

Zukunftsorientierte Primärversorgung – strukturpolitische Offensive für ein selektivvertragliches Primärarztsystem

PROF. DR. SILKE
ARNEGGER,
DR. CHRISTOPHER
HERMANN

Prof. Dr. Silke Arnegger,
Professorin für Gesund-
heitsmanagement an der
Hochschule RheinMain

Dr. Christopher Hermann,
Berater im Gesundheitswesen

Gibt es so etwas wie eine letzte Chance für die Gesetzliche Krankenversicherung? Das Sicherungsversprechen gegenüber Versicherten und Arbeitgebern ist zu verteidigen in einer lebhaften öffentlichen Debatte. Im Kontext der Diskussion um die GKV-Weiterentwicklung richten die Autoren die Aufmerksamkeit auf ein strategisches Prinzip: Die versorgungspolitische Innovationskraft freiwilliger Vereinbarungen in den Regionen. Sie kann Gestaltungswillen freisetzen, der zentralstaatlichen Vorgaben weit überlegen ist. Arnegger und Hermann lädiieren für einen Weg aus dem Sog in die Einheitsversorgung, die politisch geradewegs in die Einheitsversicherung führt. Und sie skizzieren eine Konzeption, die eine Neuarchitektur der ambulanten Versorgung gleichwohl verlässlich ausgabenneutral gestaltet sein muss.

Gesundheitspolitische Diskussion zur Einführung eines Primärarztsystems

Mit der im Koalitionsvertrag (KOV) der schwarz-roten Koalition vom Mai 2025 formulierten Absicht, „zu einer möglichst zielgerichteten Versorgung von Patientinnen und Patienten und für eine schnellere Terminvergabe (...) auf ein verbindliches Primärarztsystem bei freier Arztwahl durch Haus- und Kinderärzte in der Hausarztzentrierten Versorgung und im Kollektivvertrag“ (...) zu setzen (CDU/CSU/SPD 2025: 106), hat die gesundheitspolitische Diskussion um die zukunftsorientierte Ausgestaltung der ambulanten Versorgungslandschaft in Deutschland eine neue, unmittelbar praxisrelevante Qualität erreicht.

Was lange vorwiegend im wissenschaftlichen Diskurs verhandelt wurde (s. nur SVR Gesundheit 2009: 851 ff; ders 2018: 433 ff), ist nun Gegenstand einer breit geführten regen medialen Debatte – und zwingt die maßgeblichen Akteure des

Gesundheitswesens zu klaren Positionierungen. Wesentliche Systemakteure in der GKV auf Leistungserbringer- wie Leistungsträgerseite haben sich mit eigenen Konzepten und Vorschlägen bereits kurze Zeit nach Unterzeichnung des KOV öffentlich positioniert (vgl. KBV 2025; BÄK 2025; GKV-Spitzenverband 2025).

Doch hinter dem scheinbaren Konsens über die Notwendigkeit eines Primärarztsystems verbirgt sich eine grundlegende ordnungspolitische Weichenstellung: Soll ein solches System als bundesweit einheitliches, zentralstaatlich vorgegebenes Kollektivmodell organisiert werden – oder als freiwilliger, regional gestaltbarer Selektivvertrag auf Basis bundeseinheitlicher Mindeststandards? Die Antwort auf diese Frage entscheidet nicht nur über die Architektur der ambulanten Versorgung der nächsten Jahrzehnte, sondern auch über den künftigen Stellenwert von Kassenvielfalt und des Wettbewerbs um Versorgungsinnovation im deutschen Gesundheitswesen.

Der vorliegende Beitrag vertritt die These, dass allein der zweite Weg geeignet ist,

die strukturellen Defizite der ambulanten Regelversorgung wirksam zu adressieren. Ausgehend von einer Analyse der zentralen Versorgungsprobleme – von mangelnder Sektorenintegration und fehlender Terminsteuerung bis hin zu unzureichender Digitalisierung und sinkender Niederlassungsbereitschaft – werden die Umrisse eines zukunftsfähigen Primärarztsystems entwickelt. Dieses baut auf der bewährten Hausarztzentrierten Versorgung (HzV) auf, verknüpft sie aber konsequent und systematisch mit der versorgungsnahen fachärztlichen Ebene sowie einer digitalen Ersteinschätzung und Terminvereinbarung. Eine innovative Anreizarchitektur wird flächendeckende Steuerung aus dem Engagement der Akteure vor Ort heraus ermöglichen – statt durch bürokratische Vereinheitlichung von oben.

Politisch angestrebte Position

Anders als unmittelbar Systembeteiligte haben sich die Bundesregierung und insbesondere das BMG zur Ausgestaltung der Vorgabe aus dem KOV zunächst auffällig zurückhaltend und unverbindlich vernehmen lassen. Sie beschränkte sich auf die wenigen weiteren Formulierungen im KOV, wonach die „Primärärztinnen und Primärärzte oder die von den Kassenärztlichen Vereinigungen (KV) betriebene Rufnummer 116 117 (...) den medizinischen Bedarf für einen Facharzttermin fest(stellen) und den dafür notwendigen Zeitkorridor (Termingarantie) fest(legen)“ sollen. Daneben solle „die flächendeckende Möglichkeit einer strukturierten Ersteinschätzung über digitale Wege in Verbindung mit Telemedizin“ geschaffen werden (CDU/CSU/SPD 2025: 106).

Allerdings änderte sich alsbald die koalitionsseitig selbst gegebene Aufgabenbeschreibung. Während Bundesgesundheitsministerin Warken bis zur Sommerpause 2025 auch im Parlament noch in Übereinstimmung mit dem KOV von der „Einführung der Primärarztversorgung“ sprach (Bt 21/18: 1840 C; Unterstreichung nur hier), kündigte sie ebenfalls im Bundestag unmittelbar nach der Sommerpause im September erstmals die „Einführung eines Primärversorgungssystems“ an (Bt 21/26: 2757 D; Unterstreichung nur hier). Sie übernahm damit nicht nur formal die in der gesundheitspolitischen Diskussion ohnehin dominante Terminologie. Inhaltlich weitete sie zugleich die adressierten Steuerungsaufgaben auf den gesamten

Versichertenzugang aus – in der Regelversorgung ebenso wie im Akut- und Notfall, mit oder ohne hausärztliche Bindung.

In der Beantwortung einer parlamentarischen Anfrage verwies die Bundesregierung nunmehr auch ausdrücklich darauf, dass es sich bei der „Einführung eines Primärversorgungssystems (...) um ein komplexes Reformvorhaben“ handle, deren konkrete Ausgestaltung „von einer Vielzahl unterschiedlicher Fragestellungen abhängen, die es im weiteren Erarbeitungsprozess zu diskutieren und zu klären“ gelte. Es sei noch „ein sorgfältiger Vorbereitungsprozess erforderlich“ (Bt-Drs 21/1315: 2). Der Beantwortung von Fragen zu strukturellen Voraussetzungen und konkreten Inhalten des vorgesehenen Primärversorgungssystems entzog sie sich mit dem obligatorischen Hinweis auf den „weiteren Erarbeitungsprozess“ (vgl. ebd: 12 ff).

Ende Januar 2026 hat das BMG schließlich diesen Prozess auch offiziell eingeleitet und mit den institutionellen Akteuren des GKV-Systems einen „Fachdialog zum Primärversorgungssystem gestartet“ (BMG 2026b: 1). Die Bundesgesundheitsministerin erklärte: „Wir stehen am Beginn einer der zentralen Strukturereformen im deutschen Gesundheitswesen“. Konkretisierend wies sie zudem darauf hin, dass dabei ein „verlässliches digitales bzw. telefonisches Verfahren zur Ersteinschätzung sowie die Weiterentwicklung der Terminvermittlung“ ein „wesentlicher Bestandteil“ sein werde (ebd).

