

IM FOKUS



Ein Primärversorgungssystem ist mehr als Zugangssteuerung

Richtig ausgestaltet kann ein Primärversorgungssystem die ambulante Versorgung grundlegend verbessern. Durch den gezielten Einsatz ärztlicher und nicht-ärztlicher Ressourcen lassen sich Behandlungsprozesse besser koordinieren, Erkrankungen kontinuierlicher managen und Krankheitsverläufe frühzeitig beeinflussen. Die politische Debatte fokussiert sich bislang jedoch vor allem auf Zugangssteuerung und Terminfragen. Anhand von Abrechnungsdaten der AOK Rheinland/Hamburg zeigt diese Publikation, warum das zu kurz greift und worauf es bei einer zukunftsfähigen Primärversorgung tatsächlich ankommt.

Inhalt

- **Anforderungen an eine Primärversorgung: große Reform statt kleiner Korrektur**
- **Was ist das Problem?**
- **Potenzial eines Primärversorgungssystems und was sich dafür ändern muss**
- **Fazit**
- **Anhang**

Anforderungen an eine Primärversorgung: große Reform statt kleiner Korrektur

Im Gegensatz zu anderen Ländern gibt es im deutschen Gesundheitswesen kaum verbindliche Regelungen zur Steuerung von Patientinnen und Patienten – weder beim Zugang zur Versorgung noch innerhalb der Versorgung. Im Koalitionsvertrag haben die Regierungsparteien die Einführung eines verbindlichen Primärarztsystems vereinbart, mit dem Ziel einer „möglichst zielgerichteten Versorgung der Patientinnen und Patienten und für eine schnellere Terminvergabe“. [1] Inzwischen liegen unzählige Positionspapiere und Debattenbeiträge zu dem Thema vor. Dabei verwundert, dass in der Diskussion zwar viel über die Ausgestaltung eines Primärversorgungssystems gesprochen, aber wenig auf die zu lösenden Versorgungsprobleme eingegangen wird. Hinsichtlich der Ausgestaltung dominieren Vorschläge für ein Primärarztsystem, das sich weitestgehend auf eine Zugangssteuerung beschränkt. In diesem Fokusheft zeigen wir anhand der Abrechnungsdaten der AOK Rheinland/Hamburg auf, warum ein solches Primärarztsystem nicht ausreichen dürfte, um die dringenden Probleme zu lösen.

Wir skizzieren, worauf es stattdessen ankommt. Nämlich:

1.

Primärversorgung muss mehr sein als Zugangssteuerung

2.

Primärversorgungs- statt Primärarztsystem

[1] CDU/CSU und SPD: Verantwortung für Deutschland. Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und SPD. 21. Legislaturperiode, S. 106. Verfügbar unter: https://www.koalitionsvertrag2025.de/sites/www.koalitionsvertrag2025.de/files/koav_2025.pdf (Letzter Aufruf am 05.11.2025).

Was ist das Problem?

Ein Primärversorgungssystem, das sich auf eine Zugangssteuerung zur medizinischen Versorgung beschränkt, adressiert vor allem den unkontrollierten Zugang von Patientinnen und Patienten zu Fachärztinnen und -ärzten. Ziel eines solchen Systems ist es, Ärztehopping und parallele Mehrfachuntersuchungen in Facharztpraxen zu vermeiden.

Dieses Ziel ist richtig. Wie eine solche Patientensteuerung aussehen könnte, ist im Positionspapier des AOK-Bundesverbandes skizziert (vgl. *Schaubild auf Seite 4*). Die AOK-Gemeinschaft schlägt vor, die Primärversorgung als verbindliche erste Anlaufstelle zu organisieren, in der interprofessionelle Praxisteams den Versorgungsbedarf strukturiert einschätzen und Patientinnen und Patienten gezielt durch das Gesundheitssystem steuern. [2] Allerdings ist das zugrunde liegende Problem anteilmäßig eher gering. Zusätzliche Behandlungsfälle von Patientinnen und Patienten, die mit demselben Anliegen eigeninitiativ in unterschiedlichen Praxen vorstellig werden, machen lediglich 3,5 Prozent aller fachärztlichen Behandlungsfälle [3] aus. Patientinnen und Patienten, die einmalig ohne hausärztliche Überweisung eine Facharztpraxis aufsuchen, verursachen

