereich Telemedizin oder durch gemeinsame Abrechnungssysteme (Geiger & Wolf, 2011; Deimel, 2011). So ermöglicht etwa das Interdisziplinäre Teleintensiv-Netzwerk in Thüringen (InTeliNeT) den Austausch von Patientendaten und interdisziplinären Konsultationen, was die Versorgung insbesondere auf Intensivstationen und in strukturschwachen Regionen verbessert (vgl. www.uniklinikum-jena.de/InTeliNeT.html).

In diesem Zusammenhang stellt sich die Frage, ob Arztnetze über ihre versorgungsstrukturelle Funktion hinaus als eigenständige Geschäftsmodelle denkbar sind. Tatsächlich zeigt sich in professionell aufgestellten Netzen mit eigener Managementgesellschaft, dass durch Dienstleistungen wie Fortbildungen, Telemedizin, digitale Plattformlösungen, die Einstellung von CHN und Lots:innen oder durch ein gemeinsames Marketing ein wirtschaftlich tragfähiges Konstrukt entstehen kann – insbesondere dann, wenn diese Leistungen skaliert oder in Kooperation mit Krankenkassen angeboten werden. Das Wertversprechen liegt dabei in der Bündelung von Kompetenzen, der Sicherstellung von Versorgung auch in strukturschwachen Regionen und der strategischen Positionierung im Gesundheitsmarkt sowie in einem geteilten Gemeinschaftsgefühl (Kassenärztliche Bundesvereinigung, 2024). Außerdem stärken sie dann die Wettbewerbsfähigkeit ihrer Mitglieder, indem sie regionale Kooperationsstrukturen festigen und die Steuerung von Patientenströmen gezielt unterstützen. Ob Arztnetze als Geschäftsmodell fungieren können, hängt ebenfalls maßgeblich davon ab, inwiefern sie in die Regelversorgung integriert und abrechnungsfähig gemacht werden. Beispiele wie der Pflegeheimvertrag der KVWL zeigen, dass pragmatische Lösungen möglich sind, wenn Netze über spezifische EBM-Ziffern an der Versorgung beteiligt werden – ein Ansatz, der Perspektiven für die wirtschaftliche Nachhaltigkeit eröffnet (Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe, 2025).

Handlungsempfehlung und Fazit

Arztnetze befinden sich in einem Spannungsfeld zwischen wachsendem Innovationspotenzial und anhaltender Skepsis. Während einige den hohen Versorgungsnutzen betonen, sehen andere deren Funktionalität als unzureichend. Nach über drei Jahrzehnten Entwicklung zeigt sich: Arztnetze haben sich weder als gescheitertes Konzept noch als flächendeckend etabliertes Erfolgsmodell erwie-

Literatur

AdA – Bundesverband der Arzt-, Praxis- und Gesundheitsnetze. (2025). Was sind Praxisnetzwerke? https://www.arztnetze.info/praxisnetzwerke/was-sind-arztnetze

Amelung, V. E. (2011). Neue Versorgungsformen auf dem Prüfstand. Innovatives Versorgungsmanagement Berlin: Medizinische Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, 3-16.

Bundesärztekammer. (2022). Ärztestatistik zum 31. Dezember 2022. https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/BAEK/Ueber_uns/Statistik/AErztestatistik_2022_09062023.pdf

Bundesministerium für Gesundheit. (2024). Fragen und Antworten zur Krankenhausreform. https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/krankenhaus/krankenhausreform/faq-krankenhausreform/

Deimel, D. (2011). Case Management in der regionalen Versorgung-Organisation und IT-Strategie. Innovatives Versorgungsmanagement. Neue Versorgungsformen auf dem Prüfstand. Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft (MWV), 355-361.

Garrelts, N. (2025). Längere Wartezeiten beim Hausarzt? Tagesspiegel Background. https://background.tagesspiegel.de/gesundheit-und-e-health/briefing/laengere-wartezeiten-beim-hausarzt

Geiger, B. & Wolf, T. (2011). IT-Strategien für sektorenübergreifende Versorgungskonzepte. Innovatives Versorgungsmanagement, Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, 341-5.

