



Verbraucherzentrale
Bundesverband

Gute Versorgung sichern

Positionen des Verbraucherzentrale Bundesverbandes für ein
funktionsfähiges und patientenorientiertes Primärversorgungssystem

17. April 2026

Inhalt

I. Verbraucherrelevanz.....	3
II. Positionierung	3
1. Ursachenanalyse statt Patientenbashing	3
2. Verlässlicher Zugang und Termingarantie als Voraussetzung	4
3. Ersteinschätzung darf nicht zur Zugangshürde werden	5
4. Terminvermittlung patientenfreundlich gestalten.....	5
5. Multiprofessionelle und interdisziplinäre Versorgung sicherstellen	6
6. Schutz von gewachsenen Behandlungskontexten	6
7. Versorgungspfade nicht sanktionieren	7
8. Verbindlichkeit nur bei funktionierenden Strukturen	7
9. Transparente, ehrliche Kommunikation.....	8
Impressum	9

I. Verbraucherrelevanz

Für Patient:innen wird es immer schwieriger, im ambulanten Versorgungssystem rechtzeitig notwendige medizinische Hilfe zu erhalten. Trotz weit überdurchschnittlicher Arztdichte und doppelter Facharztschiene warten viele Menschen monatelang auf einen Facharzttermin¹ – besonders in dünn besiedelten Regionen². Gleichzeitig sind zahlreiche Praxen, vor allem Facharztpraxen, telefonisch kaum erreichbar und lagern die Terminvermittlung an private Dienste aus, die Termine häufig nach wirtschaftlichen statt nach medizinischen Kriterien vergeben. Im Alltag heißt das: Wer dringend einen Termin braucht, landet in Warteschleifen oder auf Online Portalen und erhält oft nur dann früher einen Termin, wenn er bereit ist, dafür zu zahlen.

Zudem sind viele ambulante Strukturen nicht mehr zeitgemäß. Einzelarztpraxen dominieren, medizinische Versorgungszentren arbeiten meist rein ärztlich, und die Zusammenarbeit mit nichtärztlichen Gesundheitsberufen ist schwach ausgeprägt oder fehlt gänzlich. Gleichzeitig verschärft der Hausärztemangel die Situation: Schon 2024 waren mehr als 40 Prozent der Hausarzt:innen über 60 Jahre alt³ und stehen somit kurz vor dem Ruhestand. Nach aktuellen Berechnungen könnten bis zum Jahr 2030 rund 8.200 Hausarztsitze unbesetzt sein.⁴ Dadurch ist fraglich, wie Hausarztpraxen zusätzliche Koordinierungsaufgaben bewältigen sollen – gerade in einer alternden Bevölkerung, die mehr Orientierung und Unterstützung benötigt. Verbraucher:innen benötigen eine verlässliche Primärversorgung, die ihren Alltag spürbar verbessert.

II. Positionierung

1. Ursachenanalyse statt Patientenbashing

Die Einführung eines Primärversorgungssystems setzt eine ehrliche Ursachenanalyse voraus: Die Annahme, Patient:innen würden die Arztpraxen übermäßig und fehlgeleitet in Anspruch nehmen, hält einer sachlichen Analyse nicht stand. 32 Prozent der Versicherten besuchen ein bis fünf Mal im Jahr eine Arztpraxis. 22 Prozent suchen sechs bis 10 mal ärztlichen Rat. Elf Prozent der gesetzlich Krankenversicherten kommen auf elf bis 20 Arztbesuche und lediglich vier Prozent der Versicherten kommen auf über 20 Arztkontakte.⁵ Demnach erhöht ein nur kleiner Teil der Patient:innen den Durchschnitt. Dabei dürfte es sich in vielen Fällen um chronisch und mehrfach erkrankte Menschen

¹ GKV-SV: Wartezeiten auf Arzttermine oft zu lang, 2025 [online] https://www.gkv-spitzenverband.de/gkv_spitzenverband/presse/pressemitteilungen_und_statements/pressemitteilung_1975066.jsp

² Stiftung Gesundheit: Analysen der Versorgungslandschaft, 2025 [online] <https://www.stiftung-gesundheit.de/analysen-studien/analysen-versorgungslandschaft/>

