FÜNF BAUSTEINE FÜR DIE PRIMÄRVERSORGUNGS-REFORM

Positionspapier zur Einführung eines regelhaften und digital erweiterten Primärversorgungssystems in Deutschland

20. Oktober 2025

Bundesverband Managed Care e.V.
Vorstand: Prof. Dr. Lutz Hager, Dr. Ursula Hahn, Franz Knieps,
Bettina Lutz, Dr. Carola Reimann, Dr. Benedikt Simon
Friedrichstr. 136 · 10117 Berlin · +49 30 28 09 44 80
bmcev@bmcev.de · www.bmcev.de

BMC Managed Care

INHALT

Fünf Bausteine für die Primärversorgungsreform **3**

1. Schlüssel für eine zukunftsfähige Gesundheitsversorgung 3

2. Reformziele definieren und messen 4

3. Bausteine für die Reform der Primärversorgung 4

4. Überlegungen zur Umsetzung 9

FÜNF BAUSTEINE FÜR DIE PRIMÄRVERSORGUNGSREFORM

1. SCHLÜSSEL FÜR EINE ZUKUNFTSFÄHIGE GESUNDHEITSVERSORGUNG

Die Gesundheitsversorgung in Deutschland sieht sich mit vielfältigen strukturellen und finanziellen Herausforderungen konfrontiert. Unkoordinierte Schnittstellen, Sektorengrenzen, Doppeluntersuchungen, unnötige Wiedereinbestellungen, lange Wartezeiten und eine bislang wenig genutzte Digitalisierung führen zu einer ineffizienten und unwirtschaftlichen Versorgung. Dies belastet Patientinnen und Patienten aber auch Leistungserbringende. Betroffen sind alle Bereiche der Versorgung. Hinzu kommt die Notwendigkeit, Prävention und Gesunderhaltung zu stärken, die Gesundheitskompetenz der Bevölkerung auszubauen und vulnerable Gruppen besonders in den Blick zu nehmen. Die Antwort kann nur in einer verbesserten Organisation, Koordination und Qualität der Gesundheitsversorgung liegen, unterstützt durch moderne Versorgungs- und Vergütungsstrukturen, vernetzte Daten und interprofessionelle Zusammenarbeit.

Schlüssel zu diesem Ziel ist ein starkes Primärversorgungssystem. Mehrere europäische Nachbarländer haben diesen Weg bereits beschritten.[1] Dabei ist mit Primärversorgung nicht allein ein Primärarztsystem gemeint, sondern eine interprofessionell organisierte, wohnortnahe Gesundheitsversorgung mit dem Ziel einer niedrigschwellig zugänglichen, koordinierten und kontinuierlichen Gesundheitsversorgung, in der Bürgerinnen und Bürger anhand ihrer Bedarfe an die richtige Stelle im System gelotst werden – sei es hausärztlich, fachärztlich oder nicht ärztlich. Dreh- und Angelpunkt ist die koordinierte und interprofessionelle Zusammenarbeit aller Beteiligten.

Strukturiert erhobene Behandlungsanlässe als Startpunkt und Behandlungspfade zur koordinierten Weiterführung einer Behandlung sollten daher im Zentrum der Reform stehen. Die hohe Anzahl von Praxisbesuchen in Deutschland, gekoppelt mit langen Wartezeiten auf fachärztliche Termine, verdeutlicht das große Verbesserungspotenzial. Diese ließe sich hierzulande über eine strukturierte und koordinierte Versorgung heben, in der Haus- und Fachärzte gemeinsam mit anderen Gesundheitsberufen auf Augenhöhe zusammenwirken. Mit den Möglichkeiten digitaler Unterstützung muss dabei eine neue Stufe erreicht werden. Entscheidend ist, diese Reform mit der Umgestaltung der Krankenhauslandschaft sowie der Notfallversorgung sinnvoll zu verknüpfen: finanzielle Effekte besserer Koordinierung dürften maßgeblich dort wirksam werden.[2] Mit der hausarztzentrierten Versorgung und den Disease-Management-Programmen (DMP) wurden bereits wichtige Schritte hin zu einer besseren Steuerung unternommen. Sie haben gezeigt, dass koordinierte Betreuung die Versorgung verbessern und die Ergebnisqualität steigern kann.[3]