Genett, T., Richter, P., Schädlich, M., Schlieker, A. & Schlieter, H. (2025). Gesundheitsnetze in strukturschwachen Regionen. Multifallstudie zum Umgang mit Versorgungslücken. In: Monitor Versorgungsforschung. (MVF 02/25), S. 40–46. http://doi.org/10.24945/MVF.02.25.1866-0533.2706

Gerlinger, T. (2017). Regionale Ungleichheiten bei der Vorhaltung ambulanter medizinischer Versorgungseinrichtungen. https://www.bpb.de/themen/gesundheit/gesundheitspolitik/253567/regionale-ungleichheiten-bei-der-vorhaltung-ambulanter-medizinischer-versorgungseinrichtungen/

Gesunder Werra-Meißner-Kreis GmbH. (o. J.). Startseite. https://gesunder-wmk.de/

Gesundheitsnetz Qualität und Effizienz e. G. (o. J.). Gesundheitsnetz QuE Nürnberg. https://www.gesundheitsnetznuernberg.de/

Herzer, P. & Kunath, G. (2024). Fachkräftelücken belasten wichtige Wirtschaftszweige, Studie im Rahmen des Projektes Kompetenzzentrum Fachkräftesicherung (KOFA) in Zusammenarbeit mit dem Bundesministerium für Wirtschaft und Klimaschutz (BMWK), Köln.

Hildebrandt, H., Hermann, C., Knittel, R., Richter-Reichhelm, M., Siegel, A., & Witzenrath, W. (2010). Gesundes Kinzigtal Integrated Care: improving population health by a shared health gain approach and a shared savings contract. International journal of integrated care, 10, e046.

Kassenärztliche Bundesvereinigung. (2024). Qualitätsbericht 2024: Qualität in der vertragsärztlichen Versorgung. https://www.kbv.de/media/sp/KBV-Qualitaetsbericht_2024.pdf

Kassenärztliche Bundesvereinigung. (2024). Praxisnetze. https://www.kbv.de/html/praxisnetze.php

Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe. (2019). Erstes Praxisnetz in NRW gründet ein MVZ. https://www.kvwl.de/pressemitteilungen/detail/nachricht-erstes-praxisnetz-in-nrw-gruendet-ein-mvz

Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe. (2025). Pflegeheim (Praxisnetze). https://www.kvwl.de/mitglieder/rechtsquellen-vertraege/pflegeheim-praxisnetze

Kurscheid, C., Janssen, R., Flügel-Bleienheuft, C. & Hentrich, W. (2020). Zusammenarbeit in Arztnetzen. In: Amelung, V. E., Eble, S., Sjuts, R., Ballast, T., Hildebrandt, H., Knieps, F., Lägel, R. & Ex, P. (Hrsg.). Die Zukunft der Arbeit im Gesundheitswesen, MWV, Berlin, S. 223-232.

Medizinisches Qualitätsnetz Bochum e. V. (o. J.). MedQN – Ihr Medizinisches Qualitätsnetz. https://www.medqn.de

Nolte, E., Frølich, A., Hildebrandt, H., Pimperl, A., Schulpen, G. J., Vrijhoef, H. J. (2016). Implementing integrated care: A synthesis of experiences in three European countries. International Journal of Care Coordination. 19(1-2):5-19. doi:10.1177/2053434516655626

OptiMedis AG, Gesundes Kinzigtal GmbH, & Medizinisches Qualitätsnetz Ärzteinitiative Kinzigtal e.V. (2022). Gesundes Kinzigtal: Mitglieder fühlen sich besser betreut. https://optimedis.de/gesundes-kinzigtal-mitglieder-fuehlen-sich-besser-betreut/

Rosenstock, R. & Gerlinger, T. (2023). Gesundheitspolitik: eine systematische Einführung. Hogrefe AG.

Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. (2024). Bedarfsgerechtigkeit und Nachhaltigkeit – Grundlagen für eine zukunftsfähige Gesundheitsversorgung. https://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/Gutachten/Gutachten_2024/Gutachten_2024_barrierefrei.pdf

Serbent, U. (2023). Demografischer Wandel trifft Versorgung. https://www.aok.de/pp/gg/daten-und-analysen/aerzte-in-teilzeit/

Stein, V. (2025). Was ist Population Health Management? Eine Einführung und Positionierung des Konzepts in Literatur und Praxis. Gesundheits- und Sozialpolitik (G&S), 78(6), 4-10.

Sundmacher, L. & Konsortialteam des Projekts ATP Arztnetze. (2022). ATP Arztnetze – Arbeitsteilung und Performance empirischer und organisierter Netzwerke im ambulanten Sektor in Deutschland [Förderprojektbericht]. Innovationsfonds, G-BA. https://innovationsfonds.g-ba.de/projekte/versorgungsforschung/atp-arztnetze.147

Universitätsklinikum Jena. (o. J.). InTeliNeT – Interdisziplinäres Teleintensiv-Netzwerk in Thüringen. https://www.uniklinikum-jena.de/InTeliNeT.html

sen, vielmehr bilden sie ein heterogenes Feld mit Entwicklungspotenzialen. Während einige Netzwerke durch klare Zielsetzung, professionelle Steuerung und regionale Einbindung erfolgreich Versorgungsverbesserungen erzielen, scheitern andere an mangelnder Koordination, unklarer Governance oder fehlender Verbindlichkeit. Arztnetze sind insbesondere dann nachhaltig wirksam, wenn sie:

- auf stabile rechtliche Strukturen und eine professionelle Managementbasis setzen,
- regionale Bedarfe adressieren und interdisziplinär aufgestellt sind,
- die Sicherstellung vor Ort koordinieren
- sowie kontinuierlich lernen, evaluieren und sich weiterentwickeln.