Damit skizzierte sie erstmals näher, dass aus Sicht der Bundesregierung die im KOV lediglich kurz gestreifte Thematik der (digitalen) Ersteinschätzung ein ganz zentrales Element des angestrebten Primärversorgungsmodells abgeben soll. Die eigentlich wesentlichen Stellschrauben zur Modellgestaltung, etwa zum institutionellen Versorgungszugang oder zur Verbindlichkeit des Modells für beteiligte Versicherte wie Leistungserbringende, bleiben unerwähnt.

Während nach Darstellung der Ministerin beim Auftaktdialog im Januar 2026 ein erster Referentenentwurf für ein „Primärversorgungsgesetz“ erst „im Sommer“ vorliegen sollte, wobei zudem „abzuwarten“ bleibe, wie schnell dann die parlamentarischen Beratungen starten könnten (Beerheide 2026: A 134), gibt der Anfang Mai

vorgelegte Referentenentwurf des BMG für ein Gesundheitsdaten- und Innovationsgesetz (GeDIG; Stand 07.05.2026) erstmals wesentliche Fingerzeige für die weitere inhaltliche Ausgestaltung der geplanten Primärversorgung insgesamt. Im Juli folgte ein entsprechender Kabinettsbeschluss.

Der Entwurf setzt ganz auf uniforme Vorgaben zur Schaffung eines zentralstaatlich verbindlich ausgerichteten Einheitssystems als Primärversorgungsmodell. Angestrebt wird, dass Versicherte bundesweit über die (kassenindividuelle) Benutzeroberfläche der elektronischen Patientenakte (ePA-App) zu einer „bundeseinheitlichen, standardisierten Ersteinschätzung durch die Terminservicestellen“ der KV und „anschließend ggf. einer digitalen Terminbuchung weitergeleitet werden“. Versicherte könnten „so einen einfachen, digitalen Weg in die ambulante Versorgung nutzen“ (GeDIG-E: 92; RegE: 119).

Die Ausgestaltung dieses bundesweit einheitlichen „digitalen Versorgungseintritts“ über die ePA-App wird in § 345a

Wie werden digitale Ersteinschätzung, Terminvermittlung sowie verbindlicher Versorgungszugang als wesentliche Stellschrauben gestaltet?

des Entwurfs konkret benannt. Neben der Buchung von Behandlungsterminen bei Leistungserbringenden muss vor allem auch die „Weiterleitung des Versicherten an das bundesweit einheitliche, standardisierte Ersteinschätzungsverfahren für die Terminvermittlung in Akutfällen durch die Terminservicestellen“ der KV erfolgen können (§ 345a Abs 1 S 2 Nr. 1, 2 SGB V-E; RegE inhaltlich identisch). Die Krankenkassen sind „spätestens ab dem 1. Februar 2028 verpflichtet“, ihren Versicherten in der ePA die entsprechenden Einheitsfunktionalitäten anzubieten (§ 345a Abs 1 S 1 SGB V-E).

Darüber hinaus soll „in weiteren Schritten“ die standardisierte Ersteinschätzung durch eine „umfassende digitale Bedarfseinschätzung zur Einschätzung der Notwendigkeit und Dringlichkeit einer Behandlung, sowie zur Zuordnung der Handlungsbedarfe in die geeignete Versorgungsebene, abgelöst werden“ (GeDIG-E: 92; RegE: 119). In einem neuen § 360b

SGB V des Entwurfs werden auf zentralstaatlicher Ebene zwei Akteure der gemeinsamen Selbstverwaltung – die KBV und der GKV-Spitzenverband – verpflichtet, die „Anforderungen an ein elektronisches System zur standardisierten und strukturierten Erhebung gesundheitlicher Beschwerden, zur Einschätzung der Notwendigkeit und Dringlichkeit der Behandlung sowie zur Zuordnung der Behandlungsbedarfe in die geeignete Versorgungsebene (digitale Bedarfschätzung)“ zu vereinbaren (§ 360b Abs 1 S 1 SGB V-E).

Für die Verabschiedung der Vereinbarung wird KBV und GKV-Spitzenverband eine Frist von zwölf Monaten gesetzt (ebd), wobei im Weiteren detaillierte inhaltliche Anforderungen zu fachlichen und technischen Mindestfunktionalitäten der digitalen Bedarfschätzung für den „Zugang in die Notfall-, Akut- oder ambulante Regelversorgung“ (§ 360b Abs 1 S 2 SGB V-E) formuliert sind (vgl. ebd: Abs 2 und 3). Die Vereinbarung ist dem BMG direkt vorzulegen (Abs 4), spätere Anpassungen und Aktualisierungen bedürfen ebenfalls des Einvernehmens mit dem BMG (Abs 5). Weitere namentlich gelistete institutionelle Akteure des Gesundheitssystems (insbesondere BÄK, DKG, gematik) sind lediglich „im Benehmen“ einzubeziehen. Ihnen ist mithin Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben, ohne dass sie indessen final entscheidend eingebunden werden (ebd: Abs 1 S 5).

Damit ist die Spur klar in Richtung auf ein zentralistisch starr ausgerichtetes, auf bundesweite Uniformität fokussiertes Primärversorgungsmodell gelegt, ohne den Akteuren vor Ort im weiteren alternative Handlungsoptionen zur flexiblen Versorgungsgestaltung nach den jeweiligen regionalen Erfordernissen zu eröffnen.

Gesundheits- und versorgungspolitische Analyse: Strukturdefizite

Die Diskussion zum geplanten Wandel der ambulanten Versorgung macht deutlich, wie wenig die vorhandenen Potenziale beim Zugang zur haus- und fachärztlichen Versorgung bisher genutzt werden. Fragmentierte Sektorstrukturen, föderale Zuständigkeitsverteilung und eine in ihrem Wirkungsgrad ausbaufähige Selbstverwaltung bringen zwar fachliche Expertise und regionale Mitgestaltung – sie hemmen aber zugleich die strukturelle Weiterentwicklung der ambulanten Ver-

sorgung. Das Gesundheitssystem ist zwar noch ausreichend zugangstark, hält aber den Herausforderungen in folgenden Bereichen nicht mehr stand:

- Unflexible Sektorengrenzen und mangelnde integrierte Versorgung
- Primärversorgung mit verbindlicher Leitlinienorientierung bei der Mit- und Weiterbehandlung
- Fehlende Terminsteuerung und damit verbundene Wartezeiten
- Unterentwickelte Team- und Delegationsstrukturen
- Unzureichende digitale Koordination

Das alles beschert dem deutschen Gesundheitssystem im internationalen Vergleich momentan allenfalls mittlere Bewertungsrangings (OECD 2025) und sorgt aufgrund von weiter steigenden Versicherungsbeiträgen für das Gesundheitswesen für gesellschaftspolitischen Sprengstoff.

Trotz des gesundheitspolitischen Strebens der letzten zwei Dekaden nach Versorgungsformen zur Optimierung der Zusammenarbeit innerhalb der und zwischen den Versorgungsebenen gingen unterschiedlichste Versorgungsmodelle zur primärärztlichen, integrierten und leitlinienorientierten Versorgung innerhalb der ambulanten Versorgungsebene wie HzV und Facharztverträge (FAV) in Baden-Württemberg, Gesundes Kinzigtal aber auch andere Modelle insbesondere zur Versorgung chronisch und psychisch kranker Patientinnen und Patienten nicht in die deutschlandweite Versorgung ein. Integrierte Versorgung und Patientensteuerung werden eher als Engagement einzelner Innovationsfonds- und Pilotprojekte wahrgenommen (Hennig/Wöllner 2025).

Strukturiert leitlinienabhängige und koordinierte Versorgung in gegenseitiger Abstimmung zwischen den Fachgruppen oder Pflegefachberufen weisen Lücken auf (Wangler/Rusert/Jansky 2025). Es gibt in Deutschland überdies kaum empirischen Nachweise, dass eine gesteuerte und einheitliche evidenzbasierte Behandlung in einen regelhaften und standardisierten digitalen Austausch von Arztbriefen und Befundberichten mündet (Bandorski/Vollmar 2026: 15-26). Die verlässliche Abstimmung zu Weiter- und Rücküberweisung sowie zu nahtlosen Therapieprozessen

beim Übergang von einem in den anderen Versorgungsbereich sind aber essenziell für eine leitliniengerechte Versorgung.

