

Matthias Gruhl  
April 2026

# Reformbedarf in der Primärversorgung

*Für ein zukunftsfestes  
Gesundheits- und Pflegewesen*



## Impressum

### Herausgeberin

Friedrich-Ebert-Stiftung e.V.  
Godesberger Allee 149  
53175 Bonn  
info@fes.de

### Herausgebende Abteilung

Abteilung Analyse, Planung und Beratung  
www.fes.de/apb

### Inhaltliche Verantwortung und Redaktion

Iva Figenwald

### Kontakt

Iva Figenwald, verantwortlich für die Themen Sozialpolitik,  
Alterssicherung, Gesundheits- und Pflegepolitik,  
Abteilung Analyse, Planung und Beratung.  
Iva.Figenwald@fes.de

### Bestellungen

apb-publikation@fes.de

### Lektorat

Sönke Hallmann

### Design

Bergsee, blau

### Titelbild

picture alliance / imageBROKER | Anastasiia Torianyk

Die in dieser Publikation zum Ausdruck gebrachten Ansichten sind nicht notwendigerweise die der Friedrich-Ebert-Stiftung e.V. (FES). Eine gewerbliche Nutzung der von der FES herausgegebenen Medien ist ohne schriftliche Zustimmung durch die FES nicht gestattet. Publikationen der FES dürfen nicht für Wahlkampfzwecke verwendet werden.

Der dieser Studie zugrunde liegende Datensatz wird nach Abschluss der Auswertungen, sofern vertragliche Regelungen oder interne Richtlinien der Friedrich-Ebert-Stiftung dem nicht entgegenstehen, im Archiv der sozialen Demokratie veröffentlicht. Forschungsdaten veröffentlichen wir unter <https://collections.fes.de>.

April 2026

© Friedrich-Ebert-Stiftung e.V.

Weitere Publikationen der Friedrich-Ebert-Stiftung finden Sie hier:

➔ [www.fes.de/publikationen](http://www.fes.de/publikationen)

**Matthias Gruhl**  
April 2026

# **Reformbedarf in der Primärversorgung**

*Für ein zukunftsfestes Gesundheits- und Pflegewesen*

# Inhalt

<b>1 Einleitung</b>	<b>3</b>
<b>2 Stabilisierung der Primärversorgung in Deutschland – Definitionen</b>	<b>5</b>
2.1 Primärversorgung	5
2.2 Bezugsregion für die Primärversorgung	5
2.3 Definition des Primärversorgungsbedarfs	6
<b>3 Maßnahmenvorschläge zur Stabilisierung der Primärversorgung</b>	<b>8</b>
3.1 Vorbemerkung	8
3.2 Definitionen von Unterversorgung: Datengrundlagen und Reformbedarf in der Bedarfsplanung	8
3.3 Reduktion der Arbeitsbelastung in der Primärversorgung	10
3.4 Verbesserung der personellen Ausstattung, neue Kompetenzen in der Primärversorgung	18
3.5 Optimierung der interprofessionellen Zusammenarbeit sowie neue Organisationsstrukturen auf der Primärversorgungsebene	23
3.6 Chancen der Digitalisierung in der Primärversorgung	27
3.7 Verbindliche Koordination in der und durch die Primärversorgung	29
<b>4 Zeitliche Perspektive</b>	<b>35</b>
Abkürzungsverzeichnis	36
Literatur	37
Abbildungsverzeichnis	45
Zum Autor	45
Die Mitglieder des Expert:innengremiums	46

# 1 Einleitung

Primärversorgung (PV) ist ein elementarer Bestandteil der Daseinsvorsorge. Sie bezeichnet laut Weltgesundheitsorganisation die erste, umfassend zugängliche und am Grundbedarf der lokalen Bevölkerung ausgerichtete Ebene eines Gesundheitssystems, die Gesundheitsförderung, alle Formen der Prävention, Pflege, Diagnostik und Therapie über die gesamte Lebensspanne sicherstellt. PV berücksichtigt die sozialen und umweltbedingten Determinanten von Gesundheit und zielt darauf ab, Versorgung so nah wie möglich an und in der Lebenswelt von Menschen zu erbringen (WHO/UNICEF 2018). International ist auch für hochindustrialisierte Nationen belegt, dass ein starkes Primärversorgungssystem zu besseren gesundheitlichen Ergebnissen, höherer Effizienz und größerer Gerechtigkeit führt (Barkley et al. 2020): Patient:innen, die einen verlässlichen Zugang zur Grundversorgung haben, weisen eine bessere Gesundheit auf (Starfield/Macinko 2005), und Regionen mit gesicherter Primärversorgung zeigen eine geringere allgemeine und krankheitsspezifische Sterblichkeit (Shi 1994). Je höher der Anteil des in der Primärversorgung tätigen Fachpersonals ist, umso geringer sind auch die Kosten im Gesundheitswesen (Franks/Fiscella 1998).

Europäische Vergleichsstudien analysieren die Struktur, die Prozesse und Ergebnisse der unterschiedlichen Primärversorgungssysteme. Wie sich zeigt, liegt Deutschland seit einigen Jahren im hinteren Mittelfeld (Kringos et al. 2015). Die hiesige PV weist zwar Stärken durch ein breites Versorgungsangebot, einen hohen Personalbestand und relevante Gesundheitsausgaben pro Kopf auf, muss aber gleichzeitig strukturelle Barrieren, vor allem regionale Disparitäten, ihre sektorenübergreifende Fragmentierung, eine ungenügende Steuerungsfunktion, fehlende interprofessionelle Strukturen und eine noch zu bruchstückhafte Digitalisierung konstatieren. Auf die PV bezogene Outcome-Parameter sind hierzulande unterdurchschnittlich (OECD 2023b). Länder mit stärkeren Gatekeeping-Traditionen schneiden oft besser bei Kontinuität, Zugang und integrierter Versorgung ab (Sripa et al. 2019).

Die gesundheitliche und pflegerische PV hat die größte Zahl ambulanter Patient:innen und bei Klientenkontakten. Im Vergleich zu allen anderen Versorgungsangeboten ist sie kosteneffizient. Eine Unterdeckung dieser ersten Versorgungsstufe hätte nicht nur gravierende Auswirkungen auf die anderen Ebenen der Versorgung, sondern auch insgesamt auf die Effektivität und Effizienz der Behandlung von Krankheit und Fragilität.

Im Gegensatz zu anderen europäischen Ländern lag in den vergangenen 15 Jahren hierzulande der gesundheitspolitische Fokus jedoch nicht vorrangig auf einer Absicherung und Verbesserung der PV. Nach Einführung der hausarztzentrierten Versorgung im Jahr 2007 wurden die Strukturen und Prozesse nicht nochmals angepasst. Die Integration einer gleichberechtigten Pflege steht strukturell noch immer aus, obwohl evident ist, dass Pflege in der Primärversorgung zu positiven Effekten führt (Htay/Whitehead 2021). Immerhin: Die im geltenden Koalitionsvertrag angekündigte Einführung eines Primärarztsystems zielt auf eine verbesserte Steuerungsfunktion aus der PV-Ebene, deckt aber die anderen adressierten Problemlagen nicht hinreichend ab.

Die inzwischen erkannte und sich verschärfende pflegerische und hausärztliche Minder- bzw. Unterversorgung in einzelnen Regionen Deutschlands, die oft von einer Mangelsituation bei anderen Gesundheitsfachberufen begleitet wird, hat weitreichende Folgen für unser Gemeinwohl: Mangelnde PV erzeugt Unzufriedenheit in der Bevölkerung. Dies führt zu einer Abkehr von öffentlichen Institutionen und verstärkt die Demokratieunzufriedenheit (Hausärztinnen- und Hausärzterverband 2024a; Heider 2025: 22f.). Eine aktuelle Umfrage aus September 2024 bestätigt dies: Ein Drittel der Befragten gibt an, dass die nicht gewährleistete Sicherstellung der hausärztlichen Versorgung Einfluss auf ihre Entscheidung bei zukünftigen Wahlen hat (PKV Institut 2024).

Die aktuell notwendige politische Aufmerksamkeit wie auch Veränderungsbereitschaft für die PV, kombiniert mit den demografischen Entwicklungen der Bevölkerung und der für die PV relevanten Berufe geben den Anlass für die Friedrich-Ebert-Stiftung (FES), sich auf Grundlage eines interprofessionellen Gremiums eingeladener Expert:innen mit der künftigen Ausgestaltung der PV zu befassen. Sie knüpft damit an vorhergehenden Analysen an (FES 2017, Gruhl 2023a: 7). Der Fokus liegt dabei auf Maßnahmen, die in dieser Legislaturperiode zur kurzfristigen Stabilisierung und langfristigen Entwicklung der PV aufgegriffen und eingeleitet werden können.

Dazu wurde – nach einer Sachstandbeschreibung der medizinischen und pflegerischen Primärversorgung in Deutschland – eine Analyse des notwendigen Änderungsbedarfes und ein in sich schlüssiges Modell einer umfassenden Primärversorgung entwickelt. In mehr als 70 Handlungsempfehlungen wurden die jeweiligen Schritte für den Umbau

hin zu einer in sich konsistenten Primärversorgung vorgelegt und eine Umsetzungsabfolge vorgeschlagen.

Damit liegt erstmals eine politisch umsetzbare und an den Realitäten orientierte Gesamtkonzeption für eine zukunftsfähige Weiterentwicklung dieser wichtigsten Säule des Gesundheits- und Pflegewesens in Deutschland vor, die zur Unterstützung der gesundheitspolitischen Diskussion genutzt werden kann.

Die Friedrich-Ebert-Stiftung dankt allen mitwirkenden Expert:innen ganz herzlich für ihre Zeit und ihr Engagement. Unser besonderer Dank geht an den Autor Dr. Matthias Gruhl.

# 2

## Stabilisierung der Primärversorgung in Deutschland – Definitionen

### 2.1 Primärversorgung

Der Versorgungsansatz der Primärversorgung ist generalistisch und biopsychosozial ausgerichtet: Die Behandlung ist nicht auf einzelne Erkrankungen reduziert, sondern Patient:innen werden unter Berücksichtigung ihrer eigenen Wünsche und Behandlungsziele ganzheitlich betrachtet, und die Versorgung ist personenzentriert ausgerichtet. Die Primärversorgung richtet sich an die gesamte Bevölkerung einer Region – von der Diagnostik und Behandlung undifferenzierter und sich selbst limitierender Versorgungsanlässe bis zum hochkomplexen Management bei Multimorbidität. Die Primärversorgung bietet somit einen niedrigschwelligen ersten Zugang zum Gesundheitswesen, eine kontinuierliche langfristige Behandlung, koordiniert über verschiedene Versorgungsebenen. Durch ein umfassendes Versorgungsangebot können geschätzte 80 bis 90 Prozent der Versorgungsanlässe abschließend auf dieser Versorgungsebene behandelt werden. Der beschriebene Versorgungsansatz begründet den zentralen Stellenwert, den die Primärversorgung im Gesundheitssystem einnehmen sollte (Chenot/Scherer 2024; DEGAM 2025; Howe 2012; Kidd 2013; Allen et al. 2025).

Primärversorgung ist in Deutschland im Gegensatz zu zahlreichen vergleichbaren Staaten (Tikkanen et al. 2020) nicht verbindlich definiert, wird aber bisher allgemein mit der (haus-)ärztlichen Grundversorgung gleichgesetzt (Hausärztinnen- und Hausärzterverband 2025; Wangler/Jansky 2024). Dazu trägt bei, dass die meisten Leistungen auf der ersten Versorgungsebene an ärztliche Anordnungen oder zumindest ärztliche Beteiligung gebunden sind. Eine solche Arztzentrierung der Primärversorgung ist historisch für die Bundesrepublik Deutschland begründbar. Elemente einer stärkeren interprofessionellen Primärversorgung der ehemaligen DDR (Korzilius/Rabbata 2006) wurden nach der Wiedervereinigung nicht übernommen.

Als Grundlage für die hier vorliegende Analyse und die sich daraus ableitenden Handlungsempfehlungen sprach sich das Gremium für das in der Einleitung beschriebene umfassende, an internationalen Standards und Definitionen

anknüpfende Verständnis der Primärversorgung aus. PV umfasst über die gesamte Lebensspanne alle für die Grundversorgung relevanten Bedarfe bis hin zur palliativen Versorgung. Sie muss daher die Rolle der hausärztlichen Versorgung innerhalb der ambulanten ärztlichen Versorgung stärken. Allerdings wäre die alleinige Fokussierung auf die hausärztliche Versorgung für die bestehenden Bedarfe der Bevölkerung und damit für die gesamte Spannweite der Primärversorgung nicht mehr ausreichend und zeitgemäß. Weitere für die Primärversorgung wichtige Berufsgruppen wie die Pflege müssen gleichberechtigt miteinbezogen werden.

### 2.2 Bezugsregion für die Primärversorgung

Primärversorgung ist das gesundheitliche und pflegerische Angebot auf der ersten Versorgungsebene, die für jede:n vor Ort verfügbare und erreichbar sein sollte. Sie bedarf somit immer eines klaren regionalen Bezugs, der für die Patient:innen räumlich nachvollziehbar ist (Primärversorgungsregion). Eine solche regionale Bezugsgröße der PV ist zwar prototypisch zu bestimmen. Aufgrund der Vielfalt der demografischen, sozialen und geografischen Gegebenheiten ist für jegliche räumliche Normgröße jedoch eine Anpassung an regionale Gegebenheiten zwingend mitzudenken. Dazu sind nachvollziehbare Kriterien zu entwickeln.

Obwohl der Begriff „Region“ oder der Zusatz „regional“ in den Sozialgesetzbüchern V und XI mehrfach genutzt wird<sup>1</sup>, existieren keine anerkannten Kriterien für Kleinräumigkeit in Deutschland. Weder Gebietskörperschaften<sup>2</sup> noch Definitionen von Siedlungsstrukturen<sup>3</sup> bilden per se eine einheitliche bzw. verbindliche Bezugsgröße pro Primärversorgungsregion (PVR) deutschlandweit ab, da sie in der Fläche und von den Einwohnerzahlen um 10er-Potenzen variieren.

Primärversorgung benötigt das Zusammenspiel vielfältiger Angebote und Institutionen in unterschiedlicher Trägerschaft und deren räumliche Einbindung. Wenn sie gelebt und von den Bürger:innen akzeptiert werden soll, ist es geboten, eine räumliche Dimension zu wählen, mit der sich

1 Z.B. in §§ 39b, 65c, 101, 140a, 266 SGB V bzw. §§ 8, 45c und d, 72, 86 SGB XI.

2 Die Einwohnerzahl der 10.751 Gemeinden weist eine Spannweite von 80 bis zu 3,7 Millionen Bewohner:innen aus. Die flächenbezogene Ausdehnung aller Gemeinden weist eine Spannweite von 0,45 bis zu 205 Quadratkilometern auf.

3 Als Planungsbereiche je Versorgungsebene der hausärztlichen Versorgung werden nach der BBSR-Definition Mittelbereiche als zentralörtliche Verflechtungsbereiche mittlerer Stufe als analytisches Raumkonstrukt vom G-BA herangezogen. Bundesweit existieren ca. 883 Mittelbereiche, deren Einwohnerzahl zwischen rund 10.000 bis zu 3,7 Millionen variiert.

die Bewohner:innen der Region und die Leistungserbringenden identifizieren können. Dies spricht gegen die Festlegung auf Flächenmaße, die nicht allgemein bekannt sind. So sind die in den Bedarfsplanungsrichtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) als Grundlage der ärztlichen Bedarfsplanung definierten Raumgrößen nach Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung (BBSR) – also die hausärztlichen Mittelbereiche – für die Bevölkerung nicht verständlich, erfahr- oder vermittelbar. Von daher spricht sich das Gremium dafür aus, die jeweils kleinsten Einheiten demokratisch legitimierter Gebietskörperschaften (Gemeinden, Bezirke, Stadtteile) als Grundlage für Primärversorgungsregionen auszuweisen. Die unterschiedlichen Einwohnerzahlen und Flächenausdehnungen sind mit der gebotenen Flexibilität in die lokale Ausgestaltung von PVR zu berücksichtigen. Kleine Gemeinden können zusammen eine PVR bilden, größere Flächengemeinden können gegebenenfalls je nach Siedlungsstruktur mehrere PVR ausweisen.

Bei rund 11.000 Gemeinden und Städten in Deutschland würde dies durchschnittlich zu 8.000 bis 10.000 Bewohner:innen pro PVR führen. Diese Relation entspricht beispielsweise den Einzugsgrößen schwedischer Primärversorgungseinrichtungen (Blohm 2025), während Finnland aufgrund seiner dünnen Besiedlung eine Größenordnung von 20.000 Bewohner:innen pro PVR als Zielgröße vorgegeben hat (Kringos et al. 2015). Eine Bezugsgröße auf Grundlage von 10.000 Einwohner:innen wird gemäß Bedarfsplanungsrichtlinie von acht hausärztlichen Sitzen abgedeckt – eine Größenordnung, die für gegenseitige Unterstützung und Vertretungen begründet ist.

Es ist ferner zu beachten, dass fachliche Bedarfe, die in der ersten Versorgungsebene für die Bevölkerung erforderlich sind, nicht mehr physisch präsent in jeder PVR (umfassend) vorgehalten werden müssen. Unter Nutzung digitaler bzw. telemedizinischer Angebote können die grundversorgenden Angebote virtuell zum Teil gleichwertig und oft mit höherer Qualität sichergestellt werden. Ortsungebundene digitale Versorgungsoptionen auf der ersten Ebene sind, wie in Frankreich (Deutsches Ärzteblatt 2025a), künftig zu erwarten.

Es verbleibt aber ein Bedarf für Präsenzangebote, die konstant oder zumindest in verlässlicher Regelmäßigkeit vor Ort vorgehalten werden müssen.

## 2.3 Definition des Primärversorgungsbedarfs

Bevor ein Reformbedarf entlang der aktuellen Gegebenheiten diskutiert wird, braucht es Klarheit, was in der Primär-

versorgung unabdingbar vorgehalten werden muss. In Ermangelung einschlägiger Literatur wird auf ein laufendes Projekt verwiesen, das eine Festlegung des ortsnahe Primärversorgungsbedarfs (PVB) entwickelt.<sup>4</sup>

Der gesundheitliche Primärversorgungsbedarf beschreibt den notwendigen medizinischen, pflegerischen, präventiven und koordinierenden Leistungsanspruch, der kleinräumig und flächendeckend auf der ersten Versorgungsebene vorgehalten werden muss und für alle Bürger:innen gewährleistet sein soll.

Dieser am Bedarf ausgerichtete Ansatz orientiert sich ausschließlich am patientenseitigen Leistungsbedarf und nicht an den heutigen Angebotsstrukturen der ersten Versorgungsebene und ermöglicht so eine interessens- und berufsunabhängige Sicht für eine Neujustierung der Primärversorgung. Wie bzw. durch wen diese notwendigen Leistungen angeboten werden, wird in den Kapiteln 3.3ff. diskutiert.

Wesentlichen Anteil an dem Leistungsbedarf werden neben akuten minderschweren Infektionen die in Morbiditätsstatistiken und Surveys ausgewiesenen chronischen Krankheitsbilder sowie die vorwiegend altersbedingte Fragilität haben. Dies ist durch regionale Gesundheitsberichterstattung zu spezifizieren.

Eine alleinige Ableitung des PVB aus den gängigen Morbiditätsstatistiken (Rommel/Ziese 2023; Destatis 2026; Michael et al. 2022) hilft allerdings nicht, da sie vorwiegend auf Abrechnungsdaten beruhen bzw. nur die Inanspruchnahme der Versorgungsangebote widerspiegeln. Unter-, Fehl- oder Überversorgung würden so als Bias mit abgebildet. Ob die Gesundheitsstudie zu Nationalen Kohorten (NaKo) validere Daten für die Einschätzung eines PVB vorlegen kann (NAKO o. J.), bleibt abzuwarten.

Damit im Zusammenhang steht ein Care- und Case-Management als möglichst verbindliche Unterstützungs-, Steuerungs- und Koordinationsfunktion. Die Einbindung individualpräventiver Maßnahmen, aber auch die kontinuierliche verhältnispräventive Einflussnahme gemeinsam mit anderen Institutionen wird impliziert. Die Verhältnisprävention ist nach dem Lebensweltenkonzept stets kleinräumig, also passend zum Konzept der PVR, zu verorten.

Bedarfsnotwendige Leistungsangebote auf der ersten Versorgungsebene berücksichtigen insbesondere die Häufigkeit und Breite der Behandlungsanliegen und die Abgrenzung zu einem spezifischen Versorgungsaufwand. Es wurden Erkenntnisse aus den (wenigen) deutschen Modellversuchen

<sup>4</sup> Die Bertelsmann Stiftung initiierte 2024 einen Diskussionsprozess, um den notwendigen Umfang der Primärversorgung zu definieren. Mit der Bestimmung eines Primärversorgungsbedarfs soll ein neuer Ansatz in der Reformdiskussion eingeführt und sektoren- und berufsbezogene Denkschemata überwunden werden. Nach einer umfangreichen Literaturrecherche wurde eine erste textliche Diskussionsfassung erstellt. Dazu wurden Wissenschaftler:innen aus relevanten Fachgebieten gebeten, Kurzgutachten zur Ausformulierung eines PVB zu erstellen, die in einem gemeinsamen Diskussionsprozess kommentiert und zusammengeführt wurden. Die mittels dieses „Delphi“-ähnlichen Verfahrens gewonnenen Erkenntnisse werden hier präsentiert. Eine weitere Konsolidierung der Ergebnisse wird zurzeit vorbereitet. Der Expert:innenkreis dankt der Bertelsmann Stiftung, diesen Zwischenstand in die aktuelle Reformdiskussion zur Primärversorgung einbringen zu dürfen.

mit regionaler Ausrichtung (vgl. PKV et al. o. J.) und Strukturen in anderen regional ausgerichteten Gesundheitssystemen (z. B. in GB, vgl. Johnes et al. 2024; und NL, vgl. DACHIST 2024) herangezogen. Ein so bestimmter prototypischer PVB muss – je nach regionaler Krankheitslast, Demografie und anderen regionalspezifischen Rahmenbedingungen – aber auch durch zusätzliche Angebote ergänzt werden können.

Ein verlässlicher bedarfsbezogener Zugang zu Leistungen kann unterschiedlich angeboten werden. Eine an den üblichen Öffnungszeiten im ambulanten Bereich orientierte physische Anwesenheit von Fachkräften kann für einzelne Leistungen durch temporäre Angebote, digitale Strukturen oder telemedizinische Möglichkeiten ersetzt oder ergänzt werden. So können heute schon mindestens 30 Prozent aller primärmedizinischen Leistungen telemedizinisch wahrgenommen werden (Chang et al. 2024; Ferguson et al. 2024). Bei einigen nicht köpernahen Leistungen und Beratungsangeboten, z. B. in der Psychotherapie, ist die persönliche Anwesenheit des Fachpersonals nicht zwingend geboten. Dies erhöht die Flexibilität für Präsenzvorhaltungen von Leistungen vor Ort. Die künftige Entwicklung dürfte diese Tendenz noch verstärken.

Ferner kann die Leistungserbringung in der Primärversorgungsebene weiter differenziert werden: Während ein akuter Behandlungs- oder Betreuungsbedarf in den meisten Fällen vor Ort abgedeckt werden muss, kann die Mehrzahl planbarer, nicht zeitkritischer Interventionen oder Konsultationen über eine Terminvereinbarung (z. B. bei Vorsorgeuntersuchungen) nur zu bestimmten Zeiten in der PVR oder auch außerhalb erfolgen.

Auf der ersten Versorgungsstufe wurde ein ortsnaher Versorgungsbedarf definiert, der für alle Bürger:innen vorhanden und erreichbar sein soll. In der Summe bildet sich so der notwendige Primärversorgungsbedarf ab.

Er besteht aus:

- einem breiten primärmedizinischen Angebot, das die Spanne von Kinder- und Jugendgesundheit bis zur allgemeinen palliativen Versorgung abdeckt
- einem ambulanten Pflegeangebot gegebenenfalls mit einem Angebot einer gemeinschaftlichen Wohn-/Pflegeform für Menschen mit Demenz<sup>5</sup>
- einem präventiven Angebot
- einem Care- und Case-Management

- einer niedrigschwelligen psychologischen Beratung und Unterstützung
- einer Medikamentenversorgung
- einem physiotherapeutischen Angebot
- prä- und postnataler Versorgung
- einer dentalen Versorgung

Die ausgewiesenen Leistungsbedarfe sind nicht mit spezifischen Berufsbildern gleichzusetzen. Erst in einem weiteren Schritt ist abzuklären, in welcher Form und mit welchen fachlichen Qualifikationen eine Abdeckung der Bedarfe vorgenommen werden kann und soll.

<sup>5</sup> Ausgehend von einer Prävalenz der Demenz von ca. zwei Prozent in Deutschland, von denen 40 Prozent nicht häuslich betreut werden, besteht ein Bedarf von 80 Plätzen einer gemeinschaftlichen Wohn-/Pflegeform für Menschen mit Demenz pro PVR.

# 3

## Maßnahmenvorschläge zur Stabilisierung der Primärversorgung

### 3.1 Vorbemerkung

#### 3.1.1 Reformbedarf

Das komplex strukturierte deutsche Gesundheits- und Pflegewesen weist, wie zahlreiche beschrieben, strukturelle und prozessbezogene Unwägbarkeiten auf, die bestenfalls historisch begründbar sind. Reformabsichten scheitern zu oft an Interessenskollisionen und Egoismen. Stattdessen wurden häufig Partialinteressen durch finanzielle Zuwendungen befriedigt, ohne die Interoperabilität des Systems zu hinterfragen. Solche vermeintlichen Lösungen über pointierte erhöhte Zuwendungen funktionieren künftig aus gesamtökonomischen und gesellschaftlichen Gründen nicht mehr. Eine Optimierung der geltenden Rahmenbedingungen, die die Leistungserbringung insgesamt effektiver und effizienter gestaltet, ist geboten. Dies gilt entsprechend für die Primärversorgung. Es scheint daher sinnvoll und angebracht, sich grundsätzlichen Überlegungen für Reformen zugunsten einer flächendeckenden Primärversorgung zu widmen.

Ein weiteres Charakteristikum der gesundheitlichen Versorgungsangebote ist ein scheinbar zufälliges räumliches Nebeneinander von regionaler oder versorgungsspezifischer Fehl-, Unter- und Überversorgung. In Regionen, in denen diese nach den heutigen Maßstäben und Vorgaben leistungsfähig angeboten werden können, besteht kein vorrangiger Handlungsbedarf. In Regionen, in denen notwendige Angebote der Primärversorgung nicht mehr gewährleistet sind, sind zusätzliche attraktive Maßnahmen für mehr Flexibilität und weniger restriktive Vorgaben erforderlich, auch wenn damit die generellen systemischen Vorgaben verlassen werden müssen. Ziel ist es also, neben einer allgemeinen Optimierung der Effizienz und Effektivität, bestehende regionale Versorgungsdefizite in den Fokus zu nehmen (vgl. Abbildung 1). Eine funktionierende flächendeckende Primärversorgung ist für das Gesundheitswesen essenziell und alternativlos.

#### 3.1.2 Notfallversorgung

Mit der Notfallreform sollen 24/7-Erreichbarkeit und Kooperationspraxen verpflichtend vorgegeben werden. Damit korreliert die Notfallreform unmittelbar mit einer neu zu positionierenden Primärversorgung. Trotz Schnittmengen (wie z. B. bei der Nutzung der 116117) hat sich die Expertise im Folgenden nicht mit dem ärztlichen Bereitschaftsdienst (Kassenärztlicher Notdienst), der rettungsdienstli-

chen Notfallversorgung und dem Notfallmanagement der Krankenhäuser befasst, da sie einer anderen Systematik und Struktur unterliegen und sich diese Thematik bereits im Gesetzgebungsverfahren befindet.

#### 3.1.3 Umfang der primärmedizinischen Versorgung

Die primärmedizinische Versorgung umfasst in Anlehnung an die gesetzliche Definition der hausärztlichen Versorgung im Rahmen dieses Positionspapiers sowohl die allgemeinmedizinische als auch die kinder- und jugendärztliche Versorgung. Soweit in einzelnen Regionen keine kinderärztliche Versorgung flächendeckend angeboten werden kann, wird diese häufig von Allgemeinmediziner:innen wahrgenommen.

### 3.2 Definitionen von Unterversorgung: Datengrundlagen und Reformbedarf in der Bedarfsplanung

Eine Definition von Unterversorgung existiert in Deutschland nur für die vertragsärztliche Versorgung in § 100 SGB V in Verbindung mit der Bedarfsplanungsrichtlinie (BPl-R) des G-BA gemäß § 101 SGB V. Sie regelt in erster Linie die Verteilung von vertragsärztlicher Kapazität – unter Berücksichtigung demografischer sowie sozial- und morbiditätsorientierter Korrekturfaktoren.

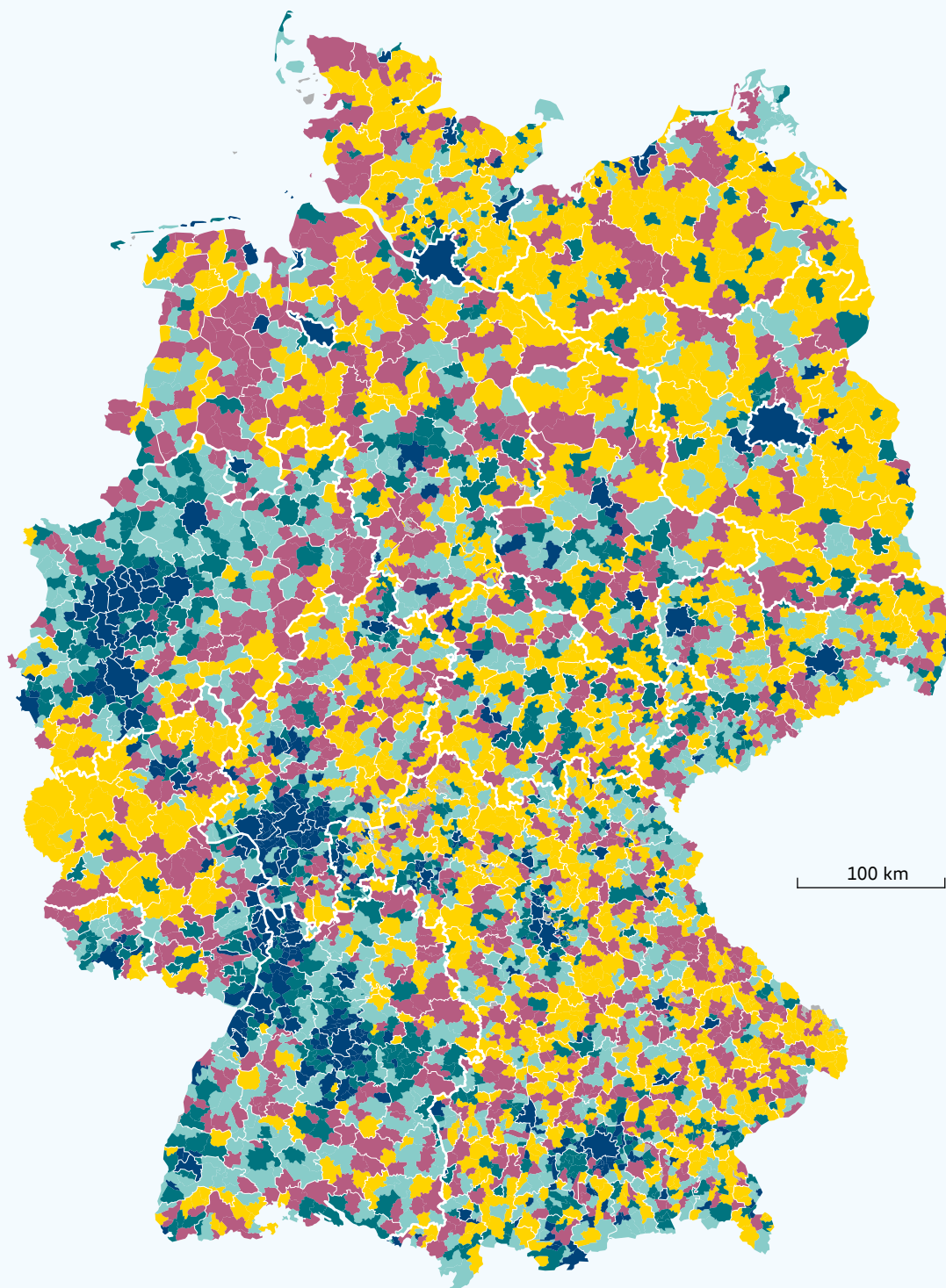
Für alle anderen Leistungsangebote der PV bestehen keine klaren Vorgaben dazu, ab wann eine Unterversorgung vorliegt. Die Verantwortung der Pflegekassen wird durch das Gesetz zur Befugnisenerweiterung und Entbürokratisierung in der Pflege (BEEP) für den Sicherstellungsauftrag in der pflegerischen Versorgung (§ 69 neu SGB XI) konkretisiert: Pflegekassen müssen bei pflegerischer Unterversorgung definierte Maßnahmen ergreifen. Eine Klarstellung, anhand welcher Kriterien diese Feststellung von Unter- und/oder Fehlversorgung getroffen werden soll, fehlt aber.