³ Statistisches Bundesamt: Auf einen Hausarzt oder eine Hausärztin kommen im Schnitt 1 264 Einwohnerinnen und Einwohner, 2025 [online] https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2025/08/PD25_N046_231.html?nn=2110

⁴ Bertelsmann Stiftung: Hausärztemangel beseitigen: Nicht-ärztliches Personal sollte mehr Aufgaben übernehmen, 2026 [online] <https://www.bertelsmann-stiftung.de/de/themen/aktuelle-meldungen/2026/maerz/nicht-aerztliches-personal-sollte-mehr-aufgaben-uebernehmen>

⁵ Kassenärztliche Vereinigung: Gesundheitsdaten, 2026 [online] <https://gesundheitsdaten.kbv.de/cms/html/24044.php>

handeln, die eine kontinuierliche ärztliche Betreuung benötigen. Zudem zeigt sich ein klarer Zusammenhang mit dem im Alter typischerweise steigenden Versorgungsbedarf; so haben Patient:innen über 75 Jahre rund doppelt so viele Arztkontakte wie mit Mitte 30.⁶

Fehlanreize im Vergütungssystem der Leistungserbringer (wie Einzelleistungsvergütung, extrabudgetäre Zuschläge, Quartalspauschale), die ausbleibende Vernetzung und Kooperation der Praxen untereinander (zum Beispiel unzureichende Befundaustausche), veraltete Praxissoftware und die vielfach noch immer ausbleibende Nutzung der elektronischen Patientenakte (ePA) prägen das Versorgungsgeschehen und sind mitverantwortlich für Arztkontakte, die nicht erforderlich sind. Zumal es nicht die Patient:innen sind, die darüber entscheiden, ob diagnostische oder therapeutische Maßnahmen durchgeführt werden, sondern die ärztlichen Leistungserbringer – nach den Regeln und Anreizen, unter denen sie arbeiten. Viele Patient:innen haben eine lange Odyssee hinter sich, bis sie eine endgültige Diagnosestellung haben⁷. Wirksame Reformen des Versorgungssystems müssen deshalb an den ursächlichen Strukturen ansetzen: Koordination verbessern, digitale Standards schaffen und Fehlanreize in der Vergütung zurückführen.

2. Verlässlicher Zugang und Termingarantie als Voraussetzung

Verbraucher:innen, die den Versorgungspfad eines funktionierenden Primärversorgungssystems folgen, können von vielen Vorteilen profitieren. Deshalb kommt ein solches System ohne Zwang aus. Vorteile sind dann insbesondere:

- bessere telefonische beziehungsweise digitale Erreichbarkeit für den Erstkontakt,
- kurzfristige Orientierung zum gesundheitlichen Problem,
- funktionierende Termingarantie mit kürzeren Wartezeiten – entsprechend Bedarf und Dringlichkeit (statt nach Zahlungsfähigkeit),
- zuverlässige Terminvermittlung (über Primärpraxis beziehungsweise Terminservicestelle und „116117“),
- schnellere fallabschließende Versorgung,
- mehr Gesprächszeit in der Sprechstunde.

Eine verlässliche Termingarantie muss auch sektorenübergreifend funktionieren: Kann ein fachärztlicher Termin nicht in angemessener Zeit vermittelt werden, müssen die Patient:innen zeitnah einen Ausweichtermin in einer Krankenhausambulanz erhalten und anschließend wieder zuverlässig in die ambulante Versorgung zurückgeführt werden. Weil es an diesen Schnittstellen häufig zu Fehlern kommt, etwa in der Medikation oder wenn notwendige Anschlussbehandlungen und Reha-Maßnahmen ausbleiben, muss das gesetzliche Entlassmanagement die Übergänge klar regeln und die schnelle Anschlussversorgung sicherstellen.

⁶ Kaufmännische Krankenkasse: Gehen wir wirklich zu oft zum Arzt?, 2026 [online]
<https://www.kkh.de/presse/pressemitteilungen/arztkontakte>

⁷ Orphanet J Rare: The cost of the diagnostic odyssey of patients with suspected rare diseases, 2025 [online]
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/40349051/>

3. Ersteinschätzung darf nicht zur Zugangshürde werden

Der Zugang zur ärztlichen Versorgung darf nicht vom Ergebnis einer Ersteinschätzung abhängig gemacht werden. Für den Fall, dass ein Behandlungsbedarf nicht erkannt wird oder Symptome fehlgedeutet werden, müssen Patient:innen die Möglichkeit einer zweiten oder auch dritten Einschätzung haben. Nicht zuletzt digitale Systeme können fehleranfällig sein.

