



AOK-Positionen

Von Anfang an gut versorgt

Eckpunkte für eine Primärversorgung
in Deutschland

Inhalt

Eckpunkte für eine Primärversorgung in Deutschland	3
Zielbild: Leitstellen und eine leistungsfähige Primärversorgung ebnen den Weg in die Versorgung	4
1 Umfassende und abgestimmte Versorgungsaufträge in der Versorgung	4
2 Verbindliche und transparente Spielregeln für alle Beteiligten	5
3 Umsetzung in der Regelversorgung mit regionalen Spielräumen	6
4 Kompatibilität mit HzV und DMP herstellen	6
Finanzielle Grundlagen für die Weiterentwicklung der ambulanten Versorgung	8
Steuerung allein durch finanzielle Anreize führt nicht zum Ziel	8
Der Weg dahin: Die Transformationsphase muss gestaltet werden	9

Eckpunkte für eine Primärversorgung in Deutschland

Unsere Versorgungslandschaft ist fragmentiert und Versorgungsangebote sind zu wenig koordiniert. Viele Patientinnen und Patienten scheitern an der Überkomplexität des Gesundheitssystems und finden nicht mehr den richtigen Zugang zu den benötigten Versorgungsangeboten. Dies gilt insbesondere für vulnerable Gruppen. Zudem werden GKV-Versicherte bei der Terminvergabe in Facharztpraxen gegenüber PKV-Versicherten und Selbstzahlern systematisch benachteiligt.

Primärversorgung kann die kurative Behandlung verbessern und auch präventive Bereiche stärken. Primärversorgung leistet zudem einen wesentlichen Beitrag zur erforderlichen Neuausrichtung der ambulanten Versorgung im Kontext von Notfallreform, Krankenhausreform und Ambulantisierungsbestrebungen.

Die Primärversorgung koordiniert alle Maßnahmen, die für eine patientenorientierte Versorgung notwendig sind, und führt die Patientinnen und Patienten bedarfsgerecht durch das Gesundheitssystem. Die AOK-Gemeinschaft strebt gemeinsam mit den Leistungserbringenden an, mehr vernetzte und aufeinander abgestimmte Strukturen zu schaffen. Dadurch sollen die Abläufe für die Patientinnen und Patienten weniger komplex werden und die Effizienz der Versorgung steigen. Zudem müssen Versicherte in Zukunft wieder bedarfsgerechten und diskriminierungsfreien Zugang zur ambulanten Versorgung erhalten, insbesondere zu fachärztlichen Terminen.

Zielbild: Leitstellen und eine leistungsfähige Primärversorgung ebnen den Weg in die Versorgung

1 Umfassende und abgestimmte Versorgungsaufträge in der Versorgung

Die bestehende hausärztliche Versorgung wird weiterentwickelt zu einer umfassenden Primärversorgung. Hierfür **definiert der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) Mindeststandards für einen neuen Versorgungsauftrag**, der Grundlage für die ambulante Bedarfsplanung wird. Frei werdende Hausarztsitze werden zukünftig ausschließlich nach den neuen Anforderungen dieses Versorgungsauftrages besetzt. Für Bestandspraxen gilt eine Übergangsregelung, mit der die Transformation von der bestehenden hausärztlichen Versorgung hin zu einer Primärversorgung erfolgen soll.

Die zukünftige Primärversorgung ist teambasiert. In den Praxen arbeiten Ärztinnen und Ärzte, Pflegefachpersonen (z.B. Community Health Nurses), Physician Assistants und weitere Gesundheitsberufe entsprechend ihren Qualifikationen zusammen und verbessern gemeinsam die Erreichbarkeit und Leistungsfähigkeit der Versorgung. Für eine gelingende interprofessionelle Zusammenarbeit müssen die Rechtsgrundlagen neu geregelt werden. Für die Einbindung von Pflegefachpersonen sollte insbesondere auf die Vorarbeiten aus dem Entwurf des Pflegekompetenzgesetzes zurückgegriffen werden. Auch die Bedingungen für den Einsatz von Physician Assistants sind rechtssicher auszugestalten. Die Primärversorgung soll als Teamleistung vergütet werden. Entspre-

chend ist der Einheitliche Bewertungsmaßstab weiterzuentwickeln.