Für alle anderen grundversorgenden Leistungen, wie z. B. in der Hebammenversorgung oder von physiotherapeutischen Angeboten, fehlen jegliche Ansätze einer Versorgungsplanung. Eine Sicherstellungsverantwortung ist für diese Berufsgruppen nicht spezifisch geregelt und kann gegebenenfalls aus der Daseinsvorsorge abgeleitet werden.

Die bisherige hausärztliche Bedarfsplanung ist für die Primärversorgung neu auszurichten. Sie ist an die künftigen berufsübergreifenden, räumlichen und organisatorischen

# Einwohneranteil mit fußläufiger Entfernung zur nächsten Hausarztpraxis

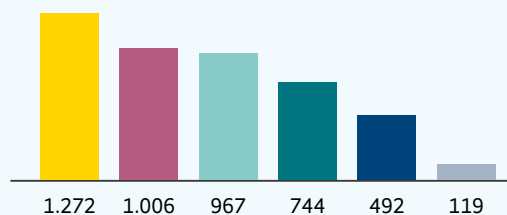
in Prozent



**Anteil Einwohner:innen mit max. 1.000 m Distanz zum nächsten Hausarzt/zur nächsten Hausärztin 2023**

- |                                                          |                                                       |
|----------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|
| <span style="color: yellow;">■</span> bis unter 45       | <span style="color: teal;">■</span> 75 bis unter 90   |
| <span style="color: maroon;">■</span> 45 bis unter 60    | <span style="color: darkblue;">■</span> 90 und mehr   |
| <span style="color: lightteal;">■</span> 60 bis unter 75 | <span style="color: grey;">■</span> nicht ermittelbar |

**Häufigkeiten**



Quelle: BBSR Bonn 2025, eigene Darstellung.

Bedingungen eines Primärversorgungssystems anzupassen. Die Orientierung an Mittelbereichen weist grundsätzliche Schwächen auf (alle Großstädte sind ein Mittelbereich) und können erhebliche Versorgungsungleichheiten mit sich bringen (Schillen et al. 2023). Die fehlende Orientierung an den Zuständigkeiten der Gebietskörperschaften (z. B. künftig in der Pflegestrukturplanung), erschwert detaillierte regionale Planungen, insbesondere zur Abwendung von Unter- und Fehlversorgung. Für die erweiterten Aufgaben der Primärversorgung sollte der G-BA Mindeststandards für einen neuen Versorgungsauftrag definieren, der Grundlage für die ambulante Bedarfsplanung wird (Richards 2025). Diese Definition soll den Fokus vorrangig auf ambulante und flexible Versorgungskonzepte legen, welche die Strukturen der Altenhilfe in kommunaler Zuständigkeit (SGB XII) mit einbeziehen.

In Ergänzung zu der bundeseinheitlichen Neuausrichtung der Bedarfsplanung sind die Kriterien, Instrumente und Daten vorzugeben, mit denen die notwendige regionale Varianz des Bedarfs bestimmt und kontinuierlich beobachtet werden kann. Bisher ist die Bedeutung einer Gesundheitsberichterstattung jedoch nicht ausreichend anerkannt. Ohne diese können öffentlich zugängliche und digital abrufbare Regionaldossiers als Grundlage zur Ausgestaltung einer bedarfsnotwendigen regionalen Versorgung aber nicht entwickelt werden.

Um eine umfassende multiprofessionell organisierte Primärversorgung auf einer regionalen Ebene planen zu können, ist ein breiterer Ansatz zur Bestimmung des regionalen Bedarfs erforderlich. Dieser berücksichtigt die demografische Zusammensetzung der Bevölkerung, die Erkrankungshäufigkeiten und insbesondere die Multimorbidität sowie Komorbiditäten psychischer und somatischer Erkrankungen und Pflegebedarfe. Dazu sollten soziale Faktoren wie Armutsquoten kommen, da z. B. aufgrund geringerer Gesundheitskompetenzen die Versorgung in ärmeren Gebieten zusätzliche Komplexitäten aufweist und die Miteinbeziehung der Sozialarbeit in die Primärversorgung notwendig machen kann. Eine darauf basierende kommunale Gesundheitsstrukturdatensammlung ist als Grundlage für die jeweilige regionale Ausgestaltung des Primärversorgungsangebots geboten. Dabei sind die von den Bewohner:innen einer Primärversorgungsregion erlebten Versorgungsbedarfe durch partizipative Verfahren mit zugrunde zu legen (Tollmann et al. 2025). Ein solches umfassendes Verfahren der Bedarfsermittlung wurde bisher nur punktuell erprobt (Dickel et al. 2025).

### Handlungsempfehlungen

→ Die Bundesregierung soll gesetzliche Handlungsaufträge an klare Definitionen knüpfen. Dazu ist es vorrangig für die pflegerische Versorgung notwendig, den rechtlich vorgegebenen Sicherstellungsauftrag nach § 69 SGB XI an festzulegende Kriterien

zu binden und zur Grundlage der dort geregelten Entscheidungsvorgabe von Pflegekassen zu machen. Es bietet sich an, den Qualitätsausschuss nach § 113 SGB XI mit der Bestimmung von Kriterien für die Evaluation der regionalen Versorgungssituation nach § 69 Abs. 2 Satz 1 zu beauftragen und diese Kriterien zur Grundlage des § 69 Abs. 1 SGB XI vorzugeben.

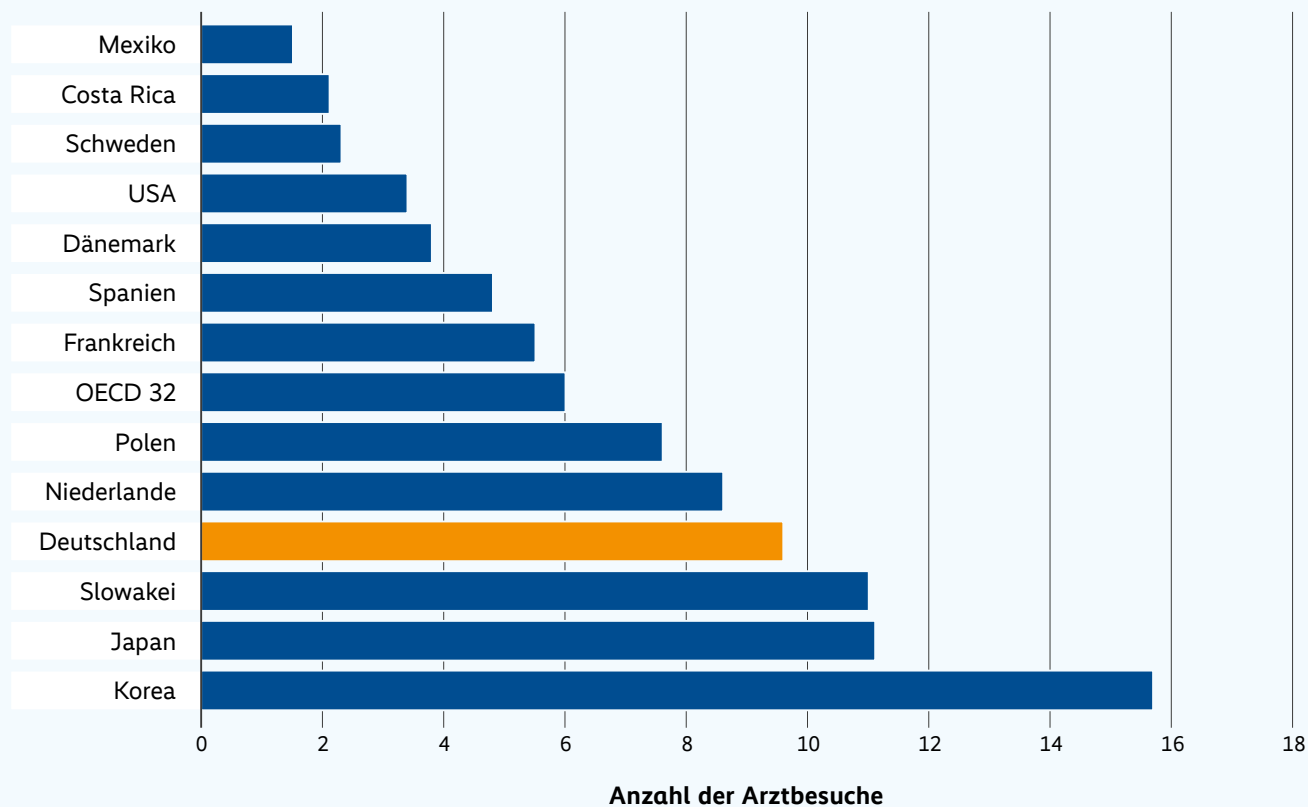
- Zur Erkennung und Feststellung von Mangellagen bei sonstigen bedarfsnotwendigen Angeboten der PV soll der G-BA beauftragt werden, angebotsspezifische Empfehlungen für die Versorgungssicherheit zu entwickeln.
- Ziel bleibt eine verzahnte (SGB V, XI und XII) und übergreifende Bedarfsplanung, auch auf regionaler Ebene. Diese setzt klare Begriffsbestimmungen für eine Versorgungseinschätzung voraus.
- Die bisherige hausärztliche Bedarfsplanung des G-BA ist an die neuen Anforderungen eines Primärversorgungssystems in Form fachlicher Mindeststandards anzupassen.
- Eine verlässliche Datengrundlage ist für die regionale Ausgestaltung der Primärversorgung zwingend. Notwendig sind öffentliche und digital abrufbare Regionaldossiers über die relevanten Gesundheits- und Pflegedaten, die für kommunalorientierte Planungen und Entwicklungen in den Primärversorgungsregionen genutzt werden könnten.
- Dies ist mit der Gesundheitsberichterstattung des Öffentlichen Gesundheitsdienstes zu koordinieren. Seinem gesetzlichen Auftrag entsprechend soll das Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit (BIÖG) koordinierend Standards empfehlen.

### 3.3 Reduktion der Arbeitsbelastung in der Primärversorgung

Das Gremium identifizierte einige Ansatzpunkte, die die hausärztliche Belastung in der PV wirksam vermindern können. Alle Patient:innen der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) hatten 2025 durchschnittlich 3,7 Kontakte zu hausärztlichen Praxen (ohne die Personen, die gar keinen Arztkontakt hatten, kommt man auf 5,7 Kontakte). Die Zahlen sind, mit einer vorübergehenden Reduzierung während der Coronapandemie, seit mehreren Jahren konstant geblieben (Kaiser 2025).

Im internationalen Vergleich fällt Deutschland über alle Facharztgruppen mit sehr vielen Arztkontakten auf (vgl. Abbildung 2), aber auch mit einer der kürzesten Kontaktdauer pro Patient:in (vgl. Abbildung 3).

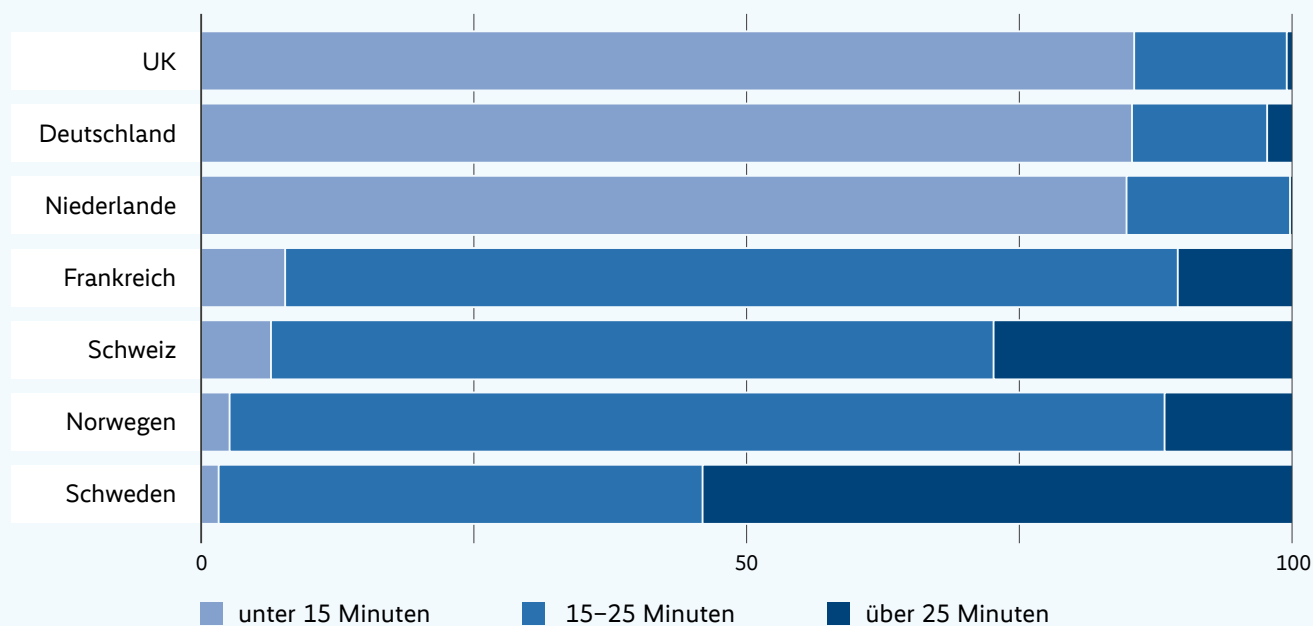
### Anzahl der jährlichen Arztbesuche 2021



Quelle: OECD 2023a: 109, eigene Darstellung.

### Anteil der Allgemeinmediziner:innen nach der Durchschnittszeit bei einem Routinebesuch, 2019

in Prozent



Quelle: Reif et al. 2023: 22.

Vergleichszahlen zur Nutzung pflegerischer Dienste liegen abgesichert nicht vor. Folgende Ansätze zur Reduktion der hohen Kontaktzahlen zur PV wurden identifiziert.

### 3.3.1 Stärkung der Gesundheitskompetenz und Unterstützung bei der eigenen Entscheidungsfindung

Um auch in Anbetracht der demografisch zu erwartenden Mehrbelastung den Bedarf nach professioneller Primärversorgung nicht weiter anwachsen zu lassen beziehungsweise auf ein international übliches Niveau abzusenken, sind präventive Strategien und Möglichkeiten zur Reduzierung der Patientenkontaktzahlen in der Primärversorgung allen anderen, womöglich restriktiven Maßnahmen vorzuziehen. Damit sollen die Betroffenen besser befähigt werden, eigenverantwortliche Maßnahmen zu ergreifen beziehungsweise ihre Lebensweise und -lage so zu gestalten, dass eine Verschlechterung von Beschwerden verhindert oder verzögert wird.

#### Stärkung der Gesundheitskompetenz durch Aneignung von Gesundheitswissen, Gesundheitsförderung und Primärprävention

Gesundheitskompetenz umfasst die Fähigkeit von Menschen, Gesundheitsinformationen in unterschiedlicher Form zu finden, zu verstehen, zu beurteilen und anzuwenden. In Deutschland weisen gegenwärtig jedoch 55,7 Prozent der Bürger:innen eine geringe Gesundheitskompetenz auf, bei Menschen mit niedrigem Sozialstatus, finanzieller Deprivation und niedrigem Bildungsniveau liegt der Anteil bei über 77 Prozent. Im Vergleich zu 2019 hat sich nur die digitale Gesundheitskompetenz der Bevölkerung merklich verbessert, also die Fähigkeit, verlässliche Informationen zu Gesundheitsfragen im Internet zu identifizieren (Schaefer et al. 2025).

Entsprechend ist die Bereitschaft, Eigenverantwortung bei Krankheit oder Gesundheit zu übernehmen, wenig vorhanden – wohl auch, da tradiertes Gesundheitswissen nicht mehr erlernt wird beziehungsweise aufgrund der sich wandelnden Familienstrukturen nicht abgerufen werden kann.

Primärpräventive Maßnahmen brauchen einen mittel- bis langfristigen Vorlauf, bevor sie die Krankheitslast einer Bevölkerung spürbar reduzieren (Masamitsu et al. 2018; Joussilahti et al. 2016). Die steigenden Zahlen primärpräventiv anzugehender Erkrankungen beziehungsweise der Gebrauch von gesundheitsschädlichen Produkten und Stoffen zeigen, dass Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung hierzulande, insbesondere bei Jugendlichen, in der Vergangenheit zu lange versäumt wurden. Deutschland verweigert immer noch einfache und international bewährte Regulationen, wie eine Zuckersteuer, ansteigende Alters-

begrenzungen für den Tabakkonsum oder zeitliche und örtliche Zugangsbeschränkungen zu Alkohol.

In diesem Zusammenhang ist auf die Kompetenz und Aktivitäten des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (ÖGD) zu verweisen, der über seine quartiersnahen Angebote, die ihm landesgesetzlich vorgegeben sind, einen systemischen Zugang zu den unterschiedlichen lokalen Lebenswelten eröffnen kann. Dies betrifft, je nach länderbezogener Ausprägung, ein breites Spektrum von Angeboten der Mütterberatung, der Schulgesundheitspflege, der Gesundheitsberichterstattung, von gruppenspezifischen Angeboten für besonders gesundheitlich belastete Gruppen oder auch mittels der oft ausgeprägten präventiven Quartiersarbeit. Der ÖGD ist von daher Bestandteil eines umfassenden Primärversorgungsverständnisses und kann eine gemeinsame Präventionsstrategie prägend unterstützen (Hänel et al. 2025).

Eine relevante, international erprobte Maßnahme zur zielgruppenorientierten Prävention ist der Einsatz von Schulgesundheitsfachkräften, die sowohl zu einer Verbesserung der Gesundheitskompetenz und zur Primärprävention im Schulalter relevante Impulse beitragen wie auch das schulische Coping<sup>6</sup> von erkrankten Kindern erleichtern können (Metzner-Guczka et al. 2025; Vogt et al. 2025).

Mit weniger zeitlichem Vorlauf sind Präventionsmaßnahmen zur Verhinderung und Vorsorge von zunehmender Pflegebedürftigkeit erfolgreich. Dies betrifft einerseits eine Einflussnahme auf die Lebensumstände hochbetagter Menschen, bei denen es versäumt wird, Belastungen oder gesundheitliche Gefahren, wie z. B. Stürze, zu vermindern. Ein weiterer Fokus soll andererseits auf die nicht immer vorhandene Kompetenz pflegender Angehöriger zur Verhinderung einer zunehmenden Fragilität gelegt werden. Die jüngste Studie der OECD belegt den qualitativen und ökonomischen Nutzen der Pflegeprävention.<sup>7</sup>

### Handlungsempfehlungen

→ *Im Public Health Index (AOK/DKFZ 2025) schneidet Deutschland deutlich unterdurchschnittlich ab. In drei von vier Bereichen – Tabak, Alkohol und Ernährung – landet die Bundesrepublik auf den hinteren Rängen. Staatliche Maßnahmen, die die Attraktivität und den Konsum anerkannter schädigender Substanzen (Noxen) für die Gesundheit (Alkohol, Tabak und Zucker) mindern, sind endlich gesetzlich umzusetzen. Wirtschaftliche Interessen einzelner Branchen dürfen in Deutschland nicht länger höher bewertet werden als die Gesundheit der Bevölkerung.*

<sup>6</sup> Coping bezeichnet die Bewältigungsstrategien von Kindern im Umgang mit Stress, Leistungsdruck und Ängsten im Schulalltag.

<sup>7</sup> „Schätzungen der OECD zeigen, dass eine Erhöhung der Ausgaben für Prävention um 10 % innerhalb von fünf Jahren zu einer Reduktion chronischer Erkrankungen und zu einer Senkung der Gesundheitsausgaben um etwa 0,9 % führen kann. Präventive Maßnahmen, wie Hausbesuche in Norwegen, verringern zudem Krankenhauseinweisungen, Aufnahme in Langzeitpflegeeinrichtungen, Aufenthaltsdauer im Krankenhaus sowie die Sterblichkeit älterer Menschen (OECD 2025).“

- In den jeweiligen Lebenswelten (Quartier, Kita, Schule, Arbeitsplatz, Pflegeeinrichtungen, Vereine etc.) sollen Gesundheitswissen und gesunde Lebensweisen kontinuierlich und verstärkt vermittelt werden. Dies ist flächendeckend zu gewährleisten. Der ÖGD soll dabei verstärkt eingebunden werden.
- Primärprävention ist angepasst an regionale Strukturen auszugestalten. Deshalb sollen die nach § 20 f Abs. 1 SGB V zu schließenden Landesrahmenvereinbarungen auf Wunsch von unteren Gebietskörperschaften auf Kreis- oder kommunaler Ebene diversifiziert werden.
- Regionale Gesundheitskonferenzen eignen sich zur Koordination und Weiterentwicklung von Präventionskonzepten. Sie können für einzelne Primärversorgungsregionen oder, falls geboten, für einen Verbund mehrerer PVR unter der gemeinsamen Leitung der Kostenträger und der Gebietskörperschaft (unter Einbindung des ÖGD) einen Präventionsplan für die regionale Gesundheitsförderung und Primärprävention zielgenau abstimmen. Dabei sind die jeweiligen räumlichen und sozialen Gegebenheiten der PVR zu berücksichtigen. Zu beteiligen sind alle Vertretungen (auch der anerkannten Pflegeberufsorganisationen auf regionaler Ebene) und Organisationen der regionalen Primärversorgung. Nicht unmittelbar in die ambulante Versorgung eingebundene Gesundheitseinrichtungen wie betriebsärztliche Dienste, Apotheken, der Medizinische Dienst oder Pflegestützpunkte sind an der Vereinbarung gesundheitsfördernder regionaler Konzepte zu beteiligen, so sie Leistungen der Prävention mit übernehmen. Positive Erfahrungen für eine erfolgreiche gesundheitsförderliche Intervention liegen in Bezug auf den Einsatz von Schulgesundheitsfachkräften vor.
- Ein besonderes Augenmerk ist auf Maßnahmen zur Pflegeprävention zu legen, die kurzfristig zu einer Verbesserung und Verhinderung von Fragilität beitragen. Die kürzlich vorgestellten Überlegungen der Kommission zur Pflegereform gehen in die richtige Richtung (BMG 2025).
- Dass BIÖG entwickelt bundeseinheitliche Standards für regionale gesundheitsförderliche Interventionen bzw. deren Evaluation durch den ÖGD und stellt diese den Ländern in Form fachlicher Richtlinien zur Verfügung.

### **Zertifizierung von qualifizierten Gesundheitsinformationen**

Im Falle einer Erkrankung bzw. drohender oder bereits beginnender Pflegebedürftigkeit wird in der Bevölkerung zunehmend – wie in der jüngst vorgestellten dritten deutschen Gesundheitskompetenzstudie (HLS-GER 3, vgl. Schaeffer et al. 2025) gezeigt –, auf die digital verfügbaren Gesundheitsinformationen zugegriffen, um eine Einschätzung für das „richtige“ Vorgehen zu erhalten. Außenstehenden ist es allerdings kaum möglich, die Qualität der Informationen zu bewerten (Wilhel/Rebitschek 2026). Bisher bieten verschiedene Bundesoberbehörden oder Einrichtungen der Selbstverwaltung Gesundheitsinformationen an (IQWiG o. J.). Krankenkassen bieten ebenfalls Informationen an, teilweise auch zur Qualität von Gesundheitsinformationen (TK o. J.; Stiftung Gesundheitswissen o. J.). Eine Initiative zur Zertifizierung von Anbietern solcher Gesundheitsinformationen und deren Veröffentlichungen wird im deutschsprachigen Raum zurzeit in dem Projekt InfoCure (Careum et al. 2025) entwickelt. Die Schirmherrschaft des Projekts hat der Patientenbeauftragte der Bundesregierung übernommen. Ungelöst bleibt, wie Glaubwürdigkeit und Verlässlichkeit der Gesundheitsinformationen von inzwischen zunehmend frequentierten KI-Tools gewährleistet werden können.

### **Handlungsempfehlungen**

- Mit Unterstützung der Bundesregierung wird ein Siegel „Verlässliche Gesundheitsinformation“ (o. ä.) entwickelt, um Anbieter von öffentlich im Netz zugänglichen Gesundheitsinformationen für die Nutzung dieses Qualitätssiegels und deren Veröffentlichungen zu zertifizieren. Die Zertifikatsträger werden veröffentlicht. Die so zertifizierten Informationen werden zur fachlichen Grundlage eines erweiterten Onlineangebots zur Gesundheitsberatung (s. a. Erweitertes Onlineangebot zur Gesundheitsberatung).
- Maßnahmen zur Absicherung der Wertigkeit von Gesundheitsinformationen, die durch KI-Tools angeboten werden, sind zu prüfen.
- Das BIÖG wird über eine öffentlichkeitswirksame Kampagne die Bekanntheit des Zertifikats fördern.

### **Erweitertes Onlineangebot zur Gesundheitsberatung**

Soweit Rat- oder Hilfesuchende anstelle eines persönlichen Kontakts zu Einrichtungen der Primärversorgung gezielt inhaltliche oder organisatorische Gesundheitsinformationen benötigen, können sie durch Onlineberatungsangebote unterstützt werden. Ein solches Selbsteinschätzungssystem (Der Patientenservice o. J.) wird punktuell bereits angeboten.

Dieses Angebot wird einer persönlichen gesundheitsfachlichen Beratung und Koordination vorgeschaltet, muss aber so strukturiert sein, dass in Zweifelsfragen oder bei absehbarer Komplexität und Dringlichkeit der Übergang zu einer individuellen Unterstützung gewährleistet ist (GKV 2025). Insofern bietet es sich an, eine solche gesundheitsberatende Informationsplattform mit den Terminservicestellen 116117, die eine persönliche Kategorisierung und Strukturierung des Hilfesuchens vornehmen, zu verbinden. Auch

andere Institutionen können diese gesundheitliche Vorfeldberatung nutzen und sich mit ihr verlinken, solange der standardisierte Übergang in eine persönliche Beratung ohne Informations- und Zeitverlust gegeben ist. Soweit vorhanden, sollen zertifizierte Gesundheitsinformationen dem Onlineinformationsangebot zugrunde liegen (s. a. Zertifizierung von qualifizierten Gesundheitsinformationen).

## Handlungsempfehlungen

→ *Kostenträger und Leistungserbringer werden verpflichtet, gemeinsam ein standardisiertes digitales Onlineportal einzurichten, das über grundlegende Strukturen der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung, die vorgegebenen Prozesse und Anforderungen sowie Zuständigkeiten informiert. Nach einer Symptomabfrage können zertifizierte Gesundheitsinformationen (s. a. Zertifizierung von qualifizierten Gesundheitsinformationen) angeboten und bei leichten Erkrankungen Verhaltensregeln und einfache Behandlungshinweise auf der Grundlage eines Selbsteinschätzungssystems integriert werden.*

→ *Die Plattform muss Hinweise auf eine ernsthafte Erkrankung erkennen und bei diesen Personen eine automatische Weiterleitung zur weiteren Abklärung an die persönliche Beratung der Regelversorgung oder der Terminservicestellen veranlassen.*

### Erweiterung der Terminservicestelle zu einem Gesundheitsportal

Soweit das digitale Onlineberatungsangebot keine befriedigende Klärung des Patientenersuchens vornehmen kann oder primär ein persönlicher Kontakt gewünscht wird, steht eine assistierte Beratung über die Terminservicestellen zur Verfügung. Neben der ursprünglichen Aufgabe der Terminvermittlung kann deren geschultes Personal mittels einer strukturierten Abfrage:

- auf die Informationen des Onlineangebots (s. a. Erweitertes Onlineangebot zur Gesundheitsberatung) zurückgreifen und diese erläutern,
- weitergehende spezifische Beratung abrufen,
- organisatorische oder administrative Fragen klären
- oder eine gesundheitliche Ersteinschätzung (z. B. Strukturierte medizinische Ersteinschätzung in Deutschland – SmED) vornehmen bzw.

→ in dringlichen oder komplexen Fällen eine Weiterleitung der Anfrage an ärztliche oder gegebenenfalls rettungsdienstliche Kompetenzen vornehmen.

Das ärztliche Personal der Terminservicestellen kann Bescheinigungen wie Hilfsmittelfolgeverordnungen und Rezepte, Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen bzw. Routineüberweisungen ausstellen, soweit dies für den akuten Fall geboten oder durch hinterlegte Informationen der elektronischen Patientenakte (ePA) nachvollziehbar ist. Die veranlassten Leistungen werden in der ePA dokumentiert.

Diese Möglichkeit der Unterstützung soll sich in der Primärversorgung nicht auf medizinische Fragestellungen beschränken, sondern auch pflegerische und andere fachliche Anliegen des PVB umfassen. Die notwendigen Kompetenzen können, soweit sie nicht im System hinterlegt sind, durch direkte und gesicherte Weiterleitung an andere zuständige Stellen eingebracht werden. Ziel ist ein umfassendes Gesundheitsportal, das als erste Anlaufstelle für alle gesundheitlichen Anfragen dienen kann. Beispielgebend ist das telefonische Gesundheitsportal von Niederösterreich<sup>8</sup> (1450 o. J.), das einen Großteil der Patientenanliegen zufriedenstellend und abschließend klärt.

Zusammen mit den damit eingebundenen telemedizinischen Beratungen können – so die internationalen Erfahrungen aus der Schweiz (Medi24 o. J.), aus Niederösterreich, den USA (Chang et al. 2024) und inzwischen auch aus dem niedersächsischen Modell des Kassenärztlichen Bereitschaftsdienstes (Deutsches Ärzteblatt 2025b) – ca. 70 Prozent des Hilfeersuchens abschließend geklärt werden. Unter Berücksichtigung ausländischer Erfahrungen wird geschätzt, dass Präsenztermine um ca. 30 Prozent reduziert werden könnten (Ferguson et al. 2024).