Eine erfolgreiche Reform setzt Vertrauen voraus, bei Bürgerinnen und Bürgern, Patientinnen und Patienten, Health Care Professionals und bei Kostenträgern. Sie braucht Unterstützung und eine Ausgestaltung, die sich auf wenige und verständliche, aber wirksame Elemente konzentriert, statt auf übermäßige Regeldichte. Ziel ist, den größten gemeinsamen Nenner im Gesundheitswesen zu erreichen und mit umsetzbaren Vorschlägen eine positive Dynamik und Weiterentwicklung auszulösen. Dies kann nur im Dialog gelingen und setzt voraus, dass die Beteiligten Mut zur Veränderung aufbringen.

---

[1] Wittlinger/Sundmacher, Monitor Versorgungsforschung (2025)
[2] SVR (2024)
[3] Goethe-Univ. Frankfurt/Uni-Klinikum Heidelberg (2018)

2. REFORMZIELE DEFINIEREN UND MESSEN

Die Reform sollte sich auf drei übergreifende Ziele konzentrieren, die in messbare Indikatoren übersetzt werden. Neben klassischen Struktur- und Prozesskennzahlen sind dabei auch systematisch erhobene Patientenerfahrungen zu berücksichtigen.

- **Zugang verbessern und Koordinierung verstärken:** Ziel ist ein jederzeit verfügbarer, einfacher Zugang zur Versorgung durch eine rund um die Uhr erreichbare standardisierte digital gestützte Ersteinschätzung, in die die Notfallversorgung integriert ist. Digitale, telefonische und persönliche Zugangswege sollen gleichwertig gestaltet sein. Die standardisierte Ersteinschätzung bildet die Grundlage für die Koordination und Steuerung der Behandlung. Anhand dieser standardisierten Ersteinschätzung werden die Patientinnen und Patienten gezielt in den passenden Versorgungspfad weitergeleitet, notwendige Schritte eingeleitet und Termine bedarfsgerecht angeboten. Liegt kein akuter Behandlungsanlass vor, werden den Patientinnen und Patienten Angebote zur Selbsthilfe unterbreitet, die möglichst digital unterstützt werden sollen.

- **Effektiv wirtschaften und arbeiten:** Ziel der Primärversorgungsreform ist es, die Funktionsweise und Qualität des Gesundheitssystems nachhaltig zu verbessern. Durch die Zusammenarbeit interprofessioneller Teams in größeren Einheiten, die Ausnutzung regionaler Gestaltungsspielräume und den Einsatz digitaler Lösungen kann die Versorgung wirtschaftlicher und effizienter gestaltet werden. Die (immer freiwillige) Bindung der Patientinnen und Patienten an eine geeignete und mit bestimmten Mindeststandards ausgestattete Primärpraxis verbessert dabei die Koordination der Versorgung, schafft Vertrauen und vermeidet Doppeluntersuchungen. Dies sollte mit einer Aufwertung der Kompetenzen weiterer nicht-ärztlicher Gesundheitsfachberufe verbunden werden, um Ärztinnen und Ärzte zu entlasten und Gesundheitsfachberufe attraktiver zu gestalten.

- **Versorgung und Gesundheit verbessern:** Mittelfristiges Ziel ist eine Primärversorgung, die über Krankenbehandlung hinausgeht und die Qualität der Versorgung verbessert. Idealerweise geht sie von einem Primärversorgungszentrum aus, integriert Gesundheitsförderung, Prävention und Früherkennung, gewährleistet die kontinuierliche Betreuung chronisch Erkrankter und erreicht vulnerable Gruppen. Gleichzeitig gilt es, die Selbstorganisation und Eigenverantwortung der Patientinnen und Patienten entsprechend § 1 SGB V zu fördern. Durch den Fokus auf eine interprofessionelle Zusammenarbeit und den Einsatz digitaler Werkzeuge und telemedizinischer Lösungen können Versorgungslücken geschlossen, Wartezeiten verringert und gesundheitliche Chancen für alle verbessert werden.