weitere 5,5 Prozent. Zusammengenommen sind das etwa neun Prozent aller fachärztlichen Behandlungsfälle. Höher liegt dieser Anteil bei Hautärzten, Hals-Nasen-Ohren-Ärzten und Orthopäden. In diesen Facharztgruppen lassen sich rund 25 bis 30 Prozent der ambulanten Behandlungsfälle als unkontrollierter Zugang charakterisieren.

In dieser Größenordnung könnten fachärztliche Ressourcen in einem Primärversorgungssystem, das sich auf eine Zugangssteuerung beschränkt, im Maximalfall entlastet werden. Das würde ohne Frage helfen. Nur: Reicht das schon aus?

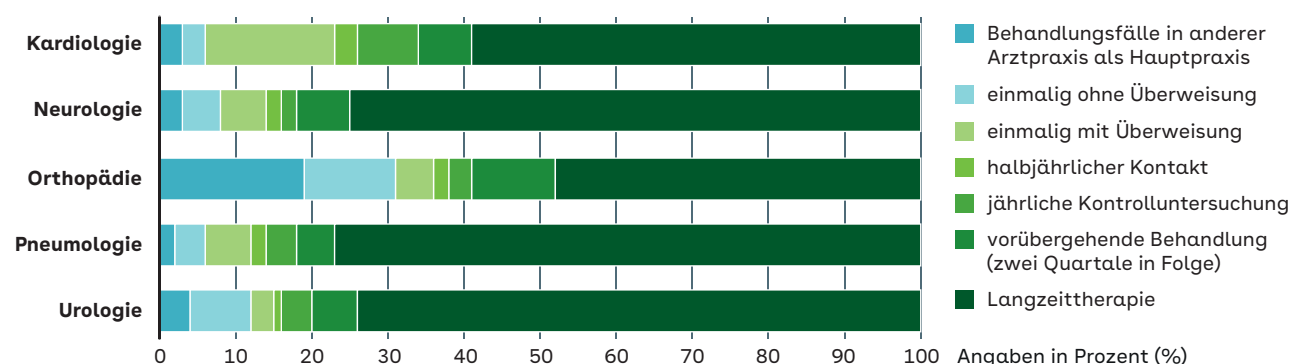
Der Großteil der fachärztlichen Behandlungsfälle entfällt auf Patientinnen und Patienten, die langfristig in fachärztlicher Behandlung sind (vgl. *Abbildung 1*). Der Hebel zur Entlastung fachärztlicher Ressourcen ist an dieser Stelle deutlich größer. Bei aller gebotenen Vorsicht, die bei der Analyse von Routinedaten geboten ist: Die Auswertungen deuten darauf hin, dass bei den Facharztpraxen oftmals Patientinnen und Patienten längerfristig behandelt werden, die nicht unbedingt eine fachärztliche Behandlung benötigen.

[2] AOK-Bundesverband 2025: Von Anfang an gut versorgt. Eckpunkte für eine Primärversorgung in Deutschland.

Verfügbar unter: <https://www.aok.de/pp/bv/pm/ambulante-primarversorgung/> (Letzter Aufruf: 05.12.2025).

[3] Facharztgruppen: Kardiologie, Pneumologie, Neurologie und Urologie.