Die fachärztlichen Versorgungsaufträge sind komplementär weiterzuentwickeln. Über- und Fehlversorgung kommt vor allem in der fachärztlichen Versorgung vor. Deutschland ist zum Beispiel Spitzenreiter bei diagnostischen Herzkathetern, bei Kataraktoperationen und bei vielen bildgebenden und invasiven Verfahren (zum Beispiel bei Rückenschmerzen). Ein Vorteil einer Koordination durch eine Primärversorgung besteht unter anderem darin, dass der bedarfsgerechte Zugang zur fachärztlichen Versorgung verbessert wird: Fehlversorgung wird abgebaut, Wartezeiten werden reduziert, die Versorgungs- und Patientensicherheit wird erhöht. Ziel ist es, die fachärztliche Grundversorgung dauerhaft abzusichern und durch eine Konkretisierung des Sicherstellungsauftrages nach § 75 SGB V in den Fachgebieten eine **angemessene Verteilung von konservativen und operativen Leistungen** sicherzustellen. Selbstzahlerleistungen sollten nur noch in gesondert ausgewiesenen Sprechstunden durchgeführt werden.

Krankenhäuser beziehungsweise sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen (ehemalige Krankenhausstandorte) können an der ambulanten Versorgung beteiligt werden.

Perspektivisch ist eine **sektorenübergreifende regionale Versorgungsplanung** erforderlich, in der die erforderlichen Kapazitäten der Primärversorgung, fachärztlichen Grund- und Spezialversorgung, des ambulanten Operierens und der

ambulanten Leistungsanteile der Krankenhäuser sowie der Notfallversorgung übergreifend geplant werden.

2 Verbindliche und transparente Spielregeln für alle Beteiligten

Die Primärversorgung stellt grundsätzlich die erste Anlaufstelle für medizinische Anliegen der Patientinnen und Patienten vor Ort dar. Hier erfolgt die Betreuung und Behandlung durch ein interprofessionelles Team mit verschiedenen Akteuren als verlässlicher, niedrighschwelliger Anlaufpunkt für einen schnellen und bedarfsge rechten Zugang. Das Team steuert die Patientinnen und Patienten durch die nachgelagerten Versorgungsebenen. Praxen der Kinder- und Jugendmedizin und der Frauenheilkunde können weiterhin ohne vorherigen Kontakt mit der Primärversorgung aufgesucht werden.

Eine wichtige flankierende Rolle sollen in Zukunft **die bei den Kassenärztlichen Vereinigungen angesiedelten Akutleitstellen** einnehmen. Sie sollen die Behandlungsdringlichkeit und Beschwerden von Hilfesuchenden anhand eines standardisierten Ersteinschätzungsverfahrens beurteilen und sie in die passende Behandlung vermitteln. Für die Patientinnen und Patienten dienen die **Leitstellen neben der Primärversorgung als zentrale Schnittstelle zum Versorgungssystem**. Bei einem akuten Behandlungsanlass wenden sich die Patientinnen und Patienten entweder an eine Leitstelle oder an eine Praxis für Primärversorgung.

Auch in der Primärversorgung wird eine Ersteinschätzung vorgenommen. Damit wird die bereits in den Gesetzentwürfen vorgesehene Funktion der Akutleitstellen aufgegriffen und erweitert. Durch die strukturierte Prozessunterstützung wird ein bedarfsgerechter Zugang zum Versorgungssystem sichergestellt, und die Patientinnen und Patienten wissen sich ihrer Beschwerden angenommen. Der Überlastung der Notfallversorgung sowie einer nicht sachge-

rechten Inanspruchnahme von fachärztlichen Leistungen kann damit entgegengesteuert werden.

Der breite Versorgungsansatz in der Primärversorgung ermöglicht für viele Erkrankungen eine effektive Behandlung auf niedriger Versorgungsebene. Die verstärkte Zusammenarbeit zwischen den Gesundheitsprofessionen ist entscheidend, um die Versorgung vor dem Hintergrund des drohenden Fachkräftemangels abzufedern und die Qualität der Patientenversorgung langfristig sicherzustellen. Auf der Grundlage der Ersteinschätzung beginnt ein gestufter arbeitsteiliger Versorgungsprozess, der neben der Patientenversorgung und -betreuung die weitere Koordination und Steuerung und – sofern notwendig – die bedarfsge rechte Weiterleitung in nachgelagerte Versorgungsebenen umfasst.