Patient:innen müssen gleichfalls die Wahlfreiheit behalten, sich für einen direkten Facharztzugang zu entscheiden. In dem Fall müssen sie auf den Vorteil einer Terminvermittlung verzichten und mit längerer Wartezeit rechnen.

Ein hartes Gatekeeping wäre besonders in den ersten Jahren nach Einführung eines Primärversorgungssystems ein unnötig großes Risiko. Der Zugang würde dann von bedarfsfremden sozialen Faktoren abhängig wie von Einkommen, Bildung und sprachlicher Kompetenz.

Die ePA ist für die Versicherten freiwillig. Ob Versicherte sie nutzen, darf keine Rolle beim Zugang zur gesundheitlichen Versorgung spielen, denn das würde die Freiwilligkeit aushebeln. Stattdessen könnten die Ergebnisse von vorherigen Ersteinschätzungen analog dem E-Rezept über einen Fachdienst mit ergänzender Schnittstelle zur ePA übermittelt werden.

4. Terminvermittlung patientenfreundlich gestalten

Um keine Patientengruppe auszuschließen, muss die Terminbuchung vor Ort und per Telefon erhalten bleiben. Ob digitale oder kommerzielle Dienste genutzt werden, darf nicht zur Voraussetzung für den Zugang zur ärztlichen Behandlung werden. Das Angebot der Terminservicestellen (TSS) der Kassenärztlichen Vereinigungen als nicht-kommerzielle Alternative sollte flächendeckend gestärkt und direkt an die Terminvermittlung in den Arztpraxen angebunden werden. Vertragsärzte müssen verpflichtet werden, freie Termine an die TSS zu melden. Angesichts der hinreichend beschriebenen Defizite kommerzieller Portale, insbesondere schnellere Termine und mehr Auswahl für Privatversicherte, Selbstzahler:innen und individuelle Gesundheitsleistungen (IGeL), irreführende Filterfunktionen und Registrierungspflicht bei zugleich schwer zu überblickenden Datennutzungsabsichten⁸ müssen die Dienstleister nach klar definierten, einheitlichen Standards vorgehen. Das ist notwendig, um Patientengruppen vor Diskriminierung zu schützen und eine Terminvergabe nach Zahlungsfähigkeit und Zahlungswilligkeit zu vermeiden.

⁸ vgl. vzbv: Arzttermine: Doctolib wegen Irreführung von gesetzlich Versicherten verurteilt, 2026 [online] <https://www.vzbv.de/urteile/arzttermine-doctolib-wegen-irrefuehrung-von-gesetzlich-versicherten-verurteilt>; vzbv: Doctolib und Jameda: Terminbuchung mit Hindernissen, 2025 [online] <https://www.vzbv.de/pressemitteilungen/doctolib-und-jameda-terminbuchung-mit-hindernissen>; vzbv: Online-Buchung von Arztterminen: Verbraucheraufruf zeigt Schwächen auf, 2023 [online] <https://www.vzbv.de/pressemitteilungen/online-buchung-von-arztterminen-verbraucheraufruf-zeigt-schwaechen-auf>

5. Multiprofessionelle und interdisziplinäre Versorgung sicherstellen

Internationale Erfahrungen mit starker Primärversorgung fußen eher nicht auf Einzelpraxen, sondern auf multiprofessionelle Versorgungszentren. Denn idealerweise arbeiten dort ärztliche mit nichtärztlichen Berufsgruppen zusammen. Insbesondere Pflegefachpersonen, Community Health Nurses, Sozialarbeiter:innen und andere Gesundheitsberufe können sich bedarfsorientiert um die Patient:innen und Ratsuchende kümmern und bei der weiteren Navigation helfen. Auch der Sachverständigenrat Gesundheit & Pflege hat sich in mehreren Gutachten für die Förderung multiprofessioneller Einrichtungen und Versorgungsformen ausgesprochen, um Versorgungswege zu verkürzen, Qualität zu steigern und Über-, Unter- und Fehlversorgung zu reduzieren.⁹

Eine Untersuchung der Bertelsmann Stiftung¹⁰ hat jüngst dargelegt, dass Praxisassistent:innen zwei Drittel der ärztlichen Arbeitszeit einsparen können, wenn definierte Aufgaben an sie delegiert werden. So entsteht mehr Zeit für komplexe Fälle, Patientengespräche und die Koordinierung.

