

Primärversorgung: stark, verlässlich, patientennah

5 + 5 Eckpunkte für
eine zukunftsfähige
Primärversorgung

Langfassung

23. Juli 2026

Ausgangssituation und Ziele

Das Gesundheitssystem in Deutschland ist von einem konsequent hausärztlich geleiteten Primärversorgungssystem weit entfernt. Ungeregelter Direktzugang zur gebietsfachärztlichen Versorgung, unzureichende Informationsflüsse sowie mengenorientierte und arztzentrierte Vergütungsanreize führen zu einer ineffizienten Nutzung begrenzter Ressourcen. Die Folgen sind Über-, Unter- und Fehlversorgung, steigende Kosten sowie ein ungleicher Zugang zur Gesundheitsversorgung:

Gut informierte und weniger schwer erkrankte Patientinnen und Patienten finden sich in unserem komplexen Gesundheitssystem leichter zurecht und nehmen gezielt die Versorgungsebenen in Anspruch, die sie subjektiv für erforderlich halten. Daraus resultiert häufig Überversorgung: Konsultationen der „Worried Well“, Mehrfachdiagnostik und z. T. -therapie, die keinen oder geringen gesundheitlichen Mehrwert bringt, aber ärztliche Ressourcen bzw. Termine blockiert und hohe Kosten verursacht. Für Menschen mit Multimorbidität, hohem Alter, psychischen oder sozialen Belastungen oder einfach weniger Durchsetzungsfähigkeit ist das System schwer überschaubar; sie erleben erschwerten Zugang vor allem zu Gebietsfachärzten – eine zumindest potenzielle Unterversorgung.

Vor dem Hintergrund einer alternden Bevölkerung, der Zunahme chronischer Erkrankungen und begrenzter personeller sowie finanzieller Ressourcen benötigt Deutschland eine grundlegende Reform des Gesundheitssystems. Internationale Evidenz zeigt, dass Gesundheitssysteme, die in eine starke hausärztlich geleitete Primärversorgung investieren, bessere gesundheitliche Ergebnisse durch mehr Gerechtigkeit beim Zugang sowie bessere Koordination und Kontinuität der Versorgung bieten und gleichzeitig Ressourcen effizienter nutzen.

Hinzu kommt: Wenn künftig mehr Leistungen ambulant erbracht werden sollen, bringt das neue Herausforderungen für die ambulante Versorgung mit sich: kränkere Patientinnen und Patienten, komplexere Nachsorge, engere Schnittstellen zwischen Krankenhaus und Praxis und höherer Koordinationsbedarf bei der Diagnostik, nach Entlassung oder nach ambulanter Operation. Ein zukunftsfähiges Primärversorgungssystem muss diese zusätzlichen Aufgaben verlässlich und verantwortlich auffangen können. Ambulantisierung gelingt nur dann, wenn der ambulante Sektor strukturell, personell und digital so weiterentwickelt wird, dass er diese erweiterten Versorgungsaufgaben tragen kann.

Die DEGAM fordert ein hausärztlich geleitetes Primärversorgungssystem mit niederschwelligem und diskriminierungsfreiem Zugang zur hausärztlichen Praxis, verbindlich geregelter Versorgungsverantwortung und koordinierter Steuerung in die gebietsfachärztliche und stationäre Versorgung. Gute Primärversorgung muss hausärztlich verantwortet, im interprofessionellen Team organisiert und durch digitale Lösungen sinnvoll unterstützt werden. So kann sie die überwiegende Mehrheit der Beratungsanlässe fallabschließend behandeln. Sie ist kein Zusatz- oder optionales Parallelangebot und kann nicht durch digitale Systeme ersetzt werden. Sie ist die tragende Grundlage eines gerechten, bezahlbaren und zukunftsfähigen Gesundheitssystems.

Die DEGAM fordert die Bundesregierung auf, die Transformation zu einem umfassenden hausärztlich geleiteten Primärversorgungssystem zeitnah umzusetzen, verlässliche Rahmenbedingungen zu schaffen und gezielt zu investieren – in gerechte und hochwertige Primärversorgung.

5 Grundprinzipien einer zukunftsfähigen Primärversorgung

1. Die hausärztlich geleitete Primärversorgungspraxis ist erste Anlaufstelle und versorgt den größten Teil der Anliegen fallabschließend

Sie ist wohnortnah, diskriminierungsfrei und niedragschwellig erreichbar. Insbesondere für Patientinnen und Patienten mit akuten Erkrankungen, unklaren Beschwerden, chronischen Erkrankungen sowie Mehrfachanliegen und Multimorbidität ist sie die passende erste Anlaufstelle. Kontinuierliche, umfassende Betreuung und der Blick auf den ganzen Menschen gewährleisten hohe Versorgungsqualität.

Aktuelle Situation: Viele Menschen suchen schon jetzt mit ihren vielfältigen gesundheitlichen Anliegen zuerst die Hausarztpraxis auf. Diese kann etwa 80–90 % der Anliegen direkt und abschließend behandeln und arbeitet generalistisch: Krankengeschichten und soziale Hintergründe sind zumeist bekannt und fließen in die Versorgung ein. Das Versorgungsspektrum umfasst Prävention und Früherkennung, die Akut- und Langzeitversorgung körperlicher und psychischer Erkrankungen sowie die palliative Versorgung am Lebensende.

Das erfordert Zeit – eine knappe Ressource. Daher können viele Praxen aktuell keine neuen Patientinnen und Patienten aufnehmen. Gleichzeitig fließt ein erheblicher Teil der ärztlichen Arbeitszeit in Tätigkeiten, die medizinisch nicht nutzbringend sind: gesetzlich vorgeschriebene oder durch die quartalsbezogene Vergütungslogik motivierte Konsultationen, z. B. für kurzfristige Krankschreibungen, „Kind-krank“-Atteste, routinemäßige Kontrolluntersuchungen oder auch sogenannte Präventionsleistungen ohne nachgewiesenen Nutzen.