Abbildung 1: Ambulante fachärztliche Behandlungsfälle nach Behandlungskontext



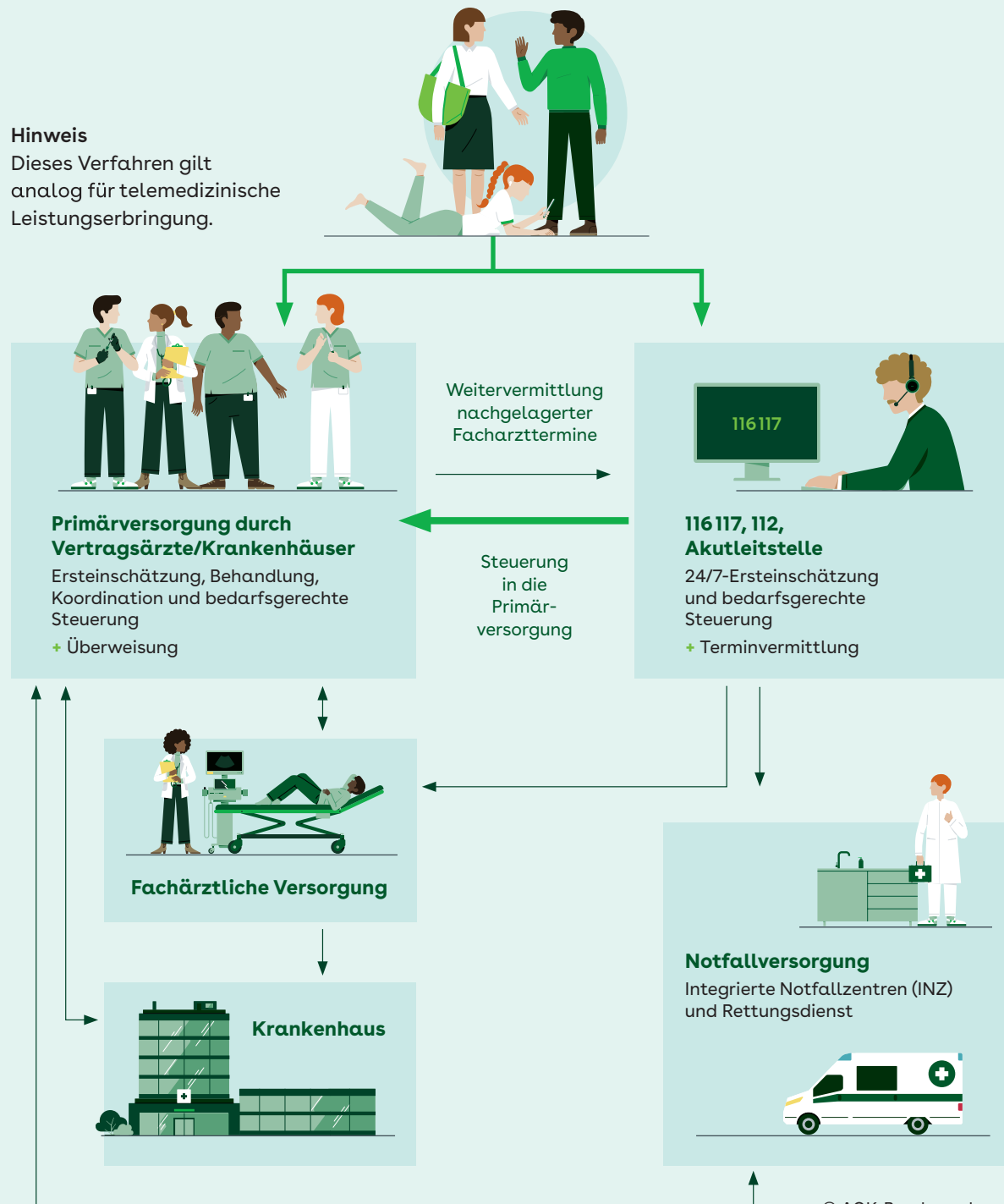
QUELLE: AOK Rheinland/Hamburg | Weiterführende Informationen zur Methodik siehe Anhang auf Seite 7

Neues Primärversorgungsmodell

Effektive Patientensteuerung und bestmögliche Versorgung

Hinweis

Dieses Verfahren gilt analog für telemedizinische Leistungserbringung.