Im internationalen Vergleich zeigen sich für Deutschland zwar keine übermäßig langen Wartezeiten und auch eine verhältnismäßig großzügige Ausstattung an versorgenden Akteuren im Gesundheitswesen (OECD 2025). Was fehlt ist, dieses Potenzial zielgerichtet zu allokalieren (SVR Gesundheit & Pflege 2024). Ohne Priorisierung bei der Vergabe der Praxisressource bleibt die Terminvereinbarung von Patientinnen und Patienten daher ein individuelles Suchproblem. Die Maßnahmen des Terminservice- und Versorgungsgesetzes (TSVG) 2019 zu einer gezielteren Terminvergabe mögen ihr Koordinationspotenzial, dringlichkeitsbezogene Termine zu vergeben, nicht effizient genug ausgeschöpft haben. Mechanismen, wie die im TSVG angelegten, sind dennoch für die Vertrauensbildung wichtig: Sie verbinden eine gesetzliche Garantie mit angebots- und nachfrageseitigen Maßnahmen und einem regelmäßigen Monitoring – und wirken damit der Willkürlichkeit wahrgenommener Wartezeiten entgegen. Das haben andere europäische

**Nachbarländer voraus:
Vorhandene Potenziale
beim Zugang zur haus- und
fachärztlichen Versorgung
werden in Deutschland nicht
ausgeschöpft.**

Länder mit gleich hohen oder höheren wartezeitenbedingten ungedeckten Bedarfen wie Dänemark, Großbritannien oder die Niederlande Deutschland voraus. Es gilt ein „Fortschrittsprinzip“ der Transparenz. Wartezeitenstatistiken werden offen kommuniziert und ein Bündel an Maßnahmen, das die Problematik mindestens dauerhaft adressiert, wird veröffentlicht (OECD 2020). Dazu gehören Primärarztsystematik, die Beschleunigung von Abläufen durch Digitalisierung aber auch Rationierung und Zuzahlung.

In anderen Bereichen ist die ambulante Versorgung in Deutschland dagegen erkennbar überreguliert und in der Folge ineffizient. Beispielhaft hierfür steht die Binnenstruktur der gemeinsamen Selbstverwaltung: Eine Vielzahl von Akteuren

verfolgt teils deckungsgleiche, teils gegenläufige Interessen. Die daraus resultierenden Abstimmungs- und Konsensprozesse binden erhebliche institutionelle Kapazitäten, verlangsamen Entscheidungen und begünstigen strukturelle Beharrung gegenüber notwendiger Veränderung. Hinzu kommen bürokratische Prüfmechanismen des Medizinischen Dienstes und eine komplexe Regresssystematik im Zuge ambulant angeforderter Leistungen, die Leistungserbringende administrativ belasten und Fehlanreize setzen können, statt Versorgungsqualität zu fördern. Eine undurchsichtig komplexe und im ambulanten Bereich ex ante kaum kalkulierbare Vergütungssystematik wirkt demotivierend, statt Leistungserbringende zu einer kontaktintensiven Behandlung komplexer Fälle anzureizen. Die gesundheitsökonomische Analyse empfiehlt daher seit langem neue Vergütungssystematiken für innovative Versorgungsmodelle, um einerseits langfristig kalkulierbare sektorenübergreifende Kooperationen zu fördern und um andererseits sogenanntes Value-based healthcare sowohl zu begünstigen als auch messbar zu machen und um sich von prioritär klassischen Mengenanreizen zu verabschieden (Rocks et.al. 2020).

Die rückläufige Motivation zur Niederlassung und einen zunehmenden Trend zur Anstellung im niedergelassenen Bereich verwundern daher nicht (SVR Gesundheit & Pflege 2024). Perspektivisch wird Versorgung zentrenhafter stattfinden müssen. Versorgungssichernd gilt es insbesondere regional interprofessionelle Versorger systematisch einzubinden. Die Abgrenzung ärztlicher Kernkompetenz unter der Nutzung der breiten Fähigkeiten anderer Gesundheitsberufe ermöglicht es, das Versorgungsniveau auch qualitativ abzusichern (SVR Gesundheit & Pflege 2024).

Letztlich ist das Gesundheitssystem gemessen an seiner Komplexität weiterhin mangelhaft digitalisiert. Das trägt dazu bei, dass die Versorgung in allen Bereichen (Arztpraxis, Klinik, Pflege und öffentlicher Gesundheitsdienst) besser koordiniert sein könnte (SVR Gesundheit & Pflege 2023).

Die angerissenen Strukturdefizite – Versorgungsungleichgewichte, mangelnde Sektorenintegration, sinkende Niederlassungsbereitschaft, Bürokratielasten und ineffiziente Ressourcenallokation – sind ihrer Natur nach hochgradig heterogen und treten lokal differenziert auf. Sie entstehen nicht aus einem einheitlichen

nationalen Versagen, sondern aus dem multiplen Zusammenspiel von Bevölkerungsstrukturen, unterschiedlicher Trägervielfalt, gewachsener berufsständischer Traditionen und anderer länderspezifischer Eigenarten. Eben diese Komplexität spricht bereits strukturell gegen eine zentralstaatliche Lösung: Ein bundesweit einheitliches Steuerungsmodell würde die Heterogenität der Versorgungsrealitäten – zwischen Ballungsräumen und Flächenländern, zwischen prosperierenden Regionen und strukturschwachen Gebieten – systematisch ignorieren und tendenziell leicht neue Fehlanreize erzeugen.

Unter diesen Bedingungen bietet regulierter Wettbewerb eine systemkonforme Alternative: Er ermöglicht, dass Lösungen dort entstehen, wo Probleme auftreten – in der Region, im Versorgungsverbund, zwischen Krankenkassen und Leistungserbringenden –, ohne dass

Gegenläufige Interessen binden erhebliche institutionelle Kapazitäten, verlangsamen Entscheidungen und begünstigen strukturelle Beharrung.

dafür eine bundesweite Einheitslösung gefunden werden müsste. Wettbewerb zwischen Krankenkassen um die bessere Versorgungsqualität, selektive Vertragsoptionen für innovative Versorgungsmodelle und flexiblere Vergütungsstrukturen für integrierte Versorgungsformen können Anreize setzen, die zentralplanerische Instrumente per se nicht erzeugen: den Anreiz zur Koordination aus eigenem Interesse der Akteure. Diese ordnungspolitische Logik war auch der Ausgangspunkt einer Reihe von Gesetzesinitiativen seit Einführung der Kassenwahlfreiheit in den 1990er Jahren, die – unter dem Leitbild einer stärkeren primärärztlichen Steuerung und einer Überwindung der starren Sektorengrenzen – versuchten, mehr Wettbewerb als Katalysator für integrierte Versorgung zu ermöglichen. Dass diese Reformwelle nicht zu einer kohärenten Systemtransformation geführt hat, liegt vor allem an seiner inkonsequenten Umsetzung: zwischen halbherzigen Öffnungsklauseln, mächtigen Beharrungsinteressen und einer Gesetzgebungsarchitektur, die

Wettbewerb ermöglichte, ohne diesen strukturell ausreichend zu vertreten (Jacobs/Vauth 2024: 98).

Architektur einer zukunftsfähigen ambulanten Primärversorgung

Ein koordinierter Zugang zur ambulanten ärztlichen Versorgung – insbesondere zu Haus- und Fachärztinnen und -ärzten – sollte für Versicherte kein individuelles Suchproblem bleiben. Das durch die Bundesregierung ausgerufene Leitprinzip lautet: „digital vor ambulant vor stationär“ (BMG 2026a). Ein perspektivisches Primärarztsystem soll einheitlich über den Kollektivvertrag koordiniert werden, vor allem über ein verlässliches digitales (oder telefonisches) Verfahren zur Ersteinschätzung (s. oben Kap. 2).

