

Bedarfsgerecht versorgt

Patienten dort versorgen, wo es ihren Beschwerden nach angemessen ist, Wartezeiten auf Facharzttermine verkürzen, Arztpraxen entlasten und knappe Ressourcen effizient einsetzen: Um das zu erreichen, will die Bundesregierung ein Primärversorgungssystem einführen. Ärzteschaft und Krankenkassen sollen in die Gestaltung eingebunden werden.

von Heike Korzilius

Als eine der zentralen Strukturreformen im deutschen Gesundheitssystem bezeichnete Bundesgesundheitsministerin Nina Warken die geplante Einführung eines Primärversorgungssystems. Zum Auftakt eines Dialogprozesses mit den betroffenen Akteuren des Gesundheitswesens Ende Januar listete sie die Vorteile auf, die sie sich von einem solchen System verspricht: mehr Navigation durch den ambulanten Bereich, eine schnellere Versorgung entsprechend der medizinischen Notwendigkeit sowie einen zielgerichteten und effizienten Einsatz von personellen und finanziellen Ressourcen. Ein wesentlicher Bestandteil des geplanten Primärversorgungssystems werde ein verlässliches digitales oder telefonisches Verfahren zur Ersteinschätzung sowie die Weiterentwicklung der Terminvermittlung sein, kündigte die Ministerin an. Zugleich verwies sie darauf, dass ein solches System nicht „von heute auf morgen“ eingeführt werden könne, sondern in Stufen umgesetzt werden müsse. Ein entsprechender Gesetzentwurf solle noch in diesem Jahr im Bundeskabinett beschlossen werden, zitiert das *Deutsche Ärzteblatt* Warken im Anschluss an den Fachdialog. Erste Wirkungen werde man 2028 sehen.

Hausärzte als erste Anlaufstelle

Auf die Einführung eines „verbindlichen Primärarztsystems“ hatten sich Union und SPD schon in ihrem Koalitionsvertrag geeinigt. Vorgesehen ist dort, dass die Steuerungsverantwortung für die medizinische Versorgung der Patientinnen und Patienten künftig bei Haus- und Kinderärzten liegt, die freie Arztwahl erhalten bleibt und der Zugang zu Gynäkologen und Augenärzten auch weiterhin ohne Überweisung möglich sein soll. Ausnahmen bei der direkten Inanspruchnahme von Fachärzten soll es auch für Patienten geben, die mit einer schweren chronischen Erkrankung dauerhaft in fachärztlicher Behandlung sind. In der Regel sollen aber alle bei Beschwerden zunächst ihren Primärarzt aufsuchen, der die Behandlung koordiniert und, wenn nötig, zum Facharzt oder ins Krankenhaus überweist. Zusätzlich soll es den Patienten möglich sein, unter der von den Kassenärztlichen Vereinigungen betriebenen Rufnummer 116117 eine medizinische Ersteinschätzung vornehmen zu lassen, ob und in welchem Zeitkorridor sie eine (fach-)ärztliche Behandlung benötigen. Eine strukturierte Ersteinschätzung der Behandlungsnotwendigkeit soll auch digital ermöglicht werden.

Bei einem Großteil der Ärzteschaft und den gesetzlichen Krankenkassen stoßen die Pläne zur Einführung eines Primärversorgungssystems grundsätzlich auf offene Ohren. Der Teufel liegt aber auch hier im Detail. Wie verbindlich sollen die vorgegebenen Behandlungspfade sein? Soll zum Beispiel vor jeder Behandlung eine (digitale) Ersteinschätzung erfolgen? Soll es Boni für diejenigen geben, die sich an die neuen Regeln halten und Mali für diejenigen, die weiterhin ohne Ersteinschätzung oder Überweisung den Arzt aufsuchen? Soll es in Zukunft eine zentrale Terminvermittlung

Grafik: AlfaOlgia/istockphoto.com

lung geben und wenn ja, unter wessen Hoheit? Solche Fragen zur Ausgestaltung sind noch völlig offen.

Die Ärzteschaft hatte sich bereits 2024 auf dem Deutschen Ärztetag in Mainz zu einem Primärversorgungssystem bekannt. Das bekräftigte der Präsident der Bundesärztekammer jetzt zum Auftakt des Fachdialogs. Die weitgehend ungesteuerte Inanspruchnahme medizinischer Leistungen führe dazu, dass Patientinnen und Patienten im komplexen System häufig überfordert seien, während das medizinische Personal unter hohem Zeitdruck und großer Belastung arbeite, sagte Dr. Klaus Reinhardt. Diese Situation sei auf Dauer nicht tragfähig. Die Bundesärztekammer spreche sich deshalb grundsätzlich für eine Einschreibung der Patientinnen und Patienten in eine Praxis als erste Anlaufstelle aus – in der Regel seien das die Hausarztpraxen. Zusätzlich solle ein intelligentes, praxistaugliches Ersteinschätzungsinstrument die zielgerichtete Zuweisung der Patienten in die jeweils geeignete Versorgungsform unterstützen.

Für eine Optimierung des bestehenden Systems sprach sich im Rahmen des Fachdialogs auch der Vorstandsvorsitzende der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV), Dr. Andreas Gassen, aus. Dazu gehöre auch, die Patienten besser digital und telefonisch zu steuern. Mit der 116117 verfüge das KV-System bereits über ein leistungsfähiges Instrument, das sich insbesondere im Sinne der digitalen Steuerung ausbauen lasse. Neben der medizinischen Ersteinschätzung gehöre im Idealfall etwa die Terminvergabe dazu. „Eine bessere Zuordnung der Patienten ist inhaltlich zweifelsohne ein Gewinn“, sagte Gassen. Kurzfristig Geld sparen lasse sich damit aber nicht.