Hinzu kommt die Tendenz, die Hausarztpraxis eher als Durchgangsstation zu betrachten: In der Bevölkerung besteht häufig die Erwartung, dass eine gebietsfachärztliche Behandlung grundsätzlich einen höheren diagnostischen oder therapeutischen Nutzen bietet. Dabei werden hausärztliche Kompetenzen häufig unterschätzt. Manche Menschen kommen nur in die Hausarztpraxis, um eine Überweisung zu erbitten, oder suchen direkt eine gebietsfachärztliche Praxis auf. Die öffentliche Diskussion um Termine bei Gebietsfachärztinnen und -ärzten verstärkt den Eindruck einer vermeintlichen Notwendigkeit oder eines Anspruchs darauf. Hausarztpraxen erfüllen diese Überweisungswünsche, um zumindest informiert zu bleiben über gebietsfachärztliche Mitbehandlung, aber auch aus Zeitmangel, oder wegen unzureichend implementierter Versorgungswege. Vielen Menschen ist nicht bewusst, dass Hausärztinnen und Hausärzte die allermeisten Beratungsanlässe selbst adäquat behandeln können. Gebietsfachärztliche Praxen wiederum nehmen viele leicht erkrankte Menschen an und veranlassen oft regelmäßige Kontrolluntersuchungen. So entsteht eine Überversorgung gesundheitlich wenig beeinträchtigter Menschen („worried well“).

Warum ist das wichtig? Die kontinuierliche Begleitung in der hausärztlich geleiteten Primärversorgungspraxis macht es möglich, neben individuellen Krankheitsverläufen auch psychosoziale Faktoren, familiäre und berufliche Hintergründe und die Erwartungen und Erfahrungen der Patientinnen und Patienten in Diagnostik und gemeinsame Therapieentscheidungen einzubeziehen. Studien zeigen, dass stabile Arzt-Patient-Beziehungen mit besseren gesundheitlichen Ergebnissen, längerer Lebensdauer und geringeren Kosten verbunden sind.

Was passiert, wenn sich nichts ändert? Wenn die hausärztlich geleitete Primärversorgungspraxis nicht als verbindliche erste Anlaufstelle im System verankert wird, verschärfen sich die beschriebenen Fehlentwicklungen: Der ungesteuerte Direktzugang zu gebietsfachärztlichen Praxen befriedigt zwar individuelle Bedürfnisse, ist jedoch medizinisch wenig bedarfsgerecht. Menschen mit schweren oder komplexen Erkrankungen bzw. mit dringendem Bedarf an gebietsfachärztlicher Abklärung oder Behandlung werden zunehmend häufiger ins Krankenhaus eingewiesen.

2. Primärversorgung übernimmt Verantwortung für die Versorgung: individuell und auf Bevölkerungsebene

Gute Primärversorgung begleitet Menschen kontinuierlich, kennt ihren Versorgungsbedarf und übernimmt Verantwortung für die eingeschriebenen Personen. Gezielte, wissenschaftlich belegte Prävention, Diagnostik und Therapie richten sich am medizinischen Bedarf und an der individuellen Lebenssituation aus.

Aktuelle Situation: Hausärztinnen und Hausärzte arbeiten personen- und bevölkerungsbezogen. Sie kennen häufige Behandlungsanlässe ebenso wie seltene Erkrankungen, sehen viele Menschen mit leichten Symptomen und wissen genau, welche Warnsignale auf schwerere Verläufe hinweisen. Da viele Beschwerden eine gute Prognose haben und oft keine weiterführende Diagnostik benötigen, gehört es zu ihren zentralen Aufgaben, die wenigen ernsthaften Fälle frühzeitig zu erkennen, angemessen zu behandeln und wenn notwendig auch gezielt weiterzuleiten. Weiterführende Diagnostik wie Laboruntersuchungen, Ultraschalluntersuchungen oder auch Überweisungen zum Röntgen oder MRT wird dabei bewusst und bedarfsgerecht eingesetzt.

Das Potenzial von Prävention wird häufig nicht ausgeschöpft. Mit konsequenter bevölkerungsbezogener Verhältnisprävention, umfassenden Impfprogrammen und gezielter Früherkennung und Risikoberatung für definierte Risikogruppen könnte wesentlich mehr erreicht werden als mit den aktuellen wenig zielgerichteten Früherkennungs- oder Laboruntersuchungen, für die nicht selten kein Nutznachweis besteht.

Warum ist das wichtig? Das Arbeiten im sogenannten *Niedrigprävalenzbereich* – also das frühzeitige Herausfiltern der wenigen Fälle, die eine weiterführende Versorgung benötigen bei Vermeidung von Überdiagnostik – ist eine Schlüsselkompetenz von Hausärztinnen und Hausärzten und in der hausärztlich geleiteten Primärversorgungspraxis selbstverständlich.

Gebietsfachärztinnen und -ärzte haben einen anderen Versorgungsauftrag: sie behandeln überwiegend spezifische Krankheitsbilder und setzen die dafür erforderliche spezifische Diagnostik und Therapiemaßnahmen ein. Dieses Vorgehen wird jedoch zunehmend auf viele leicht erkrankte Menschen übertragen und führt dort zu kostenintensiver Über- und Fehlversorgung.

Auch die breite Durchführung von Früherkennungsmaßnahmen bindet erhebliche Ressourcen. Ein Beispiel ist das Hautkrebsscreening „für Alle“, von dem wissenschaftlich belegt ist,

dass es trotz hohen Aufwands die Sterblichkeit an Hautkrebs nicht vermindert. Sinnvoller wäre eine gezielte Prävention bei Menschen mit erhöhtem Risiko, bei denen die Maßnahmen nachweislich wirksam sind, und die aktiv einbestellt und nachverfolgt werden sollten.

Was passiert, wenn sich nichts ändert? Die hausärztliche Expertise und Verantwortung für Priorisierung und fallabschließende Versorgung kommt nicht zum Tragen; Überdiagnostik und unnötige gebietsfachärztliche Untersuchungen nehmen weiter zu. Prävention bleibt ineffizient: Ressourcen fließen in breit angelegte Maßnahmen ohne belegten Nutzen, während Risikogruppen nicht konsequent erreicht werden.