Dieser Ansatz ist auch notwendig, aber keineswegs hinreichend. Primärversorgung darf nicht primär als neue Eingangsschleuse ins System konzipiert werden. Eine verpflichtende Ersteinschätzung und Überweisung zum Facharzt allein vermögen die strukturellen Defizite nicht zu beheben (SVR Gesundheit 2018: 445). Sie muss flexibel eingebettet sein, denn die grundlegende Schwäche der heutigen ambulanten Regelversorgung liegt in der unzureichenden Ordnung eines leitlinienorientierten Gesamtprozesses.

Sichtbar wird die systemische Schwerfälligkeit besonders auch beim Einführungsprozess der elektronische Patientenakte (ePA). Wenn die Digitalstrategie der Bundesregierung vom Ziel spricht, 20 Millionen Versicherte in die aktive Nutzung der ePA und aller ihrer bis dann möglichen, mindestens sieben Anwendungsbereiche bis zum Jahr 2030 einzubinden, dann ist das lediglich die Hälfte der aktuellen Bevölkerung zwischen 19 und 65 Jahren (Statista 2026).

Zudem ist auch eine datenschutzrechtlich tragfähige, bundesweit einheitlich flächendeckend einsatzfähige digitale Ersteinschätzung, die den Einstieg in die primärärztliche Versorgung darstellen soll, in Deutschland erst noch aufzubauen und bedarf im Weiteren allgemeiner Akzeptanz. Die größte Hürde stellen dabei vermutlich nicht die Patientinnen und Patienten selbst dar, sondern die strukturellen und institutionellen Rahmenbedingungen. Wer unter diesen Voraussetzungen eine zukunfts-taugliche Primärversorgungsreform in die

Routine bundesweiter Einheitsversorgung pressen will, riskiert den sukzessiven Verlust des Reformmomentums und vor allem eine verwässerte Umsetzung.

Bestehende Hausarztzentrierte Versorgung (HzV) als bewährter Ausgangspunkt

Mit den Verträgen zur HzV nach § 73b SGB V hat der Gesetzgeber ein selektivvertragliches Regelungsregime geschaffen, das heute den prozessualen Standard für eine hausärztlich gesteuerte, aber insbesondere koordinierte und qualitativ verbesserte Patientenversorgung darstellt.

Seit Vertragsstart der HzV in Baden-Württemberg im Jahr 2008 wurden insgesamt zwölf wissenschaftlich dokumentierte Evaluationsprojekte durchgeführt – acht im engeren Sinne, ergänzt um vier Evaluationen zu Fach- und Sonderverträgen –, deren Ergebnisse mehrfach in internationalen Fachzeitschriften mit strengen Begutachtungsverfahren veröffentlicht wurden. Die Untersuchungen belegen, dass insbesondere Patientinnen und Patienten mit chronischen Erkrankungen in der HzV vor allem dort, wo diese mit fachärztlichen Selektivverträgen nach § 140a SGB V verknüpft ist, qualitativ besser versorgt werden. Hinzu kommen Belege für eine höhere Betreuungsintensität, strukturierte Facharztkontakte, geringere Hospitalisierungsraten, Reduktion vermeidbarer Krankenhauseinweisungen, der besondere Blick auf eine koordinierte Pharmakotherapie sowie verbesserte Impfquoten (SVR Gesundheit 2018; AOK Baden-Württemberg 2020; Laux et al. 2021; Laux et al. 2025; Karimova et al. 2025a; Karimova et al. 2025b).

Darüber hinaus zeigt die selektivvertragliche Ausgestaltung, dass Versorgungsinnovationen regional deutlich einfacher und schneller umgesetzt werden können – bei gleichzeitig reduzierter bürokratischer Belastung.

Exemplarisch hierfür stehen praktisch erprobte und wirksame Innovationen im Bereich der Delegation ärztlicher Leistungen sowie die hausärztlichen Primärversorgungszentren mit interprofessioneller Versorgung (HÄPPI), die mittlerweile erfolgreich pilotiert sind (Schwill et al. 2024).

Ein früher Beleg für diese Innovationskraft war auch die verpflichtend elektronische Abrechnung – im Jahr 2008 im Kollektivvertragssystem undenkbar –, die hier von

Beginn an konsequent umgesetzt wurde. Zusätzlich steht die Einbindung komplexerer ambulanter Prozeduren wie z.B. der Koronarangiographie, der Koronarintervention oder der Herzschrittmacher-Implantation im Rahmen des Kardiologievertrags für eine frühe Innovationsbereitschaft des Modells (AOK Baden-Württemberg 2020). Nicht zuletzt zeichnet die Haus- und Facharztverträge in Baden-Württemberg eine verlässliche, im Vornherein kalkulierbare Vergütungssystematik aus (Arnegger 2017; Bosch/Smetak 2018).

Die Vertragslandschaft in Baden-Württemberg – HzV-Verträge wie Facharztverträge – bieten eine belastbare strukturelle Grundlage und könnten als Blaupause für das angestrebte Primärarztssystem dienen.

Selektivvertragliche Weiterentwicklung eines Primärarztssystems auf bundeseinheitlicher Grundlage

Die Empirie spricht dafür, Primärversorgung in Deutschland nicht als starres Kollektivsystem zu organisieren, sondern als freiwilligen, regional gestaltbaren Selektivvertrag auf Basis bundeseinheitlicher Mindeststandards. Darin liegt der konzeptionell entscheidende Unterschied zu bisher verfolgten Reformansätzen. Ein solcher Rahmen würde nicht alle Details zentralstaatlich vorschreiben, wohl aber die strukturelle Grundlogik normativ verankern:

- Verbindliche Schnittstellen zwischen Haus- und Fachärztinnen und -ärzten über vertragliche Facharztanbindung
- Freiwillige, aber anreizgestützte Einschreibung bei einer Haus- oder Kinderarztpraxis mit klarer Lotsenfunktion in der Primärversorgung
- Dringlichkeitsbezogene digitale Terminsteuerung
- Strukturierter digitaler Befundaustausch und validierbare Qualitätsmessung als obligatorische Vertragsbestandteile
- Innovative Honorarsystematik

Innerhalb dieses Rahmens sollen die Akteure einer Region die Versorgung an ihre jeweilige Realität anpassen können: an Facharztverfügbarkeit, ländliche Distanzen, kinderärztliche Bedarfe oder regionale chronische Krankheitslast. Sie baut auf der HzV-Vertragsstruktur auf, erweitert diese konsequent um die Facharztebene und ermöglicht eine schnelle,

flächendeckende Patientensteuerung über die gesamte ambulante Versorgung – freiwillig, aber wirksam anreizgestützt. Das flächendeckende Netz niedergelassener Haus- und Facharztpraxen böte damit die strukturelle Grundlage für ein modernes, flexibles Primärversorgungssystem – eines, das europäischen Vorbildern nicht nur standhält, sondern sie in seiner Kombination aus Qualitätssicherung und regionalem Gestaltungsspielraum übertreffen könnte.

Patientenorientierte Versorgungssteuerung mit bundeseinheitlicher Verlässlichkeit und regionaler Flexibilität

Haus- und Kinderarztpraxen übernehmen die primäre Behandlung – möglichst fallabschließend – sowie die Steuerungs- und Koordinationsfunktion für die Weiterleitung zu einem definierten Kreis integrierter Facharztgruppen, darunter Diabetologie, Gastroenterologie, Kardiologie, Neurologie, Orthopädie, Psychiatrie und Psychotherapie sowie weitere versorgungsnahe Disziplinen.

Die Teilnahmevoraussetzungen für Ärztinnen und Ärzte umfassen etwa Anforderungen an die räumliche Infrastruktur und Geräteausstattung, verpflichtende Weiterbildungsnachweise, Mindestfallzahlen sowie die verbindliche Teilnahme an industrieunabhängigen Qualitätszirkeln.