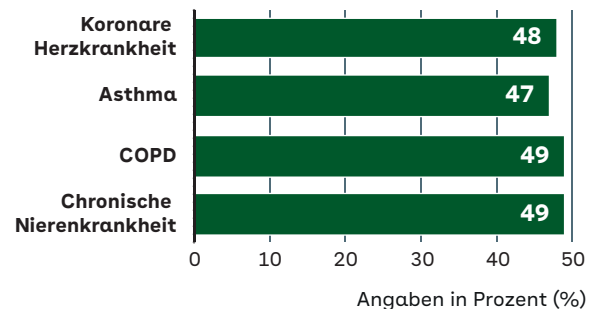


Medizinische Leitlinien empfehlen eine regelhafte fachärztliche Betreuung nur in Ausnahmefällen. Eine besondere Krankheitsschwere ist bei vielen Patientinnen und Patienten in langfristiger fachärztlicher Behandlung nicht zu erkennen.

Diese Überversorgung bindet Ressourcen, die an anderer Stelle fehlen. Nur die Hälfte der Patientinnen und Patienten mit einer fortgeschrittenen chronischen Erkrankung, für die medizinische Leitlinien die Einbindung einer Fachärztin oder eines Facharztes empfehlen, wird tatsächlich fachärztlich behandelt (vgl. Abbildung 2).

Dieses Nebeneinander von fachärztlicher Über- und Unterversorgung macht deutlich: Offensichtlich gelingt es mit dem bestehenden Instrumentarium nur unzureichend, einen bedarfsgerechten Einsatz der ärztlichen Ressourcen zu gewährleisten. Diese Fehlallokation können wir uns in unserem Gesundheitssystem nicht leisten. Wir brauchen ein Primärversorgungssystem, um die Aufgabenteilung zwischen Haus- und Facharztpraxen, aber auch zwischen den weiteren Gesundheitsprofessionen neu zu ordnen.

Abbildung 2: Anteil an Patientinnen und Patienten mit Facharztbehandlung bei Indikation für Facharztbesuch



QUELLE: Gesundheitsreport 2024 der AOK Rheinland/Hamburg

Erforderlich ist nicht nur eine Zugangssteuerung, sondern auch eine gezielte Steuerung der Patientinnen und Patienten in der Behandlung anhand des medizinischen Bedarfs. ■

Potenzial eines Primärversorgungssystems und was sich dafür ändern muss

Richtig ausgestaltet hat ein Primärversorgungssystems das Potenzial, durch einen zielgerichteten Einsatz von ärztlichen und nicht-ärztlichen Ressourcen, das Management von Erkrankungen zu verbessern und Krankheitsprogression sowie Folgeereignisse zu verhindern. Eine bessere Gesundheit und mehr Lebensqualität wären ein großer Gewinn für die Patientinnen und Patienten. Zugleich wäre dies ein großer Hebel für Kosteneinsparungen. Denn teuer ist in unserem Gesundheitswesen nicht die Standardtherapie – abgesehen von einigen Erkrankungen mit hochpreisiger Medikation. Die höchsten Kosten entstehen durch schwere Krankheitsverläufe, die eine akute Behandlung erfordern, meist im Krankenhaus. Mehr als jeder vierte Krankenhausfall hätte sich im Vorfeld durch ein effektives Management chronischer

Erkrankungen, effektive Akutbehandlungen im ambulanten Sektor oder Immunisierungen potenziell verhindern lassen. [4] Hier liegt das große Potenzial eines Primärversorgungssystems, das es zu heben gilt.

Um ein solches System erfolgreich zu etablieren, sind einige weitreichende Änderungen erforderlich.

Reform des Vergütungssystems: Es wird nicht gelingen, ein Primärversorgungssystem mit dem bestehenden Vergütungssystem umzusetzen. Das aktuelle System belohnt Masse und bestraft Aufwand. Dies ist das Gegenteil von dem, was mit der Neuordnung des Systems erreicht werden soll. Wenn wir eine bedarfsgerechte Versorgung wollen, muss diese zumindest ansatzweise aufwandsgerecht vergütet werden.

[4] Auswertungen zu ambulant-sensitiven Krankenhausfällen – vgl. Gesundheitsreport 2025 der AOK Rheinland/Hamburg.



