

**11. Februar 2026**

## **Koordination der Versorgung: Bedarfsgerechte Steuerung in einem hausärztlich geleiteten Primärversorgungssystem**

**Verbindliche Steuerung und Terminvergabe nach medizinischem Bedarf und Dringlichkeit – patientenzentriert, kollaborativ, mit definierten Ausnahmen**

### **Executive Summary**

Eine bedarfsgerechte und effiziente ambulante Versorgung erfordert ein Primärversorgungssystem mit klaren Koordinations- und Zugangsstrukturen. Das derzeitige System mit breitem ungesteuertem Direktzugang zur gebietsärztlichen Versorgung führt zu Fehlallokationen, Über- und Unterversorgung sowie zu Nachteilen für schwerer erkrankte und sozial benachteiligte Patientinnen und Patienten. Dies fällt besonders ins Gewicht angesichts der aktuellen Situation in der ambulanten Versorgung: Die steigende Anzahl und steigende Komplexität von Behandlungsanlässen (u.a. chronische Erkrankungen, Multimorbidität, psychosoziale Belastungen) bei gleichzeitig begrenzten personellen und finanziellen Ressourcen verschärfen die bestehenden Versorgungsengpässe.

Internationale Evidenz zeigt konsistent, dass Gesundheitssysteme mit starker, koordinierender Primärversorgung bessere gesundheitliche Ergebnisse erzielen, die Patientensicherheit erhöhen und Ressourcen effizienter nutzen. Hausärztlich geleitete Primärversorgungspraxen sind aufgrund ihrer Qualifikation, Kontinuität und Kenntnis des bio-psycho-sozialen Kontextes der Patientinnen und Patienten besonders geeignet, Beratungsanlässe zu priorisieren, viele Anliegen fallabschließend zu versorgen und bei Bedarf gezielt weiterzuleiten. Mit der Hausarztzentrierten Versorgung (HZV) besteht in Deutschland bereits eine etablierte Grundlage, an die beim Aufbau eines hausärztlich geleiteten Primärversorgungssystems angeknüpft werden kann.

Vor diesem Hintergrund fordert die DEGAM die Einführung eines flächendeckenden hausärztlich geleiteten Primärversorgungssystems mit freier Arztwahl, einer verbindlichen Steuerung der gebietsärztlichen Versorgung nach medizinischem Bedarf und Dringlichkeit sowie wenigen, klar definierten Ausnahmen. Voraussetzung hierfür sind eine angemessene Vergütung koordinierender und fallabschließender Leistungen, verlässliche digitale Informationsflüsse an den Versorgungsschnittstellen sowie eine transparente, gestufte Umsetzung mit kontinuierlicher Evaluation. Am Ende dieses Transformationsprozesses sollte ein digitales Überweisungssystem stehen, das medizinischen Bedarf und Dringlichkeit systematisch abbildet und als integraler Bestandteil der elektronischen Patientenakte genutzt wird.

### **Hintergrund**

In der politischen Diskussion um die Gestaltung eines Primärversorgungssystems<sup>1</sup> spielen Koordination und Zugangswege eine zentrale Rolle. Diskutiert werden unterschiedliche Modelle mit mehr oder weniger ausgeprägter Regulierung der ambulanten Versorgung. Ziel ist es, medizinischen Bedarf, Dringlichkeit und Versorgungsqualität künftig besser miteinander in Einklang zu bringen.

Das derzeitige System mit breitem Direktzugang zur gebietsärztlichen Versorgung führt zu Fehlallokationen: Unnötige Arzt-Patienten-Kontakte und Doppeluntersuchungen binden Ressourcen, während Patientinnen und Patienten mit höherem medizinischem Bedarf und größerer Dringlichkeit nur erschwert Zugang finden. Diese gleichzeitige Über- und Unterversorgung bindet Ressourcen, ist

---

<sup>1</sup> Primärversorgung erfolgt nach §73 SGB V über Allgemeinärzte, Kinder – und Jugendärzte und hausärztlich tätige Internisten

ineffizient und verschärft gesundheitliche Nachteile, insbesondere für schwerer Erkrankte und Menschen mit niedrigerem sozioökonomischem Status (1).

Internationale Evidenz zeigt durchgehend, dass eine starke, hausärztlich geleitete Primärversorgung mit besseren gesundheitlichen Ergebnissen, höherer Patientensicherheit und effizienterer Ressourcennutzung verbunden ist. Durch Kontinuität, Kenntnis des bio-psycho-sozialen Kontextes und qualifizierte Koordination können viele Beratungsanlässe abschließend versorgt oder bedarfsgerecht weitergeleitet werden (2-7).