3. Bei medizinisch festgestelltem Bedarf für gebietsfachärztliche Versorgung erfolgt die Steuerung über die Primärversorgungspraxis

Patientinnen und Patienten brauchen einen verlässlichen Ansprechpartner, der ihre Krankengeschichte kennt und bei medizinischem Bedarf die passende weiterführende Diagnostik bzw. Mitbehandlung über eine qualifizierte Überweisung einleitet. Ausnahmen sind verbindlich zu regeln, etwa bei welchen schweren Erkrankungen auch die Steuerung zeitweilig an Gebietsfachärztinnen und -ärzte delegiert wird. Dabei bleibt die Primärversorgungspraxis obligat in der Informationsschleife, damit Kontinuität und Koordination der Versorgung gewährleistet bleiben. Dies wird durch passende Vergütungsanreize unterstützt.

Ziel dieser Steuerung ist eine bedarfsgerechte, koordinierte und zeitnahe Versorgung. Sie stellt sicher, dass Patientinnen und Patienten die richtige Versorgung zum richtigen Zeitpunkt erhalten und die begrenzten gebietsfachärztlichen Ressourcen dort eingesetzt werden, wo sie medizinisch am dringendsten benötigt werden.

Aktuelle Situation: Der derzeit mögliche Direktzugang in die gebietsfachärztliche Versorgung führt dazu, dass dort viele Termine von zwar besorgten, aber leicht erkrankten oder besonders durchsetzungsfähigen Patientinnen und Patienten belegt werden. Menschen mit schweren oder komplexen Erkrankungen können häufig nicht zeitnah in die gebietsfachärztliche Versorgung gesteuert werden und erhalten öfter erst spät die erforderliche Diagnostik oder Mitbehandlung. Nicht selten bleibt daher nur die Krankenhauseinweisung, weil die eigentlich mögliche ambulante Versorgung nicht zeitnah zu realisieren ist.

Warum ist das wichtig? Die Hausarztpraxis kennt Krankengeschichten, Verläufe und Kontextfaktoren und kann einschätzen, wann gebietsfachärztliche Diagnostik oder Therapie sinnvoll und medizinisch notwendig ist. Damit werden gebietsfachärztliche Ressourcen so eingesetzt, wie es medizinisch zielführend ist. Das Erfolgsmodell der hausarztzentrierten Versorgung (HZV) zeigt, dass so eine hochwertige Versorgung möglich ist: Qualifizierte Überweisungen mit Angabe der zeitlichen Priorität entlasten gebietsfachärztliche Praxen, Patientinnen und Patienten mit schweren oder komplexen Erkrankungen erhalten schneller die spezialisierte Mitbehandlung und können besser ambulant versorgt werden. Begrenzte Ressourcen werden effizient genutzt.

Was passiert, wenn sich nichts ändert? Bleibt der ungesteuerte Direktzugang bestehen, werden gebietsfachärztliche Termine weiterhin durch leicht erkrankte Menschen blockiert, während schwer erkrankte Patientinnen und Patienten zu lange warten oder in Krankenhäuser ausweichen müssen. Diagnostische Kaskaden und Überversorgung nehmen zu, weil spezialisierte Diagnostik ohne hausärztliche Einordnung zu häufig eingesetzt wird. Für Patientinnen und Patienten bedeutet das weniger Orientierung im System, mehr und spätere Termine,

mehr Doppeluntersuchungen, längere Wege und geringere Sicherheit, für das System steigen Kosten und Arbeitslast. Die dringend benötigte Entlastung der gebietsfachärztlichen Praxen bleibt aus.

4. Digitale Instrumente und Ersteinschätzung – vor allem in Not- und Bereitschaftsdienst sinnvoll, ansonsten eingebettet in die Primärversorgung

Digitale Tools in der Primärmedizin sind software- oder plattformbasierte Anwendungen, die Patientinnen und Patienten, medizinisches Fachpersonal oder Gesundheitseinrichtungen bei der Prävention, Diagnostik, Behandlung, Koordination und Nachsorge unterstützen. Sie können in klar definierten Anwendungsbereichen den Zugang, die Effizienz, die Qualität und die Kontinuität der Versorgung verbessern, ersetzen jedoch nicht die ärztliche Verantwortung und Entscheidungsfindung.

Sie dürfen insbesondere für Menschen mit chronischen Erkrankungen, bei Folgeterminen oder bei komplexen Mehrfacherkrankungen keine Zugangsvoraussetzung zur Versorgung darstellen. Digitale Instrumente dürfen keine autonomen Versorgungsentscheidungen treffen, sondern müssen die ärztliche Entscheidungsfindung unterstützen und in verbindliche Prozesse zur Terminvergabe, fallabschließender Versorgung oder qualifizierter Überweisung integriert sein.

Aktueller Stand: In der aktuellen politischen Diskussion wird Digitalisierung oft eingeeengt auf eine verpflichtende digitale/telefonische Ersteinschätzung und Terminservicestellen als Zugang in die medizinische Versorgung. Bisher werden digitale und telefonische Ersteinschätzungssysteme primär in Notfallsituationen bzw. bei Nutzung der 116117 eingesetzt, um die Dringlichkeit einzuschätzen. Außerhalb der Praxisöffnungszeiten können solche Werkzeuge den Zugang und die Priorisierung verbessern. Eingebettet in die Versorgung können digitale Tools zu besserer Erreichbarkeit und verbessertem Informationsfluss beitragen. Hausärztliche Primärversorgungspraxen nutzen digitale Lösungen, die bedarfsorientiert die Versorgung unterstützen. Probleme entstehen durch unklare Verantwortlichkeiten, fehlendes Prozessverständnis, wenig definierte technische Schnittstellen und Abläufe sowie Interessenkonflikte in einem dynamisch wachsenden Markt.

Unabhängig von dieser Diskussion besteht in Deutschland ein erhebliches Digitalisierungsdefizit im Austausch medizinischer Informationen: Über- und Einweisungen und die Weitergabe relevanter medizinischer Informationen erfolgen papierbasiert, aus gebietsfachärztlicher Praxis und Krankenhaus werden Informationen per Arztbrief oder bei fehlender Überweisung auch gar nicht an Hausarztpraxen kommuniziert. Während der gemeinsame, unmittelbare Zugriff aller Versorgungsbeteiligten auf eine Patientenakte in vielen europäischen Ländern selbstverständlich ist, fehlt diese Möglichkeit in Deutschland nach wie vor. Die bisherige Umsetzung einer digitalen Patientenakte (ePA) kann hier (noch) keinen Beitrag leisten.