## Handlungsempfehlungen

→ *Das Angebot der Terminservicestelle (116117) wird über den medizinischen Bereich ausgeweitet und – neben einer Terminvergabeplattform – zu einem allgemeinen Gesundheits- und Pflegeportal erweitert.*

→ *Soweit es sich aus der vorgeschalteten Ersteinschätzung begründet, werden qualifizierte Gesundheitsinformationen einschließlich gesundheits- oder pflegebezogener Handlungsempfehlungen ausgesprochen. Für weitergehende Fragen wird eine persönliche, telefonische, gegebenenfalls videogestützte Konsultation durch qualifiziertes Gesundheitsfachberufliches oder ärztliches Personal 24/7 angeboten.*

<sup>8</sup> Das telefonische Gesundheitsportal bietet die Möglichkeit, ohne persönlichen Kontakt Hilfe zu erhalten. Eine medizinisch geschulte diplomierte Krankenpflegeperson berät und verweist in dringlichen Fällen an die zuständige Stelle, wie den Rettungsdienst. Das Portal ist rund um die Uhr und sieben Tage die Woche kostenlos unter der Telefonnummer 1450 erreichbar (Amt der NÖ Landesregierung 2026).

→ *Soweit es sich nicht um ärztliche oder ärztlich veranlasste Maßnahmen im Rahmen der heutigen Zuständigkeit der Kassenärztlichen Vereinigungen handelt, werden die jeweiligen rechtlich zuständigen Kostenträger die Finanzierung der erweiterten Angebote der 116117 übernehmen.*

### 3.3.2 Reduzierung der Belastung der Primärversorgung durch Koordination

#### Zugang zur Primärversorgung an eine Ersteinschätzung binden

Im Zusammenhang mit der geplanten Einführung eines möglichen Primärarztsystems wird eine fachlich assistierte Ersteinschätzung (EES) vor einer persönlichen Kontaktaufnahme zur Primärversorgung diskutiert (BMC 2025), wie sie im Kassenärztlichen Notdienst mit der „strukturierten medizinische Ersteinschätzung in Deutschland“ (SmED, vgl. Zi o. J.) erfolgreich eingeführt ist. Ergänzend wird ein Selbsteinschätzungssystem (Der Patientenservice o. J.) angeboten.

Die Konzepte unterscheiden sich in der Verbindlichkeit, mit der eine telefonische Triagierung<sup>9</sup> als Einstieg in die PV verbunden wird. So wird teilweise gefordert, eine verpflichtende Ersteinschätzung des Versorgungsbedarfes für neue Behandlungsanlässe in der Regelversorgung vorzugeben (TK 2025). Ein anderer Vorschlag hält die Notwendigkeit einer vorgeschalteten EES nur beim Auftreten von „neuen und anderen Symptomkomplexen“ für erforderlich (BMC 2025: 5).

Soweit bekannt, schreibt kein vergleichbares europäisches Gesundheitswesen zu Sprechstundenzeiten einen obligatorischen Zugang über eine vorgeschaltete Triagierung in die Primärversorgung vor. In Dänemark und den Niederlanden sind telefonische Triagierungen vor der Nutzung von ärztlichen Notdiensten außerhalb der Sprechstundenzeiten (Out-of-Hours-Diensten) etabliert.

Relevant für die Notwendigkeit einer EES sind die Öffnungszeiten in der Primärversorgung. Sie sind in Deutschland mit pro Woche vorgeschriebenen 25 Stunden bei vollem Kassensitz im europäischen Mittel mit 44 Stunden kurz (Kringos et al. 2015: 59) und zu wenig an die Erwartungen und Bedarfe der Bevölkerung angepasst. Dies belastet die Out-of-Hours-Angebote. In größeren Primärversorgungseinrichtungen können versetzte bzw. längere Sprechzeiten (z. B. von 8:00 bis 20:00 Uhr) patientenfreundlicher angeboten werden. Dies spricht auch für größere Primärversorgungseinrichtungen (Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen und in der Pflege 2025).

Eine Entlastung der PV durch ein EES kann insbesondere bei Patient:innen mit einem grundsätzlich stabilen Gesundheitszustand erwartet werden, die infolge einer akuten minderschweren Erkrankung kurzfristig medizinische Unterstützung und/oder pflegerische Hilfeleistung benötigen und keine örtliche Versorgungsmöglichkeit haben oder finden. Für diese soll über die 116117 eine EES und eine telemedizinische Konsultation angeboten werden. Sollte sich daraus die Notwendigkeit für eine persönliche Konsultation ergeben, können je nach Verfügbarkeit freie Termine in der Regelversorgung ortsnah oder in zumutbarer Entfernung vermittelt werden. Wenn diese zeitnah nicht zur Verfügung stehen, ist – solange keine bessere Alternative ersichtlich ist – auf die Möglichkeiten der Notdienste zu verweisen.

Für alle anderen Patientenhauptgruppen wie Personen

- mit einer chronischen Erkrankung, die einer konstanten medizinischen oder pflegerischen Begleitung bedürfen,
- mit einem komplexen psychosozial beeinflussten und überlagerten Krankheitsbild, das nicht kurzfristig behandelbar ist,
- in einem eingeschränkten Allgemeinzustand, der durch eine akute minderschwere Erkrankung destabilisiert werden könnte,

sind die Steuerungsmöglichkeiten über eine assistierte EES beschränkt.

#### Handlungsempfehlungen

- *Innerhalb der Sprechstundenzeiten wird eine fachlich begleitete Ersteinschätzung flächendeckend vorgehalten. Sie kann von Rat- und Hilfesuchenden genutzt werden, die dies wünschen und/oder keine Bindung an eine Primärversorgungseinrichtung vor Ort haben.*
- *Größere Primärversorgungseinheiten können durch versetzte Sprechstunden an den Tagesrandzeiten das Sprechstundenangebot erweitern und eine Alternative zur Nutzung einer digitalen oder telefonischen Ersteinschätzung anbieten.*
- *Ob zusätzlich ein online vorgeschaltetes Selbsteinschätzungssystem zur Entlastung der weitergehenden Angebote beiträgt und auf Akzeptanz stößt, soll vor einer verbindlichen Einführung in Modellvorhaben erprobt werden.*
- *Dagegen sollte für alle Hilfesuchenden außerhalb der Sprechstundenzeiten eine verbindliche Nutzung*

<sup>9</sup> Es handelt es sich um die Ersteinschätzung von Patient:innen im medizinischen Notfall. Dabei werden die Patient:innen anhand der Dringlichkeit ihres Behandlungsbedarfs klassifiziert, um eine priorisierte Versorgung sicherzustellen.

*qualifizierter telefonischer Ersteinschätzung nach dänischem Modell eingeführt werden.*

*→ Der ungesteuerte Zugang zu einer Behandlung in Notdiensteinrichtungen oder Notfallaufnahmen der Krankenhäuser wird nicht mehr zugelassen. Der direkte Zugang zu den Krankenhäusern bleibt den durch die Ersteinschätzung zugewiesenen Patient:innen, stationären Einweisungen oder Zuführungen im Rahmen der Rettungsdienste vorbehalten.*

### **Wiedereinführung einer Konsultations- oder Kontaktgebühr**

Entscheidend für ein funktionierendes ambulantes gesundheitliches Versorgungssystem ist die Reformfähigkeit zu einem steuernden System ohne Fehlanreize. Fehlende Koordination sowie die gegebene Vergütungs- und Abrechnungslogik sind die wesentlichen Ursachen für die hohe Arzt-Patienten-Kontaktzahl in Deutschland. Eine Konsultations- oder Kontaktgebühr würde das Kernproblem der überbordenden Inanspruchnahme von ärztlichen Leistungen nur mittelbar angehen. Patient:innen für systembedingte und mit einer Reform des Primärversorgungssystems zu behebbende Fehler, eine Gebühr aufzuerlegen, kann als eine Verkehrung von Ursache und Wirkung bezeichnet werden.

Der Deutsche Bundestag hat über alle Parteien zum 1.1.2013 die quartalsbezogene Praxisgebühr abgeschafft. In der damaligen Beschlussvorlage wurde dargestellt, dass die Steuerungswirkung in der erwarteten Größenordnung nicht nachhaltig und der Einzug der Gebühr mit einem erheblichen bürokratischen Aufwand verbunden war (Deutscher Bundestag 2012). Andere Untersuchungen sehen jedoch eine Steuerungswirkung solcher Konsultationsgebühren. Höhe und Häufigkeit sowie befreiende Ausnahmen von diesen Gebühren werden mit unterschiedlichem Ergebnis diskutiert. Insbesondere die Fragestellung, ob und ab welcher Höhe eine Verhinderung notwendiger Konsultationen zu befürchten ist bzw. nicht notwendige Patientenkontakte entfallen werden, ist nicht abschließend geklärt. Diese Entscheidungen werden abhängig von der individuellen Einkommenssituation zu differenzieren sein (Lagarde/Palmer 2022; Farbmacher et al. 2017; Augurzky/Karagiannidis 2025). Eine neuere Studie aus Finnland, welche die Wirkung von Kontaktgebühren in der Primärversorgung untersucht, deutet darauf hin, dass eine Reduzierung der Kontakte nur Menschen mit niedrigem Einkommen betrifft (Haaga et al. 2024).

Die Wiedereinführung einer Konsultationsgebühr/Kontaktgebühr bleibt daher auch aktuell umstritten (Schäfer 2025; Lyko 2025; Deutsches Ärzteblatt 2025c).

### **3.3.3 Reduktion von nicht fachlich gebotenen Konsultationen durch Abschaffung ökonomischer Fehlanreize**

Vorgaben des Gesetzgebers und der Abrechnungssysteme nötigen Leistungserbringer auch in der PV, Wiedereinbestellungen oder bestimmte gesundheitstherapeutische oder pflegerische Leistungen zu initiieren, die fachlich nicht zwingend sind. Die Systematik der Einzelleistungsvergütung in den Abrechnungssystemen begünstigt diese Überversorgung. Einzelleistungsvergütungsmodelle stehen in der Primärversorgung einem ganzheitlichen Versorgungsanspruch entgegen. Sie führen zu einer arztinduzierten Nachfrage und damit zu medizinisch nicht indizierter Überversorgung (Gosden et al. 2000).

Zwar gelten in der hausärztlichen Versorgung größtenteils pauschale Gebührensätze, aber trotz der gesetzlichen Veränderung durch das Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetz (GVSG) imponiert immer noch die Quartalslogik.<sup>10</sup> In anderen Leistungsbereichen der Primärversorgung wird grundsätzlich nach Einzelleistungen abgerechnet. Ein Zusammenhang zur Ausgestaltung eines Primärversorgungssystems (siehe Kapitel 3.7) ist zu beachten.

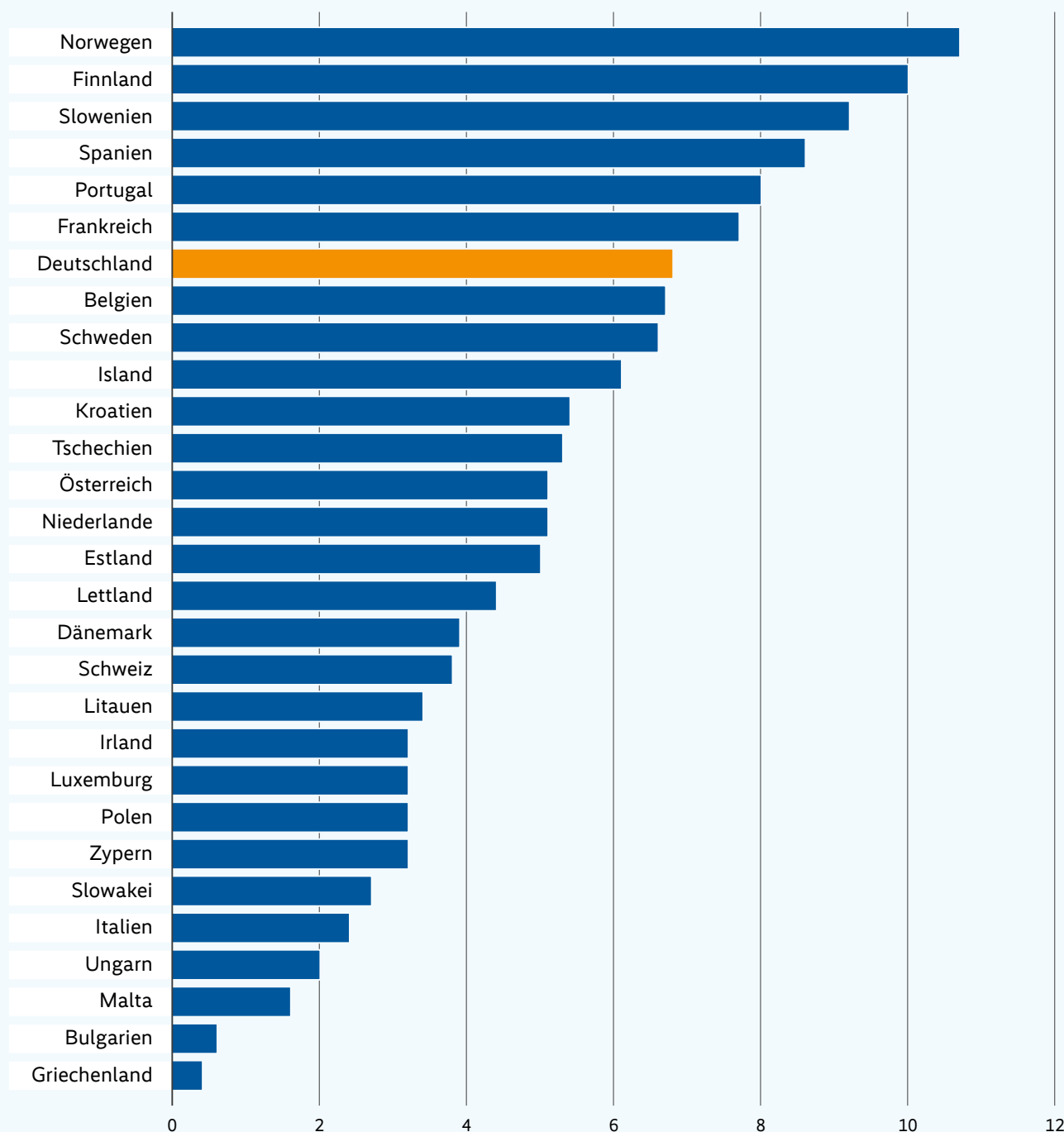
#### *Handlungsempfehlungen*

- Der Gesetzgeber soll die gebührenrelevanten rechtlichen Vorgaben auf Fehlanreize für eine ökonomisch bedingte Leistungsausweitung überprüfen und gleichzeitig die Selbstverwaltung auffordern, innerhalb einer überschaubaren Frist in den unterschiedlichen, für die PV relevanten Abrechnungssystemen solche Fehlanreize zu identifizieren und diese durch geeignete Umgestaltung der Vergütungsordnungen abzustellen. Vorzugshalber sind personenbezogene bzw. erkrankungsspezifische und nach Behandlungsdauer zu differenzierende Pauschalen zu bestimmen.*
- Einzelleistungsvergütungsmodelle sind in der Primärversorgung zu meiden, insbesondere wenn sie zu arztinduzierter Nachfrage und damit zu medizinisch nicht indizierter Überversorgung führen. In diesem Zusammenhang sind extrabudgetäre Leistungen in der Primärversorgung vorzugsweise durch auskömmliche Pauschalen zu vergüten.*
- Jeglicher Quartalsbezug, der eine unbegründete Leistungserweiterung nach sich ziehen kann, ist aufzugeben.*

<sup>10</sup> Zwar sollen die neuen Jahres-Versorgungspauschalen (für Patient:innen mit chronischen Erkrankungen ohne intensiven Betreuungsbedarf) nach § 87 Abs. 2b SGB V die bisherigen quartalsbezogenen Versichertenpauschalen ablösen, sie sind jedoch quervernetzt mit den neuen Vorhaltepauschalen nach § 87 Abs. 2q SGB V, die unverändert quartalsbezogen sind. Die Grundsystematik der Gebührenordnungsposition (GOP) 03040, die seit 2013 als Zusatzpauschale zu den Versichertenpauschalen für die Wahrnehmung des hausärztlichen Versorgungsauftrages gezahlt wird, bleibt bestehen: Die GOP ist einmal im Behandlungsfall (das heißt einmal im Quartal) berechnungsfähig.

## Verlorene wöchentliche Arbeitszeit durch Krankheit im Jahr 2023

Anteil in Prozent



Quelle: IGES 2025a: 10, eigene Darstellung.

### 3.3.4 Reduktion von Maßnahmen, die keinen direkten Bezug zur notwendigen gesundheitlichen Versorgung aufweisen

Insgesamt gilt es, die Effektivität der Primärversorgung auch durch eine Konzentration auf die Kernaufgaben zu erhöhen. Dies kann durch eine Überprüfung der gegebenen administrativen Aufgaben, durch verbindliche Ausrichtung der hausärztlichen Kapazitäten auf die Primärversorgung und durch die Einführung digitaler Entlastungsmöglichkeiten

(siehe Kapitel 3.6) erfolgen. Neue oder zusätzliche administrative Anforderungen sind vorab auf ihre Auswirkungen auf die Kapazitäten der Primärversorgung zu überprüfen, wie es in der Gesetzgebung, aber nicht regelhaft durch nachgeordnete Stellen in Form von Folgenabschätzungen bereits verpflichtend vorgesehen ist.

Die Bundesregierung plant gemäß Koalitionsvertrag gesetzgeberische Maßnahmen zum Bürokratieabbau (CDU; CSU; SPD 2025). Die Kassenärztliche Bundesvereinigung

hat aus ihrer vertragsärztlichen Sicht dazu Vorschläge entwickelt (Kassenärztliche Bundesvereinigung 2025). Bekannt ist auch, dass ein Anteil von hausärztlich ausgewiesenen Arztsitzen nicht voll für die Patientenversorgung genutzt wird bzw. dort hausärztlich untypische Versorgung wahrgenommen wird.

Ein zurzeit kontrovers diskutiertes Thema sind die Voraussetzungen für die Erteilung von ärztlichen Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen. Der Forderung nach strengeren Maßstäben stehen Aussagen u. a. zur erhöhten Belastung der hausärztlichen Versorgung entgegen. Es sei darauf verwiesen, dass das hiesige Verfahren der alleinigen ärztlichen Feststellung der Arbeitsunfähigkeit (AU) in Europa nicht die Regel ist. So ist in den meisten Staaten eine Selbstmeldung des Arbeitnehmers/der Arbeitnehmerin beim/bei der Arbeitgeber:in für bis zu zehn Tage (im Mittel in etwa fünf Tage) ohne die Einreichung einer ärztlichen Bescheinigung ausreichend, allerdings zumeist mit einer vom/von der Arbeitgeber:in zu initiierenden Überprüfungsmöglichkeit. Diese wird durch spezielle ärztliche Institutionen – in der Regel nicht durch die Primärversorgung – vorgenommen. In den Niederlanden und in einigen skandinavischen Ländern können die Arbeitgeber:innen eine Bestätigung durch den betriebsärztlichen Dienst verlangen. Bei einer längeren Arbeitsunfähigkeit muss eine Fortsetzung von Arbeitsunfähigkeit europaweit ärztlich bestätigt werden (Ose et al. 2022; Clark 2025). Es besteht keine Korrelation zwischen der Zahl der durchschnittlichen krankheitsbedingten Fehltagen und der Art der Feststellung einer AU. Die Fehlzeitenquote in Deutschland liegt im europäischen Vergleich im oberen Drittel (vgl. Abbildung 4).

Eine Option, in Anlehnung an europäische Beispiele im Krankheitsfall die Selbstmeldung beim/bei der Arbeitgeber:in für z. B. fünf Tage ohne ärztliches Attest einzuführen, dem/der Arbeitgeber:in aber zu ermöglichen, die Arbeitsunfähigkeit überprüfen zu lassen, wird hierzulande noch nicht diskutiert.

## 3.4 Verbesserung der personellen Ausstattung, neue Kompetenzen in der Primärversorgung

### 3.4.1 Versorgungslage

Die PV ist aufgrund der abnehmenden Personalressourcen u. a. bei den hausärztlichen, pflegerischen und anderen Leistungsträgern nicht mehr flächendeckend sichergestellt. Angesichts der dreifachen demografischen Herausforderung – alternde Bevölkerung, Fachkräftemangel und Ausscheiden der Leistungserbringer der Babyboomer-Generation – wird sich dieser Zustand weiter verschärfen (Gruhl 2023a: 7).

Bundesweit sind inzwischen 5.000 hausärztliche Sitze nicht mehr zu besetzen. Nach einer Studie der Bertelsmann Stiftung (2025) kann sich diese Zahl in den nächsten fünf Jahren verdoppeln. Schon heute nehmen in vielen ländlichen und in ärmeren urbanen Regionen Deutschlands hausärztliche Praxen keine neuen Patient:innen auf. Ähnliche Engpässe treten bei der ambulanten pflegerischen Versorgung auf. Die notwendigen Angebote für eine Primärversorgung sind nicht mehr flächendeckend sichergestellt.

PV ist zwar nicht nur hausärztliche Versorgung. Allerdings ermöglicht die gute Datenlage für die hausärztliche Versorgung eine bessere Analyse, als sie für andere primärversorgende Berufe möglich ist.

Die Zahl der an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Hausärzt:innen ist im langjährigen Vergleich von 54.052 im Jahr 1999 auf 51.437 Vollzeitäquivalente (Bedarfsplanungsgewichte) im Jahr 2024 gesunken. Dies entspricht einem Rückgang um 4,8 Prozent in 25 Jahren. In den vergangenen zwei Jahren ist die Zahl der Hausärzt:innen wieder minimal gestiegen, von 51.315 im Jahr 2022 auf 51.473 im Jahr 2024 (Deutscher Bundestag 2025). Diese positive Entwicklung wird durch einen stark ansteigenden Anteil an ärztlichen Teilzeitbeschäftigten überkompensiert. Eine Darstellung des Teilnahmeumfangs bei Haus- und Kinderärzt:innen im Vergleich zwischen den Jahren 2019 und 2023 bietet Abbildung 5.

Ein relevanter Anteil der Hausärzt:innen dürfte in den nächsten Jahren aus dem Berufsleben ausscheiden. Im Jahr 2024 waren nach Daten der Bundesärztekammer rund 27.000 oder 40,8 Prozent aller Hausärzt:innen 60 Jahre oder älter – knapp jede:r Fünfte (18,5 Prozent) war älter als 65 Jahre. Dagegen waren lediglich 7,7 Prozent oder rund 5.100 Hausärzt:innen jünger als 40 Jahre (Zi 2025). Bis 2020 nahm die Zahl der Hausärzt:innen in Deutschland ab, zurzeit hat sie sich auf niedrigerem Niveau stabilisiert, allerdings mit großen regionalen Unterschieden. In 24 Prozent der Landkreise ist die hausärztliche Versorgung heute gefährdet und in zwölf Prozent sogar stark gefährdet (vgl. ZDF 2025; Karagiannidis et al. 2025: 41).

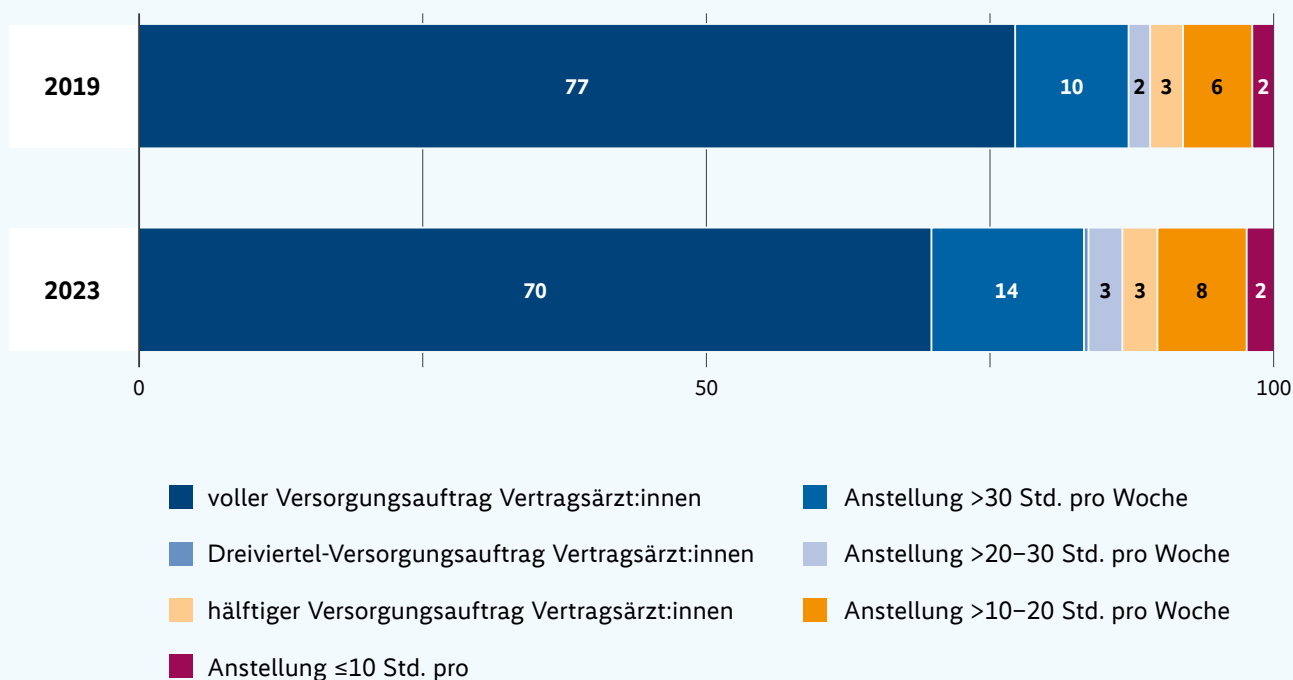
Fallzahlsteigerungen sind in den vergangenen Jahren in der hausärztlichen Versorgung – im Gegensatz zu allen anderen ambulanten Fachgruppen – nicht mehr möglich gewesen.<sup>11</sup> Die hausärztliche Versorgung verschlechtert sich weiter. Der Bevölkerungszuwachs von 2 Millionen Einwohner:innen in den vergangenen zehn Jahren erhöht den Druck auf die Primärversorgung. Jüngere Fachkräfte suchen zudem eine veränderte Berufs- und Lebensperspektive, die mit den tradierten Strukturangeboten nicht erfüllt werden kann.<sup>12</sup> Der Hausarztmangel korrespondiert in weiten Teilen Deutschlands mit einer prekären sozialen Lage der jeweiligen Region (Goeschel/Steinmetz 2011: 7ff.).

<sup>11</sup> „Die Fallzahl der Hausärzte ist nahezu konstant geblieben“, persönliche Mitteilung Dr. von Stillfried, Vorstandsvorsitzender des Zi vom 30.10.2025.

<sup>12</sup> Persönliche Mitteilung von Prof. Niels Schneider, Lehrstuhl für Allgemeinmedizin und Palliativmedizin an der Med. Hochschule Hannover (MHH) vom 22.12.2025.

## Teilnahmeumfang Haus- und Kinderärzt:innen

Angaben in Prozent



Quelle: von Stillfried\*, eigene Darstellung.

\* Persönliche Mitteilung von Dr. Dominik von Stillfried, Vorsitzender des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung Berlin vom 3.11.2025.

Über die regionalen Kapazitäten in der ambulanten und stationären Langzeitpflege liegen weniger detaillierte Erkenntnisse vor. Zwar haben einige Länder eine kommunale Pflegeplanung gesetzlich vorgegeben, deren Daten erlauben aber noch keine allgemeinen Aussagen über eine pflegerische Unter- und Fehlversorgung (Bayrisches Landesamt für Pflege o. J.; IGES 2025b). Eine verbindliche landesrechtliche Grundlage für eine bundesweit vergleichbare Pflegeplanung fehlt. Wünschenswert wäre zusätzlich die Verknüpfung mit der Gesundheitsberichterstattung des ÖGD. Beide Datenerhebungsformate, die der Gesundheitsberichterstattung und der Pflegestrukturplanung, würden über eine methodische Abstimmung einen hohen Synergieeffekt erzielen und eine Vergleichbarkeit der Daten innerhalb der Länder und Kommunen, möglichst aber auch länderübergreifend schaffen.

Für die Pflege ist bekannt, dass sich die Zahl der Berufsaustritte immer mehr an die der Berufseinmündungen annähert (Klie 2024: 115). Für einzelne Bundesländer kann ein „Kippunkt“ errechnet werden. In Bremen tritt er beispielsweise bereits 2029 ein (Klie 2024: Folie 15). Berechnungen, die sich auf die demografische Entwicklung beziehen, lassen aber einen eklatanten Pflegekräftemangel in der Langzeitpflege erkennen: „Bis 2049 [werden] vo-

raussichtlich mindestens 280.000 zusätzliche Pflegekräfte benötigt“ (Destatis 2024). Die gegenwärtige Altersverteilung lässt einen hohen Abgang an Pflegekräften in den nächsten zehn Jahren erwarten. So sind beispielsweise in NRW über 30 Prozent der Pflegekräfte über 55 Jahre alt, nur 15 Prozent unter 30 Jahre (Karagiannidis et al. 2025: 40). Bis 2035 ist ein Anstieg der pflegebedürftigen Menschen um 14 Prozent auf 5,6 Millionen Personen zu erwarten, dieser Trend wird sich bis 2055 fortsetzen (Destatis 2023). Wuchsen in den vergangenen 15 Jahren die Kapazitäten in der Langzeitpflege stetig an (Destatis 2022), mehren sich Berichte über Insolvenzen in der stationären Pflege, die u. a. mit dem Fachkräftemangel begründet werden. Insofern mehren sich – neben den bekannten und sich perspektivisch regional verschärfenden Defiziten in der hausärztlichen Versorgung – Hinweise auf eine parallele Fehlentwicklung in der ambulanten Pflege. Es mangelt aber an Definitionen entsprechender Maßzahlen und einer Vorgabe für eine bundesweit abgestimmte kommunale Pflegeplanung.

### 3.4.2 Neue Qualifikationen und Berufsbilder in der Primärversorgung

Eine alleinige Konzentration auf die bisher dominierende hausärztliche Rolle zur Aufrechterhaltung der Primärversorgung ist nicht realistisch. Auch wenn das hausärztliche Primat aus berufsständischer Sicht weiter propagiert wird, entspricht dies nicht mehr der heutigen Versorgungswirklichkeit. Seit mehr als zehn Jahren werden mit einer hohen Dynamik neue Berufsbilder bzw. nachqualifiziertes Personal verstärkt in die primärärztliche Versorgung integriert.

Neue oder weiterqualifizierte Berufe übernehmen – formal in Delegation – hausärztliche Leistungen. Medizinische Fachangestellte werden mit einigen Wochen Fortbildungsaufwand zu Versorgungsassistent:innen in der Hausarztpraxis (VERAH) oder nichtärztlichen Praxisassistent:innen (NÄPA) nachgeschult und mit hausarztentlastenden patientennahen Aufgaben betraut. Physician Assistants (PA) mit Bachelor-Abschluss haben sich in der Patientenversorgung inzwischen etabliert. Hier fehlen aber noch klare Festlegungen für ein einheitliches und damit verlässlich abzurufendes Kompetenzprofil (Bundesärztekammer 2025).