Dies ist insbesondere für die große Zahl älterer und chronisch erkrankter Menschen mit komplexen Krankheitskonstellationen von zentraler Bedeutung. Patientinnen und Patienten, bei denen gleichzeitig Diabetes mellitus, Koronare Herzkrankheit, Herz- und Nierenschwäche, Bluthochdruck, Gefäß-Erkrankungen, Arthrose bzw. Schmerz-Symptomatik und begleitende Depression vorliegen, sind die typische Klientel in der hausärztlichen Primärversorgung. Eine anlassbezogene Versorgung dieser Menschen ohne Kenntnis der gesamten Zusammenhänge birgt erhebliche Risiken und beeinträchtigt die Patientensicherheit.

Auch bei psychischen Erkrankungen ist neben einer hausärztlichen Mitversorgung der Komorbiditäten eine strukturierte hausärztliche Koordination zentral, da Dringlichkeit und Versorgungsbedarf oft nicht allein aus dem aktuellen Anlass, sondern aus dem Gesamtverlauf und Kontext hervorgehen. Häufig erfolgt bereits eine umfassende Versorgung in der hausärztlichen Praxis (8-12).

Die politische Diskussion in Deutschland setzt mit dem politischen Willen eines Primärarztsystems (Koalitionsvertrag) genau an dieser Stelle an. Mit der Hausarztzentrierten Versorgung (HZV) mit insgesamt über 10 Millionen Versicherten besteht bereits eine sehr gut etablierte Blaupause für ein hausärztlich geleitetes Primärversorgungssystem in Deutschland.

## **Zentrale Positionen**

### **1. Fallabschließende Versorgung in der Primärversorgung ist die Regel**

Umfassende, möglichst fallabschließende Versorgung ist ein Qualitäts- und Effizienzmerkmal hausärztlich geleiteter Primärversorgungssysteme. Ein sehr hoher Anteil akuter und subakuter Beschwerden (z. B. Infekte, unkomplizierte Rückenschmerzen) kann leitliniengerecht und abschließend versorgt werden. Dadurch entfallen unnötige Termine in der gebietsärztlichen Versorgung; Kapazitäten für diejenigen mit medizinischem Bedarf werden frei.

### **2. Zugang zu gebietsärztlicher Versorgung braucht Steuerung – kein „Recht auf Termin“**

Ungesteuerter Zugang zu gebietsärztlicher Versorgung führt nicht zu besserer Versorgung, sondern zu Fehlallokation, Überversorgung und ineffizienter Ressourcennutzung. Gebietsärztliche Versorgung ist essenziell für die medizinische Versorgung der Bevölkerung, benötigt allerdings bedarfsgerechte Steuerung, um ihren vollen Nutzen zu entfalten. Eine ordnende Zugangslogik ist Voraussetzung für die zügige Versorgung derjenigen, die diese brauchen. Damit erfahren Patient:innen spürbaren Nutzen durch zeitnahe Termine bei medizinischem Bedarf; Akzeptanz der Steuerung und Qualität der Versorgung nehmen zu.

### **3. Primärversorgungspraxen sind qualifizierte, verantwortliche Steuerungseinheiten**

Primärversorgung beinhaltet einen patientenbezogenen Überblick über den gesamten Gesundheitsstatus, der Vorgeschichte und der bio-psycho-sozialen Lebenswelt. Sie umfasst die Priorisierung von Beratungsanlässen, die kontinuierliche Betreuung und Risikoabwägung unter Kenntnis

des Langzeitverlaufs (1-3). Die allgemeinmedizinische Weiterbildung qualifiziert für die „Spezialisierung auf den ganzen Menschen“ und gewährleistet die ärztliche Kompetenz und Verantwortung.

#### **4. Steuerung hat klaren Nutzen für die gesundheitliche Versorgung der Bevölkerung**

Steuerung muss spürbaren Nutzen in der Bevölkerung stiften: transparente Versorgungspfade mit definierten Schnittstellen schafft ermöglichen eine gerechte, hochwertige Versorgung durch evidenzbasierten, bedarfsgerechten Zugang in die passende Versorgungsebene. Zudem stellt die Kontinuität der Versorgung durch eine informierte Anlaufstelle in einer hausärztlich geleiteten Primärversorgungspraxis die nötige Vertrauensbasis für die Gesundheitsfragen über die Lebensspanne dar (6,7).