3. BAUSTEINE FÜR DIE REFORM DER PRIMÄRVERSORGUNG

Diese Ziele erfordern fünf klar definierte, ineinandergreifende Bausteine. Zentrale Neuerungen sind dabei erstens eine anlassbezogene, strukturierte standardisierte Erst- und Dringlichkeitseinschätzung, durch die der Zugang zur richtigen Versorgungsebene geöffnet wird, zweitens eine erweiterte Koordination und Steuerung der Versorgung durch wohnortnahe Primärversorgungspraxen, -zentren und -netze sowie drittens ein Vermittlungs- und Termindienst. Diese Bausteine stützen sich auf eine „Telematikinfrastruktur Primärversorgung“; sie erfordern insbesondere eine weitergehende Digitalisierung in der Versorgung. Auf dieser Basis aufbauend können schrittweise weitere Leistungen integriert

werden. Bestehende DMPs sind entsprechend weiterzuentwickeln.[4] Hinzu treten Präventions- und Früherkennungsleistungen, digitale Gesundheitslösungen und regional abgestimmte interprofessionelle Behandlungspfade und Kooperationen. Eine orientierende Veranschaulichung dieser fünf Bausteine gibt die nachfolgende Abbildung 1.

Abbildung 1: Bausteine Primärversorgung

3.1 Erst- und Dringlichkeitseinschätzung

Eine zentrale Neuerung ist die strukturierte und standardisierte Erst- und Dringlichkeitseinschätzung, die jederzeit verfügbar ist und den passenden Versorgungspfad ermittelt. Patientinnen und Patienten können diese digital oder telefonisch erreichen, etwa über die bundesweite Rufnummer 116117, Krankenkassen-Apps oder die Onlineportale und Telefondienste von Arztpraxen und erhalten eine qualitätsgesicherte standardisierte Einschätzung. Ebenso wird das standardisierte Ersteinschätzungsverfahren genutzt, wenn Menschen ohne Termin in der Praxis oder im integrierten Notfallzentrum erscheinen. Dort führt es zu denselben Ergebnissen wie die digitalen oder telefonischen Angebote. Health Care Professionals behalten dabei die Entscheidungshoheit und können jederzeit eine fachlich begründete Einschätzung auslösen. Die Ersteinschätzung verfolgt drei Ziele:

1. Sie klärt, ob überhaupt ein Behandlungsanlass vorliegt oder ob Selbstmanagement ausreicht.
2. Anhand der Ersteinschätzung folgt die Zuweisung der Patientinnen und Patienten in die richtige Versorgungsstufe, etwa zu einer Primärversorgungspraxis, einer fachärztlichen Versorgung, einer telemedizinischen Konsultation oder in die Notfallversorgung.
3. Sie legt zusätzlich die Dringlichkeit einer persönlichen Vorstellung fest.

[4] BMC, Weiterentwicklung von DMP (2023)

Exkurs: Möglichkeit einer gesetzlichen Verankerung der Ersteinschätzung:

§ 15 Abs. 1a SGB V (neu): *Zur Verbesserung der Koordination und Qualität der Versorgung wird eine digital unterstützte, standardisierte strukturierte Ersteinschätzung eingeführt, die sowohl von Ärztinnen und Ärzten als auch von besonders qualifiziertem Gesundheitspersonal (Definition) durchgeführt werden kann. Ziel der standardisierten strukturierten Ersteinschätzung ist die Feststellung, ob ein Behandlungsanlass gegeben ist und die Steuerung der Patientinnen und Patienten zur richtigen Versorgungsebene sowie die Feststellung der Dringlichkeit der Behandlung.*