Die Verträge sind der wissenschaftlichen Evaluation unabhängiger Institute zu übergeben und könnten risikoadjustiert unter anderem an einheitlichen Endpunkten gemessen werden. Die Schnittstellen zwischen haus- und fachärztlicher Versorgung sollten möglichst krankheitsspezifisch auf Grundlage der Leitlinien der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF), der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM) und internationaler Guidelines definiert werden. Hierfür gibt es in der selektivvertraglichen Versorgungsrealität bereits zahlreiche Umsetzungsbeispiele wie etwa die Schnittstelle bei unspezifischem Rückenschmerz im Orthopädie-Vertrag (AOK Baden-Württemberg 2021).

Dabei gilt stets der Grundsatz ambulant vor stationär. Für elektive Fälle sollte ein Überweisungsvorbehalt ins Krankenhaus durch Fachärztinnen und Fachärzte, unter Gewährleistung des indikationsbezogenen

Facharztstandards, Maßstab werden. In der Akut- und Notfallversorgung können Krankenhauseinweisungen auch durch Haus- und Kinderärztinnen und -ärzte erfolgen. Wie im internationalen Kontext müsste auch in Deutschland der Direktzugang zu bestimmten Facharztgruppen (z.B. Gynäkologie und Ophthalmologie) gewährleistet werden.

Die teilnehmenden Fachärztinnen und Fachärzte garantieren eine Terminpriorisierung, die den medizinischen Bedarf abbildet. Grundlage sollte ein verbindliches Ampelsystem sein: Akutfälle (rot) werden am gleichen Tag behandelt; dringliche Fälle (gelb) erhalten innerhalb von 14 Tagen einen Termin; elektive Fälle (grün) werden innerhalb von 4 bis 6 Wochen versorgt. Zur Terminvergabe werden obligatorisch digitale Tools verwendet. Darüber hinaus empfiehlt sich die Integration einer digitalen Ersteinschätzung nach internationalem Vorbild.

Die internationale Studienlage zeigt weitgehenden Konsens: Gemischte Vergütungsansätze – als Kombination aus Pauschalen, Einzelleistungsvergütung und qualitätsbasierten Anreizen – haben großes Potenzial, integrierte und primärärztliche Versorgung zu fördern. Zugleich ist eine langfristige Evaluationsstrategie auf Basis belastbarer Daten unerlässlich, um die Vergütung kontinuierlich weiterzuentwickeln. Die Wirksamkeit von Vergütungsanreizen auf die Versorgung hängt stark von der konkreten Ausgestaltung (z.B. Risikoadjustierung, Qualitätssicherung), der Kalkulationsdatenverfügbarkeit und der Einbettung in Teammodelle ab (Yordanov et al. 2024; Wise et al. 2022; Simmons et al. 2024; Alrashed/Mohamed 2025).

Eine grundsätzliche Vergütungsstruktur sollte in einem Mustervertrag aufgehen, die regionale Gebührenordnung würde aber fachgebietsspezifisch verhandelt. Elementare Bestandteile der hausärztlichen Vergütung sind kontaktunabhängige Versorgungs- und Qualitätspauschalen, die den quartalsbezogenen Abrechnungsrhythmus der Regelversorgung auflösen, eine kontaktabhängige Behandlungspauschale sowie eine Pauschale für erhöhten Betreuungsaufwand bei chronisch erkrankten Patientinnen und Patienten. Weitere Qualitäts-, Technik- und Delegationsleistungen werden über Zuschläge abgebildet.

Im fachärztlichen Versorgungsbereich findet sich ein an Versorgungsnotwen-

digkeiten ausgerichteter Mix aus pauschalierten Grundleistungen, Versorgungspauschalen für definierte chronische Krankheitsbilder sowie Qualitäts- und Strukturzuschlägen für besondere Qualifikationen und Gerätevorhaltung. Einzelleistungsvergütungen bleiben nur bei technischen Leistungen wie Operationen und interventionellen Eingriffen sinnvoll. Weitere innovative Honorarelemente – etwa Qualitäts- oder Präventionszuschläge oder die Einbindung von Assistenzberufen – können regional spezifisch eingebunden werden.

Für die dauerhafte Tragfähigkeit des Konzepts ist die Akzeptanz bei allen Beteiligten entscheidend. Die Teilnahme der Versicherten soll deshalb freiwillig bleiben und sinnvoll angereizt werden. Das Modell setzt nicht auf Verpflichtung, sondern auf Verlässlichkeit: Wer sich einschreibt, erhält koordinierte Versorgung durch Haus- und Fachärztinnen und -ärzte, professionelle digitale Navigation und priorisierte Terminsteuerung nach medizinischem Bedarf. Insbesondere langzeiterkrankte Patientinnen und Patienten sowie Eltern von Kindern in Regionen mit besonderem kinderärztlichem Koordinationsbedarf dürften von einem solchen Angebot überdurchschnittlich profitieren.

Für die teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte bedarf es offener Teilnahmemöglichkeiten unter klaren Qualitätsvoraussetzungen und einer plausiblen Honorarstruktur. Die regional vorhandene Akzeptanz selektivvertraglicher Primärversorgung kann dabei dazu genutzt werden, die bereits an HzV- bzw. FAV-Verträgen Teilnehmenden unmittelbar in neue Vertragskonstrukte zu integrieren.

Innovative Anreize als Versorgungsmotor

Das hier vertretene Versorgungskonzept setzt auf die Innovationskraft freiwilliger Vereinbarungen der regional für die Versorgung der Patientinnen und Patienten maßgeblich verantwortlichen Akteure und deren gemeinsamen Gestaltungswillen. Um den Auf- und Ausbau dieser Versorgungsstrukturen nachhaltig zu fördern und zu unterstützen, setzt die Konzeption grundsätzlich auf das seit Einführung der Kassenwahlfreiheit vor mehr als dreißig Jahren („Lahnstein“) entwickelte Inst-

umentarium der selektivvertraglichen Versorgung und der Sicherung einer solidarischen Wettbewerbsordnung durch den morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich (RSA).

Zur Basisfinanzierung der integrierten Versorgungsverträge kann auf die Regelungen zur Bereinigung des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs bei Verträgen zur HzV nach § 73b Abs. 7 SGB V bzw. zur Besonderen Versorgung nach § 140a Abs. 6 SGB V zurückgegriffen werden. Die mit der Konzeption verbundene prozesshaft zunehmend effizientere Durchdringung des ambulant-ärztlichen Versorgungsgeschehens eröffnet mittelfristig weitere (Re-)Finanzierungsspielräume für die Vertragspartner vor Ort.

Allerdings belegt die Erfahrung von mehr als zwei Jahrzehnten im Umgang

Verlässlichkeit statt Verpflichtung: Die Innovationskraft freiwilliger Vereinbarungen in der Region als Motor der Transformation.

mit selektivvertraglichen Handlungsoptionen, dass über die Bereinigung und die Erschließung von Effizienzvorteilen hinaus ein zusätzlicher Anreizmechanismus den Aufbau strukturierter Versorgung und flächendeckender Steuerung – insbesondere zum Vorteil von Patientinnen und Patienten mit besonderem Versorgungsbedarf – wesentlich fördert. Ein solcher zielorientierter Anreizmechanismus hat bei der insgesamt erreichten Komplexität des Systems zwingend den Anforderungen an Effektivität und Nachhaltigkeit zu genügen. Er hat neue komplexe Verwaltungs- und Abrechnungsstrukturen zu vermeiden, er muss somit administrativ schlank sein. Zudem muss der Mechanismus so beschaffen sein, dass er nicht zuletzt vor dem Hintergrund des in der GKV erreichten Beitragssatzniveaus für das Solidarsystem insgesamt von Beginn an verlässlich ausgabenneutral ausgestaltet ist.

Diesen Prämissen gerecht wird eine Regelung, die Krankenkassen, bei denen ein versorgungsrelevanter Anteil ihrer Versicherten an der neuen Primärversorgung teilnimmt, finanziell begünstigt.

Konkret sollen Krankenkassen, bei denen mindestens 20 % der Versicherten

in der jeweiligen Vertragsregion an der neuen Versorgung teilnehmen – dies ist die auslösende Bedingung – einen Bonus auf Basis der risikoadjustierten Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds erhalten. Dieser Bonus entspräche einem Aufschlag in Höhe von 5% auf die durchschnittliche Zuweisung für chronisch Kranke Versicherte pro eingeschriebenem Versicherten.