Warum ist das wichtig? Ein großer Teil der Patientinnen und Patienten in der hausärztlichen Primärversorgung stellt sich nicht wegen eines akuten Einzelanliegens vor, sondern im Rahmen der Betreuung chronischer oder komplexer Erkrankungen oder mit mehreren Anliegen in einem Termin. Diese Patientinnen und Patienten sind ihrer Hausarztpraxis in der Regel bereits bekannt. Vorgeschaltete digitale Triage schafft für sie häufig keinen zusätzlichen Nutzen, sondern eine vermeidbare Doppelstruktur. Ebenso kann eine direkte digitale Vermittlung in die gebietsfachärztliche Versorgung die koordinierende und steuernde Funktion der hausärztlichen Primärversorgung unterlaufen.

Die Digitalisierung im Gesundheitswesen muss daher auf die Verbesserung des Informationsaustauschs und auf die Unterstützung von Koordination und bedarfsgerechter Terminvergabe abzielen.

Was passiert, wenn sich nichts ändert? Wenn digitale Ersteinschätzung verpflichtend als Zugang zur Versorgung wird, erschwert das den Zugang für besonders Bedürftige. Wenn sie direkt an gebietsfachärztliche Praxen vermittelt, entstehen zahlreiche zusätzliche Praxiskontakte. Das kostet Arztzeit und führt zu einer weiteren Fragmentierung der Versorgung. Chronisch und komplex erkrankte Menschen können nicht bedarfsgerecht versorgt werden, und Not- und Bereitschaftsdienste bleiben überlastet. Technische Lösungen, die losgelöst von der Versorgungslogik eingeführt werden, bewirken ineffiziente Doppelstrukturen mit weiterer Über-, Unter- oder Fehlversorgung.

5. Primärversorgung ist Teamarbeit

Die hausärztlich geleitete Primärversorgungspraxis arbeitet im Team. Ärztinnen und Ärzte, MFA oder akademisierte Gesundheitsberufe wie beispielsweise Primary Care Manager, Physician Assistants oder Advanced Practice Nurses übernehmen klar definierte Aufgaben. Die Hausärztin oder der Hausarzt trägt die medizinische Gesamtverantwortung und koordiniert die Zusammenarbeit im interprofessionellen Team. Patientinnen und Patienten erhalten schneller die passende Versorgung, ärztliche Ressourcen sind ausreichend vorhanden und werden gezielt eingesetzt.

Aktueller Stand: Hausärztlich geleitete Primärversorgungspraxen arbeiten, etwa im Modell der HÄPPI-Praxen, bereits heute multiprofessionell: Ärztinnen und Ärzte, MFA, VERAH/NäPa, Pflegefachpersonen, Primary Care Manager oder Physician Assistants übernehmen klar definierte Aufgaben entsprechend ihrer Qualifikationen und Kompetenzen. Viele dieser Rollen sind wissenschaftlich gut belegt – etwa Case Management bei Depressionen, delegierbare Hausbesuche oder die Einbindung von Pflegefachpersonen in der Versorgung multimorbider Patientinnen und Patienten. Gleichzeitig ist die Teamarbeit in Deutschland noch uneinheitlich umgesetzt: Aufgaben sind oft nicht klar verteilt, Qualifikationen werden regional unterschiedlich genutzt, und viele Praxen arbeiten bedingt durch die Vergütungssystematik weiterhin stark arztzentriert: Von der Hausarztzentrierten Versorgung (HZV) abgesehen werden Leistungen nur im persönlichen Arzt-Patient-Kontakt vergütet, nicht aber ein Praxiskontakt mit medizinisch qualifiziertem Personal.

Warum ist das wichtig? Teamarbeit erhöht die Versorgungsqualität, verbessert die Erreichbarkeit und entlastet ärztliche Ressourcen. Viele Aufgaben können durch qualifizierte Gesundheitsberufe in der hausärztlich geleiteten Primärversorgungspraxis gut und sicher übernommen werden (z. B. strukturierte Verlaufskontrollen, Impfmanagement, delegierbare Hausbesuche, telefonische Nachsorge oder Case Management bei chronischen Erkrankungen). Das ermöglicht es Ärztinnen und Ärzten, sich auf komplexe Fälle, diagnostische und therapeutische Entscheidungen und die Koordination der Gesamtversorgung zu konzentrieren. Internationale Evidenz zeigt, dass Primärversorgungsteams Versorgung sicherer machen, unnötige Krankenhauseinweisungen reduzieren und die Kontinuität stärken. Für Patientinnen und Patienten bedeutet Teamarbeit: schneller die passende Versorgung, klare Ansprechpartner und weniger Wartezeiten.

Was passiert, wenn sich nichts ändert? Wenn Teamstrukturen nicht in die Vergütungslogik einbezogen werden, bleibt die Primärversorgung überlastet und arztzentriert. Die steigende Zahl komplexer, multimorbider und älterer Patientinnen und Patienten trifft auf begrenzte ärztliche Kapazitäten. Diese sind in erheblichem Umfang durch Aufgaben gebunden, die delegierbar wären, wodurch Zeit für komplexe Fälle fehlt. Die Folge ist: Praxen können weniger Patientinnen und Patienten aufnehmen, Wartezeiten verlängern sich, und die Versorgungssicherheit sinkt. Mit zunehmender Ambulantisierung wird sich dies weiter verstärken: neue Aufgaben kommen auf die Praxen zu, für die keine Kapazitäten vorhanden sind.

5 zentrale Rahmenbedingungen

1. Verbindliche Einschreibung in eine hausärztlich geleitete Primärversorgungspraxis

Ein zukunftsfähiges Primärversorgungssystem braucht Verlässlichkeit: eine verbindliche Einschreibung in eine frei gewählte Primärversorgungspraxis macht kontinuierliche Versorgung, wirksame Steuerung und gezielte Prävention möglich. Geregelte Wechselmöglichkeiten bieten Flexibilität.