Rechtliche Grenzen beschränken allerdings den Umfang delegierbarer Leistungen. Eigenständige Sprechstunden von Gesundheits(fach)kräften, die ohne patientenspezifische ärztliche Konsultation über die jeweils einzuleitenden diagnostischen bzw. therapeutischen Maßnahmen entscheiden, bewegen sich in einer rechtlich umstrittenen Grauzone. Je mehr die qualitative und quantitative Verantwortungsspanne zwischen Delegationsleistung und ärztlicher Entscheidungshoheit gedehnt wird, umso stärker wird die ärztliche Haftung rechtlich belastet.

Das Delegationsprinzip ist nicht mehr aufrechtzuerhalten, wenn aufgrund ärztlicher Unterversorgung keine (haus-)ärztliche Präsenz mehr vorhanden ist. Telemedizinische Optionen erweitern zwar das Delegationsspektrum, jedoch ist unsicher, inwieweit eine alleinige telemedizinische Anbindung als delegierte Leistung über die gesamte Breite der hausärztlichen Versorgung möglich ist. Pflegefachberufe und Hebammen sind allerdings bereits berufsrechtlich berechtigt, definierte Leistungen eigenverantwortlich wahrzunehmen.

Zuletzt wurde mit dem BEEP-Gesetz eine Erweiterung heilkundlicher Aufgaben und Kompetenzen von Pflegefachpersonen vorgenommen und zusätzliche Entwicklungsmög-

lichkeiten eröffnet. Akademische Ausbildungsgänge – aktuell der primärqualifizierende Bachelor-Abschluss und perspektivisch das in Vorbereitung befindliche Gesetz zu einer generalistischen angelegten Masterrolle in der Pflege – werden das Spektrum von eigenständiger Heilkundenausübung und Leistungserbringung erweitern, was künftig auch in der Finanzierungsregulatorik zu berücksichtigen ist. Fachkräfte, die heute mit der häuslichen Krankenpflege noch weisungsgebunden betraut sind, werden in die Lage versetzt, mehr Verantwortung in der Grundversorgung zu übernehmen. Das erscheint auch vor dem Hintergrund, dass sie oft den intensivsten Kontakt zu den Patient:innen haben, effizienzsteigernd.

Die in Deutschland inzwischen angebotenen Studiengänge mit Masterabschluss, wie Advanced Nursing Practice (ANP)<sup>13</sup> oder Community Health Nursing, erreichen mit einer fünf- bis achtjährigen berufsschulischen und/oder akademischen Ausbildungsdauer ein Qualifikationsniveau, das die Übernahme weitergehender heilkundlicher Kompetenzen rechtfertigt. Das Spektrum der pflegebasierten Masterstudiengänge vergrößert sich in Deutschland dynamisch. Jüngstes Beispiel ist die Entscheidung der Medizinischen Universität Lausitz zum Aufbau eines Studiengangs Advanced Nursing Practice (Deutsches Ärzteblatt 2025d). Auf die langjährigen, international positiven Erfahrungen mit klar definierter eigenständiger Heilkundenausübung durch akademisch ausgebildete Gesundheitsfachkräfte wird verwiesen (Swan et al. 2015). Viel Potenzial für die Primärversorgung enthält insbesondere das Profil der Community Health Nurse (CHN), einer Spezialisierung von ANP für die Primärversorgung. Dies ist wesentlich der Ausrichtung an Zielen von Public Health mit Aufgaben wie der Erhebung der regionalen Gesundheitsbedarfe und der Identifikation zielgruppenspezifischer Risiken, Gesundheitsförderung und der Gestaltung des Care-Managements im Bereich der Pflege geschuldet (DBfK/Agnes-Karl Gesellschaft 2022).

Auch die medizinische Ausbildung entspricht nicht mehr den Anforderungen einer veränderten Versorgungslandschaft. Darüber besteht seit der Verabschiedung des „Masterplans Medizinstudium 2020“ (KMK 2017) im Jahr 2017 durch die damaligen Ministerien für Gesundheit und Forschung sowie die Vertreter:innen der Gesundheits- und der Kultusministerkonferenz der Länder und der Koalitionsfraktionen des Deutschen Bundestages Einigkeit (BMG 2017). Er beinhaltet wichtige Anregungen zur Stärkung der Allgemeinmedizin, zum interdisziplinären und interprofessionellen Lernen der in der Versorgung zusammenwirkenden Be-

13 Die Konzeption von Advanced Nursing Practice (ANP) bildet die Grundlage für eine erweiterte, wissenschaftlich fundierte Pflegepraxis, die über traditionelle pflegerische Aufgaben hinausgeht. Sie verbindet vertieftes Fachwissen, klinische Expertise und die Fähigkeit zu eigenständigen Entscheidungen in komplexen Versorgungssituationen. ANP ist dabei nicht nur eine theoretische Idee, sondern zeigt sich konkret in der Tätigkeit von Pflegefachpersonen mit erweiterten Kompetenzen.

Eine Advanced Practice Nurse (APN) setzt diese Konzeption praktisch um. Sie arbeitet auf einem hohen Qualifikationsniveau (in der Regel mit Masterabschluss) und übernimmt erweiterte Aufgaben wie klinische Einschätzungen, Therapieplanung, Beratung sowie die Koordination von Versorgungsprozessen. Dabei verbindet sie pflegewissenschaftliche Erkenntnisse mit direkter Patientenversorgung und trägt zur Qualitätsentwicklung im Gesundheitswesen bei.

Die Community Health Nurse (CHN) stellt eine spezialisierte Form der APN dar, bei der die Prinzipien der ANP auf die gesundheitliche Versorgung von Bevölkerungsgruppen angewendet werden. Ihr Fokus liegt nicht nur auf einzelnen Patient:innen, sondern auf ganzen Gemeinschaften. Sie arbeitet präventiv, gesundheitsfördernd und sozialraumorientiert, etwa in Stadtteilen, Schulen oder ländlichen Regionen. Dabei identifiziert sie gesundheitliche Risiken, entwickelt Interventionen und stärkt die Gesundheitskompetenz der Bevölkerung.

rufe oder zur stärkeren Ausrichtung auf grundlegende Kompetenzen statt auf Spezialwissen. Mehr Praxisbezug und ein verpflichtendes allgemeinmedizinisches Quartal im Praktischen Jahr sollten das Interesse an der hausärztlichen Versorgung erhöhen. Der Plan ist bis heute, sieht man von den damals vorgeschlagenen Landarztquoten ab, nicht umgesetzt. Eine Einigung konnte ebenfalls bisher nicht erzielt werden. Es fehlt die politische Bereitschaft, den für die Ausbildungsstätten erhöhten Aufwand mit zusätzlichen finanziellen Mitteln oder durch Abbau von Studienplätzen zu kompensieren. Letzteres wurde bisher politisch abgelehnt, weil man fälschlicherweise der Meinung ist, dass eine höhere Zahl von ärztlichen Approbationen die Versorgungsprobleme lindern würde (Hons 2024). Die mangelnde Bereitschaft der heutigen Medizinstudierenden, sich in der Allgemeinmedizin weiterzubilden, und die fehlende Verzahnung mit den anderen an der Versorgung beteiligten Gesundheitsberufe sind für die Primärversorgung nicht mehr hinnehmbar.

## Handlungsempfehlungen

- *Es bedarf einer definierten berufsrechtlichen Klarheit für die Ausübung von Heilkunde in bestehenden und neuen Berufsbildern, die die personelle Basis der Grundversorgung verbessern können. So ist sowohl für Physician Assistants als auch für die Advanced Practice Nurse und CHN dringend geboten, bundesrechtlich ausformulierte Ausbildungs- und Prüfungsordnungen und die zur Berufsausübung erforderlichen Voraussetzungen eindeutig zu beschreiben und zu gestalten. Deren Potenziale sind nur auf dieser gesicherten Grundlage rechtsicher zu nutzen. Die Festlegung aus dem Koalitionsvertrag, das Berufsbild für Advanced Nursing Practice zu regeln, darf nicht erneut unerfüllt bleiben. Die Optionen für akademisch ausgebildete Gesundheitsfachberufe, erweiterte heilkundliche Tätigkeiten in der Primärversorgung zu übernehmen, müssen ausgebaut werden.*
- *Der Masterplan Medizinstudium ist mindestens mit seinen Vorschlägen zur Stärkung der Allgemeinmedizin und zu einer besseren interprofessionellen Versorgung z. B. durch interdisziplinäres Lernen umzusetzen. Eine weitere Verzögerung gefährdet die Primärversorgung. Soweit die dafür notwendigen Mittel für die Ausbildungsstätten nicht zur Verfügung gestellt werden, sind diese durch Reduzierungen der Studierendenzahlen zu kompensieren.*
- *Der Entwurf einer Novelle des Physiotherapeutengesetzes ist erneut vorzulegen. Der darin eröffnete Weg, mit einer höherwertigen Ausbildung von Ge-*

*sundheitsfachberufen einen Direktzugang, also ohne ärztliche Verordnung, zu Leistungen dieser Gesundheitsfachberufe zu eröffnen, ist zu begrüßen. Es sei daran erinnert, dass es die Zusage aus dem Bundesministerium für Gesundheit gibt, konsequent auch die gesetzlichen Grundlagen für weitere Gesundheitsfachberufe entsprechend anzupassen.*

- *Rechtliche Grauzonen in der gemeinsamen Ausübung der Heilkunde sind berufsrechtlich verbindlich zu klären. Mit der eingeleiteten Neuverteilung von heilkundlicher Kompetenz sind diese Fragen nicht mehr alleinige Angelegenheit der ärztlichen Selbstverwaltung, sondern sollten vom Gesetzgeber praktikabel gelöst werden. So ist zu prüfen, ob durch die Festlegung von Leitlinien oder SOP<sup>14</sup> die Einsatzmöglichkeiten für die jeweiligen Fachberufe einheitlich definiert werden und damit die individuellen Delegationen entfallen können. Fortbildungsverpflichtungen sollten den erworbenen Standard der Kompetenzausübung kontinuierlich absichern.*

### 3.4.3 Neue Kompetenzen

Eine effektive und effiziente gesundheitliche Grundversorgung ist ursächlich mit einem zu stärkenden System der pflegerischen Versorgung verbunden. Dieses wird beispielhaft von Klie et al. (2025: 1) beschrieben: „Jeder Mensch mit Pflegebedarf soll unabhängig von seinem Einkommen oder Versorgungsort Anspruch auf eine fachpflegerische Begleitung erhalten. Diese Begleitung ersetzt bürokratische Kontrolle durch fachliche Kompetenz. Sie plant und begleitet den individuellen Pflegeprozess, entlastet und berät An- und Zugehörige, sichert Fachlichkeit und setzt auf Prävention. Pflegefachpersonen übernehmen dank ihrer neuen Kompetenzen eine Lotsenrolle als erste Ansprechpersonen in einem vernetzten System von Pflege, Gesundheit und Teilhabe. Pflegefachliche Begleitung muss als Pflichtleistung oder Infrastruktur gesetzlich verankert werden. Sie wird im Einzelfall, z. B. in prekären Situationen, um ein Fallmanagement (Case-Management) ergänzt. Pflegefachliche Begleitung definiert sich als Assessment-basierte Begleitung, Beratung, informierende Unterstützung, Planung und Evaluation des Pflegeprozesses durch Pflegefachpersonen.“

Zusätzlich ist das Konzept einer „Caring Community“ als eine sozialräumliche Gestaltung von Pflege- und Sorgestrukturen zu ermöglichen, um eine quartiersbezogene Pflege unter Einbeziehung lokaler Ressourcen aufzubauen.

So kann die Verantwortung für die individuelle Pflege und Begleitung pflegender An- und Zugehöriger verstärkt von Pflegefachpersonen übernommen werden. Die Verordnung

14 Standard Operating Procedure (SOP): dokumentierter detaillierter und schrittweiser Leitfadens zur einheitlichen Durchführung einer Aufgabe oder eines Prozesses.

## Community Health Nursing in Luckau/Brandenburg

Community Health Nursing (CHN) ist international in verschiedenen Settings etabliert und nutzt die Chancen der gezielten Prävention und Vernetzung von Gesundheitsdienstleistern. Ziel dieses Berufsbildes ist es, die Lebensqualität der Einwohner:innen nachhaltig zu steigern, Krankheitsrisiken langfristig zu senken und dabei besonders vulnerable Zielgruppen immer im Blick zu haben.

Die Stadt Luckau hat sich, unterstützt durch die Landesregierung Brandenburg und über die Trägerschaft des örtlichen DRKs, gezielt für die Anstellung einer Gesundheits- und Krankenpflegerin mit einem Master of Science (M.Sc.) in erweiterter Pflegepraxis (ANP) zur Verbesserung der Prävention, Gesundheitsförderung und des Krankheitsmanagements auf kommunaler Ebene engagiert. Im Fokus steht die Verbesserung der Lage der älteren Bevölkerung.

Im Detail führt die CHN Hausbesuche durch, erhebt dort die aktuelle Lebenssituation, den individuellen Gesundheitsstatus mit Risiken und Ressourcen, schätzt den Pflegebedarf ein, stimmt Maßnahmen und Verordnungen mit Haus- und Fachärzt:innen ab, vermittelt den richtigen Umgang mit der eigenen Erkrankung und mit Medikamenten und Hilfsmitteln, vermittelt Kontakt zu professionellen Pflegeanbietern und organisiert im Bedarfsfall den Anschluss an Angebote zur sozialen Teilhabe oder individuellen Begleitung durch Ehrenamtliche. Ziel ist es, ein umfassendes Netzwerk zur Gesundheitsförderung zu etablieren. Darüber hinaus ist die CHN in kommunale Gremien eingebunden.

Die Stadt Luckau hat beschlossen, die Förderung der CHN nach positiver Resonanz aus der Bevölkerung bis 2030 fortzusetzen.

von häuslicher Krankenpflege mit den dazu notwendigen Hilfsmitteln, die Einschätzung des Pflegebedarfs und der Ableitung von entsprechenden Leistungen gehören nicht originär in die ärztliche Domäne und müssen in der Zuständigkeit angepasst werden. Pflegerische und ärztliche Aufgaben sind zu entflechten, konkret z. B. in der HKP-Richtlinie.

Pflegefachpersonen können Prävention vor Kompensation leisten und sind aufgrund der heutigen Ausbildung befähigt, das jeweilige Pflege-Setting zu gestalten. Dies beinhaltet, pflegende Angehörige anzuleiten, kontinuierlich zu begleiten und bei Bedarf unterstützende Interventionen zu ermöglichen oder zu vermitteln. Pflegefachpersonen in der ambulanten Pflege sollten erweiterte Kompetenzen anwenden können, wie beispielsweise bei Bedarf Schmerz- und Insulindosen anzupassen, Probleme der Ernährung und Verdauung eigenständig zu lösen oder pflegerisch begründet Überweisungen an Gesundheitstherapeuten zu veranlassen. Sie sollten frühzeitig in die Übergangspflege eingebunden werden, um die Rückkehr in die Häuslichkeit sicherzustellen (Klapper/Hassler 2024: 74ff.).

Die Begutachtung des Pflegebedürftigkeitsgrades nach Pflegebedürftigkeitsbegriff und seiner Module, die Beratung zum Anspruch auf (finanzielle) Leistungen der Pflegeversicherung nach §7a SGB XI, sowie die Beratung zur Pflege nach § 37 Abs. 3 SGB XI werden durch unterschiedliche, teilweise fachfremde Dienste und Personen wahrgenommen. Eine kontinuierliche Ansprechperson für pflegende An- und Zugehörigen bzw. die Pflegebedürftigen fehlt.

Problematisch daran sind die thematischen Überlappungen. Alle drei Aktionen müssen sich mit der Situation des/der Pflegebedürftigen befassen, also eine Einschätzung bzw. eine Art Diagnostik vornehmen. Dadurch treten zwangsläufig

Redundanzen auf, und das Risiko unklarer Botschaften für die pflegebedürftigen Personen und die pflegenden Familien steigt. Die Begutachtung erhebt im Übrigen nicht die individuellen Pflegebedarfe, sondern den gestuften Anspruch des/der Pflegebedürftigen und seiner pflegenden An- und Zugehörigen auf finanzielle und Sachleistungen. Professionell tätige Pflege kommt nur ins Spiel, wenn keine pflegenden An- und Zugehörigen vor Ort sind oder aus anderen Gründen nicht tätig werden können. Sie füllt dann über die Regulierungen im SGB XI lediglich eine kompensatorische, an Einzelverrichtungen orientierte Rolle aus.

Zu vereinfachen ist der gesamte Prozess, wenn die pflegerische Versorgung ebenfalls aus einer Hand strukturiert wird und die betroffene Person den ortsnahen ambulanten Dienst um eine Einschätzung bitten kann, die dann Grundlage sowohl für die finanziellen als auch die pflegerischen Leistungen ist.

Pflegefachpersonen sollen insofern für die von ihnen versorgten Pflegebedürftigen eine entscheidende Rolle für den gesamten Pflegeprozess einnehmen. Sie können, analog zum Modell des „Primärarztes“, eine kontinuierliche, beratende, präventive und unterstützende pflegerische Verantwortung und Koordination für die pflegenden An- und Zugehörigen und die zu Pflegenden übernehmen. Bei Pflegebedarf würde ein Pflegeprozess gestartet, der inklusive einer frühzeitigen (kontinuierlichen) Beratung vom ambulanten Pflegedienst erfolgt. Falls die Familie die Pflege übernimmt, wird sich die Rolle des ambulanten Pflegedienstes auf eine anleitende und die Ressourcen der Familie stützende Rolle beschränken. Mit dieser Neuordnung des Prozesses entsteht gleichzeitig die Möglichkeit, die pflegenden An- und Zugehörigen als Teil des Pflege-Settings einzubeziehen und auch auf den Erhalt ihrer Gesund-

heit hinzuwirken. Der Medizinische Dienst verbleibt mit einer Kontrollfunktion, vergleichbar zu seinen Aufgaben in der ambulanten und stationären medizinischen Versorgung, involviert.

Ein solcher, die Pflegebedürftigkeit begleitender und beratender Präventionsansatz ist in den Vorschlägen der Bundesländer-Arbeitsgruppe „Zukunftspakt Pflege“ (BMG 2025b) enthalten. Das Ziel, die Aufgaben der Prävention in die Verantwortung der Berufsgruppe der Pflege zu integrieren, wird noch nicht eingelöst. Dies wäre für eine tragfähige Primärversorgung aber wichtig, denn „(f)achliche Pflege muss als konstitutiver Teil einer sozial und lebensweltlich verankerten Primärversorgung, in der ‚Soziales‘ und Gesundheitsversorgung verschmelzen, gedacht werden“ (Klapper/Hasseler 2024: 73).

Darüber hinaus kann als Chance gesehen werden, die Primärversorgung durch weitere vorhandene fachliche Qualifikationen zu ergänzen und diese zu integrieren. Die gesetzlich zurzeit diskutierte Überlegung, Apotheker:innen bestimmte pharmazeutisch-therapeutische und präventive Möglichkeiten einzuräumen, ist unter den vorgesehenen Einschränkungen begründet, soweit dies nicht zu unverbundenen Leistungsausweitungen führt. Insofern sind die präventiven, beratenden oder therapeutischen Maßnahmen der Apotheken verbindlich in der ePA zu dokumentieren.

Gleiches gilt für die Einbindung von Betriebsärzt:innen, die qualifiziert und gesetzlich als unabhängig bestimmt nicht nur für präventive Leistungen in die Grundversorgung eingebunden werden können (Moßhammer 2014; Ärztezeitung 2025). Eine Verpflichtung des Arbeitnehmers/der Arbeitnehmerin, sich in betriebsärztliche Behandlung zu begeben, ist auszuschließen.

Eine stärkere berufsübergreifende Kooperation in Primärversorgungsregionen eröffnet die Chance, bei psychosozial überlagerten Krankheitsbildern auch soziale Berufe mit in das Versorgungsnetz einzubeziehen, wie es in der sozialpsychiatrischen Versorgung seit Langem üblich ist. Gleiches gilt für psychologische Kompetenzen oder Präventionsfachkräfte, so sie in der jeweiligen Region vorhanden sind. Die Bedeutung der therapeutischen Gesundheitsfachberufe sollte gestärkt werden, da sie in der Regel profundere Methodenkenntnisse im jeweiligen therapeutischen Bereich aufweisen als der ärztliche Ordnungsgeber. Auf Erfahrungen aus Pilotprojekten im deutschen Gesundheitswesen kann verwiesen werden (Filmar et al. 2025).

## Handlungsempfehlungen

→ *Fachliche Pflege muss als konstitutiver Teil einer sozial und lebensweltlich verankerten Primärversorgung, in der Soziales und Gesundheitsversorgung verschmelzen, gedacht werden. Prävention und fachliche Begleitung, auch der pflegenden Angehörigen, entlang des gesamten Pflegeprozesses haben Vorrang. (s. a. Stärkung der Gesundheitskompetenz durch Aneignung von Gesundheitswissen, Gesundheitsförderung und Primärprävention).*

*→ Die Kompetenzen der Pflegeberufe sind gesetzlich, aber auch in der interprofessionellen Zusammenarbeit an internationalen Standards orientiert zu erweitern. Als Voraussetzung für eine gute Netzwerkkollaboration ist die fachpflegerische Sicherung und Unterstützung des Pflegebedarfs fallbezogen um ein Case-Management, vorrangig bei komplexen gesundheitlichen, sozialen oder pflegerischen Fällen, zu ergänzen. Ortsnahe Pflegefachpersonen sollen für Pflegebedürftige eine entscheidende Rolle in der Bewertung von Pflegebedürftigkeit erhalten und den Pflegeprozess von Beginn an durch Prävention, Begutachtung, Beratung, Begleitung der pflegenden Angehörigen bis hin zur kompensatorischen Pflege als „Primärpflegefachkraft“ in der Logik des Primärversorgungssystems übernehmen und koordinieren.*

*→ Die Erhebung des Pflegebedarfs und die Ableitung von entsprechenden Leistungen sind nicht originär ärztliche Tätigkeiten. Die Verordnung von häuslicher Krankenpflege mit den dazu notwendigen Hilfsmitteln gehören daher überarbeitet. Pflegerische und ärztliche Aufgaben sind entsprechend zu entflechten.*

*→ Die Vergütung der ambulanten Pflege ist an die veränderten Kompetenzen anzupassen und in Versorgungspauschalen statt Einzelleistungsvergütungen überzuleiten. Dies ist auch als Voraussetzung für die Einführung von Quartierspflege im Sinne einer „Caring Community“ bedeutsam.*

*→ Die Vergütung der ambulanten Pflege ist an die veränderten Kompetenzen anzupassen und in Versorgungspauschalen statt Einzelleistungsvergütungen überzuleiten. Dies ist auch als Voraussetzung für die Einführung von Quartierspflege im Sinne einer „Caring Community“ bedeutsam.*

## 3.5 Optimierung der interprofessionellen Zusammenarbeit sowie neue Organisationsstrukturen auf der Primärversorgungsebene

Wie oben beschrieben, gilt das Augenmerk wesentlich der Absicherung einer PV in minder- und unterversorgten Regionen. Diese sind für die vorherrschenden privatwirtschaftlichen Formen der Leistungserbringung aus diversen Gründen nicht attraktiv. Meist konzentrieren sich dort demografische, soziale und/oder psychische Problematiken mit weiteren Faktoren, die sich in der gesundheitlichen Belastung der Bevölkerung abbilden (Dahlgren/Whitehead, 1991). Diese multifaktorielle Genese von Krankheit und Fragilität lässt sich mit medizinischen und pflegerischen Fachkenntnissen allein nicht verbessern. Ein erhöhter Aufwand in der Patientenbehandlung und eine geringe Zahl von Privatliquidationen schmälern die ökonomische Grund-

lage für eine ambulante ärztliche Niederlassung und gesundheitstherapeutische oder pflegerische Anbieter.

Wenn und soweit die Gewährleistungsträger (Kassenärztliche Vereinigungen und Pflegekassen) regional die PV mit den ihnen zur Verfügung stehenden Mitteln nicht sicherstellen können, sind alternative Versorgungsformen zu ermöglichen. Lösungen werden allerdings nicht prototypisch für jede unterversorgte Region passend sein, sondern müssen der jeweiligen Versorgungslage, den regionalen Gegebenheiten und lokale Ressourcen entsprechend ausgestaltet werden.

Es gibt in Deutschland bereits eine Vielzahl kreativer Modelle der Primärversorgung, zumeist mit der Unterstützung Dritter. Weitere Modelle befinden sich in der Umsetzung oder werden zurzeit initiiert. Fast allen ist gemeinsam, dass damit regionalspezifisch auf lokale Mangellagen in der gesundheitlichen Versorgung reagiert wird.

In der Pflege bestehen Überlegungen, die Verantwortung für Sorge- und Pflegepolitik auf kommunaler Ebene zu stärken, insbesondere für eine bedarfsgerechte Infrastruktur. Kommunale Steuerung und effektive Sozialplanung würden sich dabei ergänzen. Eine ausreichende Finanzierung ist durch die Länder sicherzustellen. Es bietet sich an, diese neue Steuerungsfunktion auf kommunaler Ebene um die primärmedizinische Versorgung zu ergänzen, falls diese nicht von den eigentlichen Gewährleistungsträgern erbracht werden kann.

Zahlreiche betroffene Kommunen haben bereits zur Absicherung insbesondere der hausärztlichen Versorgung Förderungen bis in sechsstelliger Höhe ausgelobt – in Form von gezielter Werbung, Stipendienprogrammen, Darlehen, Zuschüssen und bereitgestellten Grundstücken oder Immobilien. Verstärkt kann auch ein regionales Engagement für die Sicherstellung der pflegerischen Versorgung beobachtet werden, dass kommunal oder mit Unterstützung des jeweiligen Landes gefördert wird (vgl. Q8 Sozialraumorientierung o. J.; siehe auch Praxisbeispiel Luckau – Kapitel 3.4.3, wo Pflegefachpersonen mit akademischem Abschluss tätig und in Planungsstäbe einbezogen werden).

Immer mehr Kommunen sind darüber hinaus bereit, direkte Verantwortung für die Primärversorgung zu übernehmen, und gründen mit hohem Aufwand eigene Medizinische Versorgungszentren (MVZ)<sup>15</sup>. Bundesweit existieren mittlerweile etwa 45 kommunale MVZ – Filialpraxen nicht mitgezählt (Dostal & Partner o. J.). Das Land Brandenburg hat soeben ein investives Förderprogramm zu Gründung kommunaler MVZ aufgelegt und beabsichtigt, zusätzlich eine

Richtlinie zu erlassen, um die hohen finanziellen Hürden im Hinblick auf Haftungs- und Absicherungsfragen zu minimieren (Deutsches Ärzteblatt 2026).

Fast alle Länder haben Landarztprogramme für Studienanfänger:innen aufgelegt, die aber nicht in der Lage sind, den demografischen Abgang von Hausärzt:innen zu kompensieren.<sup>16</sup> Einige Länder fördern zusätzlich zu den Kassenärztlichen Vereinigungen die Niederlassung oder Anstellung von Hausärzt:innen in unterversorgten ländlichen Regionen mit mittleren fünfstelligen Beträgen (Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen o. J.; Deutsches Ärzteblatt 2025e).

Es gibt Initiativen aus der Ärzteschaft, die mit besonderem Engagement einzelne vertragsärztliche Großpraxen in minderversorgten Regionen aufgebaut haben. Dies gelingt nur durch die Einbindung einer großen Zahl von Gesundheitsfachkräften, Medizinischen Fachangestellten (MFA) und neuerdings Physician Assistants, die ärztliche Aufgaben ausüben, oft in extensiver Auslegung des ärztlichen Delegationsrechts. Diese Praxen werden von Personen geführt, die bereit sind, eine besondere Verantwortung nach dem Arztrecht und in Bezug auf die Organisationshaftung zu übernehmen (BSt Gesundheit o. J.; Gemeinschaftspraxis Gesenhues & Partner o. J.).

Eine Gruppe anderer Modelle kann unter dem nicht einheitlich definierten Begriff des Primärversorgungszentrums (PVZ)<sup>17</sup> eingeordnet werden. Die rechtliche Ausgestaltung ist unterschiedlich (z. B. MVZ, Vertragsarztpraxen in Verbindung mit gemeinnützigen Trägern und Vereinen). Gemeinsamkeiten bestehen in der multiprofessionellen Zusammensetzung und in dem Selbstverständnis einer kompetenzbezogenen und strukturierten interprofessionellen Zusammenarbeit im Team. Sie beinhalten ein Care- und Case-Management. Dabei arbeiten Gesundheitsberufe wie Physician Assistants, Advanced Practice Nurses und Community Health Nurses eng mit Psycholog:innen, Sozialarbeiter:innen und Ärzt:innen zusammen. Alle Teammitglieder übernehmen eigenverantwortlich Tätigkeiten und arbeiten vernetzt mit dem öffentlichen Gesundheitsdienst und anderen Einrichtungen der Versorgung wie Krankenhäusern, Apotheken und Hospizen sowie mit weiteren Gesundheitsberufen in regionalen Strukturen zusammen. Die aktuellen Überlegungen zur Stärkung der Prävention und Beratung für von Pflegebedürftigkeit gefährdeten Personen und deren Angehörigen in kommunalen Strukturen verstärken diesen Ansatz (BMG 2025c). Dadurch wird der Fokus in der Primärversorgung stärker auf präventive und soziale Belange ausgerichtet, die oftmals ursächlich für medizinische Symptome oder verantwortlich für ihre Verstärkung sind.

<sup>15</sup> Medizinische Versorgungszentren sind eine ambulante Versorgungseinrichtung im Gesundheitswesen, in der mehrere Ärzt:innen unterschiedlicher Fachrichtungen, meist als Angestellte der Trägerorganisation unter einem organisatorischen Dach zusammenarbeiten.

<sup>16</sup> „Der prognostizierte Bedarf an hausärztlicher Versorgung sei insbesondere in ländlichen Regionen so erheblich, dass die Landärztequote als Einzelmaßnahme zur Lösung der Problemlage auf absehbare Zeit ohnehin nicht auskömmlich sein werde“ (Deutsches Ärzteblatt 2025e).

<sup>17</sup> Primärversorgungszentren konzentrieren sich auf die medizinische und pflegerische Grundversorgung und bieten ein breites Versorgungsangebot durch die Einbindung unterschiedlicher gesundheits- und pflegerrelevanter Berufsgruppen an.

Ärzt:innen können sich als Bestandteil des Teams auf das Kernstück ihrer Profession, Krankheiten zu diagnostizieren, zu behandeln sowie komplexe Behandlungsverläufe zu begleiten, fokussieren (BKK-Dachverband 2025: 11).

Dabei ist insbesondere die interprofessionelle Zusammenarbeit in diesen Einrichtungen zu betonen. „Gute Kooperation zeichnet sich dadurch aus, dass alle Beteiligten gemeinsam die Gesundheitsziele des Patienten verfolgen. Es kommt darauf an, die Vielfalt und Komplexität von Versorgungssituationen mit größtmöglicher Flexibilität gemeinsam zu bewältigen und dabei alle vorhandenen Kompetenzen zum Einsatz zu bringen. Damit das gelingt, müssen wir das bisherige Paradigma der genauen Abgrenzung der Gesundheitsberufe untereinander verlassen. Vielmehr müssen wir uns die notwendigen und vorhandenen Überlappungen in Wissen und Kompetenzen der Healthcare Professionals zunutze machen, um Versorgungslücken für den Patienten zu schließen und personelle Engpässe zu bewältigen“ (BMC 2025).