Ein bislang wenig genutztes Potenzial sind Betriebsärzt:innen. Besonders in großen Betrieben ist die betriebsärztliche Versorgung gut organisiert, dort haben die Beschäftigten einen sehr guten Zugang zur medizinischen Versorgung. Internist:innen oder Allgemeinärzt:innen mit der Zusatzbezeichnung Betriebsmedizin könnten primärärztliche Aufgaben für die Belegschaft und deren Angehörige übernehmen. So könnten Lücken oder Mehrbedarfe in der hausärztlichen Versorgung aufgefangen werden. Die Betriebsärzt:innen benötigen dazu entweder eine Zulassung der Kassenärztlichen Vereinigung oder könnten als Zweigstelle eines Arztsitzes agieren.

Besonders in der pflegerischen Versorgung, in Pflegeheimen wie in der häuslichen Pflege bestehen erhebliche Versorgungsprobleme. Auch weil alle Angehörigen die ambulante medizinische und gesundheitliche Versorgung und ganz besonders die aufsuchende Versorgung getrennt voneinander organisieren, kommt es immer wieder zu Versorgungslücken. Die Neuaufstellung der Primärversorgung bietet hier die Chance auf Koordination und Verbesserungen. Dies lässt sich eng mit den Anstrengungen der Länder und Kommunen verbinden, ambulant ärztliche Versorgung mit soziallagenorientierter Gesundheitsförderung zu verzahnen, wie etwa in den „Gesundheitsregionen plus“ in Bayern¹¹

6. Schutz von gewachsenen Behandlungskontexten

Eine gut koordinierte Versorgung mit festen Ansprechpartner:innen kann die Behandlung deutlich verbessern. Das gilt besonders für Patient:innen mit chronischen und mehrfachen Erkrankungen, die auf kontinuierliche Begleitung angewiesen sind. Gleichzeitig erfordern komplexe Erkrankungsbilder eine enge fachübergreifende Zusammenarbeit zwischen Ärzt:innen und nichtmedizinischen Gesundheitsfachberufen. In einem Primärversorgungssystem wird es noch

⁹ Sachverständigenrat Gesundheit & Pflege: Sachverständigenrat Gesundheit & Pflege widmet sich der Qualität im Gesundheitswesen, 2025 [online] <https://www.svr-gesundheit.de/aktuelles-detail/sachverstaendigenrat-gesundheit-pflege-widmet-sich-der-qualitaet-im-gesundheitswesen/>

¹⁰ Bertelsmann Stiftung: Delegation im Praxisteam: Ein starker Hebel für die Sicherung der Versorgung, 2026 [online] <https://www.bertelsmann-stiftung.de/de/publikationen/publikation/did/delegation-im-praxisteam-ein-starker-hebel-fuer-die-sicherung-der-versorgung>

¹¹ Bayerisches Staatsministerium für Gesundheit, Pflege und Prävention: Gesundheitsregionenplus – Entscheidungen vor Ort treffen, 2026 [online] <https://www.stmgp.bayern.de/meine-themen/fuer-kommunen/gesundheitsregionen-plus/>

wichtiger, dass sich die koordinierenden Ärzt:innen entsprechend fort- und weiterbilden, um ihre Aufgaben optimal wahrnehmen zu können.