Jeder Arztkontakt setzt demnach einen Behandlungsanlass voraus. Die Ersteinschätzung folgt einem einheitlich festgelegten, wissenschaftlich und ärztlich fundierten Standard und kann auf unterschiedlichen Plattformen angeboten werden. Sie muss orts- und plattformunabhängig in gleicher Qualität erfolgen. Sie ist nur erforderlich, wenn ein neuer oder anderer Symptomkomplex auftritt. In diesen Fällen unterstützt sie die Versorgungskoordination und entlastet gleichzeitig die Praxen. Die erhobene strukturierte standardisierte Ersteinschätzung steht für alle weiteren Behandlungsschritte sowie Terminservices zur Verfügung. Sie kann auch telefonisch oder online über ein Portal genutzt werden und klären, ob eine direkte Vorstellung bei einer Facharztpraxis angezeigt ist (z.B. Verdacht auf Fraktur führt zu Termin bei einem Chirurgen oder Orthopäden). Gegebenenfalls wird direkt zu einem telemedizinischen Dienst vermittelt, wenn der Patient oder die Patientin dies wünscht. Gerade in der Notfallversorgung kann dieses Vorgehen spürbar entlasten.[5]

3.2 Orte und Organisation der Primärversorgung

Eine feste ärztliche Anlaufstelle ist für Patientinnen und Patienten von zentraler Bedeutung: 91 % wünschen sich ausdrücklich eine dauerhafte Bezugsperson, und knapp 80 % legen Wert auf regelmäßigen Austausch.[6] Dieser Bedarf unterstreicht die Rolle der Primärversorgung, die als wohnortnahe erste Anlaufstelle im interprofessionellen Praxisteam eine umfassende koordinierte Betreuung gewährleistet. Dabei ist die primärversorgende Praxis (auch Primärpraxis oder Erstpraxis) der Ort, an dem Patientinnen und Patienten zuerst ankommen, sofern die Ersteinschätzung nicht unmittelbar zu einer fachärztlichen Behandlung führt. Sie kennt die medizinische und soziale Anamnese ihrer Patientinnen und Patienten und versorgt den überwiegenden Teil der Fälle „fallabschließend". Zudem veranlasst sie bei begründeten Fällen eine Weiterbehandlung sowie koordiniert komplexe Versorgungssituationen. Bei chronischen oder komplexen Erkrankungen kann diese Koordinierungsfunktion auch von einer fachärztlichen Praxis übernommen werden. Multiprofessionelle Praxisteams erweitern das Versorgungsspektrum und digitale Prozesse unterstützen die Abläufe. Case und care Management werden regelhaft verankert.[7]

Gynäkologische, kinder- und jugendärztliche Praxen und Augenarztpraxen können ebenfalls erste Anlaufstellen für die jeweiligen Anliegen sein. Je nach Behandlungsanlass können sich Patientinnen und Patienten auch direkt an Praxen der Facharztversorgung wenden (s.o.), die freie Arztwahl bleibt erhalten (s.u. Terminvermittlung). In den meisten Fällen wenden sich Patientinnen und Patienten direkt an ihre primärversorgende Praxis oder sie nutzen, insbesondere wenn keine feste Primärpraxis besteht, einen zentralen digitalen bzw. telefonischen Eingang. Bei einem neuen

---

[5] ***Hinweis:*** *41 % der Notaufnahmefälle ohne vorherige Einschätzung, 11 % via 116117*, AOK (2025)
[6] Schüttig et. al., Deutsches Ärzteblatt Heft 11 (2025)
[7] BMC, Gesundheitslotsen (2023)

Behandlungsanlass erhalten sie eine Terminempfehlung. Perspektivisch bieten Praxisnetze einen weiteren organisatorischen Rahmen, um Patientenpfade regional zu verfeinern.[8] Die primärversorgende Praxis bleibt während einer länger laufenden Behandlung die Koordinationsinstanz und gewährleistet die Kontinuität der Versorgung und die Abstimmung mit weiteren Fachärzten. Die Bindung an die primärversorgende Praxis kann auf unterschiedliche Weise erfolgen; sie sollte in jedem Fall durch Anreize unterstützt und in die digitalen Informationsflüsse integriert werden.