#### **5. Ausnahmen werden berücksichtigt – sind aber evidenzbasiert zu definieren**

Einige Ausnahmen mit direktem Zugang zu einer gebietsärztlichen Versorgung sind sinnvoll. Entscheidend ist dabei der klar abgegrenzte Behandlungsauftrag. Dies betrifft vor allem Notfälle, gesetzlich geregelte Früherkennungsuntersuchungen nach SGB V sowie schwere chronische Erkrankungen, die zeitweise oder dauerhaft eine enge gebietsärztliche Anbindung z.B. über Langzeitüberweisungen erfordern. Wichtig: Auch in diesen Fällen bleibt die hausärztlich geleitete Primärversorgungspraxis mitversorgend (Komorbiditäten, Polymedikation, Prävention, psychosoziale Aspekte) und wird regelmäßig über die gebietsärztliche Mitbehandlung informiert.

#### **6. Auch psychisch Erkrankte brauchen primärärztliche Steuerung**

Auch bei psychischen Erkrankungen ist eine Steuerung über hausärztlich geleitete Primärversorgungspraxen zentral. Zum einen können dort viele psychische Beratungsanlässe leitliniengerecht fallabschließend versorgt werden, zum anderen ist bei schwerer Erkrankten eine sorgfältige Dringlichkeitseinschätzung entscheidend (8-12). Gerade schwer Kranke (z.B. mit schweren Depressionen) sind oft benachteiligt bei der selbstständigen Terminorganisation gegenüber leicht Betroffenen. Zudem haben psychisch Erkrankte häufig gleichzeitig somatische Erkrankungen, die einer Mitbehandlung durch die hausärztliche Praxis bedürfen.

#### **7. Das Modell der Hausarztzentrierten Versorgung (HZV) ist ein praktikabler Startpunkt**

Die in vielen Regionen breit etablierte HZV mit rund 10 Millionen freiwillig eingeschriebenen Versicherten zeigt, wie Steuerung, Koordination und Kontinuität organisatorisch umsetzbar sind. Evaluationen zeigen verbesserte Versorgungsergebnisse bei gleichzeitig hoher Akzeptanz und Zufriedenheit der Teilnehmenden (13,14).

### **Die DEGAM fordert:**

#### **1. Einführung eines hausärztlich geleiteten Primärversorgungssystems mit freier Arztwahl**

Patient:innen sollen ihre hausärztlich geleitete Primärversorgungspraxis frei wählen und innerhalb eines zu definierenden Zeitraums wechseln können; die Steuerung wird durch die gewählte Praxis verantwortet.

#### **2. Spürbarer Patientennutzen durch Steuerung in die gebietsärztliche Versorgung**

Effektive (digitale) Prozesse zur Terminpriorisierung, die den medizinischen Bedarf einschließlich Dringlichkeit abbilden, sind zentral für die Versorgungsqualität und fördern die soziale Gerechtigkeit. So wird verhindert, dass Steuerung als Zugangsbarriere missverstanden wird.

### **3. Verbindliche Definition von Ausnahmen und Langzeitüberweisungen**

In Ausnahmefällen soll die Möglichkeit des direkten Zugangs zur gebietsärztlichen Versorgungsebene erhalten bleiben. Entscheidend dabei muss der klar abgegrenzte Behandlungsauftrag sein. Für diese evidenzbasiert definierten Ausnahmen müssen unbürokratische Lösungen umgesetzt werden (z.B. Langzeitüberweisungen).

### **4. Zeitnahe digitale Information an Schnittstellen**

An den Schnittstellen der Versorgung ist zeitnahe digitale Informationsübermittlung obligatorisch, immer mit Einbezug der hausärztlich geleiteten Primärversorgungspraxis.

### **5. Vergütungsanreize für Steuerung anstelle von Kontaktzahlen**

Medizinisch qualifizierte Steuerung kostet Zeit und muss entsprechend vergütet werden. Für fallabschließende Versorgung, Koordination und Steuerung braucht es Finanzierungsmodelle, die eine sinnvolle Steuerung nicht unterlaufen und keine bürokratischen Hürden aufbauen.

### **6. Umsetzung im lernenden System: transparent, gestuft und gut kommuniziert**

Politik und Selbstverwaltung sind aufgefordert, die Transformation der Primärversorgung mit einer verbindlichen, transparent kommunizierten Neuausrichtung der Vergütung zu verknüpfen. Bedarfsgerechte, koordinierende und qualitätsorientierte Leistungen müssen so vergütet werden, dass eine wirtschaftlich tragfähige Praxisführung unabhängig von mengengetriebenen Anreizen möglich ist. Die Adhärenz an dieses System muss für alle Beteiligten lohnend sein und daher entsprechend incentiviert werden. Dies erfordert klare Übergangsregelungen, ausreichende Vorlaufzeiten und eine kontinuierliche Kommunikation gegenüber den Versorgenden und der Bevölkerung. Eine fortlaufende Evaluation, Anpassung von Versorgungspfaden und Qualitätssicherung ist erforderlich, um die Maßnahmen im Sinne eines lernenden Gesundheitssystems kontinuierlich weiterzuentwickeln.