Es braucht Verbindlichkeit

Von einer besseren Steuerung profitieren aus Sicht der KBV insbesondere Patienten in der Akut- und Notfallversorgung sowie multimorbide Patienten, die viele verschiedene Arztkontakte haben und bei denen es besonders wichtig ist, dass Ärztinnen und Ärzte voneinander wissen und die Gesamtbehandlung koordiniert verläuft. „Das funktioniert in der Regel über einen Hausarzt oder eine Hausärztin am allerbesten“, sagte Gassens Vorstandskollege Dr. Stefan Hofmeister im vergangenen Sommer in einem Interview mit dem KBV-eigenen Videokanal. Ein Primärversorgungssystem erfordere zudem Verbindlichkeit. Wenn Patienten auch weiterhin ungesteuert Fachärzte aufsuchten, müssten sie eine Eigenbeteiligung leisten, heißt es in einem Positionspapier der KBV.

Ähnliches forderte die Kammerversammlung der Ärztekammer Nordrhein im März 2025. Der Gesetzgeber solle es Patientinnen und Patienten ermöglichen, sich freiwillig für ein Primärarztmodell zu entscheiden, heißt es in einem Beschluss. Patienten, die das nicht wünschten, sollten den freien Zugang zum System wählen können, dafür dann aber höhere Versichertenbeiträge zahlen müssen. Angesichts knapper Kassen müsse der Zugang der Patienten zur medizinischen Versorgung besser gesteuert werden – sowohl in der Notfall- als auch in der Regelversorgung. „Die Fehlinan-

spruchnahme von Gesundheitsleistungen ist nicht nur teuer, sondern auch belastend für Patienten und medizinisches Personal gleichermaßen“, sagte der Präsident der Ärztekammer Nordrhein, Dr. Sven Dreyer.

Kassen setzen auf digitales Tool

Perspektivisch müsse das Prinzip „digital vor ambulant vor stationär“ gelten, um die Patienten bedarfsgerecht zu versorgen, erklärte die Bundesärztekammer anlässlich der Veröffentlichung des Konzeptpapiers „Koordination und Orientierung in der Versorgung“ im April 2025. Dieses Prinzip machen sich auch die Kassen zu eigen. Im Zentrum der Überlegungen des GKV-Spitzenverbands zu einem Primärversorgungssystem steht ein digitales Navigationstool, das die medizinische Ersteinschätzung mit der Möglichkeit der elektronischen Überweisung und der elektronischen Terminvermittlung über eine bundesweite Plattform verbindet. Das Tool sollen Patientinnen und Patienten nach dem Willen der Kassen über Apps oder Webseiten nutzen. Es verweist die Patienten je nach medizinischem Bedarf an die gewählte Primärpraxis, an Fachärzte, Bereitschafts- oder Rettungsdienst. Wenn kein ärztlicher Behandlungsbedarf besteht, erhält der Patient evidenzbasierte und verständliche Informationen zur Selbstbehandlung. Das Tool könne zudem den strukturierten Ersteinschätzungsprozess am Telefon oder vor Ort in der Arztpraxis unterstützen, so die Kassen.

Während in den kommenden Monaten auf Bundesebene über die genaue Ausgestaltung des geplanten Primärversorgungssystems gerungen werden dürfte, setzt man in Baden-Württemberg auf die Hausarztzentrierte Versorgung (HZV), ein Einschreibemodell, in dem Hausärztinnen und Hausärzte als erste Ansprechpartner für ihre Patienten fungieren. Vor 17 Jahren schlossen die AOK Baden-Württemberg und der dortige Hausärzterverband einen ersten Vertrag nach § 73b SGB V. Inzwischen nehmen rund 5.900 Ärztinnen und Ärzte und mehr als zwei Millionen AOK-Versicherte an der HZV teil.

Seit 2011 evaluieren die Goethe-Universität Frankfurt und das Universitätsklinikum Heidelberg alle zwei Jahre bestimmte Aspekte der HZV. Dabei zeige die aktuelle Evaluation „eine weiterhin überlegene Versorgungsqualität gegenüber der Regelversorgung“, so die Studienautoren. Die HZV-Patienten gingen zwar häufiger zum Hausarzt, verzeichneten dafür aber deutlich weniger unkoordinierte Facharztbesuche. Von der engmaschigen Betreuung durch ihre Hausärzte profitierten vor allem chronisch Kranke und ältere Menschen. Bei ihnen komme es zu weniger Krankenhausaufenthalten, geringeren Komplikationsraten und einer signifikant geringeren Inanspruchnahme des organisierten Notfalldienstes. „Die Hausarztbindung als Strukturprinzip funktioniert“, folgerten die Vertragspartner anlässlich der Vorstellung der Evaluationsergebnisse Ende Januar 2026. Das in der gesundheitspolitischen Diskussion stehende – bundesweit angedachte – Primärversorgungsmodell könne auf diesen Erfahrungen aufbauen. **RA**

Die Ergebnisse der Evaluation der Hausarztzentrierten Versorgung in Baden-Württemberg: <https://www.haevbw.de/evaluation>