Damit erfolgt der Zugang zur fachärztlichen Versorgung nach einer Ersteinschätzung und Überweisung durch die Primärversorgung oder die Akutleitstelle. Sonderregelungen zur Ersteinschätzung und zum Überweisungsvorbehalt können zum Beispiel zur Berücksichtigung der Belange chronisch Kranker (zum Beispiel im Rahmen onkologischer Behandlungen, im Zusammenhang mit Dialyse) sowie für fachärztliche Leistungen im Rahmen der Früherkennung vorgesehen werden. Gemäß diesen Spielregeln können Fachärztinnen und -ärzte ihre Leistungen ohne Ersteinschätzung oder Überweisung nicht als GKV-Leistung abrechnen.

Die **freie Wahl** in der Primärversorgung und in der fachärztlichen Versorgung durch die Patientinnen und Patienten bleibt erhalten. Um Bürokratieaufbau zu vermeiden, sind Einschreibungen in der Primärversorgung nicht vorgesehen.

Die elektronische Patientenakte kann einen reibungslosen Prozess durch die Transparenz über die verschiedenen Behandlungsschritte unterstützen. Voraussetzung ist die Zustimmung der Patientinnen und Patienten. Die

Krankenkassen können ihre Versicherten zudem durch weitere digitale Hilfestellungen unterstützen (Terminvermittlung, Erinnerungsfunktionen etc.).

3 Umsetzung in der Regelversorgung mit regionalen Spielräumen

Mit diesem Ansatz soll die ambulante Versorgung für die anstehenden Herausforderungen vorbereitet werden. Zum einen muss die mit der Krankenhausreform intendierte Ambulantisierung von Krankenhausfällen durch gestärkte ambulante Strukturen aufgefangen werden. Darüber hinaus sollen die knapper werdenden Fachkräfteresourcen effizient eingesetzt werden, damit in allen Regionen ein ausreichendes ambulantes Angebot aufrechterhalten wird.

Mit der Weiterentwicklung der Versorgungsaufträge und der Konkretisierung eines gestuften Versorgungsprozesses werden bundeseinheitliche Mindeststandards gesetzt. Mit ihrer Hilfe soll der Anspruch an eine weitgehend gleichwertige Versorgung bundesweit aufrechterhalten werden. Vor dem Hintergrund der jetzt schon sehr unterschiedlichen regionalen Voraussetzungen in der Fläche beziehungsweise in Ballungsräumen müssen jedoch regionale Spielräume geschaffen werden. Im Rahmen der zukünftigen Sicherstellungsfunktion müssen die Verantwortlichen auf regionaler Ebene Gestaltungsspielräume erhalten, insbesondere in Bezug auf die Einbeziehung von unterschiedlichen Gesundheitsprofessionen, die Nutzung von digitalen Zugängen sowie bei der Einbindung von bisher stationären Strukturen (siehe AOK-Vorschlag zur RegioSV).

→ [Presseportal der AOK](#)

4 Kompatibilität mit HzV und DMP herstellen

Die bisher in § 73b Abs. 1 SGB V vorgesehene Verpflichtung der Kassen zum Angebot einer hausarztzentrierten Versorgung (HzV) ist aufzuheben, da mit dem Aufbau einer kollektivvertraglich verankerten Primärversorgung die Notwendigkeit einer weiteren verpflichtenden Versorgungsstruktur entfällt. Zugleich bleibt mit einer freiwilligen HzV die Möglichkeit bestehen, dass auch in Zukunft die Kassen regional über die Anforderungen der hausärztlichen Versorgung nach § 73 SGB V hinaus und perspektivisch neben den Anforderungen einer verbindlichen Primärversorgung nach § 73a (neu) SGB V ergänzende oder ersetzende Angebote entwickeln können. Diese Angebote müssen sowohl für die Kassen, die Versicherten als auch für die Leistungserbringenden freiwillig sein. Mit einem solchen Ansatz können Innovationspotenziale erschlossen werden.