Am Ende dieses Transformationsprozesses sollte ein digitales Überweisungssystem stehen, das medizinischen Bedarf und Dringlichkeit systematisch abbildet und als integraler Bestandteil der elektronischen Patientenakte genutzt wird.

## **Literatur**

1. OECD Health Policy Studies 2019. Health for Everyone? SOCIAL INEQUALITIES IN HEALTH AND HEALTH SYSTEMS. Health for Everyone? (EN)
2. Starfield B, Shi L, Macinko J. Contribution of primary care to health systems and health. *Milbank Q.* 2005;83:457-502. doi: 10.1111/j.1468-0009.2005.00409.
3. Hone T, Macinko J, Millett C. Revisiting Alma-Ata: what is the role of primary health care in achieving the Sustainable Development Goals? *Lancet.* 2018;392:1461-1472. doi: 10.1016/S0140-6736(18)31829-4.
4. Gao J, Moran E, Woolhandler S, Toporek A, Wilper AP, Himmelstein DU. Primary Care's Effects on Costs in the US Veterans Health Administration, 2016-2019: an Observational Cohort Study. *J Gen Intern Med.* 2022;37:3289-3294. doi: 10.1007/s11606-021-07140-6.
5. Stange KC, Miller WL, Etz RS. The Role of Primary Care in Improving Population Health. *Milbank Q.* 2023;101:795-840. doi: 10.1111/1468-0009.12638.
6. Levine DM, Landon BE, Linder JA. Quality and Experience of Outpatient Care in the United States for Adults With or Without Primary Care. *JAMA Intern Med.* 2019;179:363-372. doi: 10.1001/jamainternmed.2018.6716
7. Pratiwi AB, Padmawati RS, Mulyanto J, Willems DL. Patients values regarding primary health care: a systematic review of qualitative and quantitative evidence. *BMC Health Serv Res.* 2023;23:400. doi: 10.1186/s12913-023-09394-8.
8. Trautmann S, Beesdo-Baum K. The Treatment of Depression in Primary Care. *Dtsch Arztebl Int.*

2017;114:721-728. doi: 10.3238/arztebl.2017.0721.

9. Stahmeyer JT, Märtens C, Eidt-Koch D, Kahl KG, Zeidler J, Eberhard S. The State of Care for Persons With a Diagnosis of Depression. *Dtsch Arztebl Int.* 2022;119:458-465. doi: 10.3238/arztebl.m2022.0204.
10. Kroenke K, Unutzer J. Closing the False Divide: Sustainable Approaches to Integrating Mental Health Services into Primary Care. *J Gen Intern Med.* 2017;32:404-410. doi: 10.1007/s11606-016-3967-9.
11. Bogucki OE, Craner JR, Berg SL, Miller SJ, Wolsey MK, et al. Cognitive behavioral therapy for depressive disorders: Outcomes from a multi-state, multi-site primary care practice. *J Affect Disord.* 2021;294:745-752. doi: 10.1016/j.jad.2021.07.061.
12. Vogel M, Ebert C, Gensichen J, Applis H, Hasan A, Lochbühler K; POKAL-Group. A systematic review and meta-analysis of transdiagnostic interventions for common mental disorders in primary care. *Gen Hosp Psychiatry.* 2024;91:167-179. doi: 10.1016/j.genhosppsy.2024.11.003
13. Karimova K, Friedmacher C, Lemke D, Glushan A, Klaußen-Mielke R, Pantel J. Reduction of adverse clinical outcomes among older patients within a structured primary care programme: findings from a 12-year cohort study in Germany (2010-22). *Age Ageing.* 2025;54(10):afaf310. doi: 10.1093/ageing/afaf310.
14. Aktuelle HZV-Evaluation | HÄVBW

**Kontakt:**

DEGAM-Bundesgeschäftsstelle  
Schumannstraße 9  
10117 Berlin  
Tel.: 030-20 966 9800  
[geschaeftsstelle@degam.de](mailto:geschaeftsstelle@degam.de)

**Stand: 11. Februar 2026**