Oft wird eine Kooperation mit anderen Leistungserbringern außerhalb des medizinischen und pflegerischen Sektors gesucht. Die PVZ pflegen dementsprechend den Austausch und die Zusammenarbeit mit kommunalen Diensten, allen voran mit dem Öffentlichen Gesundheitswesen, anderen Präventionsträgern und Institutionen des bürgerschaftlichen Engagements.

Stilbildend für diese Versorgungsform sind die PORT-Gesundheitszentren der Robert Bosch Stiftung<sup>18</sup>, die seit mehr als sieben Jahren momentan an zwölf Standorten betrieben werden (Bosch Health Campus o. J.). Im Kontext dieses Konzepts initiierte die Robert Bosch Stiftung die Einführung von Masterstudiengängen zur Qualifikation von Community Health Nurses und unterstützt deren Integration in die Versorgung. CHN bauen lokale informelle Netzwerke aus, pflegen diese, sorgen für fachlichen Input und sichern die Schnittstelle Pflege–Medizin.

Ausländische Beispiele zeigen die Möglichkeiten, die sich mit einem solchen neuen und erweiterten Berufsmix ergeben. In skandinavischen Ländern übernehmen APN/CHN verantwortungsvolle Aufgaben, wie die Eingangssteuerung von Patient:innen (DRK Kliniken Berlin 2025).

Eine Studie beschreibt für PVZ prototypisch die notwendigen, wünschenswerten und optionalen Versorgungsangebote, die teamorientierte, interprofessionelle Arbeitsweise sowie die Bedeutung einer kommunalen Einbindung (Gruhl 2022).

Inzwischen existieren in zahlreichen Ländern Förderprogramme für die Etablierung von PVZ. Einzelne Krankenkassen, deren Verbände oder Institutionen engagieren sich für diese neue Versorgungsform (AOK Nordwest o. J.; Vdek

2025; DBfK et al. 2025; BKK-DV 2025). Das Land Brandenburg plant die Etablierung einiger neuer Standorte für PVZ (Medizinische Universität Lausitz – Carl Thiem o. J.). Über den Innovationsfonds oder über Verträge nach §140 a SGB V werden etliche Modelle dieser Art getragen (AOK o. J.; AOK Rheinland/Hamburg 2026; Vdek 2025). Eine gute Übersicht über inzwischen existierende und geplante PVZ findet sich in der Arbeit von Zimmermann und Pruskil (2025).

In einem Referentenentwurf des Gesundheitsverstärkungsgesetz (GVSG) wurde in der vergangenen Legislaturperiode eine rechtliche Formulierung für PVZ eingebracht, die im weiteren Verlauf der Beratung, auch wegen des vorzeitigen Endes der Legislaturperiode, nicht finalisiert wurde. Bei all diesen Modellen werden heute Fördermittel Dritter benötigt, um die Besonderheiten dieser Versorgungsform abzusichern, die nicht durch die Regelfinanzierung getragen werden.

Es ist keine dauerhaft tragfähige Lösung, den grundlegenden medizinischen und pflegerischen Versorgungsbedarf oder gar die Sicherstellung von Versorgung von unzuständigen Einrichtungen und Institutionen abhängig zu machen oder einzelnen engagierten Akteuren ein übermäßiges Risiko zuzumuten. Dies gilt umso mehr, als sich die Situation in der Primärversorgung perspektivisch – zumindest noch in den nächsten 20 bis 30 Jahren – aus demografischen Gründen absehbar verschlechtern wird. Viele der modellhaften Versorgungsprojekte arbeiten zudem in einem rechtlich unsicheren Rahmen und müssen für die Akquise von Drittmitteln einen übermäßigen administrativen Aufwand betreiben.

Jede Chance zur Aufrechterhaltung der Primärversorgung ist besser als keine Versorgung, solange fachliche Standards gewahrt werden. Hier gilt es, parallel zu der politisch geeinten Einführung eines Primärarztsystems Spielräume zu eröffnen, die auch abseits der eingeübten Strukturen die gesamte Primärversorgung verbessern und absichern. Es darf kein vorrangiges Ziel sein, lokal nicht tragfähige Regelungen des heutigen Niederlassungsrechts aus prinzipiellen Gründen zu bewahren.

Das deutsche Gesundheits- und Pflegewesen ist nicht darin geübt, Flexibilität zuzulassen. Erschwerend kommt hinzu, dass die unterschiedlichen Facetten der Primärversorgung an den jeweiligen regionalen Grundbedürfnissen der Bevölkerung ausgerichtet sein sollten, aber keine durchgehende Steuerung existiert, die die unterschiedlichen Bausteine für eine gesundheitliche Versorgung auf dieser Ebene verantwortet oder plant. Wenn aber die bisherigen Governance-Strukturen zur Aufrechterhaltung einer Primärversorgung nicht mehr greifen (Westrick/Wehner 2026: 6ff.), sollte die gesundheitlich-pflegerische Versorgung auch anderen Institutionen, z. B. den Kommunen als rechtlichen Garanten der

<sup>18</sup> PORT ist die Abkürzung für Patientenorientierte Zentren zur Regionalen Teilhabe.

Daseinsvorsorge ermöglicht werden. Dafür sind die Voraussetzungen in den betroffenen Sozialgesetzbüchern rechtlich zu schaffen.

Neben einer strukturellen Flexibilität sind auch neue ökonomische Settings eine Option, um bisher an den sektoralen Budgets scheiternde regionale Lösungen für die Akteure vor Ort zu ermöglichen. Flächenbezogen oder für bestimmte Leistungskomplexe sind Budgetkonstrukte für definierte Versorgungsaufträge zu gestatten, solange die Kosten ein vergleichbares Leistungsportfolio nicht übersteigen und die bisherigen Budgets bereinigt werden. Anstelle einer leistungsabhängigen Vergütung werden andere Steuerungselemente wie Mengen- und Qualitätsziele vereinbart und überprüft, um Versorgung und Wirtschaftlichkeit zu sichern. So entstehen Anreize für präventives Handeln, interprofessionelle Zusammenarbeit und arztergänzende Leistungen wie Fallmanagement. Für die medizinische Versorgung kann ein übergreifendes Budget auch auf bestimmte Krankheitsbilder und Leistungsgruppen beschränkt werden.

## Handlungsempfehlungen

*Die im Folgenden genannten Vorschläge beziehen sich insbesondere auf pflegerisch und/oder medizinisch unterversorgte Regionen mit Fokus auf die Primärversorgung, soweit es den zuständigen Gewährleistungsträgern in einem zu definierenden Zeitraum nicht möglich ist, die Unterversorgung zu überwinden.*

### *Erweiterte Spielräume für die Ausgestaltung von Versorgung*

- *In der Debatte zur Krankenhausreform wurde bei der Diskussion der Schnittstellen zur ambulanten Versorgung von der Notwendigkeit gesprochen, gesetzlich einen „Instrumentenkasten“ (Ärztezeitung 2023) zu ermöglichen, der bei drohender oder eingetretener Unterversorgung unterschiedliche Reaktionsmöglichkeiten eröffnet. Dieser steht für eine gesicherte Primärversorgung aus.*
- *So ist es unverändert nicht möglich, sektorenübergreifende Budgetausgleiche zu nutzen, wenn die Schließung von Krankenhäusern durch einen Ausbau der ambulanten Versorgung kompensiert werden soll oder die wegbrechende vertragsärztliche Grundversorgung durch andere Leistungserbringer übernommen werden kann.*
- *Weitergehend sind Regionalbudgets für eine medizinische, aber auch pflegerische Neuordnung zwischen ambulanter und stationärer Versorgung zu ermöglichen. Für die medizinische Versorgung kann ein übergreifendes Budget auch auf bestimmte Krankheitsbilder und Leistungsgruppen beschränkt werden.*

→ *Die im Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz anfangs diskutierte medizinisch-pflegerische Versorgung durch sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen hätte es ermöglichen können, insbesondere ältere Patient:innen mit einer akuten, aber minderschweren Erkrankung und temporärem Pflegebedarf ortsnah zu versorgen – auch mit bettenführenden Einheiten im ambulanten Bereich. Stattdessen wurden hochkomplexe „sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen“ beschlossen, die ausschließlich als Krankenhäuser geführt werden dürfen und für klinisch tätiges ärztliches Personal nicht attraktiv sind. Hier bedarf es dringend einer praktikablen, aufwandsarmen und auch für die pflegerische Versorgung förderlichen Versorgungsform. Ausformulierte Vorschläge dazu liegen vor (Schmid et al. 2018; Gruhl 2023b; Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung 2024).*

→ *Für Primärversorgungscentren sind Regelungen in Anlehnung an den genannten Referentenentwurf des GVSG zu schaffen, die berufs- und disziplinenübergreifendes Arbeiten in der Primärversorgung ermöglichen und attraktive interprofessionelle Arbeitsformen schaffen. Ein Care- und Case-Management für komplexe multimorbide Personen ist zu integrieren.*

### *Stärkung der kommunalen Koordination*

- *Pflegerische oder medizinische Leistungen sind für Kommunen keine Pflichtaufgaben, sondern freiwillige Leistungen. Diese werden – speziell in einer Haushaltsnotlage – nicht im notwendigen Umfang eigene Mittel erbringen können und dürfen. Die Hürden für Kommunen oder gemeinnützige Träger, sich in der PV einzubringen, sind hoch und aufgrund siebenstelliger finanzieller Garantieleistungen gegenüber den jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigungen oft nicht zu überwinden. Damit wird Kommunen mit einer schlechten Finanzausstattung, in denen medizinische Unterversorgung überproportional auftritt, die Möglichkeit zur Gründung von Gesundheitseinrichtungen erschwert.*
- *Im Sinne eines Risk-Sharings soll ein KV-übergreifender Garantiefonds zur Abdeckung oder Minderung der kommunalen Garantiezahlungen eingerichtet werden und so kommunales Engagement erleichtern.*
- *Eine ähnliche Ausgangslage besteht in Bezug auf die sinnvollen neuen Überlegungen zu verstärkter Prävention und Beratung im Verbund mit den Pflegekassen. Hierzu sind in der anstehenden Pflege-reform kompensatorische Regelungen vorzusehen.*

→ Wenn sich Gebietskörperschaften anbieten, eine koordinierende Rolle zur Behebung regionaler Unterversorgung zu übernehmen, sind ihnen dafür die gebotenen Kompetenzen einzuräumen und die Mitwirkung der Verantwortungsträger nach SGB V und XI vorzugeben. Leistungen der Altenhilfe nach § 71 SGB XII sind einzubeziehen. Eine Querfinanzierung originär öffentlich-rechtlicher Aufgaben ist allerdings auszuschließen.

→ Bei bestehender oder drohender Unterversorgung ist rechtlich vorzugeben, dass Regionalverträge zwischen Medizin, Pflege, Kommunen und Krankenkassen zu schließen sind, wie mit einem gemeinsamen Zeit-Maßnahmen-Plan die PV gesichert werden kann. Die Aufsicht zur Erstellung und Umsetzung obliegt dem jeweiligen Land, das auch zur Ersatzvornahme berechtigt ist, falls die Verträge nicht geschlossen werden oder nicht fristgerecht umgesetzt werden können.

*Veränderte Auftragslage und Einstellung der Gewährleistungsträger*

→ Jede Chance zur Aufrechterhaltung der Primärversorgung ist besser als keine Versorgung, solange fachliche Standards gewahrt werden. Es darf kein vorrangiges Ziel sein, lokal nicht tragfähige Regelungen im Niederlassungsrecht aus prinzipiellen Gründen zu bewahren. Stattdessen müssen sich Gewährleistungsträger aktiv an regionsspezifischen Versorgungsalternativen beteiligen, diese unterstützen und fördern.

→ Dies sollte im Interesse der Gewährleistungsträger sein, um ihren gesetzlichen Auftrag zur flächendeckenden Sicherstellung und Selbstverwaltung erfüllen zu können. Sie sollen ihre beratenden, organisatorischen und finanziellen Möglichkeiten einbringen, um andere Versorgungskonstellationen zu ermöglichen. Dazu zählen auch die KV-eigenen Strukturfonds nach § 105 Abs. 1a SGB V, die dazu beitragen sollen, die vertragsärztliche Versorgung zu sichern. Die gesetzlich vorgegebenen Förderzwecke beinhalten auch die Unterstützung von „lokalen Gesundheitszentren für die medizinische Grundversorgung“ (§105 Abs. 1a Satz 3 Ziffer 4 SGB V).

→ Öffentlich-rechtlichen und gemeinnützigen Trägern von Versorgungseinrichtungen soll ein Mitspracherecht in den Gremien der Kassenärztlichen Vereinigungen eingeräumt werden.

*Die Ausgestaltung der obigen Vorschläge soll der Selbstverwaltung unter Fristsetzungen und der Möglichkeit von Ersatzvornahme überantwortet werden.*

### 3.6 Chancen der Digitalisierung in der Primärversorgung

Die Potenziale der Digitalisierung sind in der Primärversorgung für eine verbesserte organisatorische Effizienz in der Leistungserbringung und/oder für eine Reduzierung der Patienten-/Klientenkontakte nicht hoch genug einzuschätzen. Beispielhaft seien erwähnt:

- eine digitale Selbst- und Ersteinschätzung, die optional vor einer Konsultation eventuell eine Selbstbehandlung ermöglicht;
- online- oder KI-gestützte Gesundheitsplattformen, die informative, bahnende und regulierende Hilfestellungen mit und ohne persönlicher Fachassistenz anbieten sowie das Care- und Case-Management unterstützen bzw. digitale Behandlungsabläufe fachlich, terminlich und dokumentarisch koordinieren (z. B. koordinierte Gesundheitsversorgung, myoncare – [www.myoncare.com](http://www.myoncare.com));
- KI-basierte Tools zur Unterstützung von diagnostisch-therapeutischen Entscheidungen (Boustani et al. 2025), insbesondere bei bildgebender und visueller Diagnostik;
- arztunabhängige Behandlungsplätze mit telemedizinischer ärztlicher Behandlung, Testung und Verordnungen (Deutsches Ärzteblatt 2025f);
- digitale Zwillinge/Avatare von Hausärzt:innen zur KI-gestützten digitalen Behandlung (Med2day 2025);
- Entlastung durch synchron zur Leistungserbringung agierende Large Language Modelle (LLM), die Sprachmittlung in der Patientenkommunikation, die interprofessionelle Kommunikation zu anderen Leistungsanbietern und Dokumentationspflichten übernehmen können.

Weitere digitale Personalentlastungen sind insbesondere durch die verstärkte Einführung von KI in das Gesundheitswesen zu erwarten. Welche Potenziale in der Arbeitserleichterung möglich sind, zeigt eine Studie zur Detektion von Demenz aus Krankengeschichten und Patientengesprächen in der Primärversorgung (Boustani et al. 2025).

Insgesamt hat die Digitalisierung im Gesundheitswesen 2025 Fortschritte vorzuweisen, bleibt aber deutlich hinter den Möglichkeiten und Erwartungen zurück (Rajko et al. 2025). Sowohl der Deutsche Hausärztinnen- und Hausärzterverband (2024b) als auch jüngst die Bundesärztekammer (Wissenschaftlicher Beirat der Bundesärztekammer 2025; Lau 2025) haben sich zu den Rahmenbedingungen des digitalen Fortschritts und zum nicht hinreichenden Status quo geäußert. Ein digitales Einsparpotenzial in der pflegerischen Betreuung ist ebenfalls gegeben, aber bisher nur in der Entlastung von Dokumentationspflichten eingeführt (FES 2025; Most 2025). Bis heute wird nur ein geringer Teil der digitalen Möglichkeiten in Deutschland eingesetzt, abrechnungsfähig oder erlaubt. Es fehlen die Treiber inner-

## Gesundheitsnetzwerk PORT Willingen-Diemelsee

Das Gesundheitsnetzwerk PORT Willingen-Diemelsee e. V. bietet als gemeinnütziger kommunaler Verein ein regionales Versorgungsangebot, das sowohl aufsuchende Beratung und Case-Management für Menschen mit Pflege- und Unterstützungsbedarf anbietet als auch die pflegenden Angehörigen bewusst mit in den Fokus der Beratung nimmt. Je nach Bedarf sind die Hausbesuche präventiv ausgestaltet oder adressieren bereits einen komplexen Hilfebedarf. Dadurch werden niedrigschwellige Zugangswege zur Versorgung geschaffen, die tatsächlich die Zielgruppe erreichen. Das Case-Management als wichtige Lotsenfunktion verfolgt das Ziel, Menschen in ihrer Häuslichkeit so zu stabilisieren, dass Krankenhausaufenthalte

oder ein Umzug in eine Dauerpflegeeinrichtung vermieden werden können. Die Versorgung wird mithilfe eines umfangreichen Netzwerks aus ambulanten Pflegediensten, Kurzzeitpflegeeinrichtungen, Ärzt:innen, Therapeut:innen, Apotheken, Krankenhäusern etc. organisiert. Ergänzt werden individuelle Beratungsangebote durch spezielle Kursangebote für chronisch kranke Menschen und pflegende Angehörige, um die Gesundheitskompetenz zu stärken. Beispielhaft sind hier Themen wie Demenz, Schlaganfall, Vorsorgevollmacht oder digitale Souveränität zu nennen. Durch die vielfältigen Angebote direkt vor der Haustür gelingt es dem Projekt, einen großen Teil der Zielgruppe zu erreichen.

halb der etablierten Systeme, die bekanntlich innovationsschwerfällig sind. Insbesondere die Nutzung von KI im Gesundheits- und Pflegewesen ist im Vergleich zu den USA noch weitgehend unbekannt. Im US-Kongress wird zurzeit ein Gesetzesentwurf beraten, der KI-generierte Medikamentenverschreibung ohne ärztliche Kontrolle ermöglichen soll (Bressmann et al. 2025). Während von der Food and Drug Agency (FDA) als zuständiger Behörde bereits 950 KI-Anwendungen in der Medizin zur Erprobung freigegeben sind (Sivakumar et al. 2025), sind in Deutschland noch zahlreiche Vorarbeiten zu bewältigen (AOK Nordost 2025). Das Bundesministerium für Gesundheit konzentriert seine Bemühungen zur Unterstützung der KI im Gesundheits- und Pflegewesen im Wesentlichen auf einen gesicherten und umfassenden Zugang zu den gesundheitsbezogenen Daten (Deutsches Ärzteblatt 2025g) – eine notwendige, aber nicht hinreichende Voraussetzung zur schnellen und gesicherten Integration von KI-Tools in die Versorgung. Die gematik<sup>19</sup> nimmt eine Zertifizierungskompetenz wahr, überlässt aber die Entwicklung neuer digitaler Tools Dritten und setzt auch keinen konzeptionellen Rahmen für den ge-

planten Aufbau einer digitalen Arbeitsumgebung in der vertragsärztlichen oder in anderen Bereichen der Versorgung. Solche funktionalen und sicherheitsbezogenen Anforderungen sind als Rahmensetzungen zusätzlich im Aufgabenkatalog der gematik zu verankern (TK 2026).

Weder die vorherrschenden Praxisverwaltungssoftware-Anbieter noch bestehende Institutionen sind in der Lage oder willens, diese Entwicklung proaktiv zu fördern. Branchenfremde internationale Anbieter bestimmen mit ihren Innovationen diesen „Markt“ zunehmend (z. B. Microsoft, vgl. AOK 2025). Die Entwicklungen sollte man aber nicht Firmen mit vorrangig privatwirtschaftlichen und datengenerierenden Interessen überlassen (Deutsches Ärzteblatt 2025h). Andernfalls besteht vor dem Hintergrund der wachsenden Unterversorgung in der Primärversorgung die Gefahr eines zweiten, privatwirtschaftlichen digitalen Versorgungsmarkts. Dies würde eine relevante Gefahr für das bestehende Kranken- und Pflegeversicherungssystem darstellen.

## Praxisbeispiel Poliklinik Veddel/Hamburg

Die Poliklinik Veddel ist ein Primärversorgungszentrum, das sich in einem der ärmsten Stadtteile Hamburgs befindet. Die Gesundheit der Bevölkerung gehört zu der schlechtesten im innerstädtischen Vergleich. Am Ansatz „Primary Health Care“ der WHO orientiert, organisiert die Poliklinik eine multiprofessionelle Primärversorgung, die eine hausärztliche Praxis, psychologische und soziale Beratung umfasst und mit einer Hebammenpraxis kooperiert. Im Rahmen eines Forschungsprojekts wird die Steue-

rung der Versorgung durch Community Health Nurses erprobt. An die Poliklinik angebunden ist die Lokale Vernetzungsstelle Prävention, die sozialraumorientiert lokale Akteure im Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention zusammenbringt und mit Behörden und dem Öffentlichen Gesundheitsdienst zusammenarbeitet. Durch partizipative Ansätze werden Patient:innen und Anwohner:innen in die Ausgestaltung der Versorgung sowie von Gesundheitsförderungsmaßnahmen einbezogen.

<sup>19</sup> Die gematik steht für „Gesellschaft für Telematikanwendungen der Gesundheitskarte“ und fungiert als nationale Agentur für digitale Medizin in Deutschland. Sie ist verantwortlich für den Aufbau, den Betrieb sowie die Weiterentwicklung der Telematikinfrastruktur. Damit treibt sie die Infrastruktur für das digitale Gesundheitswesen in Deutschland voran.

## Handlungsempfehlungen

- *Es ist dringend geboten, die Chancen der Digitalisierung in der ambulanten Versorgung nicht „laufen zu lassen“, sondern sich proaktiv den neuen digitalen Möglichkeiten zur Entlastung der persönlichen Leistungserbringung in der Primärversorgung rechtlich und faktisch zuzuwenden. Mit der Einführung der ePA und dem kürzlich eröffneten Forschungsdatenzentrum sind wichtige, aber nicht hinreichende Grundlagen geschaffen.*
- *Vorrangig sind eine fördernde, aber auch regulierende Konzeption zur Einbindung dieser entlastenden Möglichkeiten zu entwickeln und Verfahrensschritte zur Implementation zu definieren. Es bedarf eines Masterplans für die Digitalisierung, der sich nicht nur auf die Bereitstellung von Grundlagen beschränkt, sondern insbesondere die Einführung von KI orchestriert.*
- *Die Rolle der Gematik ist dementsprechend über die bisherige Zuständigkeit einer Zertifizierungskompetenz für die Kompatibilität auf eine konzeptionelle, funktionale und sicherheitsbezogene Zuständigkeit zu erweitern, um die praktische Ausgestaltung einer digitalen Infrastruktur nicht nur anbietergetrieben entstehen zu lassen.*
- *Sollten die einzelnen Praxis- oder Pflege-Softwareanbieter die Funktionalität von grundlegenden Anwendungen wie ePA oder den Telematikinfrastruktur-Messenger (TIM) nicht vollständig gewährleisten können, sind sie zu finanziellen Kompensationen zu verpflichten.*
- *Die Förderung der Entwicklung und die Einführung relevanter Tools sollen zwischen den Partnern der Selbstverwaltung und externen Dritten durch den Innovationsfonds unterstützt werden, soweit die Mittel zur Entwicklungsunterstützung mit der privatwirtschaftlichen Vermarktung des Tools an die Selbstverwaltung zurückfließen.*
- *Eine Verbreiterung der digitalen Einsatzmöglichkeiten ist vorrangig in der Primärversorgung zu unterstützen, die die meisten Schnittstellen und die größte fachliche Breite aller Versorgungsebenen aufweist und einen besonderen Bedarf für entlastende und unterstützende Einsatzmöglichkeiten benötigt.*

## 3.7 Verbindliche Koordination in der und durch die Primärversorgung

Primärarztsysteme (PAS) oder andere, nicht ausschließlich ärztlich ausgerichtete Steuerungs- und Koordinierungssysteme der Primärversorgung sind nach internationalem Standard relevante Eckpfeiler einer effizienten und effektiven Gesundheitsversorgung. Im internationalen Vergleich sind Primärversorgungssysteme dadurch charakterisiert, dass Patient:innen vor der Inanspruchnahme spezialisierter Versorgungsangebote eine Primärversorgungseinrichtung zu konsultieren haben. Weitere typische Merkmale sind:

- die verbindliche Registrierung/Einschreibung bei einer Primärversorgungspraxis oder -einrichtung (meist verpflichtend);
- eine Überweisungspflicht für weitere Versorgungsebenen;
- eine somit eingeschränkte freie Arztwahl zur besseren Steuerung;
- die Koordination und Integration der Versorgung durch die Primärpraxen/Primärversorgungseinrichtungen;
- interprofessionelle Teamarbeit, oft in interprofessionellen Gesundheitszentren.

Einstiegspunkte und den Verlauf der „Patient Journey“<sup>20</sup> den Patient:innen selbst zu überlassen, ist in Staaten mit ähnlicher gesundheitlicher Absicherung insofern unüblich (Wittlinger/Sundmacher 2025). Von daher ist die Absicht, steuernde Systeme in der PV einzuführen, begrüßenswert.

Bereits in den 2000er Jahren wurde im politischen Raum die Notwendigkeit eines Primärarztsystems diskutiert (Gruhl 2007). Zu dem damaligen Zeitpunkt wäre aufgrund einer vollständigen hausärztlichen Abdeckung und einer um 3 Millionen geringeren Einwohnerzahl die Einführung eines Primärarztsystems in Anlehnung an niederländische oder skandinavische Modelle mit verbindlicher Einschreibung auf Zeit und umfänglicher hausärztlicher Steuerungsfunktion leichter umsetzbar gewesen. Die Ärzteschaft lehnte solche Vorstöße mit Hinweis auf die freie Arztwahl als Kernbestandteil ärztlicher Freiberuflichkeit ab. Umso überraschender war deren aktuelle Meinungsänderung, die in einen Beschluss des 128. Deutschen Ärztetages 2024 mit einem Leit Antrag des Vorstands zur Einführung eines Primärarztsystems mündete (Bundesärztekammer 2024). Der Koalitionsvertrag griff die Überlegungen auf.<sup>21</sup> Andere Verbände, Institutionen und einzelne Expert:innen variierten oder unterstützten diese Position. Eine Bewertung der bisher eingebrachten Vorschläge zur Umsetzung führt aus, dass die Modelle in sich nicht widerspruchsfrei sind

<sup>20</sup> Unter Patient Journey wird ein ganzheitliches Konzept verstanden, das die Phasen der Prävention, Diagnose, Behandlung und Nachsorge umfasst. Im Mittelpunkt stehen dabei der zeitliche Verlauf sowie die Erfahrungen der Patient:innen entlang dieses Prozesses.

<sup>21</sup> „Zu einer möglichst zielgerichteten Versorgung der Patientinnen und Patienten und für eine schnellere Terminvergabe setzen wir auf ein verbindliches Primärarztsystem bei freier Arztwahl durch Haus- und Kinderärzte in der Hausarztzentrierten Versorgung und im Kollektivvertrag“ (CDU, CSU, SPD 2025: 76).

(Paquet 2025). So kann keines der Modelle eine Lösung dafür anbieten, wie in Gebieten, in denen die primärärztliche Versorgung nicht ausreichend zur Verfügung steht, die Einführung eines Primärarzt-systems erfolgen soll. Unterstützt durch die Empfehlung des Sachverständigenrats zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2014: 179f.) zur Einführung von lokalen Gesundheitszentren, den Beispielen der PORT-Zentren oder des Gesetzesentwurfes zum GVSG der Ampelregierung, der die Einrichtung von Primärversorgungszentren vorsah, ändert oder erweitert sich das Narrativ vom Primärarzt-system zum Primärversorgungssystem seit einigen Jahren, ohne dass die Unterschiede abschließend definiert sind.<sup>22</sup>

Im Weiteren wird davon ausgegangen, dass ein Primärversorgungssystem einen breiteren Ansatz verfolgt, der über den primärärztlichen, hausärztlichen Bezug hinausgeht sowie andere Steuerungsformen, z. B. in der Pflege oder durch digitale Tools, integriert.

Gemäß der Definition des § 73 Abs. 1a SGB V umfasst die hausärztliche Versorgung auch die Kinder- und Jugendmedizin.

### 3.7.1 Optionen zur Einführung von Primärversorgungssystemen

Es ist in der Diskussion zur Einführung von PVS zu beachten, dass durch deren Filter- und Koordinierungsfunktion unnötige Konsultationen bei den spezialisierten Versorgungsstufen oder – im Fall der Pflege – Redundanzen durch multiple Interventionen zugunsten einer verbesserten Effizienz des Gesamtsystems reduziert werden. Dies kann zu einem bedarfsgerechteren Zugang zu fachärztlichen Terminen und zu pflegerischer Versorgung aus einer Hand beitragen. Die Schwierigkeiten, fachärztliche und pflegerische Begutachtungstermine zu erhalten, wird von den Versicherern vermehrt moniert.

Gleichzeitig erhöht sich durch ein PVS die Arbeitslast in der Primärversorgung. Dies erschwert die Systemumstellung in heute hausärztlich und pflegerisch minderversorgten Regionen.

Die generelle und flächendeckende Einführung eines Primärversorgungssystems ist aufgrund der lückenhaften Sicherstellung in der Primärversorgung daher kurzfristig nicht realistisch. Eine verbindliche Anbindung von Patient:innen an eine primärärztliche Struktur kann nur umgesetzt werden, wenn die Region nicht hausärztlich unterversorgt oder von Unterversorgung bedroht ist. Aussagen der Hausärzteschaft, dass die Einführung eines Primärarzt-systems bundesweit ad hoc zu realisieren ist, sind in Anbetracht der heutigen und zukünftigen Entwicklung der hausärztlichen

Versorgungslage (siehe Kapitel 3.4.1) nicht wirklichkeitsnah und werden auch innerärztlich bezweifelt (Deutsches Ärzteblatt 2025i). Inzwischen spricht die Hausärzteschaft selbst nur von einer Teileinführung.<sup>23</sup> Noch deutlicher äußert sich die Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM), die zwar die Zahl der Hausärzt:innen grundsätzlich als ausreichend für die Einführung eines Primärversorgungssystems bezeichnet, dies jedoch nur für realistisch hält, wenn notwendige Rahmenbedingungen und Voraussetzungen kurz-, mittel- und langfristig geschaffen worden sind. Sie schließt damit eine flächendeckende Einführung eines PVS de facto aus (DEGAM 2026).

Die Erwartung, mit einer vorgeschalteten digitalen oder persönlich assistierten Ersteinschätzung eine vollumfängliche Steuerung für alle Patientenangelegenheiten zu ermöglichen und die Steuerungsfunktion der PV zu ersetzen, wurde bereits oben diskutiert und verworfen (s. a. Zugang zur Primärversorgung an eine Ersteinschätzung binden).