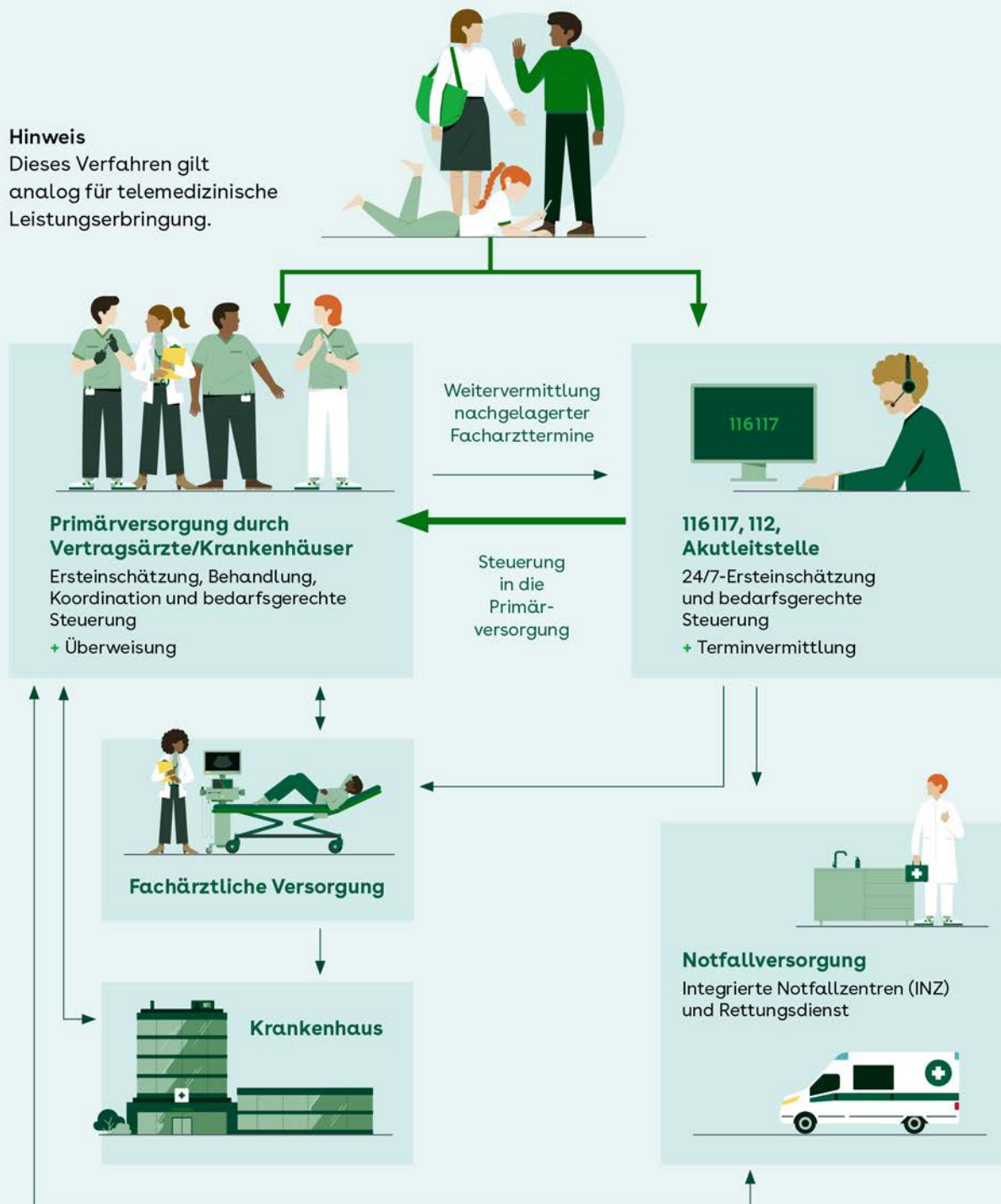
Perspektivisch könnten auch die Disease-Management-Programme (DMP) in den weiterentwickelten Versorgungsauftrag der Primärversorgung beziehungsweise in freiwillige HzV-Verträge integriert werden. Dies wäre eine bürokratiearme Alternative zur mit dem Gesundes-Herz-Gesetz angedachten Zwangsverpflichtung der Krankenkassen zum Angebot von DMP. Die Ausweitung der DMP auf Risikogruppen ist in einer gestärkten Primärversorgung nicht erforderlich.