Damit ein Primärversorgungssystem zuverlässig und zielgenau ist und nicht an den Bedürfnissen der Patient:innen vorbei organisiert ist, muss es flexibel und durchlässig bleiben. Nicht jeder Behandlungsanlass ist komplex, und viele Patient:innen sind bereits fachärztlich gut versorgt. Solche Arzt-Patient-Beziehungen zu durchbrechen, wäre unnötig und schädlich. Für bereits gut betreute und versorgte chronisch Kranke muss deshalb eine kontinuierliche fachärztliche Betreuung erhalten bleiben. In solchen Fällen wäre ein Hausarzt- beziehungsweise Überweisungsvorbehalt überflüssig, würde die Abläufe unnötig verkomplizieren und eine große neue Bürokratie ohne Nutzen erschaffen. Ausnahmen vom direkten Facharztzugang alleine auf bestimmte Facharztgruppen oder auf schwere, spezifische chronische Erkrankungen zu beschränken, wäre daher nicht hinreichend. Gleichwohl befreit das nicht von der Notwendigkeit, ärztliche Fehlanreize im Vergütungssystem zu beseitigen. Dazu hat die FinanzKommission Gesundheit bereits erste zielführende Vorschläge gemacht¹², überdies müssen zeitnah auch die Fehlanreize der Quartalspauschale angegangen werden.

7. Versorgungspfade nicht sanktionieren

Versorgungspfade müssen so gestaltet sein, dass sie überzeugen. Ein verbraucherorientiertes Primärversorgungssystem steuert Patient:innen daher nicht über finanzielle Anreize oder Sanktionen. Denn der Mehrwert einer gestärkten und funktionierenden Primärversorgung (siehe oben) einschließlich Termingarantie wird den Großteil der Patient:innen nachhaltig von den darin vorgesehenen Versorgungspfaden überzeugen. Das ist auch deshalb anzunehmen, weil der überwältigende Teil der gesetzlich Krankenversicherten bereits eine feste Hausarztpraxis hat.¹³ Ein Zwangssystem hingegen wird als Bevormundung betrachtet.

Bonuszahlungen und Bonusprogramme sind oft unnötig, da sie keinen nachgewiesenen Nutzen stiften und teure Mitnahmeeffekte erzeugen. Sie werden nicht aus Überzeugung gewählt, sondern aufgrund von finanziellen Vorteilen, können also auch keine Akzeptanz erzeugen. Finanzielle Sanktionen würden den Zugang zur fachärztlichen Versorgung von der Zahlungsbereitschaft der Versicherten abhängig machen. So spricht sich eine große Mehrheit der Versicherten gegen zusätzliche Kosten aus, wenn man direkt in die Facharztpraxis geht.¹⁴ Ein finanzieller Malus wäre kontraproduktiv, gefährlich und ein Risiko für die gesundheitliche Chancengleichheit.

8. Verbindlichkeit nur bei funktionierenden Strukturen

Wenn zentrale Versorgungsprozesse in einem Primärversorgungssystem nicht stabil und qualitätsgesichert funktionieren, birgt das große Risiken. Ohne funktionsfähige Strukturen und ausreichende Koordinationskapazität drohen längere Wartezeiten und willkürliche

¹² FinanzKommission Gesundheit (Hrsg.): Erster Bericht der FinanzKommission Gesundheit. Empfehlungen zur Stabilisierung des Beitragssatzes zur Gesetzlichen Krankenversicherung ab 2027., 2026 [online] https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/F/FinanzKommission_Gesundheit/FinanzKommissionGesundheit_Erster_Bericht_20260330.pdf

¹³ Forsa: Meinungen zur Gesundheitsversorgung in Deutschland. Ergebnisse einer repräsentativen Befragung 2025. S. 12. [online] https://www.ikkev.de/fileadmin/Daten/Umfragen/2025-Grafiken-forsa-Umfrage_zur_Gesundheitsversorgung_in_Deutschland.pdf

¹⁴ forsa (2026). a.a.O. S. 13-14.

Versorgungsabbrüche. Das neue System würde zu einem Gatekeeper-System und Zugänge erschweren, statt sie bedarfsgerecht und gut koordiniert auszugestalten.

Ein Primärversorgungssystem darf daher nicht in einer Phase unzureichender Strukturen oder unsicherer Prozesse „scharfgeschaltet“ werden. Das sollte immer nur schrittweise passieren. Die Einführung muss sich also an der tatsächlichen Leistungsfähigkeit orientieren. Verbindlichkeit ist erst dann verantwortbar, wenn die folgenden Funktionsvoraussetzungen erfüllt sind:

- Jede:r Patient:in hat Zugang zu mindestens zwei Primärärzt:innen, um bei Unstimmigkeiten oder Vertrauensverlust einen Arztwechsel zu ermöglichen. Die Wegezeit muss für die Patient:innen zumutbar sein.
- Facharzttermine werden bedarfsgerecht innerhalb definierter Zeitkorridore vermittelt.
- Notwendige Termine in Krankenhausambulanzen werden vermittelt, die Patient:innen werden damit nicht (wie bisher) allein gelassen.
- Die elektronische Patientenakte wird flächendeckend von allen Arztpraxen genutzt.
- Ersteinschätzungen und Terminvermittlungen funktionieren zuverlässig und fehlerfrei.
- Nichtärztliche Gesundheitsberufe entlasten die Arztpraxen.
- Fort- und Weiterbildungsangebote sind etabliert.