Wir brauchen ein Vergütungssystem, das den Behandlungsaufwand besser abbildet: Aufwändige Fälle sind höher zu vergüten und unkomplizierte Fälle niedriger. Eine entsprechende Lösung ist keineswegs trivial. Sie muss sich im Alltag der Praxen ohne größeren zusätzlichen Dokumentationsaufwand umsetzen lassen und zugleich das Risiko einer Überversorgung geringhalten. Vorgaben zu bedarfsunabhängigen Kontrolluntersuchungen, zum Beispiel in den strukturierten Behandlungsprogrammen (DMP), sind zu hinterfragen.

Hausarztpraxen sollten interprofessionell

aufgestellt sein. [5] Die medizinische Expertise der Ärztinnen und Ärzte innerhalb der Primärversorgungspraxen bleibt weiterhin zentral. Durch die regelhafte Einbeziehung anderer Gesundheitsprofessionen innerhalb des Praxisteamts können Ärztinnen und Ärzte entlastet und die Behandlungsqualität erhöht werden. So können Physician Assistants delegierbare ärztliche Aufgaben übernehmen. Dazu zählen die vorbereitende Anamnese, die Umsetzung des Behandlungsplans oder das Führen von Patientengesprächen. Modellprojekte belegen, dass eigene krankheitsbezogene Sprechstunden oder ein Case Management durch entsprechend geschulte medizinische Fachangestellte (MFA) zu einer Verbesserung der Versorgung führen. [6] Die positiven Effekte von Pflegefachkräften für Herzinsuffizienz sind in Studien gut belegt. [7] Digitale und hybride Behandlungsverfahren sollten sinnvoll eingebunden werden.

Auch das Rollenverständnis der ärztlichen Versorgungsebenen

erfordert eine Weiterentwicklung. Der vielzitierte Gedanke von Hausärztinnen und -ärzten als Lotsen durch das Gesundheitswesen verfehlt den Kern. Vielmehr sollten sich Hausärztinnen und Hausärzte gemeinsam mit ihren Praxisteams als Kapitäne der Versorgung verstehen. Primärversorgungspraxen sollten die initiale, aber auch die langfristige Betreuung und Behandlung von Patientinnen und Patienten mit chronischer Erkrankung übernehmen. Die Einbeziehung von fachärztlicher Expertise bleibt weiterhin relevant. Die Behandlung sollte im Anschluss aber vorrangig in den Primärversorgungspraxen weitergeführt werden und sich nicht auf die großzügige Überweisung an Facharztpraxen beschränken.

Auch das weitverbreitete Selbstverständnis von Fachärztinnen und Fachärzten, Teil einer „Grundversorgung“ zu sein [8], passt nicht zu den Anforderungen eines bedarfsgerechten Versorgungssystems. Mit Ausnahme einiger Facharztgruppen (z.B. Kinderärzte, Gynäkologen) gilt: Die Bevölkerung braucht die fachärztliche Expertise in den Fällen, in denen vorgelagerte Versorgungsebenen nicht helfen können. Eine solche Arbeitsteilung und Zusammenarbeit zwischen den Gesundheitsprofessionen würden dazu führen, dass alle Akteurinnen und Akteure mehr Zeit für die Patientinnen und Patienten hätten, denen sie mit ihrer Expertise am meisten helfen können.



[5] Vgl. hierzu das Positionspapier des AOK-Bundesverbands, vgl. Fn. 2.

[6] Vgl. Abschlussberichte der Innovationsfonds-Projekte DELIVER-CARE und ULCUS CRURIS CARE.

[7] Tian, C., Zhang, J., Rong, J., Ma, W. & Yang, H. (2024) Impact of nurse-led education on the prognosis of heart failure patients: A systematic review and meta-analysis. *International Nursing Review*, 71, 180–188.

[8] Vgl. Spitzenverband Fachärzte Deutschlands e. V. (SpifA) 2017: Positionspapier: Fachärzte in der Grundversorgung. Verfügbar unter: <https://spifa.de/wp-content/uploads/2021/11/Positionspapier-Facha%CC%88rzte-in-der-Grundversorgung.pdf> (Letzter Aufruf am 14.02.2025).