Eine verlässliche, an den Grundsätzen der evidenzbasierten Medizin ausgerichtete Primärversorgung, die regional und gegebenenfalls auch selektivvertraglich ausgestaltet werden kann, muss zum Zielbild werden.

Effektive Patientensteuerung und bestmögliche Versorgung

Hinweis

Dieses Verfahren gilt analog für telemedizinische Leistungserbringung.



Finanzielle Grundlagen für die Weiterentwicklung der ambulanten Versorgung

Auf Dauer reichen die finanziellen Mittel der GKV nicht mehr, um Redundanzen zu finanzieren. Insgesamt stehen ausreichend Mittel zur Verfügung, die derzeit ohne klares Versorgungssprechen eingesetzt werden. Mit der ohne Not erfolgten Entbudgetierung der Haus- und Kinderärzte fließen weitere ungedeckelte Mittel ab, ohne dass diese zielgerichtet und verantwortlich mit einem nachvollziehbaren Mehrwert für Patientinnen und Patienten eingesetzt werden. Die bisherige Angebotssteuerung durch kleinteilige freiwillige finanzielle Anreize in der ärztlichen Vergütung (selektive Entbudgetierung, hohe Zuschläge als Anreiz, unabhängig von Kostenstrukturen) hat sich nicht bewährt und die Versorgung verteuert. Mit der Primärversorgung muss auf Dauer eine Dämpfung der Ausgabensteigerungen erreicht werden.

Ausgangspunkt der weiteren Steuerung müssen klare Versorgungsaufträge an die Beteiligten sein, die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen wollen. Mit strukturierten Versorgungszugängen und klaren Spielregeln können die Mengenprobleme, zum Beispiel in der Diagnostik, behoben werden. Auf dieser inhaltlichen Basis müssen leistungsgerechte Vergütungen für eine gestärkte ambulante Versorgung entwickelt werden.

Steuerung allein durch finanzielle Anreize führt nicht zum Ziel

Die aktuelle Diskussion um die Steuerung des Zugangs zur ambulanten Versorgung wird dominiert von Vorschlägen, die notwendige

strukturelle Entwicklungen weitgehend durch finanzielle Anreize vorantreiben sollen. Sowohl auf der Versichertenseite als auch bei den Leistungserbringenden sollen individuelle Verhaltensänderungen, etwa durch Wahltarife, Boni oder spezifische Zuzahlungen, beziehungsweise Vergütungsanreize erreicht werden.

Die bisher vorgeschlagenen Instrumente sind nicht konkret ausgearbeitet. Bei näherer Betrachtung erweisen sie sich als **weder zielgenau** (Finanzierung von Mitnahmeeffekten ohne effektive Verhaltensänderung, Förderung von Risikoselektion), **noch bürokratiearm** (Etablierung von neuen Datenflüssen, Prüfungs- und Abrechnungswegen, Teilnahmeverfahren an Wahlтарifen) **noch finanzierbar** (Höhe von Anreizzahlungen nicht gedeckt durch tatsächlich erzielbare Einsparungen in freiwilligen Sondermodellen).

Eine Steuerung allein durch finanzielle Anreize wird daher den Herausforderungen in keiner Weise gerecht. In der ambulanten Versorgung geht es um einen umfassenden Transformationsprozess mit klaren Spielregeln für Leistungserbringende und Patientinnen und Patienten. Auf der Basis nur von freiwilligen Entscheidungen der Leistungserbringenden wird sich allenfalls ein Flickenteppich ergeben. Damit wird es nicht gelingen, den Patientinnen und Patienten eine nachvollziehbare Versorgungslandschaft anzubieten. Ein Mindeststandard muss daher für alle verbindlich sein, die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen wollen.

Der Weg dahin:

Die Transformationsphase muss gestaltet werden

Zur Umsetzung der Primärversorgung bedarf es neben der Beauftragung des G-BA zur Konkretisierung der Primärversorgungsrichtlinie insbesondere der Anpassung der G-BA-Richtlinie zur Bedarfsplanung und der Festlegung von neuen Vergütungsregelungen zur Berücksichtigung des interprofessionellen Teamansatzes im Bewertungsausschuss.