Aktueller Stand: Patientinnen und Patienten können derzeit frei zwischen Haus- und Gebietsfacharztpraxen wechseln oder sich parallel in mehreren Praxen vorstellen. Das erschwert kontinuierliche Betreuung, weil Krankengeschichten, Vorbefunde und Kontextfaktoren oft nur teilweise bekannt sind. Eine steigende Anzahl von Menschen mit chronischen, komplexen oder mehrfachen Erkrankungen benötigen aber dringend eine langfristige, koordinierte Versorgung, wie sie derzeit bereits in der Hausarztzentrierten Versorgung erfolgreich umgesetzt wird.

Warum ist das wichtig? Eine verbindliche Einschreibung schafft die Grundlage für eine kontinuierliche Versorgung, wirksame Steuerung mit verlässlichem Informationsfluss und gezielte Prävention. Wenn eine hausärztlich geleitete Primärversorgungspraxis so wie derzeit in der Hausarztzentrierten Versorgung (HZV) die Verantwortung für eine definierte Patientengruppe übernimmt, kann sie diese über Jahre ärztlich versorgen, inklusive der Koordination von Präventionsangeboten und erforderlicher gebietsfachärztlicher oder stationärer Versorgung. Einschreibung stärkt die Arzt-Patient-Beziehung, die nachweislich bessere gesundheitliche Ergebnisse erzielt. Für die Praxis bedeutet sie planbare Kapazitäten, für Patientinnen und Patienten verlässlich erreichbare Ansprechpartner und für das System eine stabile Struktur, die Überversorgung und Kosten reduziert.

Was passiert, wenn sich nichts ändert? Ohne verbindliche Einschreibung bleibt die Versorgung unkoordiniert: Patientinnen und Patienten wechseln häufiger, Informationen gehen verloren, Doppeluntersuchungen nehmen zu und Prävention bleibt unsystematisch. Gebietsfachärztliche Praxen werden weiterhin durch eigeninitiativ konsultierende Patientinnen und Patienten mit oft nur leichten Erkrankungen oder durch Fehl- und Mehrfachkonsultationen belastet, während komplexe oder bedürftige Fälle nicht zuverlässig priorisiert werden. Das System bleibt ineffizient, teuer und fragmentiert. Das Potential einer hausärztlich geleiteten Primärversorgung wird nicht genutzt.

2. Zuständigkeiten und Versorgungsaufträge von Primärversorgung und gebietsfachärztlicher Versorgung werden verbindlich definiert

Verbindliche Leistungsbeschreibungen und evidenzbasierte Versorgungspfade bilden ab, welche Erkrankungen bzw. Schweregrade qualifiziert in der Primärversorgung versorgt werden und wann gebietsfachärztliche Diagnostik und Mitbehandlung erforderlich ist. Dies wird durch passende Vergütungsanreize unterstützt.

Aktuelle Situation: Die Abgrenzung zwischen Primärversorgung und gebietsfachärztlicher Versorgung ist derzeit nicht klar geregelt und für viele Patientinnen und Patienten nicht verständlich. Viele Erkrankungen und Schweregrade werden sowohl in hausärztlichen als auch in gebietsfachärztlichen Praxen behandelt, abhängig von individuellen Präferenzen, regionalen Angeboten oder Wartezeiten. Verbindliche Leistungsbeschreibungen existieren nur in Ansätzen, Versorgungspfade sind uneinheitlich und werden selten konsequent genutzt.

Die bestehenden Strukturen und Vergütungsanreize führen dazu, dass Zuständigkeiten häufig unklar sind und spezialisierte Versorgung auch dann in Anspruch genommen wird, wenn eine Primärversorgung ausreichend wäre. Oft bemüht sich zwar die hausärztliche Primärversorgung um die Koordination, doch es ist nicht verbindlich definiert, welche Leistungen regelhaft dort erbracht werden und wann eine gebietsfachärztliche Mitbehandlung medizinisch notwendig ist. Das führt zu ineffizienten Abläufen und einer Überlastung der Gebietsfacharztpraxen.

Warum ist das wichtig? Versorgungspfade legen verbindlich fest, wann weiterführende Diagnostik oder Therapie erforderlich ist. Ihre Berücksichtigung in der Terminvergabe ermöglicht effiziente und qualitätsgesicherte Versorgung. Überweisungen an Gebietsfachärztinnen und -ärzte erfolgen transparent, kriteriengeleitet und ressourceneffizient. Das entlastet Gebietsfacharztpraxen und stellt sicher, dass komplexe Fälle dort zeitnah die richtige Mitbehandlung erhalten. Passende Vergütungsanreize unterstützen dies, indem sie bedarfsgerechte Versorgung belohnen und Fehlanreize vermeiden.

Was passiert, wenn sich nichts ändert? Ohne verbindliche Zuständigkeiten bleibt die Versorgung fragmentiert: Patientinnen und Patienten bewegen sich unkoordiniert zwischen hausärztlichen und gebietsfachärztlichen Praxen. Gebietsfachärztliche Praxen bleiben durch leicht erkrankte Patientinnen und Patienten überlastet, während schwer Erkrankte warten müssen. Die hausärztliche Primärversorgung kann ihre Filter- und Steuerungsfunktion nicht wirksam ausüben, weil unklar ist, welche Leistungen regelhaft dort verankert sind. Fehlanreize in der Vergütung fördern weiterhin Überdiagnostik und unnötige Überweisungen. Das System bleibt ineffizient, teuer und medizinisch suboptimal.

3. Ein neues Vergütungssystem unterstützt eine bedarfsgerechte Versorgung

Vergütung soll den medizinischen Bedarf und die Versorgungsqualität honorieren – nicht die Anzahl von Arztkontakten oder Einzelleistungen. Vergütung setzt Anreize und prägt damit das Versorgungsgeschehen. Ein Vergütungssystem, das Qualität, Kontinuität und Koordination honoriert, fördert eine bedarfsgerechte Versorgung. Ein Vergütungssystem, das vor allem Einzelleistungen bzw. Wiedervorstellungen im Quartalsrhythmus vergütet, fördert dagegen Mengenausweitung und Fragmentierung.