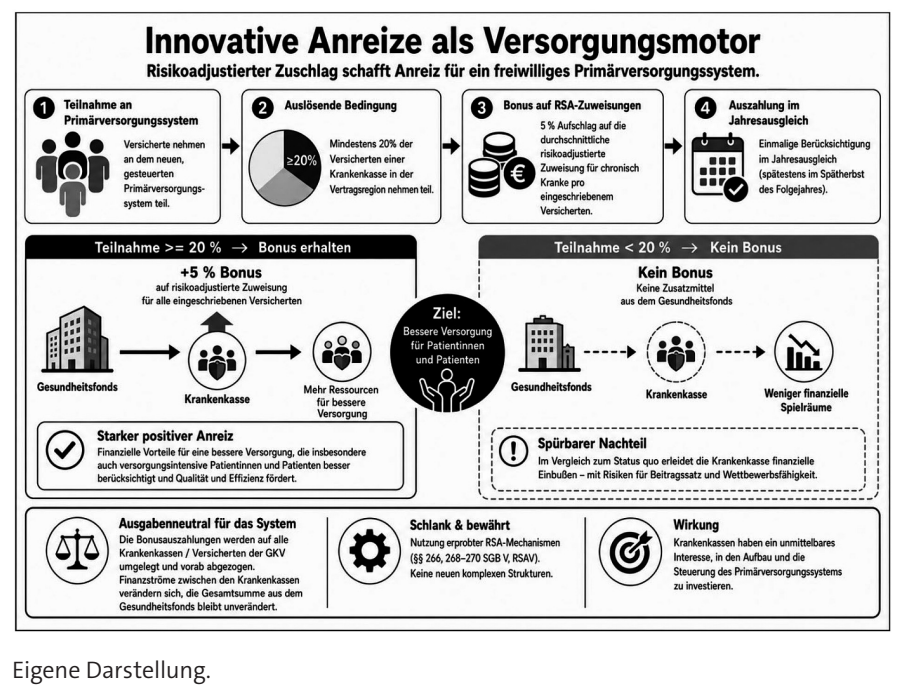
Die finanztechnische Abwicklung kann problemlos den bewährten Vorgaben des obligatorischen RSA-Jahresausgleichs nach § 266 Abs 7 S 3-5 SGB V folgen und wird weiter über eine entsprechende Ergänzung zu § 270 SGB V (inklusive einer Anpassung der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung, RSAV) abgesichert.

Damit bleiben die erprobten Mechanismen und Verfahren zur Ermittlung und Abwicklung des RSA grundsätzlich unberührt. Dies gilt insbesondere für die Ermittlung der Grundpauschale und der risikoadjustierten Zuweisungen der Krankenkassen aus dem Gesundheitsfonds. Der Bonus wird nur einmalig im Rahmen des Jahresausgleichs für das letztabgelaufene Kalenderjahr im Spätherbst des Folgejahres berücksichtigt. Anspruchsvoraussetzung ist, dass die versorgungsrelevante Teilnahmequote von mindestens 20 % im abgelaufenen Kalenderjahr tatsächlich erreicht wurde. Die Finanztechnik entspricht damit genau dem bekannten Vorgehen bei den Zuweisungen nach dem Risikopool (§ 268 SGB V), dem Ausgleich für die tatsächlichen Aufwendungen für das Kinderkrankengeld (§ 269 Abs 2 SGB V) und der Vorsorgepauschale (§ 270 Abs 4 SGB V), die alle ausschließlich im Rahmen des Jahresausgleichs einmalig pro Kalenderjahr bei den Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds berücksichtigt werden (Pohl 2024: 2464, Rn 34).

Auf der Systemebene bewirkt der Mechanismus des risikoadjustierten Zuschlags zudem, dass sich zwar die Finanzströme zwischen den einzelnen Krankenkassen verändern, die Gesamtsumme der für alle Krankenkassen für ein Jahr aus dem Gesundheitsfonds zufließenden Finanzmittel indessen völlig unverändert bleibt.

Die Darstellung verdeutlicht, dass Krankenkassen in der Folge unmittelbar ein nachdrückliches Interesse am Aufbau der gesteuerten Versorgung für ihre Versicherten entwickeln sollten. Bei einer versorgungsrelevanten Teilnehmendenquote von 20% und mehr – und insbeson-

Abbildung 1: Anreizmechanismus für Krankenkassen im Primärversorgungssystem.



Eigene Darstellung.

dere der Teilnahme von Versicherten mit hohem Versorgungsbedarf – erzielt eine Krankenkasse relevant höhere Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds. Ohne oder bei versorgungsseitig unwesentlicher Teilnahme ihrer Versicherten erleidet sie im Vergleich zum Status quo spürbare finanzielle Zuweisungseinbußen und muss perspektivisch mit wachsenden beitragsatzrelevanten Verlusten rechnen.

Nicht zuletzt erledigt sich die Kontroverse um die gesetzlich vorgegebene Verpflichtung der Krankenkassen zum Abschluss von Verträgen zur HzV nach § 73b Abs 1 und 4 SGB V, die seit Einführung der Regelung durch das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG) im Jahr 2007 im Grundsatz andauert. Während allerdings die anfängliche Fundamentalopposition durch die institutionalisierte Kassenärzteschaft gegen die selektivvertragliche Versorgungsgestaltung durch freie Ärzteverbände und einzelne Krankenkassen im Laufe der Zeit einer eher pragmatischen Sichtweise gewichen ist, ist an die Stelle der von Beginn an konfrontativen Haltung bei den (meisten) Krankenkassen nie eine realistische Einordnung getreten. Die organisierte Kassenärzteschaft hatte zunächst „vom Ende des KV-Systems und des Kollektivvertrags – mit gravierenden Auswirkungen auf die Versorgungssicherheit und die Versorgungsdichte in Deutschland“ schwadroniert (KBV-Vorstandsvorsit-

zender Köhler 2007: 6; Korzilius 2007: A 3446). Wurden vor 15 Jahren von Großkassen „Brandbriefe“ an die damalige Bundesregierung geschrieben, die mit substanzlosen Einwänden gegen freie Verträge nach dem angeblichen Motto „Money for nothing“ aufwarteten (näher Hermann 2010: 25), fordern Krankenkassenvertreter in der aktuellen Diskussion um das Primärversorgungssystem erneut und weiterhin vehement ein Ende der gesetzlichen HzV-Vertragsverpflichtung (vgl. nur Reimann 2026: 2; TK 2026: 1; GKV-Spitzenverband 2025: 9).

Dessen ungeachtet erübrigt sich bei einer umfassenden und zunehmend flächendeckenden Steuerung von Versicherten innerhalb der gesamten Versorgungskette durch freie Verträge der Vertragspartner in den Regionen die bestehende gesetzliche Verpflichtung zur HzV nach § 73b SGB V ohnehin von selbst. Soweit und solange eine Krankenkasse die Primärversorgung mit der hausärztlichen Ebene als unverzichtbarer tragender Säule über freiwillige Selektivverträge verantwortlich mitorganisiert, kann weder aus Patientensicht noch versorgungsseitig weiterhin ein sinnhaftes Argument dafür angeführt werden, am rechtlichen Status quo festzuhalten. Das bisherige Pflichtangebot der Krankenkassen zur HzV wird durch das freiwillig vereinbarte, umfassende Primärversorgungssystem konsequent abgelöst.

Letzte Chance

Die Konzeption eröffnet ordnungspolitisch erneut den Weg zur Revitalisierung jener Pfadabhängigkeit, die der Gesetzgeber mit der Einführung der Kassenwahlfreiheit Anfang der 1990er Jahre grundsätzlich angelegt hatte und die zur Ausgestaltung einer „Wettbewerbsordnung auf Basis des Solidarprinzips“ für die GKV führen sollte (BVerfGE 113, 167: Rn 172).