Das breite Aufgabenspektrum der Primärversorgung macht es erforderlich, Versorgungseinheiten so zu gestalten, dass sie unterschiedliche Bedarfe optimal abdecken können. Unter dem Oberbegriff Primärversorgungseinheiten lassen sich unterschiedliche Organisationsformen wie Primärversorgungspraxen, -zentren und -netze fassen. Diese können als größere Einzelpraxis, als kooperierendes Netzwerk mehrerer Praxen oder als Gesundheitszentrum organisiert sein, physisch vor Ort oder dezentral und digital vernetzt. Bereits heute gibt es zahlreiche Beispiele für neue Formen, etwa als Gemeinschaftspraxen, „Teampraxen", MVZ, Arztzentren oder in Kooperation mit Partnern vor Ort und in Praxisnetzen. Der Trend geht dabei zu größeren, vernetzten Einheiten, die digitale und Vor-Ort-Angebote integrieren, interprofessionell arbeiten und verschiedene Gesundheitsberufe und ärztliche Fachrichtungen unter einem Dach bündeln. Dies kann unter Berücksichtigung regionaler Besonderheiten auch dezentral als Netz und in Kooperationen vor Ort entstehen. Unabhängig von der Form müssen Primärversorgungseinheiten personelle und qualitative Mindeststandards erfüllen und ärztliche sowie pflegerische Kompetenzen vorhalten. Weitere Orte und Berufsgruppen wie Apotheken, Physiotherapeuten und Community Health Nurses sollten in einem Continuum of Care einbezogen werden.[9] Eine Mindestgröße ermöglicht erweiterte Sprechstundenzeiten, flexible Arbeitszeitmodelle und weitere Skaleneffekte, die Erreichbarkeit und Angebot erhöhen. Gerade in ländlichen und strukturschwachen Regionen müssen die Anforderungen so angepasst werden können, dass Primärversorgungseinheiten auch im Verbund oder durch digitale/telemedizinische Konzepte entstehen können. Für diese neue Praxisform sind eine Reihe von Änderungen erforderlich, um z.B. dezentrales und multiprofessionelles Arbeiten, Kooperationen etc. zu ermöglichen.[10]

Die Reform der Primärversorgung setzt eine sektorenübergreifende Weiterentwicklung der Bedarfsplanung mit regionaler Perspektive voraus. Ambulante, stationäre, pflegerische und soziale Angebote müssen ebenso einfließen wie digitale Leistungen und innovative Versorgungsformen. Ziel ist eine evidenzbasierte, regional differenzierte Versorgungsplanung, die sich an den tatsächlichen Bedarfen orientiert. Routinedaten, Abrechnungsinformationen und KI-gestützte Analysen können dabei helfen, regionale Besonderheiten zu erkennen, Über- und Unterversorgung sichtbar zu machen und Ressourcen gezielt einzusetzen.

Parallel dazu sollte sich die Vergütung zunehmend am Versorgungsauftrag sowie an Versorgungsindikatoren orientieren, etwa Qualität, der Ausbildung regionaler Strukturen und Vorhalteverpflichtungen.[11] Die Abrechnung erfolgt praxis- und nicht arztbezogen. Durch eine solche „Teamvergütung" entsteht mehr Flexibilität in der Binnenorganisation. Praxisnetze könnten dabei in eine künftige Vergütungslogik integriert werden, etwa über die Weiterentwicklung der Kriterien und Förderung nach §87b SGB V oder sogar als eigene Leistungserbringer.

---

[8] BMC, Besser Regional (2023)
[9] BMC, Team Gesundheit (2025)
[10] BMC, Integrierte Primärversorgungszentren (2022)
[11] BMC, Value Based Care (2025)

3.3 Terminvermittlung

Die Terminvermittlung bildet ein weiteres zentrales Element der neuen Primärversorgung. Wie bei der Ersteinschätzung und der Betreuung in der Primärpraxis ist auch hier Verlässlichkeit der entscheidende Mehrwert. Dafür braucht es, in Ergänzung zur Terminführung in den Praxen, eine koordinierende Infrastruktur, die im Hintergrund verschiedene Systeme miteinander vernetzt. Diese digitale Struktur ist Teil der „TI Primärversorgung" und bildet die Basis, um Termine zu synchronisieren und nach Dringlichkeit zu vergeben.