Zur Umsetzung eines PVS werden im Bundesministerium für Gesundheit deshalb weitere Entlastungsoptionen diskutiert:

- Über ein vorgeschaltetes digitales Selbsteinschätzungssystem bzw. über ein strukturiertes, fachlich assistiertes Ersteinschätzungssystem der Terminservicestellen soll die Arbeitslast der hausärztlichen Praxen reduziert werden, um zusätzliche Kapazitäten für ein Primärversorgungssystem generieren zu können. Eine Einschätzung, in welchem Umfang dies gelingen kann, ist bisher nicht bekannt.
- Nachvollziehbar ist auch die teamorientierte Übertragung von hausärztlichen Aufgaben auf andere Gesundheitsfachberufe und die Absicht, mit einer erweiterten akademischen Qualifikation von Pflegefachpersonen zusätzliche personelle Angebote in der Primärversorgung einzubringen, wie in der Vorhabenplanung des Bundesministeriums für Gesundheit im Januar 2026 mit einem Pflege- und Gesundheitsexperten-Einführungsgesetz (APN-Gesetz) angekündigt.

Da diese Maßnahmen einen mittelfristigen zeitlichen Vorlauf benötigen, ist eine flächendeckende und gleichzeitige Einführung eines Primärversorgungssystems nicht ratsam. Einem gestuften Verfahren wird aus verschiedenen Gründen der Vorzug gegeben:

- Die einbezogene Zahl der Patient:innen kann an die realen Möglichkeiten der PV angepasst und von den gegebenen Strukturen sicher betreut und koordiniert werden.
- Die Erfahrungen der Systemumstellung können begleitend ausgewertet und notwendige Korrekturen im Sinne

<sup>22</sup> „Wir haben uns in der Koalition darauf verständigt, ein Primärversorgungssystem einzuführen“, Interview in der *Welt am Sonntag* mit Bundesgesundheitsminister Warken vom 24.11.2025 (BMG 2025d).

<sup>23</sup> „Das Primärarzt-system müsse deshalb möglichst nah an der bereits bestehenden HzV ausgerichtet werden. Diese habe sich etabliert. Wir haben die Strukturen bereits und können aus zehn Millionen Patienten auch 20 oder 30 Millionen machen“ (Deutsches Ärzteblatt 2025j).

eines lernenden Systems vor Einbeziehung zusätzlicher Patientengruppen vorgenommen werden.

→ Die durch die Umstellung ausgelösten Kostenverschiebungen können frühzeitig erkannt werden und führen im Gegensatz zu einer flächendeckenden Ausrollung nicht zu größeren Belastungen der Sozialversicherungen.

Denkbar sind zwei Möglichkeiten, ein gestuftes PVS einzuführen:

1. Regionale Einführung: Eine regionale Einführung kann entweder durch eine Auswahl von sich bewerbenden und auszuwählenden Modellregionen<sup>24</sup> oder durch eine bundeseinheitliche Festlegung von Kriterien, die mit der Übertragung eines PVS von allen Beteiligten erfüllt sein müssen, erfolgen. Wichtige Auswahlkriterien sind neben einer kleinräumig (siehe Kapitel 2.2) nachzuweisenden gesicherten hausärztlichen Versorgung eine gute primärversorgende ambulant-pflegerische Versorgung sowie die Unterstützung anderer an der Primärversorgung direkt oder mittelbar beteiligten Leistungserbringern. Die zuständigen Terminservicestellen müssen eingebunden sein.
2. Fachlich begründete gestufte Einführung eines PVS: Ziel dieser Variante wäre es, vorrangig die Patient:innen in ein verbindliches Steuerungs- und Koordinierungssystem einzuschließen, die aus fachlicher Sicht den größten Nutzen aus einer gesicherten, koordinierten Versorgung zu erwarten haben. Komplexität, Dauer oder Schwere ihrer Erkrankung sind dafür ausschlaggebend. Sie benötigen in der Regel eine kontinuierliche ärztliche Behandlung und oft ab einem gegebenen Zeitpunkt zusätzliche pflegerische Betreuung, die Einbindung anderer Leistungserbringer und damit ein höheres Maß an Unterstützung im Behandlungsablauf. Neben den bekannten chronischen Erkrankungen und bestehender Multimorbidität sollten von Beginn an ebenso Patient:innen einbezogen werden, die eine pflegerische Betreuung ab Pflegegrad 1 benötigen – explizit mit der Erwartung, dass eine Verbesserung der Fragilität durch ein abgestimmtes und koordiniertes Vorgehen zwischen Pflege und Medizin mit einem guten Care- und Case-Management und fokussierter Prävention erzielt werden kann. Eine weitere Zielgruppe sind Kinder mindestens bis zum 5. Lebensjahr, um die Kontinuität der U-Untersuchungen bis zur U9 abzusichern. In einem zweiten Schritt könnten alle Patient:innen mit einem Pflegegrad in das PVS eingeschlossen werden, um über kontinuierliche Begleitung und Prävention frühzeitig medizinische oder pflegerische Einschränkungen zu verhindern.

Auch eine Kombination beider Varianten, also eine Beschränkung auf bestimmte Regionen, in denen nur die in Ziffer 2 genannten Patientengruppen in das PVS aufgenom-

men werden, kann erwogen werden, wenn mit einer Teilgruppe in abgesicherten primärversorgenden Strukturen der erste Umsetzungsschritt erfolgen soll (vgl. Abbildung 6).

Ziel bleibt es, den Systemumstieg zu einem PVS in der ganzen Bundesrepublik vorzunehmen. Dafür sind aber die notwendigen Strukturen in bisher oder künftig hausärztlich und pflegerisch unterversorgten Gebieten herzustellen. Andernfalls droht eine Ungleichheit der gesundheitlichen Rahmenbedingungen, die fachlich und politisch nicht zu vermitteln sein wird. Der Gesetzgeber muss mit der Implementierung eines gestuften PVS daher gesetzliche Vorgaben formulieren, wie parallel der Ungleichheit in der Primärversorgung abgeholfen wird. Dafür ist auf regionaler Ebene ein Verfahren für einen Entwicklungsplan mit allen Beteiligten, z. B. den Kassen, den Kassenärztlichen Vereinigungen und der zuständigen Gebietskörperschaft der Primärversorgungsregion, einzuleiten, in dem die zeitlichen Perspektiven und Maßnahmen zum Auf- und Ausbau einer verlässlichen Primärversorgung in Anlehnung an Kapitel 3.5 definiert werden. Mit Zielerreichung lässt sich das PVS in der Region dann einführen. Ähnliche Verfahren werden zur Sicherstellung der pflegerischen Versorgung vor Ort diskutiert (VDK 2025).

## Handlungsempfehlungen

→ Ein Primärversorgungssystem wird nicht gleichzeitig für alle Bürger:innen ausgerollt, sondern stufenweise eingeführt: entweder (1) in Regionen, die eine gesicherte Primärversorgung bieten, oder (2) für solche Patientengruppen, die den größten Nutzen aus einer Koordinierung mittels eines PVS erfahren werden.

→ Bei Variante 1 kann die regionale Einführung entweder durch eine Auswahl von sich bewerbenden und auszuwählenden Modellregionen (vgl. Observer 4.0 Management Information System Gesundheitspolitik 2026) oder durch bundeseinheitliche Festlegung von Kriterien, die mit der Übertragung eines PVS von allen Beteiligten erfüllt sein müssen, erfolgen.

→ Sollte die 2. Variante gewählt werden, sind prioritär Patientengruppen in ein PVS einzugliedern, die chronisch krank, multimorbide und/oder pflegebedürftig sind. Ein weiteres Kriterium ist die begründete Notwendigkeit für eine Behandlungskontinuität, wie bei Kindern bis zum 5. Lebensjahr zur Absicherung der U-Untersuchungen oder bei hochaltrigen Patient:innen zur gezielten Förderung von Prävention und Vorsorge.

<sup>24</sup> So plädierte Prof. Josef Hecken (G-BA) während der 10. Sitzung des Parlamentarischen Beirats für nachhaltige Entwicklung und Zukunftsfragen (vgl. Observer 4.0 Management Information System Gesundheitspolitik 2026) „für mehr Koordination und Effizienzgewinne durch ein Primärversorgungssystem, das Behandlungspfade sektorenübergreifend organisieren und schrittweise in Modellregionen erprobt werden sollte“.

→ Parallel zur gesetzlichen Einführung eines Primärversorgungssystems sind gesetzliche Vorgaben zu schaffen, wie die Wiederherstellung oder Beibehaltung einer gesicherten Primärversorgung gewährleistet werden kann, um die Primärversorgungsangebote Zug um Zug der gesamten Bevölkerung zu eröffnen. Auf die dazu korrespondierenden Handlungsempfehlungen im Kapitel 3.5, insbesondere die Etablierung von Primärversorgungszentren, wird verwiesen.

→ Patient:innen, soweit sie keinen Zugang zur örtlichen Primärversorgung haben oder finden, werden über ein qualifiziertes Ersteinschätzungssystem (z. B. bei der 116117) beraten und erhalten bei festgestelltem Bedarf ein Angebot zu einem telemedizinischen ärztlichen Gespräch. Falls das Anliegen dringlich ist und nur in einem persönlichen Kontakt zur Primärversorgung geklärt werden kann, ist eine Terminvermittlung in Sprechstundenzeiten ins Regelsystem oder ansonsten in die Out-of-Hours-Angebote vorzusehen.

### 3.7.2 Ausgestaltung eines Primärversorgungssystems

Solange ein PVS nicht für alle Bürger:innen angeboten werden kann, verbietet sich zwangsläufig eine verpflichtende Verbindlichkeit für die Patient:innen oder bei Nichtbeteiligung eine negative Incentivierung, also die Einführung von Maßnahmen, die unerwünschtes Verhalten durch Sanktionen für den/die Einzelne:n verhindern oder vermindern soll. Sozialrechtlich sind Verpflichtungen oder Nachteile von Versicherten nur aufgrund ihres Wohnsitzes oder einer krankheitsspezifischen Gruppenzugehörigkeit aufgrund des Gleichheitsgebotes nicht zulässig.

Die Anbindung an ein PVS kann insofern nur freiwillig erfolgen. Patient:innen, die zur Teilnahme an einem PVS berechtigt und eingeschrieben sind, sollen durch einen bevorzugten Zugang zu anderen Versorgungsebenen bessergestellt werden. Hierfür ist ein gesetzlicher „Fast-Track“ vorzusehen. Finanzielle Anreize für die Einschreibung der Versicherten sind zu prüfen, soweit sie trotz der finanziell sehr angespannten Situation der GKV zu rechtfertigen sind. Denkbar wäre auch, dass im Rahmen einer anstehenden Neugestaltung der Zuzahlungen abgesenkte Sätze für Teilnehmende an der PVS berücksichtigt werden. Bei der Ausgestaltung der Verträge zum PVS können, ähnlich wie bei einigen landesspezifischen Modellen der hausarztzentrierten Versorgung (HZV), besondere hausärztliche Angebote für Teilnehmende an dem PVS integriert werden: besondere oder erweiterte Sprechstundenzeiten, Präventionsleistungen oder die Bereitstellung besonderer Kommunikationsmöglichkeiten, z. B. Videosprechstunden. Mit der Einschrei-

bung verpflichten sich die Betroffenen, auf einen direkten Zugang zu höheren Versorgungsebenen zu verzichten. Wird diese Verpflichtung nicht eingehalten, können Restriktionen vorgesehen werden. Die Einschreibung kann jederzeit von den einzelnen Patient:innen widerrufen werden, eine Doppelschreibung ist über die ePA auszuschließen.

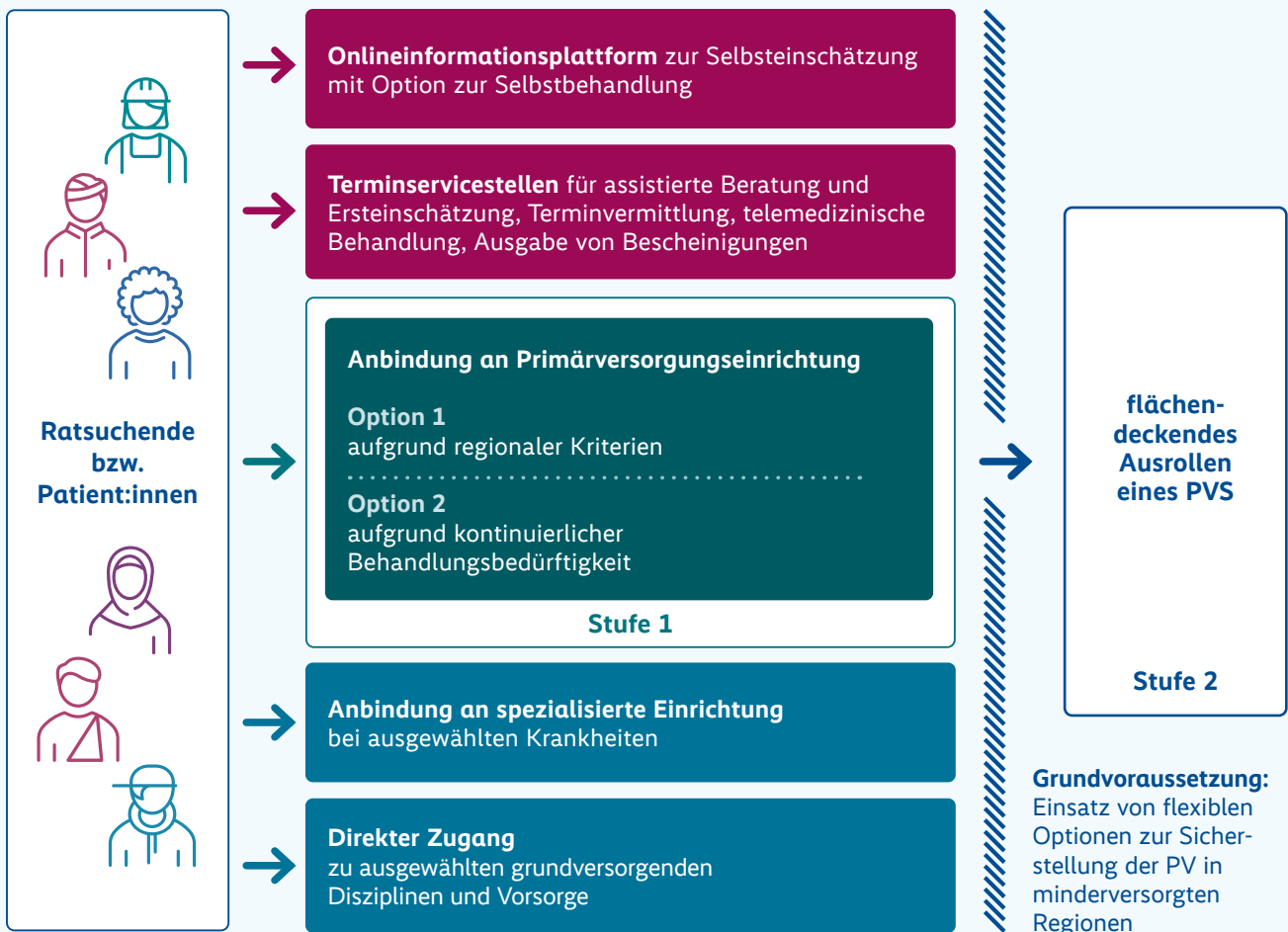
Der Bindung des Patienten/der Patientin stehen Verpflichtungen der behandelnden Primärversorgungseinheit gegenüber, wie eine zeitnahe Zugänglichkeit in die Einrichtung und fachliche Vorgaben, die der G-BA in Anlehnung z. B. an die Vorgaben an die teilnehmenden Praxen im Rahmen der HZV in Baden-Württemberg zu benennen hat.

Für hochspezialisierte Erkrankungen, die einen übergreifenden Einfluss auf jedes weitere therapeutische und diagnostische Vorgehen haben, kann die verbindliche Anbindung bei der primär betroffenen Fachdisziplinen verortet werden. Erkrankungen bei diesen Personen, die neben der Grunderkrankung auftreten, benötigen besondere Kenntnisse in der Diagnostik und (medikamentösen) Therapiegestaltung. Beispiele sind dialysepflichtige Erkrankte oder Personen mit seltenen oder schweren systemischen Erkrankungen (Mukoviszidose oder andere genetischen Erkrankungen). Die spezialisierten Fachdisziplinen übernehmen in diesen Fällen die gesamte Breite des primärversorgenden Spektrums.

Ausnahmen von der verbindlichen Leitfunktion der primärversorgenden Institution soll es für den direkten Zugang zu Fachdisziplinen geben, die für anerkannte Vorsorgeuntersuchungen (aber auch nur für diese) oder im Zusammenhang mit einer Schwangerschaft aufgesucht werden. Ansonsten sollte die Bindung an eine vorherige Konsultation mit dem Primärversorger zur Ermöglichung der Koordination und Steuerung bestehen bleiben. Medizinisch gebotene, regelmäßige fachärztliche Mitbehandlung kann über Langzeitüberweisungen eröffnet werden, wobei die mitbehandelnden Spezialist:innen zu einer Befundeinstellung in die ePA verpflichtet sind.

Fachlich-inhaltliche und organisatorische Anknüpfungspunkte sind für die Zielgruppe der chronisch kranken und/oder fragilen Patient:innen die bereits existierenden strukturierten Disease Management Programme (DMP)<sup>25</sup> einerseits und die hausarztzentrierte Versorgung andererseits, die organisatorisch und strukturell einem PVS am ehesten entspricht. Wenn sich Patient:innen aufgrund des besonderen Versorgungsbedarfs in ein PVS einschreiben, sind sie mit hoher Wahrscheinlichkeit bereits in eine HZV und ein DMP eingebunden. Falls die erste Stufe zur Einführung eines PVS regional ausgerichtet wird, ist gleichfalls damit zu rechnen, dass eine relevante Zahl der eingeschriebenen Patient:innen in die Zielgruppen von DMP und HZV fallen.

<sup>25</sup> Disease Management Programme sind strukturierte Behandlungsprogramme für chronisch Kranke



Quelle: eigene Darstellung.

Beide Sonderservicewege (HZV und DMP) sind an eine Einschreibung geknüpft und bilden den Hintergrund für eine strukturierte und koordinierte Behandlung, wie sie in einem PVS erwartet wird. Für die oben angeführten Indikationen der PVS können damit diese Sonderformen der Versorgung entfallen. Indem HZV und DMP in das neue Primärversorgungssystem aufgehen, wird sich für einen Großteil der für ein PVS infrage kommenden Patient:innen wenig ändern. Zusätzlich wird der bürokratische Aufwand durch die Zusammenführung reduziert und eine zusätzliche dritte Versorgungsform vermieden. Dies entlastet alle Beteiligten.

Das am besten untersuchte und positiv bewertete HZV-Modell ist in Baden-Württemberg etabliert (AOK Baden-Württemberg 2026), auch aufgrund der strukturierten Integration von fachärztlichen Anschlussprogrammen (AOK Baden-Württemberg 2024). Die Hausärzteschaft bezieht sich vorwiegend auf diesen Vertrag, wenn sie sich werbend für ein Primärversorgungssystem einsetzt (Deutsches Ärzteblatt 2025j). Die Ausprägung von HZV unterscheidet sich

in Deutschland allerdings gravierend, und andere Modelle erreichen kaum den hohen fachlichen Standard aus Baden-Württemberg. Die Unterschiedlichkeit der HZV-Verträge eignet sich zudem nicht für eine einheitliche Bewertung, die für die evaluierte stufenweise Einführung eines PVS notwendig ist. Insofern sind länder- bzw. KV-bezogene unterschiedliche Ausprägungen der HZV nicht zielführend. Für die Ausformulierung der Vorgaben an ein PVS sollte deshalb eine einheitliche Struktur entwickelt werden und in Regionen oder für Patientengruppen, für die das PVS eröffnet wird, die HZV ersetzen. § 73b SGB V ist dementsprechend überzuleiten, soweit ein PVS regional oder für bestimmte Patientengruppen greift.

DMPs sollen nicht nur für das Diabetes-Behandlungsprogramm schneller in eine digitalisierte Form überführt werden. Die bisherigen auf § 137 f Abs. 9 SGB V basierenden Aktivitäten des Gemeinsamen Bundesausschusses sind nicht hinreichend. Die Potenziale einer Digitalisierung bei strukturierten Behandlungsabläufen ermöglichen schon heute eine höhere Verlässlichkeit und einen geringeren

Ressourceneinsatz (Bertelsmann Stiftung o. J.).<sup>26</sup> Die bisherigen Verzögerungen zur Umsetzung von neuen DMPs sollten in Hinblick auf ihre Nutzungsmöglichkeiten in den PVS überwunden werden (Zimmermann 2024).

Die Ausformulierung der notwendigen Rahmenbedingungen und Konkretisierungen für die Kapitel 3.7.1 und 3.7.2 kann der Selbstverwaltung übertragen werden.

## Handlungsempfehlungen

- Die Anbindung an ein PVS erfolgt freiwillig. Patient:innen mit einem für die PVS vorgesehenen Versorgungsbedarf, die eine Einschreibung wählen, sollen z.B. durch einen bevorzugten Zugang zu anderen Versorgungsebenen, verminderte Zuzahlung oder in den Vereinbarungen zur Ausgestaltung der PVS vorzusehende hausärztliche Boni, wie besondere Sprechstundenzeiten oder Präventionsangebote, bessergestellt werden.
- Die Anbindung an Fachärzt:innen außerhalb der Primärversorgung ist für spezielle schwere Erkrankungen möglich. Weitere Ausnahmen bestehen für fachärztlich durchzuführende anerkannte Vorsorgeuntersuchungen und im zeitlichen Zusammenhang einer Schwangerschaft.
- Das für ein PVS vorgesehene Krankheitsspektrum deckt sich mit den zugelassenen DMP und mit einem Großteil der in die HZV eingeschriebenen Patient:innen. Für diese Gruppe werden beide besonderen Versorgungsformen organisatorisch und fachlich in das PVS integriert und einheitlich gestaltet.
- Die Umsetzung der vom G-BA beschlossenen DMP und deren Digitalisierung soll beschleunigt werden.
- Die weitere Ausgestaltung erfolgt durch die Selbstverwaltung.

<sup>26</sup> Ein Beispiel hierfür ist die Plattform myoncare (vgl. [www.myoncare.com/de/startseite](http://www.myoncare.com/de/startseite)).

# 4

## Zeitliche Perspektive

Der Koalitionsvertrag gibt dem Bundesministerium für Gesundheit vor, in dieser Legislaturperiode ein Primärarztssystem einzuführen. Aufgrund der großen regionalen Unterschiede in der Sicherstellung der hausärztlichen Versorgung ist ein solcher Systemwechsel kurzfristig und flächendeckend nicht realistisch in der Praxis umsetzbar. Hinzu kommt, dass eine solche Neuordnung des Zugangs zur gesundheitlichen Versorgung nicht allein auf die primärärztliche Behandlung beschränkt bleibt, sondern zukunftsorientiert berufsoffener, insbesondere zusammen mit Anpassungen in der pflegerischen Versorgung umgesetzt wird. Die Komplexität bei der Einführung eines PAS wurde auch im BMG erkannt. Dementsprechend spricht die Bundesministerin statt vom Primärarztssystem vom Primärversorgungssystem, ohne allerdings das gesamte Spektrum eines solchen PVS-Ansatzes zu übernehmen. Folgende Differenzierung ist geboten:

1. Realistisch ist eine gestufte Einführung eines PVS in dieser Legislaturperiode. Diese kann im ersten Schritt entweder in hausärztlich und ambulant-pflegerisch gut versorgten Regionen oder in speziell ausgewählten Modellregionen vorrangig für Erkrankte, die von einer stärkeren Koordination und Steuerung besonders profitieren, erfolgen. Dazu gehören in erster Linie chronisch kranke und multimorbide Personen, die bereits pflegebedürftig sind oder bei denen dies in Kürze zu befürchten ist.
2. Die Regeln für ein Primärversorgungssystem sind insgesamt gesetzlich vorzugeben. Die Gesetzgebung soll sich nicht auf die Vorgabe der ersten Stufen beschränken, sondern das Gesamtziel sowie die jeweiligen Zwischenschritte und Rahmenbedingungen zum Aufbau eines Primärversorgungssystems festlegen. Dabei hat eine verbindliche Aufgabenzuweisung an die zu Beteiligten zu erfolgen, um für die flächendeckende Umsetzung die oben beschriebenen Voraussetzungen zum frühestmöglichen Zeitpunkt zu schaffen. Eine Zeitspanne von sicherlich mindestens einem Jahr zur Ausformulierung der detaillierten Vorgaben durch die Selbstverwaltung ist für die Umsetzung zu berücksichtigen.
3. Zusätzlich ist es in dieser Legislaturperiode geboten, in Regionen, in denen die medizinische und/oder pflegerische Grundversorgung nicht mehr gewährleistet ist oder eine Unterversorgung droht, jeweils einen SGB V/SGB XI-übergreifenden Zeit- und Maßnahmenplan zur Wiederherstellung der Grundversorgung unter Einbeziehung

aller entscheidungsrelevanten Beteiligten zu entwickeln und umzusetzen. Dazu sind für minderversorgte Regionen attraktive Spielräume in der Organisation, Trägerschaft und Zusammenarbeit unterschiedlicher Berufe zu eröffnen (AOK-Bundesverband 2025). Hierzu bedarf es klarer gesetzlicher Vorgaben, die den Handlungsspielraum ohne Vorfestlegung auf Trägerschaften oder zu enge Rahmenbedingungen eröffnen. Die neuen Überlegungen zu einer verstärkten pflegfachlichen Begleitung sind zu integrieren.

4. Die Versorgungssicherheit in der Primärversorgung ist Pflichtaufgabe für die sozialen Sicherungssysteme und gleichzeitig der kommunalen Daseinsvorsorge. Daher sind die zuständigen regionalen Gebietskörperschaften gleichberechtigt, auch koordinierend, einzubeziehen. Die dafür notwendigen gesetzlichen Schritte sind herausfordernd, da sie teilweise in föderale Strukturen eingreifen. Wird dieser Schritt nicht zügig vollzogen, sind wahlrelevante politische Folgen zu befürchten.
5. Ein weiterer Punkt, der in dieser Legislaturperiode gesetzgeberisch zwingend geboten ist, ist die Erweiterung des beruflichen Spektrums, das in der Primärversorgung unterschiedliche Aufgaben heilkundlich-eigenständig und/oder in Delegation übernehmen kann. Diese neuen oder anzupassenden Berufsbilder werden zur kompensatorischen Arbeitsteilung in der Grundversorgung dringend benötigt. Hier gilt es, bereits angekündigte, höher qualifizierte Berufsbilder in der Pflege, aber auch die Erweiterung der Kompetenzen der Therapieberufe durch eine entsprechende Gesetzgebung des Bundes einheitlich zu gestalten. Da Reformen der gesundheitsbezogenen Berufsgesetze in der Vergangenheit trotz mehrerer Jahrzehnte Vorlauf zum Teil nicht abgeschlossen werden konnten, ist ein besonderes politisches Augenmerk auf eine zügige Gesetzgebung angezeigt.

Die Umsetzung der gesetzgeberischen Voraussetzungen für die Punkte 2 bis 4 wird nicht in der bestehenden Legislaturperiode abgeschlossen sein. Sie aber deshalb jetzt nicht anzugehen, wäre in Anbetracht der demografischen Entwicklung leichtfertig.

# Abkürzungsverzeichnis

a. D.	Außer Dienst	NaKo	Nationale Kohorten
ANP	Advanced Nursing Practice	NÄPA	Nichtärztliche Praxisassistent:innen
AOK	Allgemeine Ortskrankenkasse	OECD	Organisation for Economic Co-operation and Development
APN	Advanced Practice Nurse		
AU	Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung	OTH	Ostbayerische Technische Hochschule
BBSR	Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung	ÖGD	Öffentlicher Gesundheitsdienst
BDA	Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände	ÖGW	Öffentliches Gesundheitswesen
BEEP	Gesetz zur Befugnisserweiterung und Entbürokratisierung in der Pflege	PA	Physician Assistants
BIÖG	Bundesinstitut für öffentliche Gesundheit	PAS	Primärarztsystem
BMG	Bundesministerium für Gesundheit	PH	Public Health
BPI-R	Bedarfsplanungsrichtlinie	PORT	Patientenorientierte Zentren zur Primär- und Langzeitversorgung
CHN	Community Health Nurse	PV	Primärversorgung
DEGAM	Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin	PVB	Primärversorgungsbedarf
DGB	Deutscher Gewerkschaftsbund	PVR	Primärversorgungsregion
DMP	Disease Management Programm	PVS	Primärversorgungssystem
DRK-KV	Deutsches Rotes Kreuz – Kreisverband	PVZ	Primärversorgungszentrum
EES	Ersteinschätzung, Ersteinschätzungssystem	SGB	Sozialgesetzbuch
ePA	Elektronische Patientenakte	SmED	Strukturierte medizinische Ersteinschätzung in Deutschland
FA	Facharzt/Fachärztin	SOP	Standard Operating Procedure
FDA	Food and Drug Agency	TIM	Telematikinfrastruktur-Messenger
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss	VERAH	Versorgungsassistent:innen in der Hausarztpraxis
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung		
GOP	Gebührenordnungsposition		
GVSG	Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsversorgung in der Kommune		
HLS-GER 3	Dritter Health Literacy Survey Germany		
HZV	Hausarztzentrierte Versorgung		
IQTIG	Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen		
KBV	Kassenärztliche Bundesvereinigung		
KI	Künstliche Intelligenz		
KV	Kassenärztliche Vereinigung		
LLM	Large Language Modelle		
MFA	Medizinische Fachangestellte		
MH	Medizinische Hochschule		
M.Sc.	Master of Science		
MVZ	Medizinisches Versorgungszentrum		

# Literatur

1450 (o. J.): 1450, ihre telefonische Gesundheitsberatung für Niederösterreich, <https://1450.info/> (14.2.2026).

Allen, N.; K., Rasanathan; Mash, R.; Villar Uribe, M.; Martinez-Bianchi, V.; Kidd, M. (2025): Models of Global Primary Care Post-2030, <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/41040968/> (19.2.2026).

Amt der NÖ Landesregierung (2026): Telefonische Gesundheitsberatung 1450, [https://www.noel.gv.at/noel/SozialeDienste-Beratung/Telefonische\\_Gesundheitsberatung.html](https://www.noel.gv.at/noel/SozialeDienste-Beratung/Telefonische_Gesundheitsberatung.html) (25.3.2026).

AOK (o. J.a): STATAMED – (Kurz-)Stationäre Allgemeinmedizin, <https://www.aok.de/pk/leistungen/medizinische-behandlung/statamed-kurzstationaerer-aufenthalt/> (14.2.2026).

AOK (o. J.b): Gesundheitsinformationen im Internet, <https://www.aok.de/pk/gesundheitswissen/gesundheitsinformationen-suchen-und-finden/> (14.2.2026).

AOK (2025): KI entlastet Ärzte bei der Gesprächsdokumentation, <https://www.aok.de/pp/gg/versorgung/ki-gesundheitskommunikation/> (14.2.2026).

AOK Baden-Württemberg (2024): HZV-Vertrag AOK Baden-Württemberg: Grundlagen für die Hausarztzentrierte Versorgung (HZV) der AOK Baden-Württemberg, <https://www.aok.de/gp/vertraege/arztpraxen/hzv/hzv-vertrag-aok-baden-wuerttemberg> (14.2.2026).

AOK Baden-Württemberg (2026): Baden-Württemberg hat faktisch ein Primärversorgungsmodell etabliert, <https://www.aok.de/pp/bw/pm/primaerversorgungsmodell/> (14.2.2026).