Sie bietet damit auch für die Krankenkassen die absehbar letzte Chance, dem seit Jahren sowohl politisch vorangetriebenen als auch selbst verschuldeten (dazu schon Hermann 2017: va 11 ff) Sog in die Einheitsversorgung und (virtuelle) Einheitsversicherung doch noch zu entgehen. Kassenwettbewerb und Kassenvielfalt würden sich tatsächlich als zentrale Motoren für eine optimierte qualitäts- und versichertenorientierte Versorgungssteuerung beweisen.

Den RSA dabei funktional als Instrument zur Incentivierung nachhaltig innovativer Versorgungssteuerung einzusetzen knüpft direkt an seiner versicherungstechnischen Kernfunktion an, „Solidarität und Wettbewerb miteinander zu vereinbaren“ (Jacobs 2017: 46) und macht ihn materiell zum logischen Anker der Rückbesinnung auf wettbewerblich orientiertes Systemdenken und -handeln.

Die konkrete Ausgestaltung des im GEDIG angelegten versichertenbezogenen digitalen Versorgungseinstiegs (s. oben 2.), der sich Krankenkassen derzeit mit außerordentlicher Vehemenz widmen (vgl. nur TK 2026; Reimann 2026; BKK 2026), mag zu kassenindividuellen App-Oberflächenvarianten führen. Für die von Versicherten konkret vor Ort erlebbare Versorgungsdichte und Versorgungsgüte sind solche „Wettbewerbsfelder“ letztlich völlig ohne Belang. Deren ökonomische Rationalität reduziert sich bei funktional absolut identischen Produktinhalten auf reine Designfragen. Ihrem wachsenden systemischen Bedeutungsverlust hin zu austauschbaren Funktionsdienstleistungen, die primär noch die Finanzströme in einem zunehmend digitalisierten Gesundheitswesen organisieren, werden die Krankenkassen damit kaum entgegenwirken können.

Einmal mehr stellt sich die Frage, welcher greifbare Mehrwert für die Versicher-

ten und damit auch ordnungspolitisch für die grundsätzliche Systemaufstellung der GKV bei dieser Art von reinem „Nice-to-have-Wettbewerb“ letztlich durch die Prolongierung von Kassenauswahl überhaupt erzeugt wird. Ohne funktionale Kassenvielfalt und ohne funktionstüchtige solidarische Wettbewerbsordnung braucht es im Weiteren dann auch keinen sie absichernden „technischen Kern“ (Monopolkommission 2017: Ziffer 75) in Gestalt des RSA mehr. Ein RSA, dem die eigentliche Zielprojektion grundsätzlich abhandengekommen ist, verliert sowohl versorgungspolitisch als auch schon rein verwaltungsökonomisch seine weitere Existenzberechtigung.

Die gesundheitspolitische Debatte um ein deutsches Primärarztsystem steht an

Neue Architektur der ambulanten Versorgung: Letzte Chance für sinnhaften Kassenwettbewerb und regionale Versorgungsverantwortung.

einem Scheideweg. Der vorliegende Beitrag hat gezeigt, dass die strukturellen Defizite der ambulanten Versorgung nicht durch ein zentralstaatlich verordnetes Einheitsmodell behoben werden können – sondern nur durch ein System, das Verlässlichkeit und Flexibilität verbindet: bundeseinheitliche Mindeststandards als Rahmen, regionale Gestaltungsfreiheit als Motor.

Die HzV und die mit ihr verknüpften Facharztverträge haben in mehr als fünfzehn Jahren bewiesen, dass dieser Weg funktioniert – für Patientinnen und Patienten, für Ärztinnen und Ärzte und für das System als Ganzes.

Eine koordinierte Steuerung von Primär- und Facharztversorgung reduziert Doppeluntersuchungen, vermeidet Fehlezuweisungen, verschiebt geeignete Eingriffe aus dem stationären in den ambulanten Bereich, koordiniert die Pharmakotherapie und verbessert insbesondere bei chronisch erkrankten Patientinnen und Patienten die Versorgungskontinuität. In einem System mit zunehmend knappen personellen und finanziellen Ressourcen ist dies mehr als ein bloßes Effizienzargument – es ist eine strukturelle

Notwendigkeit. Koordinierte Primärversorgung muss mehr sein als ein verbindliches Datum für die Terminvergabe.

Die Einführung eines Primärversorgungssystems ist, wie die Bundesgesundheitsministerin selbst formuliert hat, eine der zentralen Strukturreformen im deutschen Gesundheitswesen. Zentral ist dabei nicht die Frage des „ob“ – sondern des „wie“. Die Antwort, die dieser Beitrag gibt, lautet: nicht durch Verordnung von oben, sondern durch Gestaltung vor Ort. Es wäre die letzte Chance, Kassenwettbewerb und Versorgungsqualität wieder zusammenzuführen.

Literatur

Alrashed, Anwar/Mohamed, Hany Ramadan

(2025): The impact of transition strategies from fee-for-service to value-based payment models on quality of care, patient outcomes, and healthcare costs: A systematic analysis. In: *International Journal of Innovative Research in Sciences and Studies (IJIRSS)*, Jg. 8, H. 6. DOI: <https://doi.org/10.53894/ijirss.v8i6.9830>.

AOK Baden-Württemberg (Konsortialführung)

(2020): Schlussbericht: Evaluation des Vertrages zur Versorgung im Fachgebiet der Kardiologie in Baden-Württemberg gemäß § 73c SGB V (Kardiologie-Vertrag). Förderkennzeichen 01VSF16003. Gefördert durch den Innovationsausschuss beim Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA). Stand: 17.01.2020. Stuttgart: AOK Baden-Württemberg. Verfügbar unter: https://neueversorgung.de/images/PDF/20200117_01VSF16003_Schlussbericht_finale_Fassung.pdf (Zugriff: 16.05.2026).

AOK Baden-Württemberg (Konsortialführung)

(2021): Schlussbericht: Evaluation des Vertrages zur Versorgung im Fachgebiet der Orthopädie in Baden-Württemberg gemäß § 73c SGB V. Förderkennzeichen 01VSF17002. Gefördert durch den Innovationsausschuss beim Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA). Stand: 25.06.2021. Stuttgart: AOK Baden-Württemberg. Verfügbar unter: https://www.neueversorgung.de/images/PDF/Evaluation_2016/2021-06-25_01VSF17002_Schlussbericht.pdf (Zugriff: 16.05.2026).

AOK-Bundesverband (2025): Neuer Public Health Index: Deutschland auf vorletztem Platz bei wissenschaftlich empfohlenen Präventionsmaßnahmen. Pressemitteilung vom 04.12.2025. Berlin: AOK-Bundesverband. Verfügbar unter: <https://www.aok.de/pp/bv/pm/neuer-phi/> (Zugriff: 16.05.2026).

Arnegger, Silke (2017): *Selektivverträge in der medizinischen Versorgung.*

Inauguraldissertation zur Erlangung des akademischen Grades Dr. oec. Stuttgart: Universität Hohenheim, Fakultät Wirtschafts- und Sozialwissenschaften, Institut für Health Care and Public Management. Verfügbar unter: <https://hohpublica.uni-hohenheim.de/bitstreams/2187055a-5f8f-4250-9098-95dd71cf39d2/download> (Zugriff: 16.05.2026).

Bandorski, Thomas/Vollmar, Horst Christian (2026): Herausfordernde Schnittstellen in der hausärztlichen Versorgung. In: Nordmann, Kim/Sauter, Stefanie/Fischer, Florian (Hrsg.): *Digitales Nahtstellenmanagement in der Gesundheitsversorgung: Interprofessionelle Lösungsvorschläge für herausfordernde Schnittstellen*. Berlin/Heidelberg: Springer, S. 15–26. DOI: https://doi.org/10.1007/978-3-662-72579-5_2.

Becker, Ulrich/Kingreen, Thorsten (Hrsg.) (2024): *SGB V. Gesetzliche Krankenversicherung. Kommentar*. 9., neu bearbeitete Auflage. München: Beck.