Patientinnen und Patienten können im Vordergrund ihre Termine selbstständig per App, Onlineportal oder telefonisch buchen oder automatisch zugewiesen bekommen., wenn sie keine Präferenz äußern. Wichtig ist, dass diese Zugänge mehrsprachig, barrierefrei und leicht erreichbar sind. Eine „Terminkennung" enthält die notwendigen Informationen. Gleichzeitig bleibt der direkte Draht zur bekannten Praxis erhalten: Praxen können ihre eigene Terminorganisation beibehalten und zusätzlich Termine online bereitstellen, sodass diese mit einer Terminkennung gebucht werden können. Im Rahmen von Patientenpfaden können Praxisnetze ebenfalls einen Rahmen für Terminkoordination schaffen. Auf diese Weise entsteht eine Infrastruktur, die Doppelbuchungen und Mehrfachkontakte vermeidet und über die Praxistermine schnell gefunden und gebucht werden können.

3.4 Digitales Update

Unser Zielbild verbindet die Reform der Primärversorgung mit dem von den Menschen längst erwarteten Digitalisierungsschub, sowohl in der Infrastruktur als auch in den Praxen und Einrichtungen. Erst eine verlässliche und interoperable Infrastruktur ermöglicht es, die neuen Elemente, von der strukturierten Ersteinschätzung über die Terminvermittlung bis hin zur sektorenübergreifenden Versorgung, nahtlos miteinander zu verknüpfen. Die elektronische Patientenakte muss so weiterentwickelt werden, dass sie nicht nur Daten speichert, sondern Steuerung und Koordination unterstützt (s.u. Exkurs TI Primärversorgung). Der Einsatz von Telemedizin sollte umfassender ermöglicht werden, um dezentrales Arbeiten zu ermöglichen und Praxisbesuche zu reduzieren. Hier können Kooperationsmodelle mit telemedizinischen Zentren eine sinnvolle Ergänzung darstellen. Weitergehend können datengestützte Auswertungen Entscheidungen unterstützen.

Damit digitale Lösungen ihr Potenzial entfalten, benötigen Praxen ein „digitales Update“.[12] Dies bedeutet moderne Ausstattung, nutzerfreundliche Anwendungen und eine konsequente Einbindung in die Versorgungsprozesse. Dazu gehört auch die Möglichkeit, Gesundheitsdaten aus Wearables wie Smartwatches sicher einzubinden. Patientinnen und Patienten erhalten jederzeit einen direkten Zugang zu ihren Daten (OpenNotes). Darüber hinaus entwickeln sich digitale Leistungen und Anwendungen selbst zunehmend zu einem eigenen Feld der Versorgung. Viele dieser Lösungen sind bereits verfügbar. Nun gilt es, sie systematisch zusammenzuführen und flächendeckend in die Versorgungswege zu integrieren.

[12] BMC, Digitalisierung (2022)

Exkurs: Umsetzungsmöglichkeit TI Primärversorgung

Die Telematikinfrastruktur (TI) bildet den Knotenpunkt der Primärversorgung und muss so weiterentwickelt werden, dass alle Praxen und weitere Beteiligte sicher und interoperabel angebunden sind. Für den Erfolg der TI sind wichtig:

1. Weiterentwicklung der elektronischen Patientenakte (ePA) inkl. strukturiertem, bi-direktionalem Datenaustausch (inkl. Medikationsplänen, Verlaufskurven, Labordaten) mit Primärsystemen, anderen TI-Komponenten sowie Ersteinschätzungssystemen.
2. Erweiterung der zentralen Fachdienste (analog zum eRezept) als Vermittlungs- & Koordinationsschicht. Für die Koordinierung einer technologie- und anbieteroffenen Steuerung in der zukünftigen Primärversorgung kann ein neuer „eAnlass-Server" geschaffen und die Terminservice-Schnittstelle (TSS) weiterentwickelt werden:
    - Der eAnlass-Server speichert den Ersteinschätzungsstatus eines Patienten oder einer Patientin für eine begrenzte Dauer und hilft so kurzfristige Doppeleinschätzungen oder Widersprüche zwischen verschiedenen Ersteinschätzungssystemen zu vermeiden. Der eAnlass-Server wird von allen Leistungserbringern bei der Durchführung einer neuen Ersteinschätzung angefragt.
    - Die weiterentwickelte Terminservice-Schnittstelle (TSS) unterstützt den bi-direktionalen Datenaustausch und die Synchronisation mit Primärsystemen in Praxen und anderen Terminsystemanbietern. Sie arbeitet mit Terminkennungen, die mit einer Ersteinschätzung oder ärztlichen Überweisung vergeben werden.

3.5 Umfassende Primärversorgung

Die Primärversorgung geht über die klassische medizinische Versorgung hinaus und ist eng mit ergänzenden Angeboten vernetzt. Dazu gehören Impf- und Diagnostikleistungen, die nicht allein in Arztpraxen, sondern auch in Apotheken, Gesundheitszentren oder durch mobile Teams angeboten werden. Ebenso ist es entscheidend, (Sekundär-) Präventionsprogramme und Früherkennungsuntersuchungen stärker an die Primärversorgung anzubinden, um Teilnahmehürden zu senken und Reichweite zu erhöhen. Digitale Gesundheitslösungen, telemedizinische Angebote und datengestütztes Monitoring unterstützen das Selbstmanagement, entlasten die Praxen und fördern die Eigenverantwortung der Patientinnen und Patienten. Durch die enge Zusammenarbeit mit sozialen Diensten, Reha- und Pflegeeinrichtungen, Gesundheitsämtern und Schulen kann schließlich eine ganzheitliche Versorgung entstehen. Ergänzt wird dies durch ein kontinuierliches Monitoring der Mengenentwicklung und Versorgungsqualität. Auf diese Weise entsteht ein Primärversorgungssystem, das über akute Behandlungsbedarfe hinaus auf den Erhalt und die Förderung von Gesundheit ausgerichtet ist.

4. ÜBERLEGUNGEN ZUR UMSETZUNG

Die Reform der Primärversorgung zielt darauf ab, Strukturen zu modernisieren, Digitalisierung zu nutzen und gleichzeitig Praxen und Kliniken spürbar zu entlasten. Angesichts des demografischen Wandels ist dies ein zentrales Ziel für die kommenden Jahre. Daraus ergeben sich sowohl Investitions- und Finanzierungsbedarfe als auch Wirtschaftlichkeitsgewinne, die in eine mehrjährige Transformationsrechnung einfließen sollten. Ebenso wichtig ist, dass Anreize und Vergütungen die Reformziele abbilden und sukzessive stärker gewichten. Die hier skizzierten Bausteine erlauben es, eine Roadmap zu entwickeln, in der die einzelnen Maßnahmen in eine sinnvolle zeitliche Abfolge gebracht werden.

Für Patientinnen und Patienten bedeutet die hier skizzierte Reform der Primärversorgung vor allem Orientierung und Verlässlichkeit. Seltene Nutzerinnen und Nutzer erhalten über die strukturierte Ersteinschätzung einen direkten Zugang, chronisch Erkrankte profitieren von kontinuierlicher Begleitung und klaren Versorgungswegen, und alle gewinnen durch bessere Erreichbarkeit, verlässliche Terminorganisation und transparente Dokumentation. Die Reform arbeitet im Einklang mit den Erwartungen der Menschen; die Hausarztorientierung und funktionierende besondere Versorgungsformen wie die hausarztzentrierte Versorgung sind dabei von Vorteil. Es darf nicht versäumt werden, die Bevölkerung umfassend über die Neuerungen zu informieren, damit die Reform Akzeptanz findet und ihren Eigenwert entfalten kann.