Wichtig ist, dass die teambasierten Leistungen im Rahmen der Primärversorgung sowie der ambulante Versorgungsanteil der Krankenhäuser vollständige Berücksichtigung in der Bedarfsplanungsrichtlinie finden. Neue hausärztliche Zulassungen würden zukünftig nur noch als Primärversorger erfolgen. Für Bestandshausesarztpraxen sind Übergangsregelungen erforderlich.

Der Transformationsprozess ist im Umfeld der weiteren Reformvorhaben zur Neuausrichtung der ambulanten Versorgung zu betrachten. Die Pläne zur Notfallreform und zum Pflegekompetenzgesetz sowie zur Online-Terminvergabe unterstützen die Weiterentwicklung zu einem Primärversorgungssystem. Auch die Schaffung von regionalen Gestaltungsspielräumen, die Reform der HzV zur Freiwilligkeit sowie eine Konkretisierung der fachärztlichen Versorgungsaufträge wären für die Flankierung der Transformationsphase dringend erforderlich.

Der Weg zur Primärversorgung

Transformationsprozess im Kontext weiterer Reformvorhaben



Umsetzung GVSG

Entbudgetierung, Vorhalte- und Jahrespauschalen

Umsetzung KHVVG

Erweiterung KH-Zulassung zur vertragsärztlichen Versorgung gemäß § 116a SGB V

Wiederaufnahme

Notfallreform und Pflegekompetenzgesetz

Start PrimärversorgungsG

Überprüfung Entbudgetierung

Notfallreform

Ausbau Patientenleitsystem
Ersteinschätzung, Notdienstleistungen Akutversorgung, Aufbau INZ

Pflegekompetenzgesetz

Basis interprofessionelle ZA, Heilkundeübertragung (Erweiterung auf andere Professionen; Anpassung Anl. 8 und 24 BMV-Ä)

Online-Terminvergabe / Termingarantie

insbesondere mit Ausbau TSS/§ 370a SGB V



2. Hj. 2025



1. Hj. 2026

§ 73a (neu) SGB V

G-BA-Auftrag Neudefinition Versorgungsauftrag

Anpassung fachärztlicher Versorgungsauftrag

Mindestanteil konservativer Grundversorgung, Regulierung IGeL

AOK-Vorschlag zur Einführung der Primärversorgung

Notwendige Änderungen im Umfeld

Erweiterung regionaler
Spielräume: AOK-Konzept
RegioSV, Kioske

Weiterentwicklung KH-Reform:
sektorenübergreifende
Versorger

Sektorenübergreifende
Bedarfsplanung

MVZ-Reform



2. Hj. 2026



2027



2028

FA-Zugang
Überweisungsbefugnisse
neu regeln

Regelung HzV
insbesondere Freiwilligkeit

Anpassung EBM
bezüglich Terminvergaben,
-vermittlung HA/FA

**Erweiterung
G-BA-Neu-Definition
Versorgungsauftrag**
z. B. Integration DMP
(bei Neuauflage GHG)

Anpassung EBM

**Beschluss Versorgungsauftrag
Primärversorgung**
Grundlage für Anpassung
BPL-RL und Ärzte ZV, Neubesetzung
HA-Sitze und Übergangsregelungen
Bestandspraxen

HzV-Weiterentwicklung
ergänzende oder alternative
Angebote, ggf. spez.
Übergangsregelungen

Anpassung § 73 SGB V
Ablösung HA-Versorgungsauftrag
durch PV

Anpassung EBM und Finanzierung

AOK-Bundesverband eGbR

Geschäftsführender Vorstand:

Dr. Carola Reimann (Vorstandsvorsitzende)

Jens Martin Hoyer (stellvertretender Vorsitzender)

Rosenthaler Straße 31, 10178 Berlin

Telefon: (030) 346 46-0

Telefax: (030) 346 46 25 02

Internet: aok.de/pp/bv

E-Mail: AOK-Bundesverband@bv.aok.de

Redaktion und grafische Gestaltung:

KomPart Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG

Rosenthaler Straße 31, 10178 Berlin

verlag@kompart.de, kompart.de

Stand: Juli 2025