Aktueller Stand: Die Vergütungslogik in der vertragsärztlichen Versorgung setzt derzeit kaum Anreize für kontinuierliche, koordinierte und bedarfsorientierte Versorgung. Losgelöst vom tatsächlichen medizinischen Bedarf werden Kontakte im Quartalsrhythmus und z. T. zusätzliche Einzelleistungen honoriert. Komplexe Fälle mit zeitintensiver Versorgung sind nicht ausreichend abgebildet, Steuerungsleistungen wie Priorisierung, Koordination, Verlaufskontrolle oder abschließende Behandlung auch bei größerem Aufwand werden nur teilweise oder gar nicht vergütet. Präventive Suchtests werden oft pauschal ohne Wirksamkeitsnachweis und ohne Bezug zu Risikogruppen vergütet. Wirksame, am Risiko aus- und zielgerichtete Präventionsarbeit bleibt in der Primärversorgung strukturell benachteiligt; Diagnostik und technische Leistungen werden besser honoriert als sprechende Medizin. Insgesamt fördert die Vergütungslogik nicht erforderliche Wiedervorstellungen und Überdiagnostik. In der Hausarztzentrierten Versorgung (HZV) wird diese Vergütungslogik bereits aufgebrochen und über Pauschalbeträge für die teambasierte Versorgung von Patientinnen und Patienten auch über die Quartalsgrenzen hinweg honoriert.

Warum ist das wichtig? Die Versorgung folgt der Vergütung. Mit einer Abkehr vom Quartalsbezug und einer Kombination aus längerfristigen Pauschalen und qualitätsbezogener Vergütung auch ohne obligaten Arztkontakt können Praxen Zeit dort einsetzen, wo sie medizinisch am meisten bewirkt. Gleichzeitig müssen Vergütungsanreize klar unterstützen, dass die Hausarztpraxis als erste Anlaufstelle fungiert, viele Beschwerden bzw. Erkrankungen dort abschließend behandelt werden und gebietsfachärztliche Ressourcen für komplexe Fälle genutzt werden. Eine bedarfsgerechte Vergütung stärkt die Qualität, reduziert Überdiagnostik und ermöglicht gezielte Prävention für definierte Risikogruppen. Sie schafft ein System, in dem medizinischer Bedarf und Qualität statt Leistungsmengen und technischer Leistungserbringung im Mittelpunkt stehen.

Was passiert, wenn sich nichts ändert? Bleiben Fehlanreize bestehen, wird ärztliche Arbeitszeit weiterhin durch Tätigkeiten gebunden, die an andere Gesundheitsprofessionen delegiert werden kann. Es wird weiterhin zu viel Labor- und technische Diagnostik angewandt, zu schnell erneut konsultiert und überwiesen und zu wenig koordiniert. Gebietsfacharztpraxen bleiben durch leicht erkrankte Patientinnen und Patienten überlastet, während komplexe Fälle nicht zuverlässig priorisiert werden können. Hausärztliche Praxen leisten zeitintensive Steuerung, kontinuierliche Versorgung, und die Versorgung von Menschen mit hohem Behandlungsbedarf in einer mengenorientierten Vergütungslogik, die das nicht fördert. Prävention bleibt ineffizient. Insgesamt steigen Kosten und Arbeitslast, während die Versorgungsqualität sinkt. Ohne passende Vergütung kann die Primärversorgung ihre zentrale Rolle im System nicht wirksam wahrnehmen.

4. Verbindliche Qualitätsstandards für Versorgung und Steuerung

Standards und Qualitätsindikatoren werden entwickelt, die die Qualität in der Primärversorgung selbst und in der Zusammenarbeit an Schnittstellen sicherstellen.

Aktueller Stand: Bisher fehlen definierte Standards, die festlegen, welche Maßnahmen in der hausärztlichen bzw. gebietsfachärztlichen Praxis erfolgen. Leitlinien existieren zwar für viele Behandlungsanlässe bzw. Erkrankungen, ihre Umsetzung ist jedoch nicht konsequent implementiert. Oft sind Prozesse an Schnittstellen nicht definiert – also z. B. wie und wann qualifizierte Überweisungen, Rückmeldungen, Verlaufskontrollen oder gemeinsame Entscheidungsprozesse strukturiert erfolgen sollen. Dadurch entstehen Informationsverluste, Widersprüche, Doppeluntersuchungen und unklare Verantwortlichkeiten.

Warum ist das wichtig? Verbindliche Qualitätsstandards sichern die medizinische Qualität. Ihre Umsetzung stärkt die Steuerungsfunktion der Primärversorgung. Sie sind Grundlage für ein bedarfs- und qualitätsorientiertes Vergütungssystem. Definierte, an Leitlinien angebundene Versorgungspfade legen bspw. für häufige Krankheitsbilder fest, welche Versorgung in der Hausarztpraxis erbracht wird, wann Überweisungen erfolgen, welche Informationen zwingend übermittelt werden müssen und wie Rückmeldungen strukturiert sind. Aus Leitlinien bzw. Versorgungspfaden abgeleitete Qualitätsindikatoren ermöglichen es, Versorgungsergebnisse transparent zu machen und kontinuierlich zu verbessern. Für die Entwicklung von Qualitätsindikatoren ist mit dem G-BA eine verantwortliche Institution vorhanden, die z. B. Fachgesellschaften oder wissenschaftliche Institute beauftragen kann.

Was passiert, wenn sich nichts ändert? Ohne verbindliche Qualitätsstandards bleibt die Versorgung intransparent und uneinheitlich, abhängig von individuellen Vorlieben und regionalen bzw. Praxisstrukturen. Auch eine qualitätsorientierte Vergütung ist nicht möglich. Mengenanreize oder zu einfache Pauschalregelungen führen nicht zu dauerhaft hoher Versorgungsqualität.

5. Digitale Infrastruktur ist Voraussetzung

Eine leistungsfähige, interoperable digitale Infrastruktur ist Voraussetzung für eine koordinierte und effiziente Primärversorgung. Digitalisierung muss die Zusammenarbeit aller an der Versorgung Beteiligten unterstützen, Koordination und Steuerung ermöglichen, und administrative Belastungen reduzieren.

Aktueller Stand: Digitale Angebote im ambulanten Bereich wachsen schnell: Terminplattformen, Symptomchecker, Telemedizin, digitale Ersteinschätzung und sektorspezifische Apps werden zunehmend genutzt. Viele dieser Instrumente entstehen jedoch außerhalb der Primärversorgung und ohne Evaluation. Digitale Ersteinschätzungssysteme werden im Not- und Bereitschaftsdienst bereits erfolgreich eingesetzt, neigen allerdings zur „Übertriage“: sie empfehlen im Zweifel sicherheitshalber eine Vorstellung in der Notaufnahme, eine Kopplung mit der hausärztlichen Versorgung fehlt.