AOK-Bundesverband (2025): Von Anfang an gut versorgt – Eckpunkte für eine Primärversorgung in Deutschland; AOK-Positionen, <https://www.aok.de/pp/bv/pm/ambulante-primaerversorgung/> (14.2.2026).

AOK; DKFZ (2025): Public Health Index 2025, <https://www.aok.de/pp/public-health/index/#c62861> (14.2.2026).

AOK Nordwest (o. J.): Primärversorgungszentren: Bessere Medizin auf dem Land, <https://www.aok.de/pp/nordwest/bessere-medizin-auf-dem-land/> (14.2.2026).

AOK Nordost (2025): KI-Kompass für das Gesundheitswesen – ein Interview mit Prof. Dirk Heckmann, <https://www.aok.de/pp/nordost/hintergrund/wissenschaftlicher-beirat-kompass-ki-gesundheitswesen/> (14.2.2026).

AOK Rheinland/Hamburg (2026): Regionale Versorgung: Gesundheitskiosk, <https://www.aok.de/pk/rh/regionale-versorgung-gesundheitskiosk/> (14.2.2026).

Ärztezeitung (2023): Klinikreform: Länder halten Versorgungslevel für überflüssig, <https://www.aerztezeitung.de/Politik/Klinikreform-Laender-halten-Versorgungslevel-fuer-ueberfluessig-439018.html> (14.2.2026).

Ärztezeitung (2025): Wie eine Krankenkasse Betriebsärzte in die Primärversorgung einbinden will, 18.8.2025, <https://www.aerztezeitung.de/Politik/Wie-eine-Krankenkasse-Betriebsaerzte-in-die-Primaerversorgung-einbinden-will-459808.html> (14.2.2026).

Augurzky, B.; Karagiannidis, C. H. (2025): Acht Ideen gegen steigende Abgaben: Ein Gastbeitrag, in: Wirtschaftswoche plus, 4.10.2025, <https://www.wiwo.de/politik/konjunktur/sozialstaat-acht-ideen-gegen-steigende-abgaben/100151028.html> (Paywall).

Barkley, S.; Marten, R.; Reynolds, T.; Kelley, E.; Dalil, S.; Swaminathan, S.; Ghaffar, A. (2020): Primary Health Care: Realizing the Vision, in: Bull World Health Organ 98 (11), S. 727–727A, doi: 10.2471/BLT.20.279943, PMID: 33177765; PMCID: PMC7607456.

Bayrisches Landesamt für Pflege (o. J.): Pflegestrukturplanung in bayerischen Kommunen: Miteinander Pflege in Zukunft gestalten, <https://www.lfp.bayern.de/pflegestrukturplanung/> (14.2.2026).

BBSR - Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung (2025): Einwohneranteil mit fußläufiger Entfernung zur nächsten Hausarztpraxis, [https://www.bbsr.bund.de/BBSR/DE/forschung/fachbeitraege/raumentwicklung/gleichwertige-lebensverhaeltnisse/nahversorgungsindikatoren/download/karte-hausaerzte.pdf?\\_\\_blob=publicationFile&v=2](https://www.bbsr.bund.de/BBSR/DE/forschung/fachbeitraege/raumentwicklung/gleichwertige-lebensverhaeltnisse/nahversorgungsindikatoren/download/karte-hausaerzte.pdf?__blob=publicationFile&v=2) (07.04.2026).

BDA – Die Arbeitgeber (2025): Für eine leistungsfähige und finanzierbare gesetzliche Krankenversicherung: Vorschläge der Arbeitgeber für eine „Gesundheitsreform 2026“, [https://arbeitgeber.de/wp-content/uploads/bda-arbeitgeber-positionspapier-vorschlaege\\_der\\_arbeitgeber\\_fuer\\_eine\\_gesundheitsreform-2025\\_10\\_20.pdf](https://arbeitgeber.de/wp-content/uploads/bda-arbeitgeber-positionspapier-vorschlaege_der_arbeitgeber_fuer_eine_gesundheitsreform-2025_10_20.pdf) (14.2.2026).

Bertelsmann Stiftung (o. J.): Patientenpfade zeigen: So könnte das digitale DMP-Diabetes die Versorgung verbessern, <https://www.bertelsmann-stiftung.de/de/unsere-projekte/qualitaetsorientiertes-steuerungssystem/projektnachrichten/patientenpfade-im-ddmp-diabetes> (14.2.2026).

Bertelsmann Stiftung (2025): Engpässe in Hausarztpraxen verschärfen sich – doch sie wären vermeidbar, <https://www.bertelsmann-stiftung.de/de/themen/aktuelle-meldungen/2025/juni/engpaesse-in-hausarztpraxen-verschaerfen-sich-doch-sie-waeren-vermeidbar> (14.2.2026).

- BlÖG (o. J.):** Schwangerschaftskonflikt, <https://www.familienplanung.de/schwangerschaftskonflikt/> (14.2.2026).
- BKK-Dachverband (2025):** Eckpunkte zur Neuausrichtung der ambulanten Versorgung, [https://www.bkk-dachverband.de/fileadmin/Artikelsystem/Positionspapiere/2024/BKK\\_Dachverband\\_-\\_Positionspapier\\_-\\_Eckpunkte\\_zur\\_Neuausrichtung\\_der\\_ambulanten\\_Versorgung.pdf](https://www.bkk-dachverband.de/fileadmin/Artikelsystem/Positionspapiere/2024/BKK_Dachverband_-_Positionspapier_-_Eckpunkte_zur_Neuausrichtung_der_ambulanten_Versorgung.pdf) (14.2.2026).
- Blohm, L. (2025):** Hela listan: Så många var listade vid landets 1 234 vårdcentraler, in: Dagens Medicin, 20.3.2025, <https://www.dagensmedicin.se/specialistomraden/allman-medicin/hela-listan-sa-manga-var-listade-vid-landets-1-234-vardcentraler/> (14.2.2026).
- BMC – Bundesverband Managed Care (2025):** BMC legt fünf Bausteine für die Primärversorgungsreform vor, <https://www.bmcev.de/bmc-legt-fuenf-bausteine-fuer-die-primar-versorgungsreform-vor/> (14.2.2026).
- BMG – Bundesministerium für Gesundheit (2017):** Wichtiger Schritt zu modernem Medizinstudium: „Masterplan Medizinstudium 2020“, Pressemitteilung 31.3.2017, <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/presse/pressemitteilungen/presse/archiv/pressemitteilungen-der-vorherigen-legislaturperioden/2017/1-quartal/masterplan-medizinstudium-2020.html> (14.2.2026).
- BMG – Bundesministerium für Gesundheit (2025a):** Ergebnisse der Bund-Länder-Arbeitsgruppe Zukunftspakt Pflege: Optionen für eine nachhaltige Struktur- und Finanzierungsreform in der Pflegeversicherung: Roadmap vom 4.12.2025, [https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3\\_Downloads/Z/Zukunftspakt\\_Pflege/20251211\\_Ergebnisse\\_und\\_Roadmap.pdf](https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Z/Zukunftspakt_Pflege/20251211_Ergebnisse_und_Roadmap.pdf) (14.2.2026).
- BMG – Bundesministerium für Gesundheit (2025b):** Ergebnisse der Bund-Länder-Arbeitsgruppe Zukunftspakt Pflege: Optionen für eine nachhaltige Struktur- und Finanzierungsreform in der Pflegeversicherung – Roadmap, [https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3\\_Downloads/Z/Zukunftspakt\\_Pflege/20251211\\_Ergebnisse\\_und\\_Roadmap.pdf](https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Z/Zukunftspakt_Pflege/20251211_Ergebnisse_und_Roadmap.pdf) (14.2.2026).
- BMG – Bundesministerium für Gesundheit (2025c):** Fach-Arbeitsgruppen „Versorgung“ und „Finanzierung“ im Zukunftspakt Pflege: Fachliche Eckpunkte für eine nachhaltige Struktur- und Finanzierungsreform in der Pflegeversicherung, [https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3\\_Downloads/Z/Zukunftspakt\\_Pflege/20251211\\_Papier\\_der\\_Fachebenen.pdf](https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Z/Zukunftspakt_Pflege/20251211_Papier_der_Fachebenen.pdf) (14.2.2026).
- BMG – Bundesministerium für Gesundheit (2025d):** Marken: „Wir müssen alle lernen, bewusster mit Ressourcen umzugehen“, Interview mit der Welt am Sonntag, <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/presse/interviews/interview/welt-am-sonntag-23-11-2025.html> (14.2.2026).
- Bosch Health Campus (o. J.):** PORT: Patientenorientierte Zentren zur Primär- und Langzeitversorgung, <https://www.bosch-health-campus.de/de/PORT> (14.2.2026).
- Boustani, M. A.; Miled, Z. B. et al. (2025):** Digital Detection of Dementia in Primary Care: A Randomized Clinical Trial, in: JAMA Network Open 8 (11), e2542222. doi:10.1001/jamanetworkopen.2025.42222 (14.2.2026).
- Bressman, E.; Shachar, C.; Stern, A. D.; Mehrotra, A. (2025):** Software as a Medical Practitioner: Is It Time to License Artificial Intelligence?, in: JAMA Internal Medicine, doi:10.1001/jamainternmed.2025.6132 (14.2.2026).
- BSt Gesundheit (o. J.):** MVZ Birkenallee, <https://www.healthtransformationhub.de/beschaefigte/papenburg/> (14.2.2026).
- Bundesärztekammer (2024):** 128. Deutscher Ärztetag, Mainz, 7.5.–10.5.2024, Beschlussprotokoll, [https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user\\_upload/BAEK/Aerztetag/128.DAET/2024-05-10\\_Beschlussprotokoll\\_neu.pdf](https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/BAEK/Aerztetag/128.DAET/2024-05-10_Beschlussprotokoll_neu.pdf) (14.2.2026).
- Bundesärztekammer (2025):** Physician Assistance – ein etabliertes Berufsbild im deutschen Gesundheitswesen, [https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user\\_upload/BAEK/Gesundheitsfachberufe/Physician\\_Assistance\\_Papier\\_2025\\_.pdf](https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/BAEK/Gesundheitsfachberufe/Physician_Assistance_Papier_2025_.pdf) (14.2.2026).
- Careum; Gesundheit Österreich; Bertelsmann Stiftung (2025):** InfoCure, Zertifizierung vertrauenswürdiger Anbieter von digitalen Gesundheitsinformationen, [https://www.bertelsmannstiftung.de/fileadmin/files/Projekte/Trusted\\_Health\\_Ecosystems/InfoCure\\_Ueberblick\\_Deu.pdf](https://www.bertelsmannstiftung.de/fileadmin/files/Projekte/Trusted_Health_Ecosystems/InfoCure_Ueberblick_Deu.pdf) (14.2.2026).
- CDU; CSU; SPD (2025):** Verantwortung für Deutschland: Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und SPD, 21. Legislaturperiode, [https://www.koalitionsvertrag2025.de/sites/www.koalitionsvertrag2025.de/files/koav\\_2025.pdf](https://www.koalitionsvertrag2025.de/sites/www.koalitionsvertrag2025.de/files/koav_2025.pdf) (14.2.2026).
- Chang, E.; Penfold, R. B.; Berkman, N. D. (2024):** Patient Characteristics and Telemedicine Use in the US, 2022, in: Jama Network Open 7 (3), doi: 10.1001/jamanetworkopen.2024.3354 (7.4.2026).
- Chenot J.-F.; Scherer, M. (2024):** Allgemeinmedizin, 2. Auflage, München/Jena.
- Clark, E. (2025):** Which Countries in Europe Have the Best Sick Leave?, in: Startups, 1.1.2025, <https://startups.co.uk/people/employment-law/european-countries-best-sick-leave/> (14.2.2026).
- DACHIST (2024):** Arzt, Krankenhaus und Co. in den Niederlanden: Was bedeutet eerste lijn bzw. tweede lijn?, <https://www.dachist.org/de/niederlande/arzt-krankenhaus-co/fragen/was-bedeutet-eerste-lijn-bzw-tweede-lijn.html> (14.2.2026).
- Dahlgren, G.; Whitehead, M. (1991):** Policies and Strategies to Promote Social Equity in Health, Institute for Futures Studies, Stockholm.
- DBfK; Agnes-Karl Gesellschaft (2022):** Community Health Nursing: Aufgaben und Praxisprofile, [https://www.dbfk.de/media/docs/newsroom/publikationen/CHN\\_Broschue-re\\_2022-Aufgaben-und-Praxisprofile.pdf](https://www.dbfk.de/media/docs/newsroom/publikationen/CHN_Broschue-re_2022-Aufgaben-und-Praxisprofile.pdf) (14.2.2026).
- DBfK, vdää, VdPP (2025):** Primärversorgungszentren statt Primärärztsystem, gemeinsame Stellungnahme, [https://www.dbfk.de/media/docs/newsroom/dbfk-positionen/Positionspapier\\_Primarversorgungszentren\\_DBfK\\_vdaee\\_VdPP.pdf](https://www.dbfk.de/media/docs/newsroom/dbfk-positionen/Positionspapier_Primarversorgungszentren_DBfK_vdaee_VdPP.pdf) (14.2.2026).

DEGAM – Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (2025): Acht Therapievorschläge für die Gesundheitsversorgung, <https://www.degam.de/pressemitteilung-detail/acht-therapievorschlaege-fuer-die-gesundheitspolitik> (14.2.2026).

DEGAM – Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (2026): Primärversorgungssystem: Haben wir genug Hausärzte?, <https://www.degam.de/pressemitteilung-detail/primaerversorgungssystem-haben-wir-genug-hausaerzte> (14.2.2026).

Der Patientenservice (o. J.): Startseite, <https://patientenavi.116117.de/askPlz.xhtml> (14.2.2026).

Destatis – Statistisches Bundesamt (2022): Pflegeheime und ambulante Pflegedienste, <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Pflege/Tabellen/pflegeeinrichtungen-deutschland.html> (14.2.2026).

Destatis – Statistisches Bundesamt (2023): Pflegevorausbe-  
rechnung: 1,8 Millionen mehr Pflegebedürftige bis zum Jahr  
2055 zu erwarten, Pressemitteilung Nr. 124 vom 30.3.2023,  
[https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2023/03/PD23\\_124\\_12.html](https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2023/03/PD23_124_12.html) (14.2.2026).

Destatis – Statistisches Bundesamt (2024): Bis 2049 wer-  
den voraussichtlich mindestens 280.000 zusätzliche Pflege-  
kräfte benötigt, Pressemitteilung Nr. 033 vom 24.1.2024,  
[https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2024/01/PD24\\_033\\_23\\_12.html](https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2024/01/PD24_033_23_12.html) (14.2.2026).

Destatis – Statistisches Bundesamt (2026): Mehr Pflegebe-  
dürftige 2024, <https://www.destatis.de/DE/Themen/Querschnitt/Demografischer-Wandel/Hintergruende-Auswirkungen/demografie-pflege.html> (14.2.2026).

Deutsches Ärzteblatt (2025a): Frankreich setzt auf High-  
tech-Box gegen Ärztemangel, <https://www.aerzteblatt.de/news/frankreich-setzt-auf-hightech-box-gegen-arztemangel-ddf6bb8b-de33-4e1f-a3c1-c1a7ac923a5c> (14.2.2026).

Deutsches Ärzteblatt (2025b): Unser Angebot, innerhalb  
von 30 Minuten einen Arzt zu sprechen, ist im Krankenhaus  
nicht möglich, 7.10.2025, <https://www.aerzteblatt.de/news/unser-angebot-innerhalb-von-30-minuten-einen-arzt-zu-sprechen-ist-im-krankenhaus-nicht-moglich-37d71064-cb1b-49c7-af3f-18a310c39562> (14.2.2026).

Deutsches Ärzteblatt (2025c): Kontaktgebühr bei Arztbesu-  
chen stößt auf breite Ablehnung, <https://www.aerzteblatt.de/news/kontaktgebuhr-bei-arztbesuchen-stosst-auf-breite-ablehnung-cabf1580-4dc1-4098-b7e5-8ddb043675c3>  
(14.2.2026).

Deutsches Ärzteblatt (2025d): Medizinische Universität  
Lausitz will PA-ähnlichen Studiengang starten, <https://www.aerzteblatt.de/news/medizinische-universitat-lausitz-will-pa-ahnlichen-studiengang-starten-7ad8920c-583e-4aa5-9e62-4dc531b0ee32> (14.2.2026).

Deutsches Ärzteblatt (2025e): Praxisnachfolge: Thüringen  
zahlte mehr als eine Million Euro an Fördermitteln, <https://www.aerzteblatt.de/news/praxisnachfolge-thuringen-zahlte-mehr-als-eine-million-euro-an-fordermitteln-cc86170d-7e95-4e14-98fb-975e456ac217> (14.2.2026).

Deutsches Ärzteblatt (2025f): Telemedizinische Praxis in  
Kaufland-Filiale eröffnet, <https://www.aerzteblatt.de/news/telemedizinische-praxis-in-kaufland-filiale-eroffnet-7aa359f3-9999-4f3c-868a-3c0466118796> (14.2.2026).

Deutsches Ärzteblatt (2025g): Ministerium will Telematikin-  
frastruktur stabiler machen, <https://www.aerzteblatt.de/news/ministerium-will-telematikininfrastruktur-stabiler-machen-aa3e3c08-4ab8-478a-b7fa-949d432837f1> (14.2.2026).

Deutsches Ärzteblatt (2025h): Doctorlib drängt auf den  
Markt der Praxisverwaltungssoftware, <https://www.aerzteblatt.de/news/doctolib-drangt-auf-den-markt-der-praxisverwaltungssoftware-1f9e5616-09f7-40a6-a462-82c5b1edf49e>  
(14.2.2026).

Deutsches Ärzteblatt (2025i): Ärzte diskutieren über Details  
eines Primärarztsystems, <https://www.aerzteblatt.de/news/arzte-diskutieren-uber-details-eines-primararztsystems-f7cc38cf-3b39-41de-9429-1f78d87f48e4> (14.2.2026).

Deutsches Ärzteblatt (2025j): Hausärzte drängen auf  
schnelle Einführung eines Primärarztsystems, <https://www.aerzteblatt.de/news/hausarzte-drangen-auf-schnelle-einfuehrung-eines-primararztsystems-f6d92211-be42-420e-85e7-3dadd2eb70c6> (14.2.2026).

Deutsches Ärzteblatt (2026): Brandenburg fördert kommu-  
nale Versorgungszentren, <https://www.aerzteblatt.de/themen/mvz/brandenburg-fordert-kommunale-versorgungszentren-61d98ca7-2793-46a7-9c02-89ad279ef712> (14.2.2026).

Deutsches Ärzteblatt (2025e): Medizinische Universität  
Lausitz vorerst ohne Landarztquote, <https://www.aerzteblatt.de/news/medizinische-universitat-lausitz-vorerst-ohne-landarztquote-bc07c7f3-6ebc-4f7c-9e01-7e86c80d3971>  
(14.2.2026).

Deutscher Bundestag (2012): Bundestagsdrucksache  
17/11396, <https://dserver.bundestag.de/btd/17/113/1711396.pdf> (14.2.2026).

Deutscher Bundestag (2025): Gesundheit – Antwort – hib  
366/2025: Zahl der Hausärzte zuletzt wieder leicht gestie-  
gen, [https://www.bundestag.de/presse/hib/kurzmeldungen-1106456?utm\\_source=chatgpt.com](https://www.bundestag.de/presse/hib/kurzmeldungen-1106456?utm_source=chatgpt.com) (14.2.2026).

Dickel, P.; Fiedler, J.; Uhlig, E.; Köster-Eiserfunke, A.; Bet-  
scher, S.; Spreckelsen, O. (2025): „Veddel, wie geht’s?“: Eine  
Bedarfserhebung für die Primärversorgung, in: Public  
Health Forum 33 (4), S. 324–328, <https://doi.org/10.1515/pubhef-2025-0077> (20.2.2026).

Dostal & Partner (o. J.): Kommunale MVZ, <https://www.dostal-partner.de/kommunales-mvz/> (14.2.2026).

DRK Kliniken Berlin (2025): Von der Theorie in die Praxis  
Community Health Nursing in der DRK Gemeinschaft,  
<https://www.youtube.com/watch?v=ol--J4JnTKs>  
(21.2.2026).

Farbmacher et al. (2017): Heterogenous Effects of an Non-  
linear Price Schedule for Outpatient Care, in: Health Eco-  
nomics 26, S. 1.234–1.248, <https://portal.fis.tum.de/en/publications/heterogeneous-effects-of-a-nonlinear-price-schedule-for-outpatient/> (14.2.2026).

- Ferguson, J. M.; Wray, C. M.; Van Campen, J.; Zulman, D. M. (2024): A New Equilibrium for Telemedicine: Prevalence of in Person, Video-based, and Telephone-based Care in the Veterans Health Administration, 2019–2023, in: *Annals of Internal Medicine* 177 (2), S. 262–264, doi:10.7326/M23-2644 (7.4.2026).
- FES – Friedrich-Ebert-Stiftung (2017): PATIENT FIRST! Für eine patientengerechte sektorenübergreifende Versorgung im deutschen Gesundheitswesen, WISO Diskurs 03 (2017), <https://library.fes.de/pdf-files/wiso/13280.pdf> (14.2.2026).
- FES – Friedrich-Ebert-Stiftung (2025): Die digitale Dividende in der Pflege: Wie Digitalisierung und KI Pflegekräfte entlasten können, <https://www.fes.de/themenportal-wirtschaft-finanzen-oekologie-soziales/soziales/digitale-dividende> (14.2.2026).
- Filmar, T.; Kloppe, T.; Schuster, A.; Spreckelsen, O. (2025): Primärversorgung im interprofessionellen Team: Routinedatenanalyse der interprofessionellen Versorgung im Primärversorgungszentrum Poliklinik Veddel, in: *Zeitschrift für Allgemeinmedizin* 3 (2025), <https://www.springermedizin.de/allgemeinmedizin/primaerversorgung-im-interprofessionellen-team/50480528> (21.2.2026).
- Franks, P.; Fiscella, K. (1998): Primary Care Physicians and Specialists as Personal Physicians: Health Care Expenditures and Mortality Experience, in: *Journal of Family Practice* 47 (2), S. 105–109.
- Gemeinschaftspraxis Gesenhues & Partner (o. J.): Die Praxisen, <https://www.praxis-gesenhues.de/die-praxis> (14.2.2026).
- GKV (2025): Primärversorgung: Zugang und digital gestützte Versorgungsnavigation, [https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/presse/presse\\_themen/primaerversorgung/20260126\\_Primaerversorgung\\_Zugang\\_und\\_digital\\_gestuetzte\\_Versorgungsnavigation.pdf](https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/presse/presse_themen/primaerversorgung/20260126_Primaerversorgung_Zugang_und_digital_gestuetzte_Versorgungsnavigation.pdf) (14.2.2026).
- Goeschel, A.; Steinmetz, M. (2011): Hausärzte-Atlas für Deutschland, Sozialverband VdK, <https://www.altersdiskriminierung.de/download/diskussionspapier-hausaerzte-atlas.pdf> (14.2.2026).
- Gosden, T.; Forland, F.; Kristiansen, I.; Sutton, M.; Leese, B.; Giuffrida, A.; Pedersen, L. (2000): Capitation, Salary, Fee-for-Service and Mixed Systems of Payment: Effects on the Behaviour of Primary Care Physicians, in: *Cochrane Database of Systematic Reviews* (3), CD002215. PMID: PMC9879313.
- Gruhl, M. (2007): Zukunft der Primärversorgung – arztzentriert oder berufsgruppenübergreifend?, [https://www.socium.uni-bremen.de/uploads/Veranstaltungen/GPK/080123\\_GPK\\_Gruhl.pdf](https://www.socium.uni-bremen.de/uploads/Veranstaltungen/GPK/080123_GPK_Gruhl.pdf) (14.2.2026).
- Gruhl, M. (2022): Voraussetzungen und Möglichkeiten der Implementierung und Ausgestaltung von Primärversorgungszentren im deutschen Gesundheitswesen, Robert Bosch Stiftung (Hrsg.), <https://www.bosch-stiftung.de/de/publikation/voraussetzungen-und-moeglichkeiten-der-implementierung-und-ausgestaltung-von> (14.2.2026).
- Gruhl, M. (2023a): Solidarisch, gerecht und kurzfristig umsetzbar: Zehn Reformvorschläge für ein zukunftsfähiges Gesundheits- und Pflegewesen, FES diskurs, <https://library.fes.de/pdf-files/a-p-b/20713.pdf> (14.2.2026).
- Gruhl, M. (2023b): Kurzstationäre Grund- und Übergangsversorgung in Deutschland Teil 3, <https://www.bertelsmann-stiftung.de/de/unsere-projekte/neuordnung-versorgungslandschaft/projektnachrichten/kurzstationaere-grund-und-uebergangsversorgung> (14.2.2026).
- Haaga et al. (2024): Effects of Nurse Visit Copayment on Primary Care Use: Do Low-Income Households Pay the Price?, in: *Journal of Health Economics* 94, 102866, doi:10.1016/j.jhealeco.2024.102866 (14.2.2026).
- Hänel, P.; Johannsen, J.; Öztürk, L.; Schlegel, K. (2025): Populationsbezogene Prävention in der Praxis, in: *Public Health Forum* 33 (4), S. 316–319, <https://doi.org/10.1515/pubhef-2025-0083>, <https://www.degruyterbrill.com/document/doi/10.1515/pubhef-2025-0083/html> (20.2.2026).
- Hausärztinnen- und Hausärzteverband (2024a): Repräsentative Civey-Umfrage: Bürgerinnen und Bürger sind besorgt über die Zukunft der hausärztlichen Versorgung – Hausärztinnen- und Hausärzteverband fordert schnelle Umsetzung des GVSG, Pressemitteilung, 19.9.2024, [https://www.haev.de/fileadmin/user\\_upload/News\\_Dateien/2024/2024\\_09\\_19\\_Start\\_HAET\\_Civey\\_Umfrage\\_final.pdf](https://www.haev.de/fileadmin/user_upload/News_Dateien/2024/2024_09_19_Start_HAET_Civey_Umfrage_final.pdf) (14.2.2026).
- Hausärztinnen- und Hausärzteverband (2024b): Positionspapier „Künstliche Intelligenz (KI) in der Hausarztpraxis“, [https://www.haev.de/fileadmin/user\\_upload/News\\_Dateien/2024/2024\\_07\\_04\\_HAEV\\_Positionspapier\\_KI.pdf](https://www.haev.de/fileadmin/user_upload/News_Dateien/2024/2024_07_04_HAEV_Positionspapier_KI.pdf) (14.2.2026).
- Hausärztinnen- und Hausärzteverband (2025): Klare Vorstellungen von notwendigen Reformen, in: *Deutsches Ärzteblatt* 122 (20), <https://api.aerzteblatt.de/pdf/122/20/a1162.pdf> (14.2.2026).
- Heider, B.; Novack, T.; Scheunert, P.; Scholz, B. (2025): Antidemokratische Wahlerfolge im ungleichen Deutschland, Friedrich-Ebert-Stiftung, <https://library.fes.de/pdf-files/a-p-b/22242.pdf> (14.2.2026).
- Hons, J. (2024): „Es wachsen mehr als genug Mediziner nach“: Interview Prof. Gerlach, in: *G&G – Gesundheits- und Gesellschaft* 6 (24), <https://www.aok.de/pp/gg/magazine/gesundheits-gesellschaft-06-2024/interview-gerlach/> (14.2.2026).
- Howe, Amada (2012): Medical Generalist: Why Generalism Matters, Royal College of General Practitioners, [https://www.rcgp.org.uk/getmedia/828af8c8-65a2-4627-9ef7-7bccd3335b6b/Medical-Generalism-Why\\_expertise\\_in\\_whole\\_person\\_medicine\\_matters.pdf](https://www.rcgp.org.uk/getmedia/828af8c8-65a2-4627-9ef7-7bccd3335b6b/Medical-Generalism-Why_expertise_in_whole_person_medicine_matters.pdf) (14.2.2026).
- Htay, M.; Whitehead, D. (2021): The Effectiveness of the Role of Advanced Nurse Practitioners Compared to Physician-led or Usual Care: A Systematic Review, in: *International Journal of Nursing Studies Advances* 3, 100034, <https://doi.org/10.1016/j.ijnsa.2021.100034> (14.2.2026).