Es ist wichtig, dass die Behandlung von Patientinnen und Patienten in Primärversorgungs- und Facharztpraxis nicht nebeneinander, sondern miteinander erfolgt. Die **Potenziale digitaler Lösungen** müssen stärker genutzt werden. Zum Beispiel kann es erforderlich sein, Behandlungspfade festzulegen und in digitalen Plattformen zu hinterlegen, um eine bedarfsgerechte Steuerung der Patientinnen und Patienten durch die Versorgungsebenen des Gesundheitssystems zu erleichtern. Eine vollständige Dokumentation des Gesundheitsstatus und der Behandlungsinhalte erleichtert den Informationsaustausch. ■



Fazit

Diese Überlegungen zeigen, dass die Einführung eines wirkungsvollen Primärversorgungssystems voraussetzungsvoll ist. Es wäre aber falsch, eine Schmalspur-Primärversorgung einzuführen, die an den wirklichen Problemen nichts ändern würde. Wir benötigen jetzt den Mut für eine umfassende Reform der ambulanten Versorgung,

die den immensen Herausforderungen der ambulanten Versorgung in Deutschland und der Gesundheitsversorgung im Allgemeinen gerecht wird. Die skizzierte Ausrichtung eines Primärversorgungssystems wäre die große Reform, die wir jetzt brauchen. ■

Anhang

Definition des Behandlungskontexts in den Routinedaten

Behandlungskontext	Aufgriff
Behandlungsfälle in anderer Arztpraxis als Hauptpraxis	Für jede Patientin und jeden Patienten wurde die Hauptpraxis des Fachgebiets festgelegt (Praxis mit den meisten Fällen). Gezählt wurden dann alle Behandlungsfälle bei anderen Praxen desselben Fachgebiets in den zwei Quartalen vorher oder nachher (keine Vertretungsfälle).
einmalig ohne Überweisung	Behandlung ohne Überweisung, sechs Quartale vorher und in der Folge kein fachärztlicher Behandlungsfall bei derselben Praxis
einmalig mit Überweisung	Behandlung mit Überweisung, sechs Quartale vorher und in der Folge kein fachärztlicher Behandlungsfall bei derselben Praxis
halbjährlicher Kontakt	ein Quartal vorher oder nachher kein fachärztlicher Behandlungsfall, zwei Quartale vorher und/oder nachher ein fachärztlicher Behandlungsfall bei derselben Praxis
jährliche Kontrolluntersuchungen	zwei Quartale vorher oder nachher kein fachärztlicher Behandlungsfall, drei bis sechs vorher mindestens ein fachärztlicher Behandlungsfall bei derselben Praxis
vorübergehende Behandlung	zwei Quartale infolge bei derselben Praxis, erfüllt nicht Kriterien für Langzeittherapie
Langzeittherapie	mindestens drei Behandlungsfälle innerhalb von sechs Quartalen bei derselben Praxis

QUELLE: AOK Rheinland/Hamburg

Impressum

Herausgegeben von der AOK Rheinland/Hamburg. Die Gesundheitskasse.
Wanheimer Straße 72, 40468 Düsseldorf • aok.de/rh

Redaktion: AOK Rheinland/Hamburg
Dr. Volquart Stoy, Olga Dortmann
E-Mail: versorgungsanalysen@rh.aok.de

Konzept und Gestaltung: AOK Medien GmbH, Niederlassung Berlin
Maria Sinjakowa, Silvia Pipa

Druck: Albersdruck GmbH & Co. KG, Düsseldorf

Illustrationen: [iStock.com/bsd studio](https://iStock.com/bsd_studio)/Anastasiia Neibauer/benidio/elenabs

Gesamtverantwortung: AOK Rheinland/Hamburg – AOK. Die Gesundheitskasse.

Stand: Januar 2026

© AOK Rheinland/Hamburg. Die Gesundheitskasse.

Alle Rechte vorbehalten. Nachdruck und sonstige Formen der Vervielfältigung – auch auszugsweise – nicht gestattet.



EH4

www.blauer-engel.de/uz195

Dieses Druckerzeugnis ist mit dem
Blauen Engel ausgezeichnet.