Fehlen diese Elemente, ist die Wahrscheinlichkeit hoch, dass sich die Versorgungsergebnisse verschlechtern. Die Patient:innen würden ein solches System zurecht nicht akzeptieren. Eine belastbare Überprüfung lokaler Voraussetzungen ist daher zwingend.

9. Transparente, ehrliche Kommunikation

Die Patient:innen werden veränderte Zugangswege, Versorgungsstrukturen und Ansprechpartner nur dann akzeptieren, wenn die neu verteilten Rollen und Patientenpfade klar und verständlich sind und wenn die Veränderungen gut erklärt und begründet werden:

- Welche Ziele und Hoffnungen verfolgt die Politik mit einer gestärkten Primärversorgung, welche Probleme will sie überwinden und welche Auswirkungen wird das neue System auf die Patient:innen haben?
- Welche Chancen werden mit der Umstellung verbunden, wie werden die Auswirkungen überprüft und wer kümmert sich um notwendige Anpassungen?
- Welche Handlungsmöglichkeiten haben die Patient:innen, wenn zum Beispiel die Ersteinschätzung nicht zum erwünschten Ergebnis führt, also etwa kein Untersuchungs- oder Behandlungsbedarf festgestellt wird?
- Welche Aufgaben und Pflichten kommen auf die Patient:innen und die Gesundheitsberufe zu?

Informationen zum neuen System müssen nicht nur digital bereitstehen, sondern auch direkt vor Ort in den Praxen zugänglich sein. Eine gut erreichbare Beschwerdestelle sollte Patient:innen Orientierung geben, wenn etwas nicht wie vorgesehen funktioniert. Die schnellere Terminvermittlung ist für die Patient:innen ein entscheidender Mehrwert und muss daher von Anfang an verbindlich organisiert und zuverlässig sichergestellt werden. Zugleich braucht es eine Kommunikation, die nur solche Zusagen macht, die realistisch erfüllt werden können. Eine schrittweise Einführung unterstützt Verständnis und Akzeptanz.

Fazit

Ein verbrauchernahes Primärversorgungssystem sollte helfen, die Orientierung und Navigation der Patient:innen zu verbessern, Zugänge zu verbessern, Wartezeiten zu verkürzen, Patient:innen mehr Gesprächszeit zu ermöglichen, Versorgungsentscheidungen besser und sicherer zu machen und unnötige Wege und Aufwände zu reduzieren. Damit es funktioniert, müssen zentrale Anforderungen erfüllt sein. Dazu gehören insbesondere verständliche Versorgungspfade, klare Ansprechpartner, ein stabil arbeitendes Ersteinschätzungssystem, verlässliche Terminstrukturen, multiprofessionelle Teams und eine digitale Anschlussfähigkeit. Wenn das Primärversorgungssystem überzeugt, braucht es keinen Zwang und keine Sanktionen. Es wird dann freiwillig genutzt und erfüllt genau das, was Verbraucher:innen erwarten: Verlässlichkeit, Verständlichkeit und eine Versorgung, die sich am tatsächlichen Bedarf orientiert.

Impressum**Herausgegeben von:**

Verbraucherzentrale Bundesverband e.V.
Rudi-Dutschke-Straße 17, 10969 Berlin

T +49 30 25800-0

info@vzbv.de

vzbv.de

Für den Inhalt verantwortlich:

Team Gesundheit und Pflege

gesundheit@vzbv.de

Der Verbraucherzentrale Bundesverband e.V. ist im Deutschen Lobbyregister und im europäischen Transparenzregister registriert. Sie erreichen die entsprechenden Einträge [hier](#) und [hier](#).