- IGES (2025a):** Krankheitsbedingte Fehlzeiten im europäischen Vergleich: Sonderanalyse zur Datenlage, [https://caas.content.dak.de/caas/v1/media/88938/data/e97f6edd-56500bf7009e421662f5d401/250127-download-studie-krankenstand-2024.pdf?utm\\_source=chatgpt.com](https://caas.content.dak.de/caas/v1/media/88938/data/e97f6edd-56500bf7009e421662f5d401/250127-download-studie-krankenstand-2024.pdf?utm_source=chatgpt.com) (14.2.2026).
- IGES (2025b):** Kommunale Pflegeplanung, Gutachten für die Pflegebevollmächtigte der Bundesregierung, [https://www.pflegebevollmaechtigter.de/files/upload/pdfs\\_allgemein/IGES\\_Endbericht\\_Gutachten\\_Kommunale\\_Pflegeplanung.pdf](https://www.pflegebevollmaechtigter.de/files/upload/pdfs_allgemein/IGES_Endbericht_Gutachten_Kommunale_Pflegeplanung.pdf) (14.2.2026).
- IQWIG (o. J.):** [gesundheitsinformation.de](https://www.gesundheitsinformation.de), <https://www.gesundheitsinformation.de/> (14.2.2026).
- Johne, J.; Oltrogge-Abiry, J-H.; Lühmann, D. (2024):** Expertise: Ambulante Akut- und Notfallversorgung: Zwei Seiten einer Medaille, KBV, <https://www.kbv.de/documents/infothek/veranstaltungen/expertise-akut-und-notfallversorgung/expertise-ambulante-akut-und-notfallversorgung.pdf> (14.2.2026).
- Jousilahti, P.; Laatikainen, T.; Salomaa, V.; Pietilä, A.; Vartiainen, E.; Puska, P. (2016):** 40-Year CHD Mortality Trends and the Role of Risk Factors in Mortality Decline: The North Karelia Project Experience, in: *Glob Heart* 11 (2), S. 207–212, doi: 10.1016/j.jgheart.2016.04.004 (20.2.2026).
- Kaiser P. (2025):** Wie sehen Versicherte das deutsche Gesundheitswesen? Repräsentative Versichertenbefragung 2025 durch den GKV-Spitzenverband zur ambulanten ärztlichen Versorgung, dem Zugang zur psychotherapeutischen Versorgung und zu Selbstzahlerleistungen (IGeL), in: *GKV 90 Prozent: Das E-Magazin des GKV-Spitzenverbandes* 44 (2025), [https://www.gkv-90prozent.de/ausgabe/44/autorenbeitrag/44\\_versichertenbefragung/44\\_versichertenbefragung.html?utm\\_source=chatgpt.com](https://www.gkv-90prozent.de/ausgabe/44/autorenbeitrag/44_versichertenbefragung/44_versichertenbefragung.html?utm_source=chatgpt.com) (14.2.2026).
- Karagiannidis, C.; Augursky, B.; Alscher, M. D. (2025):** Die Gesundheit der Zukunft, Stuttgart.
- Kassenärztliche Bundesvereinigung (2025):** Vorschläge der KBV zur Entbürokratisierung, <https://www.kbv.de/documents/positionen/dossiers/buerokratieabbau/kbv-vorschlaege-entbuerokratisierung.pdf> (14.2.2026).
- Kidd, M. (2013):** The Contribution of Family Medicine to Improving Health Systems, <https://www.taylorfrancis.com/books/mono/10.1201/9780429084201/contribution-family-medicine-improving-health-systems-michael-kidd> (14.2.2026).
- Klapper, B.; Hasseler, M. (2024):** Pflege neu denken: Value schaffen für alle Lebenslagen, in: Hager et al. (Hrsg.): *Gemeinschaftsprojekt Gesundheit*, MWV.
- Klie, T. (2024):** DAK-Pflegereport 2024, Die Baby-Boomer und die Zukunft der Pflege, [https://www.dak.de/dak/unternehmen/reporte-forschung/dak-pflegereport-2024\\_64670#rtf-anchor-kernergebnisse-dak-pflegereport-2024](https://www.dak.de/dak/unternehmen/reporte-forschung/dak-pflegereport-2024_64670#rtf-anchor-kernergebnisse-dak-pflegereport-2024) (14.2.2026).
- Klie, T.; Szepan, N-P.; Ranft, M. (2025):** Reset-Pflegeversicherung-Kompakt, Kuratorium Deutsche Altershilfe, <https://kda.de/reset-pflegeversicherung-das-reform-strategiepapier-des-kda-jetzt-als-aktualisierte-kompakt-version/> (14.2.2026).
- KMK – Kultusministerkonferenz (2017):** „Masterplan Medizinstudium 2020“, [https://www.kmk.org/fileadmin/Dateien/pdf/PresseUndAktuelles/2017/170331\\_Masterplan\\_Beschlusstext.pdf](https://www.kmk.org/fileadmin/Dateien/pdf/PresseUndAktuelles/2017/170331_Masterplan_Beschlusstext.pdf) (14.2.2026).
- Korzilius, H.; Rabbata, S. (2006):** Gemeindeschwestern: Geheimwaffe gegen Überlastung und Unterversorgung, in: *Deutsches Ärzteblatt* 44 (2006), <https://www.aerzteblatt.de/archiv/gemeindeschwestern-geheimwaffe-gegen-ueberlastung-und-untersorgung-f5d531f2-fb0a-448a-921f-edd-50b487af5> (14.2.2026).
- Kringos, D.; Boerma, W.; Hutchinson, A.; Saltman, R. (2015):** Building Primary Care in a Changing Europe, The European Observatory on Health Systems and Policies, WHO Regional Office for Europe, <https://euro.who.int/publications/i/building-primary-care-in-a-changing-europe-study> (14.2.2026).
- Lagarde, M.; Palmer, N. (2022):** The Impact of User Fees on Access to Health Services in Low- and Middle-Income Countries, in: *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2022, Issue 4. Art. No.: CD009094, doi: 10.1002/14651858.CD009094 (14.2.2026).
- Lau, T. (2025):** Neue Strukturen für neue Möglichkeiten, in: *Deutsches Ärzteblatt* 122 (25).
- Lyko, Finn (2025):** „Kontaktgebühr“ beim Arztbesuch? So positioniert sich die SPD, in: *Vorwärts*, 30.12.2025, <https://www.vorwaerts.de/inland/kontaktgebuehr-beim-arztbesuch-so-positioniert-sich-die-spd> (14.2.2026).
- Masamitsu, K.; Kitayuguchi, J.; Abe, T.; Taguri, M.; Inoue, S.; Ishikawa, Y.; Bauman, A.; Lee, I.-M.; Miyachi, M.; Kawachi, I. (2018):** Community-wide Intervention and Population-level Physical Activity: A 5-Year Cluster Randomized Trial, in: *International Journal of Epidemiology* 47 (2), S. 642–653, <https://doi.org/10.1093/ije/dyx248> (20.2.2026).
- Med2day (2025):** KI-Avatare für Ärzte: Digitale Assistenten für die moderne Praxis, <https://www.med2day.com/ki-avatare-arzt-arztpraxis/> (14.2.2026).
- Medi24 (o. J.):** Willkommen bei Medi24, <https://medi24.ch/de/> (14.2.2026).
- Medizinische Universität Lausitz – Carl Thiem (o. J.):** Entwicklung und Errichtung bedarfsgerechter Primärversorgungszentren (PVZ) in der Modellregion Gesundheit Lausitz, [https://mul-ct.de/start/kontakte?object=product&id\\_object=6488&parent=1597&parent\\_object=contact&link\\_target=new](https://mul-ct.de/start/kontakte?object=product&id_object=6488&parent=1597&parent_object=contact&link_target=new) (14.2.2026).
- Metzner-Guczka, F.; Heumann-Schoop, S.; Mays, D.; Pawils, S. (2025):** Schulgesundheitsfachkräfte in Deutschland: Modellprojekte und Verstärkungen, in: *Bundesgesundheitsblatt* 68 (2025), S. 1.327–1.336, <https://doi.org/10.1007/s00103-025-04104-7>.
- Michael, P. et al. (2022):** Krankheitslast in Deutschland und seinen Regionen: Ergebnisse zu den „disability-adjusted life years“ (DALY) aus der Studie BURDEN 2020, in: *Deutsches Ärzteblatt* 46 (2022), S. 785–792, <https://www.aerzteblatt.de/archiv/228486/Krankheitslast-in-Deutschland-und-seinen-Regionen> (14.2.2026).

Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen (o. J.): Hausarztaktionsprogramm, <https://mags.nrw/hausarztaktionsprogramm> (14.2.2026).

Moßhammer, D.; Natanzon, I.; Manske, I.; Grutschowski, P.; Rieger, M. A. (2014): Cooperation Between General Practitioners and Occupational Health Physicians in Germany: How Can It Be Optimised? A Qualitative Study, in: International Archives of Occupational and Environmental Health 87 (2), S. 137–146. doi: 10.1007/s00420-013-0845-1. Epub 2013 Jan 24. PMID: 23344646 (14.2.2026).

Most, I. (2025): „Es fehlen uns gute Pflegedaten in der Breite“, G&G-Interview mit Frau Prot. K. Seibert. 8.12.2025, <https://www.aok.de/pp/gg/pflege/ki-in-der-pflege/> (14.2.2026).

NAKO (o. J.): NAKO Gesundheitsstudie, <https://nako.de/> (14.2.2026).

Observer 4.0 Management Information System Gesundheitspolitik (2026): 10. Sitzung des Parlamentarischen Beirats für nachhaltige Entwicklung und Zukunftsfragen, Fachgespräch mit Prof. Josef Hecken zum Thema „Gesundheitsökonomie“ vom 14.1.2026.

OECD (2023a): OECD Health at Glance 2023, Paris, [https://www.oecd.org/content/dam/oecd/en/publications/reports/2023/11/health-at-a-glance-2023\\_e04f8239/7a7afb35-en.pdf](https://www.oecd.org/content/dam/oecd/en/publications/reports/2023/11/health-at-a-glance-2023_e04f8239/7a7afb35-en.pdf) (14.2.2026).

OECD (2023b): OECD Health at a Glance 2023: Country Note Germany, [https://www.oecd.org/content/dam/oecd/en/publications/reports/2025/07/health-at-a-glance-2023\\_39bcb58d/germany\\_52bfb863/abc29871-en.pdf?utm\\_source=chatgpt.com](https://www.oecd.org/content/dam/oecd/en/publications/reports/2025/07/health-at-a-glance-2023_39bcb58d/germany_52bfb863/abc29871-en.pdf?utm_source=chatgpt.com) (14.2.2026).

OECD (2025): The Economic Benefit of Promoting Healthy Ageing and Community Care, OECD Health Policy Studies, Paris, <https://doi.org/10.1787/0f7bc62b-en> (14.2.2026).

Ose, S. O.; Kaspersen, S. L.; Leinonen, T.; Verstappen, S.; de Rijk, A.; Spasova, S.; Hultqvist, S.; Nørup, I.; Pálsson, J. R.; Blume, A.; Paternoga, M.; Kalseth, J. (2022): Follow-up Regimes for Sick-listed Employees: A Comparison of Nine North-Western European Countries, in: Health Policy 126 (7), S. 619–631, doi: 10.1016/j.healthpol.2022.05.002. Epub 2022 May 10. PMID: 35577620; PMCID: PMC9085445 (14.2.2026).

Paquet, R. (2025): Primärarztsystem: Wissen sie was sie tun (sollen)?, in: Observer Gesundheit, 24.5.2025, <https://observer-gesundheit.de/primaerarztsystem-wissen-sie-was-sie-tun-sollen/> (14.2.2026).

PKV Institut (2024): Bürger befürchten schlechtere hausärztliche Versorgung, Magazin, <https://www.pkv-institut.de/magazin/artikel/buerger-befuerchten-schlechtere-hausaerztliche-versorgung> (14.2.2026).

PKV – Verband der Privaten Krankenversicherung; Technische Universität Dresden; Forschungsgruppe Digital Health (o.J.): Das Gesunde Kinzigtal, [https://www.neue-gesundheitsnetze.de/praxisbeispiele/kinzigtal/#main\\_navigation](https://www.neue-gesundheitsnetze.de/praxisbeispiele/kinzigtal/#main_navigation) (13.3.2026).

Q8 Sozialraumorientierung (o. J.): QplusAlter, ein Modellprojekt der FuH Hamburg, <https://www.q-acht.net/qplus/qplusalter/projekt.php> (14.2.2026).

Rajko, A.; Redlich, M.; Richter, L.; Sickmüller, K. (Hrsg.) (2025): E-Health Monitor 2025, Deutschlands Weg in die digitale Gesundheitsversorgung, Status quo und Perspektiven McKinsey & Company, [https://www.mckinsey.de/~ /media/mckinsey/locations/europe%20and%20middle%20east/deutschland/publikationen/2025-12-18%20e-health%20monitor%202025/mckinsey\\_e-health%20monitor%202025.pdf?\\_gl=1\\*1s1yd1p\\*\\_gcl\\_au\\*MTEwOTI1NTEzMS-4xNzY2MTQ3NDc2](https://www.mckinsey.de/~ /media/mckinsey/locations/europe%20and%20middle%20east/deutschland/publikationen/2025-12-18%20e-health%20monitor%202025/mckinsey_e-health%20monitor%202025.pdf?_gl=1*1s1yd1p*_gcl_au*MTEwOTI1NTEzMS-4xNzY2MTQ3NDc2) (14.2.2026).

Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung (2024): Zehnte Stellungnahme und Empfehlung der Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung: Überwindung der Sektorengrenzen des deutschen Gesundheitssystem, [https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3\\_Downloads/K/Krankenhausreform/BMG\\_Regierungskommission\\_10te\\_Stellungnahme\\_Ueberwindung\\_der\\_Sektorengrenzen.pdf](https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/K/Krankenhausreform/BMG_Regierungskommission_10te_Stellungnahme_Ueberwindung_der_Sektorengrenzen.pdf) (14.2.2026).

Reif, S.; Schubert, S.; Köhler, J. (2023): Behandlungsgespräche in der Arztpraxis: Ein Europäischer Vergleich, ZEW – Leibniz-Zentrum für Europäische Wirtschaftsforschung, [https://ftp.zew.de/pub/zew-docs/gutachten/Studie\\_Kontaktzeiten\\_Hausarzte\\_in\\_Europa\\_2023.pdf](https://ftp.zew.de/pub/zew-docs/gutachten/Studie_Kontaktzeiten_Hausarzte_in_Europa_2023.pdf) (14.2.2026).

Richards, S. (2025): Der Zugang darf kein Zufall sein, AOK, <https://www.aok.de/pp/gg/magazine/gesundheit-gesellschaft-07-2025/primaerversorgung/> (14.2.2026).

RKI – Robert Koch Institut (o. J.): Infektionskrankheiten, <https://www.rki.de/DE/Themen/Infektionskrankheiten/infektionskrankheiten-node.html> (14.2.2026).

Rommel, A.; Ziese, T. (2023): Nationale Burden of Disease-Studie am Robert Koch-Institut: Die Krankheitslast in Deutschland und seinen Regionen, Grundlagen einer umfassenden Planung im Gesundheitswesen, [https://innovationsfonds.g-ba.de/downloads/beschluss-dokumente/395/2023-03-01\\_BURDEN-2020\\_Ergebnisbericht.pdf](https://innovationsfonds.g-ba.de/downloads/beschluss-dokumente/395/2023-03-01_BURDEN-2020_Ergebnisbericht.pdf) (14.2.2026).

Sächsisches Staatsministerium für Soziales und Gesellschaftlichen Zusammenhalt (2024): Entwicklung des Versorgungs- und Arztbedarfes in Sachsen: Bericht zur Fortschreibung des Gutachtens zur Entwicklung des Versorgungs- und Arztbedarfes in Sachsen bis zum Jahr 2035, [https://www.zi.de/fileadmin/Downloads/Service/Gutachten/Entwicklung\\_VersorgungsArztbedarf\\_Sachsen\\_HAUPTGUTACHTEN.pdf](https://www.zi.de/fileadmin/Downloads/Service/Gutachten/Entwicklung_VersorgungsArztbedarf_Sachsen_HAUPTGUTACHTEN.pdf) (13.3.2026).

Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2014): Bedarfsgerechte Versorgung: Perspektiven für ländliche Regionen und ausgewählte Leistungsbereiche, Jahresgutachten 2014, [https://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/Gutachten/Gutachten\\_2014/Kurzfassung2014.pdf](https://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/Gutachten/Gutachten_2014/Kurzfassung2014.pdf) (21.2.2026).

- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen und in der Pflege (2025): Fachkräfte im Gesundheitswesen: Nachhaltiger Einsatz einer knappen Ressource, Jahresgutachten 2024/2025, [https://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/Gutachten/Gutachten\\_2024/2.\\_\\_\\_\\_durchgesehene\\_Auflage\\_Gutachten\\_2024\\_Gesamt\\_bf\\_2\\_.pdf](https://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/Gutachten/Gutachten_2024/2.____durchgesehene_Auflage_Gutachten_2024_Gesamt_bf_2_.pdf) (14.2.2026).
- Schäfer, J. W. (2025): Gebühr künftig bei jedem Arztbesuch, in Bild-Zeitung, 29.12.2025, <https://www.bild.de/politik/inland/in-arzt-praxen-kliniken-patienten-sollen-kuenftig-mehr-selbst-zahlen-6950eef3ba368aa0126a4f73> (14.2.2026).
- Schaeffer, D.; Griese, L.; Singh, H.; Ewers, M.; Hurrelmann, K. (2025): Gesundheitskompetenz in Zeiten gesellschaftlicher Unsicherheiten: Ergebnisse des HLS-GER, 3. Zusammenfassung, Bielefeld, <https://www.uni-bielefeld.de/fakultaeten/erziehungswissenschaft/izgk/forschung/hls-ger-3-1/Zusammenfassung.pdf> (14.2.2026).
- Schillen, P.; in der Schmitt, J.; Danielzik, K.; Hillal, E.; Moebus, S.; Dehnen, A. (2023): Primärärztliche Versorgungsungleichheiten zu Ungunsten der Bevölkerung sozial benachteiligter Stadtgebiete – eine Fallanalyse am Beispiel der Stadt Essen, in: Gesundheitswesen 85 (12), S. 1.131–1.139, <https://www.thieme-connect.com/products/ejournals/html/10.1055/a-2175-8290> (20.2.2026).
- Schmid, A.; Hacker, J.; Rinsche, F.; Distle, F. (2018): Intersektorale Gesundheitszentren, Gutachten im Auftrag der KBV, Bayreuth, <https://epub.uni-bayreuth.de/id/eprint/3852/1/Endversion%20IGZ%20Gutachten%20-%20Epub.pdf> (14.2.2026).
- Shi, L. (1994): Primary Care, Specialty Care, and Life Chances, in: International Journal of Health Services 24 (3), S. 431–458, doi:10.2190/BDUU-J0JD-BVEX-N90B (7.4.2026).
- Sivakumar, R.; Lue, B.; Kundu, S. (2025): FDA Approval of Artificial Intelligence and Machine Learning Devices in Radiology: A Systematic Review, in: JAMA Network Open 8 (11), e2542338, doi: 10.1001/jamanetworkopen.2025.42338 (14.2.2026).
- Sripa, P.; Hayhoe, B.; Garg, P.; Majeed, A.; Greenfield, G. (2019): Impact of GP Gatekeeping on Quality of Care, and Health Outcomes, Use, and Expenditure: A Systematic Review, in: British Journal of General Practice 69 (682), <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30910875/> (14.2.2026).
- Starfield, B.; Shi, L.; Macinko, J. (2005): Contribution of Primary Care to Health Systems and Health, in: Milbank Q. 83 (3), S. 457–502, doi: 10.1111/j.1468-0009.2005.00409 (7.4.2026).
- Stiftung Gesundheitswissen (o. J.): Gesundheitsportal, <https://www.stiftung-gesundheitswissen.de/> (14.2.2026).
- Swan, M.; Ferguson, S.; Chang, A.; Larson, E.; Smaldone, A. (2015): Quality of Primary Care by Advanced Practice Nurses: A Systematic Review, in: International Journal of Quality in Health Care 27 (5), S. 396–404, doi: 10.1093/intqhc/mzv054. Epub 2015 Aug 3. PMID: 26239474 (7.4.2026).
- Tikkanen, R.; Osborn, R.; Mossialos, E.; Djordjevic, A.; Whar-ton, G. (Hrsg.) (2020): International Health Care System Profiles, New York, [https://www.commonwealthfund.org/sites/default/files/2020-12/International\\_Profiles\\_of\\_Health\\_Care\\_Systems\\_Dec2020.pdf](https://www.commonwealthfund.org/sites/default/files/2020-12/International_Profiles_of_Health_Care_Systems_Dec2020.pdf) (14.2.2026).
- TK (o. J.): Gesundheitsinfos einschätzen, <https://www.tk.de/techniker/krankheit-und-behandlungen/praxisbesuch-und-klinikaufenthalt/kompetent-als-patient/gesundheitsinformationen-bewerten-2153078> (14.2.2026).
- TK (2025): Digital vor ambulant vor stationär: Primärversorgungssystem als Schlüssel für mehr Effizienz, <https://www.tk.de/resource/blob/2203664/5fc3496baf-7ce41ff7c953fb2cb4f090/tk-position-digital-vor-ambulant-vor-stationaer-data.pdf> (14.2.2026).
- TK (2026): Weiterentwicklung der Gematik: Kassen fordern klaren Handlungsrahmen und faire Finanzierung, <https://www.tk.de/presse/themen/digitale-gesundheit/digitaler-fortschritt/gematik-kassen-fordern-handlungsrahmen-und-faire-finanzierung-2211152?tkcm=aaus> (14.2.2026).
- Tollmann, P.; Rossenbac, T.; Schönfeld, I.; Hovemann, J.; Plantz, C.; Rangnow, P.; Quilling, E. (2025): Aufbau integrierter kommunaler Strategien in der Gesundheitsförderung: Eine Studie zur Identifikation von Planungstools, in: Public Health Forum 4 (2025), <https://doi.org/10.1515/pubhef-2025-0082> (20.2.2026).
- VdK (2025): VdK: Radikaler Neuanfang in der Pflegepolitik notwendig, Pressemitteilung, <https://www.vdk.de/presse/pressemitteilung/vdk-radikaler-neuanfang-in-der-pflegepolitik-notwendig/> (14.2.2026).
- Vdek (2025): Flächendeckende Versorgung durch Regionale Gesundheitspartner, <https://www.vdek.com/fokus/regionale-gesundheitszentren-rgz.html?erasescache=1765542989948> (14.2.2026).
- Vogt, M.; Schaffler-Schaden, D.; Ewers, A. (2025): Mit Typ-1-Diabetes in der Schule: Diabetesversorgung an Vorarlberger Grundschulen aus Sicht der Eltern, in: Prävention und Gesundheitsförderung 20 (2025), S. 263–269, <https://doi.org/10.1007/s11553-024-01106-2> (14.2.2026).
- Wangler, S.; Jansky, M. (2024): Sicherstellung der hausärztlichen Versorgung in Deutschland: Befunde einer quantitativen Befragung von Allgemeinmediziner\*innen, in: Bundesgesundheitsblatt 67 (9), S. 998–1.009, <https://link.springer.com/article/10.1007/s00103-024-03896-4> (14.2.2026).
- Westrick, M. G.; Wehner, R. (2026): Regionale Gesundheitsversorgung: Ein Vergleich unterschiedlicher Konzepte, Bertelsmann-Stiftung, [https://www.bertelsmann-stiftung.de/fileadmin/files/user\\_upload/SG\\_Regionale\\_Versorgungskonzepte.pdf](https://www.bertelsmann-stiftung.de/fileadmin/files/user_upload/SG_Regionale_Versorgungskonzepte.pdf) (14.2.2026).
- WHO (World Health Organization); UNICEF (United Nations Children's Fund) (2018): A Vision for Primary Health Care in the 21st Century: Towards Universal Health Coverage and the Sustainable Development Goals, WHO/HIS/SDS/2018.15, Genf, <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/d5dde33e-8510-4f88-9dc5-db5037d30cba/content> (14.2.2026).

Wilhelm, CH.; Rebitschek, F. (2026): Generative KI und evidenzbasierte Gesundheitsinformation – noch ein langer Weg, in: KVH-Journal 1 (2026), <https://journal.kvhh.net/1-2026/generative-ki-und-evidenzbasierte-gesundheitsinformation> (20.2.2026).

Wissenschaftlicher Beirat der Bundesärztekammer (2025): Stellungnahme „Künstliche Intelligenz in der Medizin“, Bundesärztekammer, in: Deutsches Ärzteblatt 122, doi: 10.3238/arztebl.2025.Stellungnahme\_KI\_Medizin (14.2.2026).

Wittlinger, G.; Sundmacher, L. (2025): Primärarztssysteme im internationalen Vergleich: Wie gestalten andere Länder ihre Versorgung und was kann Deutschland davon lernen?, in: MVF 4 (25), S. 57–66, <http://doi.org/10.24945/MVF.04.25.1866-0533.2732> (14.2.2026).

ZDF (2025): Ärzte: „Praxenland“ Deutschland unter Druck, in: zdfheute, 20.3.2025, <https://www.zdfheute.de/panorama/praxen-schliessung-aerzte-ruhestand-welle-100.html> (13.3.2026).

Zi - Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung (o. J.): SmED: Strukturierte medizinische Ersteinschätzung in Deutschland, <https://www.zi.de/themen/medizin/smed/uebersicht> (14.2.2026).

Zi - Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung (2025): Zi-Trendreport zur vertragsärztlichen Versorgung: Bundesweiter tabellarischer Report vom 1. Quartal 2021 bis zum 4. Quartal 2024, [https://www.zi.de/fileadmin/Downloads/Service/Publikationen/Zi-TrendReport\\_2024-Q4.pdf](https://www.zi.de/fileadmin/Downloads/Service/Publikationen/Zi-TrendReport_2024-Q4.pdf) (14.2.2026).

Zimmermann, G. (2024): Viele DMP hängen in der „Warteschleife“, Hausärztliche Praxis, <https://www.hausaerztliche-praxis.digital/politik/g-ba/151512-151512.html> (14.2.2026).

Zimmermann, T.; Pruskil, S. (2025): Modelle, Konzepte, neue Wege der Primärversorgung in Deutschland, in: Public Health Forum 33 (4), S. 282–287, <https://doi.org/10.1515/pubhef-2025-0106> (14.2.2026).

<b>Abb. 1</b>	Einwohneranteil mit fußläufiger Entfernung zur nächsten Hausarztpraxis	9
<b>Abb. 2</b>	Anzahl der jährlichen Arztbesuche 2021	11
<b>Abb. 3</b>	Anteil der Allgemeinmediziner:innen nach der Durchschnittszeit bei einem Routinebesuch, 2019	11
<b>Abb. 4</b>	Verlorene wöchentliche Arbeitszeit durch Krankheit im Jahr 2023	17
<b>Abb. 5</b>	Teilnahmeumfang Haus- und Kinderärzt:innen	19
<b>Abb. 6</b>	Ausgestaltung eines Primärversorgungssystems	33

Dieses Positionspapier wurde auf Grundlage der Beratungen einer Expert:innengruppe erstellt. Federführend wurden die Diskussionsinhalte von Dr. Matthias Gruhl verschriftlicht. Er ist Staatsrat a. D. der Freien und Hansestadt Hamburg, ehem. Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz.

# Die Mitglieder des Expert:innengremiums

(in alphabetischer Reihenfolge):

**Iva Figenwald**, Leiterin des Arbeitsbereiches Soziales, Alterssicherung, Gesundheit und Pflege in der FES

**Dr. Matthias Gruhl**, FA für Allgemeinmedizin, FA für ÖGW, Staatsrat a. D. (Moderation und Verschriftlichung)

**Dr. Katharina Kappelhoff**, Geschäftsführerin, Gesundheitsnetzwerk PORT Willingen Diemelsee e.V.

**Dr. Regina Klakow-Franck**, Fachärztin für Gynäkologie und Geburtshilfe, Beraterin, ehem. unparteiisches Mitglied des G-BA und stellv. Leitung des IQTIG

**Dr. Bernadette Klapper**, Leitung Forschungsstelle Pflegeversicherung, Abteilung Pflege beim Spitzenverband Bund der GKV

**Tahnee Leyh**, Gemeindegesundheitspflegerin (CHN) in Luckau DRK-KV Fläming-Spreewald

**Prof. Dr. Annette Meussling-Sentpali**, Beauftragte für den zentralen Entwicklungsschwerpunkt Gesundheit, Studiengangleiterin berufsbegleitender Bachelor Pflegemanagement, Studiengangleiterin Master Advanced Nursing Practice (ANP) an der OTH Regensburg

**Matthias Mohrmann**, stellv. Vorsitzender des Vorstands der AOK Rheinland/Hamburg

**Dr. Susanne Pruskil**, FA für Allgemeinmedizin, FA für ÖGW. M.Sc. in PH, Vorsitzende der Gesellschaft für Öffentliche Gesundheit, Gastprofessorin für ÖGD an der MH Brandenburg

**Prof Dr. Nils Schneider**, FA für Allgemeinmedizin, Direktor des Instituts für Allgemeinmedizin und Palliativmedizin der MH Hannover

**Dr. Ove Spreckelsen**, FA für Allgemeinmedizin, FA für Innere Medizin, Msc in PH, Hausarztpraxis Billstedt/Hamburg

**Michael Weller**, ehem. Leiter der Abt. 2 (Gesundheitsversorgung, Krankenversicherung) des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG)

**Jonas Wolframm**, Bereich Gesundheitswesen/Gesundheitspolitik, Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft Bundesvorstand

**Michael Zaske**, Leiter der Abteilung Gesundheit des Ministeriums für Gesundheit und Soziales des Landes Brandenburg

Positionen von Kassenärztlichen Vereinigungen wurden eingebracht und berücksichtigt.

Das Gremium diskutierte und entwickelte die hier vorliegende Analyse von Oktober 2025 bis Januar 2026. Die im Papier aufgeführten Modellprojekte in den Informationskästen beziehen sich auf Projekte, an denen Mitglieder aus dem Expert:innenkreis mitwirken. Die Inhalte der Expertise stellen nicht zwingend und in allen Punkten die Meinung einzelner Mitglieder des Kreises dar. Die teilnehmenden Expert:innen haben als Privatpersonen an diesem Projekt mitgewirkt.

## Die Friedrich-Ebert-Stiftung

Die Friedrich-Ebert-Stiftung (FES) wurde 1925 gegründet und ist die traditionsreichste politische Stiftung Deutschlands. Dem Vermächtnis ihres Namensgebers ist sie bis heute verpflichtet und setzt sich für die Grundwerte der Sozialen Demokratie ein: Freiheit, Gerechtigkeit und Solidarität. Ideell ist sie der Sozialdemokratie und den freien Gewerkschaften verbunden.

Die Friedrich-Ebert-Stiftung fördert die Soziale Demokratie vor allem durch:

- politische Bildungsarbeit zur Stärkung der Zivilgesellschaft;
- Politikberatung;
- internationale Zusammenarbeit mit Auslandsbüros in über 100 Ländern;
- Begabtenförderung;
- das kollektive Gedächtnis der Sozialen Demokratie mit u. a. Archiv und Bibliothek.

## Die Abteilung Analyse, Planung und Beratung der Friedrich-Ebert-Stiftung

Die Abteilung Analyse, Planung und Beratung der Friedrich-Ebert-Stiftung versteht sich als Zukunftsradar und Ideenschmiede der Sozialen Demokratie. Sie verknüpft Analyse und Diskussion. Die Abteilung bringt Expertise aus Wissenschaft, Zivilgesellschaft, Wirtschaft, Verwaltung und Politik zusammen. Ihr Ziel ist es, politische und gewerkschaftliche Entscheidungsträger:innen zu aktuellen und zukünftigen Herausforderungen zu beraten und progressive Impulse in die gesellschaftspolitische Debatte einzubringen.

## Weitere Veröffentlichungen

### **Frühe Chancen: Schuleingangsuntersuchungen für Bildungs- und Teilhabegerechtigkeit nutzen**

Impuls März 2026

<https://collections.fes.de/publikationen/content/titleinfo/1970599>

### **Antidemokratische Wahlerfolge im ungleichen Deutschland**

Analyse Juli 2025

<https://collections.fes.de/publikationen/ident/fes/22242>

### **Digitale Dividende in der Pflege: Warum sie nicht ankommt, und was wir dagegen tun können**

FES impuls April 2025

<https://collections.fes.de/publikationen/ident/fes/21999>

### **Solidarisch, gerecht und kurzfristig umsetzbar: Zehn Reformvorschläge für ein zukunftsfähiges Gesundheits- und Pflegewesen**

FES diskurs Oktober 2023

<https://collections.fes.de/publikationen/ident/fes/20713>

### **Time to care – Sorgearbeit im Fokus**

Interaktive Infografik

<https://www.fes.de/themenportal-wirtschaft-finanzen-oekologie-soziales/soziales/time-to-care>

Volltexte und weitere Publikationen der Friedrich-Ebert-Stiftung unter:

[www.fes.de/publikationen](http://www.fes.de/publikationen)



## Reformbedarf in der Primärversorgung

Die Primärversorgung (PV) ist ein elementarer Bestandteil der Daseinsvorsorge. Sie bezeichnet die erste, umfassend zugängliche und am Grundbedarf der lokalen Bevölkerung ausgerichtete Ebene eines Gesundheitssystems. International ist belegt, dass ein starkes Primärversorgungssystem zu besseren gesundheitlichen Ergebnissen, höherer Effizienz und größerer Gerechtigkeit führt. Deutschland liegt im europäischen Vergleich der Primärversorgungssysteme jedoch nur im Mittelfeld.

Auf Einladung der Friedrich-Ebert-Stiftung hat daher ein interprofessionelles Expert:innengremium konkrete Handlungsempfehlungen für eine zukunftsfähige Weiterentwicklung der Primärversorgung erarbeitet.

Die Expertise adressiert die sich verschärfende hausärztliche und pflegerische Minder- bzw. Unterversorgung in einzelnen Regionen Deutschlands und legt ein in sich schlüssiges Reformmodell vor, das in der laufenden Legislaturperiode aufgegriffen werden kann.

Die Dringlichkeit ist hoch: Mangelnde Primärversorgung erzeugt Unzufriedenheit in der Bevölkerung und führt zu einem Vertrauensverlust in die Demokratie.

Weitere Informationen erhalten Sie hier:

➔ [fes.de](https://www.fes.de)