In einer zunehmend komplexen Versorgungslandschaft können Arztnetze eine wichtige Rolle übernehmen, besonders dann, wenn digitale Werkzeuge, standardisierte Prozesse und ein gemeinsames Versorgungsverständnis vorhanden sind. Insbesondere in schwer zu versorgenden Regionen können Arztnetze Versorgungssicherheit gewährleisten, indem sie Versorgungsverantwortung kollektiv schultern, Überleitungsschnittstellen strukturieren sowie effizient Ressourcen nutzen und lenken (Nolte et al., 2016; Genett et al., 2025; Sundmacher et al., 2022).

Fortgeschrittene Arztnetze zeichnen sich durch klare Führungs- und Kommunikationsstrukturen, definierte Versorgungsziele, eine enge interdisziplinäre Zusammenarbeit, ein hohes Engagement der Mitglieder, qualitätsgesicherte Prozesse sowie einen hohen Grad an Digitalisierung und IT-Integration aus (Genett et al., 2025; Rosenbrock & Gerlinger, 2023). Perspektivisch könnten Arztnetze nicht nur Versorgung sichern und Innovationen vorantreiben, sondern auch zur Blaupause für eine koordinierte, sektorenübergreifende und patientenzentrierte Gesundheitsversorgung in Deutschland werden.

Daher greift der Begriff „Arztnetz“ tendenziell zu kurz. Es handelt sich bei populationsorientierten Versorgernetzwerken um sektorenübergreifende Strukturen, die weit über eine rein ärztliche Perspektive hinausgehen. Dadurch können sie auch eine tragende Rolle im Aufbau eines modernen Primärversorgungssystems übernehmen. Sie ermöglichen eine enge Zusammenarbeit zwischen Haus- und Fachärzt:innen, Pflegekräften, Therapeut:innen, sozialen Diensten und auch den neu entstehenden stationären Strukturen (Level-1i-Häuser). Letztere übernehmen im Sinne einer erweiterten ambulanten Versorgung Aufgaben, die traditionell stationären Strukturen vorbehalten waren (Bundesministerium für Gesundheit, 2024).

In solchen Konstellationen können Arztnetze als intermediäres Element agieren, indem sie sektorenübergreifende Versorgungsprozesse strukturieren und standardisieren, transparente Informationsflüsse fördern und Schnittstellen effektiv gestalten. Darüber hinaus eröffnen Netzstrukturen neue Spielräume für die Delegation und Substitution ärztlicher Leistungen. Durch den gezielten Einsatz von qualifiziertem nichtärztlichem Personal, etwa in der Pflege, in der medizinischen Assistenz, Sozialarbeit oder in Case-Management-Funktionen, kann die Primärversorgung entlastet und zugleich bedarfsgerechter gestaltet werden.

Auch können durch Arztnetze Versorgungslücken minimiert werden, indem sie gemeinsame MVZs gründen und eine Nachbesetzung freier Arztsitze sicherstellen (Beispiel Gesundheitsnetz Unna) (KVWL, 2019). Doch damit Arztnetze ihre Rolle als zentrale Akteure eines zukunftsfähigen Primärversorgungssystems erfüllen können, braucht es politische Weichenstellungen. Ihre Wirksamkeit und Tragfähigkeit als Zukunftsmodell hängen von strukturellen, organisatorischen und professionellen Rahmenbedingungen ab (Amelung, 2011; Nolte et al., 2016). Erforderlich sind unter anderem eine rechtliche Anerkennung als eigenständige Versorgungssäule, passende Vergütungsmodelle u. a. für koordinierende und delegierende Leistungen und die Verfügbarkeit interoperabler digitaler Plattformen zur fallbezogenen Informationsweitergabe, die eine kontinuierliche und datenschutzkonforme Kommunikation zwischen den beteiligten Berufsgruppen ermöglichen.