Deutschland verfügt weiterhin nicht über eine flächendeckend interoperable digitale Infrastruktur. Informationen werden zwischen Hausarztpraxen, Gebietsfacharztpraxen, Krankenhäusern und weiteren Versorgungsbereichen vielfach zeitverzögert oder unvollständig übermittelt. Standardisierte Schnittstellen und ein sektorenübergreifender Zugriff auf relevante medizinische Informationen fehlen.

Warum ist das wichtig? Digitale Tools können und müssen Versorgungsprozesse insbesondere an Schnittstellen wirksam unterstützen. Sie stärken Zugang und Kontinuität, weil sie Informationen allerseits verfügbar machen, die Terminkoordination erleichtern und ein niederschwelliges Monitoring unterstützen können. Sie unterstützen mit strukturierter Ersteinschätzung bei akuten Anliegen, insbesondere im Not- und Bereitschaftsdienst. Entscheidend ist jedoch, dass digitale Zugänge keine Parallelzugänge schaffen. Nur wenn digitale Ersteinschätzungsinstrumente zu Praxisöffnungszeiten in die hausärztliche Versorgung eingebettet sind bzw. die hausärztliche Steuerung unterstützen, verbessern sie Qualität, Effizienz und Patientensicherheit.

Was passiert, wenn sich nichts ändert? Bleiben Schnittstellen weiterhin papier- oder faxbasiert und Informationszugang selektiv, fehleranfällig und zeitlich verzögert, behindert dies eine effektive und effiziente Versorgung, fördert Doppeluntersuchungen und bindet

Ressourcen. Wenn digitale Einschätzungsinstrumente unkoordiniert genutzt werden, entstehen Parallelzugänge und zusätzliche Fragmentierung der Versorgung. Das führt zu Überdiagnostik, unnötigen gebietsfachärztlichen Kontakten, Brüchen im Informationsfluss und einer weiteren Fragmentierung der Versorgung. Damit wird jede sinnvolle Steuerung konterkariert. Digitale Instrumente verfehlen ihren Nutzen, wenn sie nicht konsequent in die Prozesse eines hausärztlich geleiteten Primärversorgungssystems eingebettet sind. Sie erhöhen die Arbeitslast, verschärfen Fehlsteuerung und schwächen die zentrale Rolle der Primärversorgung im System.

Literatur:

- Abtahi F, Seoane F, Pau I, Vega-Barbas M. Data Poisoning Vulnerabilities Across Health Care Artificial Intelligence Architectures: Analytical Security Framework and Defense Strategies. *J Med Internet Res*. 2026;28:e87969. doi:10.2196/87969.
- Alam R, Cheraghi-Sohi S, Panagioti M, Esmail A, Campbell S, Panagopoulou E. Managing diagnostic uncertainty in primary care: a systematic critical review. *BMC Family Practice*. 2017;18:79.
- Baker R, Freeman GK, Haggerty JL, Bankart MJ, Nockels KH. Primary medical care continuity and patient mortality: a systematic review. *Br J Gen Pract*. 2020;70(698):e600-e611. doi:10.3399/bjgp20X712289.
- Bazemore A et al. (2023): The Impact of Interpersonal Continuity of Primary Care on Health Care Costs and Use: A Critical Review. *The Annals of Family Medicine*. DOI: 10.1370/afm.2961.
- Bertelsmann Stiftung (Hrsg.) Grote Westrick M et al. (2019) Überversorgung – eine Spurensuche. Doi: 10.11586/2019064
- Bertelsmann Stiftung (Hrsg.) Hambrock U. (2019) Erfahrungen mit Überversorgung. Qualitativ-psychologische Studie mit Patienten und Ärzten. DOI 10.11586/2019065
- Bours MJL. Bayes' rule in diagnosis. *Journal of Clinical Epidemiology*. 2021;135:164–169.
- Brownwood I, Lafortune G. Advanced practice nursing in primary care in OECD countries: recent developments and persisting implementation challenges. *OECD Health Working Papers* 165. OECD Publishing, Paris; 2024. doi:10.1787/8e10af16-en.
- Calgary West Central Primary Care Network. Top Evidence Summary: Value of continuity. 2023. <https://cwpcn.com/wp-content/uploads/2023/10/top-evidence-summary-value-of-continuity.pdf>
- Chan KS et al. (2021): Effects of continuity of care on health outcomes among patients with diabetes mellitus and/or hypertension: a systematic review. *BMC Family Practice*. DOI: 10.1186/s12875-021-01493-x.
- Dakin FH, Rybczynska-Bunt S, Rosen R, Clarke A, Greenhalgh T. Access and triage in contemporary general practice: A novel theory of digital candidacy. *Soc Sci Med*. 2024;349:116885. doi:10.1016/j.socscimed.2024.116885.
- de Aguiar EJ, Traina C Jr, Traina AJM. Security and Privacy in Machine Learning for Health Systems: Strategies and Challenges. *Yearb Med Inform*. 2023;32:269-281. doi:10.1055/s-0043-1768731.
- DEGAM. Zukunftspositionen / Positionspapier. 2012. https://www.degam.de/files/inhalt/pdf/positionspapiere_stellungnahmen/positionspapiere-altes-verzeichnis/2012_degam_zukunftspositionen.pdf
- Engström SG, André M, Arvidsson E, Östgren CJ, Troein M, Borgquist L. Personal GP continuity improves healthcare outcomes in primary care populations: a systematic review. *Br J Gen Pract*. 2025;75(757):e518-e525. doi:10.3399/BJGP.2024.0568.
- Erfani P et al. (2022): Cost-effectiveness of case management: a systematic review. *The American Journal of Managed Care*. DOI: 10.37765/ajmc.2022.89186.

- Green LA, Fryer GE Jr, Yawn BP, Lanier D, Dovey SM. The ecology of medical care revisited. *N Engl J Med*. 2001;344:2021-2025.
- Henderson DAG, Donaghy E, Dozier M, et al. Understanding primary care transformation and implications for ageing populations and health inequalities: a systematic scoping review. *BMC Med*. 2023;21(1):319. doi:10.1186/s12916-023-03033-z.
- Jiménez G, Matchar D, Koh GCH, et al. Revisiting the four core functions (4Cs) of primary care: operational definitions and complexities. *Prim Health Care Res Dev*. 2021;22:e68. doi:10.1017/S1463423621000669.
- Johansen SM, Folke F, Hindhede AL, et al. Characteristics and triage in older citizens calling a semi-acute medical helpline in Denmark: a prospective cohort study. *BMC Health Serv Res*. 2025;25:698. doi:10.1186/s12913-025-12773-y.
- Kern LM, Bynum JPW, Pincus HA. Care Fragmentation, Care Continuity, and Care Coordination – How They Differ and Why It Matters. *JAMA Intern Med*. 2024;184(3):236-237. doi:10.1001/jamainternmed.2023.7628.
- Kirkwood J, Ton J, Korownyk CS, Kolber MR. Who provides chronic disease management? Population-based retrospective cohort study in Alberta. *Can Fam Physician*. 2023;69:e127-e133. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10266403/>
- Lammila-Escalera E, Greenfield G, Aldakhil R, et al. Safety and Efficacy of Digital Check-in and Triage Kiosks in Emergency Departments: Systematic Review. *J Med Internet Res*. 2025;27:e69528. doi:10.2196/69528.
- Laux G, Szecsenyi J, Mergenthal K. GP-centered health care in Baden-Württemberg, Germany. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz*. 2015. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25665890/>
- Leinert J, Hamburg A, Schilcher C. Teamarbeit gegen Ärztemangel. *Spotlight Gesundheit* 2. Bertelsmann Stiftung; 2026.
- Nothacker J, Butz S, Lüthmann D, et al. General practitioner-based interventions to reduce hospital admissions in patients with multimorbidity living at home – A rapid review. *Z Evid Fortbild Qual Gesundhwes*. 2025;194:74-85.
- Payne R, Clarke A, Swann N, et al. Patient safety in remote primary care encounters: multithreshold qualitative study combining Safety I and Safety II analysis. *BMJ Qual Saf*. 2024;33:573-586. doi:10.1136/bmjqs-2023-016674.
- Pereira Gray DJ, Sidaway-Lee K, White E, Thorne A, Evans PH. Continuity of care with doctors – a matter of life and death? A systematic review of continuity of care and mortality. *BMJ Open*. 2018;8:e021161. doi:10.1136/bmjopen-2017-021161.
- Prior A et al. (2025): Continuity of care in general practice and patient outcomes in Denmark: a population-based cohort study. *The Lancet Primary Care*. DOI: 10.1016/j.lanprc.2025.100016.
- Rieken J, Hötter D, Strumann C, Köttler T, Steinhauser J. Breaking the chains in Plato's cave: acute care in general practice. *BMC Prim Care*. 2025;26:198.
- Rieken J, Strumann C, Hötter D, Goetz K, Steinhauser J. Assessing urgent medical cases in general practice: development of the ACUTE-GP instrument. *Br J Gen Pract Open*. 2026. doi:10.3399/BJGPO.2025.0194.
- Sandvik H et al. (2022): Continuity in general practice as predictor of mortality, acute hospitalisation, and use of out-of-hours care: a registry-based observational study in Norway. *British Journal of General Practice*. DOI: 10.3399/bjgp.2021.0340.
- Schneider A, Donnachie E, Tauscher M. Costs of coordinated versus uncoordinated care in Germany. *BMJ Open*. 2016;6:e011621. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC4908874/>
- 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;100:142–149. doi:10.1007/s44266-023-00161-w.
- Shi L, Starfield B, Kawachi I. Income inequality, primary care, and health indicators. *J Fam Pract*. 1999;48:275-284.

- Simpson RM, Jacques RM, Nicholl J, et al. Measuring the impact introducing NHS 111 online had on the NHS 111 telephone service and the wider NHS urgent care system: an observational study. *BMJ Open*. 2022;12:e058964. doi:10.1136/bmjopen-2021-058964.
- Sripa P, Hayhoe B, Garg P, Majeed A, Greenfield G. Impact of GP gatekeeping on quality of care, and health outcomes, use, and expenditure: a systematic review. *Br J Gen Pract*. 2019;69(682):e294-e303.
- Starfield B, Shi L, Macinko J. Contribution of Primary Care to Health Systems and Health. *Milbank Quarterly*. 2005;83(3):457–502.
- Starfield B. Primary care: an increasingly important contributor to effectiveness, equity, and efficiency of health services. *Gac Sanit*. 2012;26(Suppl 1):20-26.
- Starfield B. *Primary Care: Balancing Health Needs, Services and Technology*. New York: Oxford University Press; 1998.
- Strumann C, von Meißner WCG, Blickle PG, Riecken J, Steinhäuser J (2025). Utilization of acute medical services in general practice: a retrospective routine data analysis. *Int J Emerg Med* 18, 147 (2025). <https://doi.org/10.1186/s12245-025-00943-y>
- Teggart K, Neil-Sztramko SE, Nadarajah A, Wang A, Moore C, Carter N, Adams J, Jain K, Petrie P, Alshaikhahmed A, Yugendranag S, Ganann R. Effectiveness of system navigation programs linking primary care with community-based health and social services: a systematic review. *BMC Health Serv Res*. 2023;23:450. doi:10.1186/s12913-023-09424-5.
- Wittlinger G, Sundmacher L (2025) Primärarztsysteme im internationalen Vergleich: Wie gestalten andere Länder ihre Versorgung und was kann Deutschland davon lernen? *Monitor Versorgungsforschung* 4:57–66. <https://doi.org/10.24945/MVF.04.25.1866-0533.2732>
- Zimmermann T, Pruskil S. Modelle, Konzepte, neue Wege der Primärversorgung in Deutschland. *Public Health Forum*. 2025;33(4):282–287. doi:10.1515/pubhef-2025-0106.

Kontakt

DEGAM-Bundesgeschäftsstelle
Schumannstraße 9, 10117 Berlin
Telefon: 030-20 966 9800
E-Mail: geschaeftsstelle@degam.de