Für die Gesundheitspolitik ergibt sich daraus ein klarer Handlungsauftrag: Arztnetze sollten künftig systematisch als integraler Bestandteil der regionalen Versorgungsplanung gestärkt werden. Ziel muss es sein, aus der bestehenden Vielfalt heraus stabile, lernfähige und tragfähige Netzstrukturen zu fördern, sodass Arztnetze kein Randphänomen sind, sondern ein strategisch relevantes Steuerungsinstrument für die Versorgung der Zukunft darstellen. <<

Physician networks – Slow seller or model for the future?

After more than 30 years of development, physician networks represent a promising approach to strengthening outpatient care in Germany. Given increasing supply bottlenecks, demographic changes, and a growing need for interprofessional collaboration, they are gaining prominence in health policy. However, the network structures vary widely in terms of their organization, maturity, and effectiveness. This article analyzes the current state of physician networks in Germany, identifies key success factors, and explores their future potential. Selected best practice examples illustrate how physician networks not only enhance care but also serve as economically viable business models. Concrete recommendations are derived to strategically develop physician networks and establish them as integral management tools within the healthcare system.

Keywords

physician networks, outpatient care, typology, interprofessional collaboration

Autorenerklärung

Professor Dr. Volker E. Amelung, Dr. Franziska Püschner und Fenja Demandt sind Mitarbeitende des Unternehmens Institut für angewandte Versorgungsforschung GmbH (inav) in Berlin. Volker E. Amelung, Franziska Püschner und Fenja Demandt haben die Datenerhebung, die Auswertung der Daten sowie die Interpretation der Ergebnisse eigenständig durchgeführt. Der Beitrag wurde von MSD Sharp & Dohme GmbH finanziert und in Auftrag gegeben. Es wurde keine Einflussnahme durch die MSD Sharp & Dohme GmbH Unternehmensgruppe ausgeübt.

Zitationshinweis

Demandt et al.: „Arztnetze – Ladenhüter oder Zukunftsmodell?“, in: „Monitor Versorgungsforschung“ (MVF 04/25), S. 63–69. http://doi.org/10.24945/MVF.04.25.1866-0533.2739

Fenja Demandt MSc ORCID: 0009-0007-9859-9654



ist wissenschaftliche Mitarbeiterin der inav GmbH. Sie absolvierte den Bachelor-Studiengang Public Health/ Gesundheitswissenschaften an der Universität Bremen und verfügt über einen Master of Science in Public Health von der Berlin School of Public Health der Charité Universitätsmedizin Berlin. Der Schwerpunkt ihrer Tätigkeit liegt im Bereich der Entwicklung und Evaluation innovativer Versorgungskonzepte und des Netzwerkmanagements. Kontakt: Demandt@inav-berlin.de

Dipl.-Kffr. (FH) Claudia Beckmann ORCID: 0009-0006-3506-9536



ist ausgebildete Krankenschwester. Nach ihrer Tätigkeit als Geschäftsführerin eines Ärztenetzes ist sie freiberuflich mit Organisationsentwicklung und Projektmanagement in der ambulanten medizinischen Versorgung befasst. Sie begleitete z. B. konzeptionell und moderierend die Entwicklung der Gesundheitsregion Siegerland sowie vernetzte Strukturen in Schleswig-Holstein, Westfalen-Lippe und Nordrhein (PORT Zentrum). Kontakt: Netzarbeit@t-online.de

Dr. rer. pol. Franziska Püschner



ist Senior Manager Gesundheitsökonomie im inav. Sie studierte Gesundheitsökonomie an der Universität zu Köln. In der Vergangenheit arbeitete sie bei Janssen im Bereich Market Access sowie für Shanghai Roche Pharmaceuticals Ltd. im Bereich Strategieentwicklung und Optimierung von Business-Prozessen. Ihre Tätigkeitsschwerpunkte im inav liegen in der Planung, Umsetzung und Analyse von Versorgungsforschungsstudien und gesundheitsökonomischen Evaluationen. Kontakt: Pueschner@inav-berlin.de

Prof. Dr. oec. Volker E. Amelung ORCID: 0000-0001-5721-2459



ist Professor für Gesundheitssystemforschung an der Medizinischen Hochschule Hannover. Er studierte an den Hochschulen St. Gallen und Universität Paris Dauphine Betriebswirtschaftslehre. Nach der Promotion arbeitete er an der Hochschule für Wirtschaft und Politik in Hamburg und war über mehrere Jahre Gastwissenschaftler an der Columbia University in New York. Er ist als Berater für internationale und nationale Unternehmen im Gesundheitswesen tätig und ist Gründer und Geschäftsführer des Instituts für angewandte Versorgungsforschung inav. Kontakt: Amelung@inav-berlin.de