Beerheide, Rebecca (2026): Primärversorgung. Ministerium startet Gesetzgebungsprozess. In: *Deutsches Ärzteblatt*, Jg. 123, H. 3, S. A 134–A 137.

BKK Dachverband (2026): *Smart koordiniert, zügig vermittelt: Digitale Ersteinschätzung neu gedacht*. Positionspapier. Berlin: BKK Dachverband, S. 1–9.

Bosch, Ralph/Smetak, Norbert (2018): Facharztvertrag Kardiologie in Baden-Württemberg: 8 Jahre, die sich gelohnt haben. In: *Aktuelle Kardiologie*, Jg. 7, H. 5, S. 369–372. DOI: <https://doi.org/10.1055/a-0627-8331>.

Bundesärztekammer (BÄK) (2025): *Koordination und Orientierung in der Versorgung*. Konzeptpapier. Stand: 30.04.2025. Berlin: Bundesärztekammer, S. 1–12. Verfügbar unter: https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/BAEK/Politik/Programme-Positionen/BAEK-Konzeptpapier_Koordination_und_Orientierung_in_der_Versorgung_04.2025.pdf (Zugriff: 16.05.2026).

Bundesministerium für Gesundheit (BMG) (2026a): *Gemeinsam Digital 2026: Weiterentwicklung der Digitalisierungsstrategie für das Gesundheitswesen und die Pflege*. Berlin: BMG. Verfügbar unter: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/D/Digitalisierungsstrategie/Weiterentwicklung_Digitalisierungsstrategie.pdf (Zugriff: 16.05.2026).

Bundesministerium für Gesundheit (BMG) (2026b): Start des Dialogprozesses zur Erarbeitung eines Primärversorgungssystems. Pressemitteilung Nr. 4 vom 27.01.2026. Berlin: BMG.

Cassel, Dieter/Jacobs, Klaus (2023): Gestaltungsbedarf eines funktionsfähigen Wettbewerbs in der sozialen Krankenversicherung. Vereinbarkeit

von Solidarität mit Wettbewerb als gesundheitspolitische Herausforderung. In: *Gesundheitsökonomie & Qualitätsmanagement*, Jg. 28, H. 4, S. 185–192. DOI: <https://doi.org/10.1055/a-2117-0222>.

CDU/CSU/SPD (2025): *Verantwortung für Deutschland. Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und SPD. 21. Legislaturperiode*. Unterzeichnet am 05.05.2025. Berlin: CDU/CSU/SPD. Verfügbar unter: <https://www.bundesregierung.de/breg-de/aktuelles/koalitionsvertrag-2025> (Zugriff: 16.05.2026).

GKV-Spitzenverband (o. J.): Übersicht über das ePA-Angebot der gesetzlichen Krankenkassen (ePA-Liste). Berlin: GKV-Spitzenverband. Verfügbar unter: https://www.gkv-spitzenverband.de/krankenversicherung/digitalisierung/epa/epa_liste/epa_liste.jsp (Zugriff: 16.05.2026).

GKV-Spitzenverband (2025): *Primärversorgung: Patientensorientierte Koordination in der ambulanten Versorgung*. Positionspapier. Berlin: GKV-Spitzenverband, S. 1–13.

Hennig, Katharina/Wöllner, Willi (2025): *Transfer innovativer Versorgungskonzepte: Wie kann eine Verstetigung erfolgreich erprobter Versorgungskonzepte gelingen?* Denkpapier des DGIV Arbeitskreis Digitalisierung. Berlin: Deutsche Gesellschaft für Integrierte Versorgung im Gesundheitswesen (DGIV). Verfügbar unter: https://dgiv.org/wp-content/uploads/2025/06/2025_04_24_Denkpapier_Ueberfuehrung.pdf (Zugriff: 16.05.2026).

Hermann, Christopher (2010): Hausarztverträge, Krankenkassen und die Zukunft der gesundheitlichen Versorgung in Deutschland. In: *Forum für Gesundheitspolitik*, H. 3–4, S. 20–27.

Hermann, Christopher (2017): Perspektiven des Risikostrukturausgleichs für eine bessere Versorgung der Versicherten. In: *Gesundheits- und Sozialpolitik*, Jg. 71, H. 3–4, S. 9–15. DOI: <https://doi.org/10.5771/1611-5821-2017-3-4-9>.

Heyer, Cornelius (2026): Marken macht Dampf: Primärarztssystem nimmt Form an. In: *MMW – Fortschritte der Medizin*, Jg. 168, S. 32–33. DOI: <https://doi.org/10.1007/s15006-026-5753-x>.

Jacobs, Klaus (2017): Risikostrukturausgleich: Konzentration auf die Kernfunktion im Wettbewerb der Krankenkassen. In: *Recht und Politik im Gesundheitswesen (RPG)*, Jg. 23, H. 2, S. 43–51.

Jacobs, Klaus (2024): Versorgungsorientierter Kassenwettbewerb. Ein Muss auf der gesundheitspolitischen Reformagenda. In: *Gesundheits- und Sozialpolitik*, Jg. 78, H. 1+2, S. 5–11. DOI: <https://doi.org/10.5771/1611-5821-2024-1+2-5>.

Jacobs, Klaus/Vauth, Christoph (2024): Krankenkassen als aktive Mitgestalter

der Gesundheitsversorgung. In: *Gesundheitsökonomie & Qualitätsmanagement*, Jg. 29, S. 94–99. DOI: <https://doi.org/10.1055/a-2270-6327>.

Karimova, Kateryna/Lemke, Dorteia/Friedmacher, Catriona/Glushan, Anastasiya/Klaaßen-Mielke, Renate/Trampisch, Hans J./Timmesfeld, Nina/Witte, Claudia/Gerlach, Ferdinand M. (2025a): *Ergebnisbericht zur Evaluation der HZV Baden-Württemberg: Teil 2A. Studienphase 2023 bis 2024*. Frankfurt am Main: Institut für Allgemeinmedizin, Goethe-Universität Frankfurt. Verfügbar unter: https://neueversorgung.de/images/PDF/HZV-Bericht_UniFAM_Teil_2A.pdf (Zugriff: 16.05.2026).

Karimova, Kateryna/Lemke, Dorteia/Friedmacher, Catriona/Glushan, Anastasiya/Klaaßen-Mielke, Renate/Trampisch, Hans J./Timmesfeld, Nina/Witte, Claudia/Gerlach, Ferdinand M. (2025b): *Ergebnisbericht zur Evaluation der HZV Baden-Württemberg: Teil 2B. Versorgung von Patientinnen und Patienten mit chronischen Erkrankungen während der COVID-19-Pandemie. Studienphase 2023 bis 2024*. Frankfurt am Main: Institut für Allgemeinmedizin, Goethe-Universität Frankfurt. Verfügbar unter: https://neueversorgung.de/images/PDF/HZV-Bericht_UniFAM_Teil_2B.pdf (Zugriff: 16.05.2026).

Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) (2025): *Ambulant passgenau versorgt. Positionen und Vorschläge zur Patientensteuerung in der Notfall-, Akut- und Regelversorgung*. Berlin: KBV, S. 1–7.

Köhler, Andreas (2007): *Bericht an die Vertreterversammlung. Sitzung der Vertreterversammlung der KBV am 7. Dezember 2007 in Berlin*. Berlin: Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), S. 1–15.

Korzilius, Heike (2007): KBV-Vertreterversammlung: Ein unmoralisches Angebot. In: *Deutsches Ärzteblatt*, Jg. 104, H. 50, S. A 3445–A 3447.

Laux, Gunter/Witte, Claudia/Kaufmann-Kolle, Petra/Wensing, Michel/Szecsényi, Joachim (2021): *Ergebnisbericht zur Evaluation der HZV Baden-Württemberg: Teil 1. Evaluation der Hausarztzentrierten Versorgung (HZV) nach § 73b SGB V in Baden-Württemberg (2011 bis 2018). Studienphase 2019 bis 2020*. Heidelberg: Abteilung Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung, Universitätsklinikum Heidelberg. Stand: 05.02.2021. Verfügbar unter: https://neueversorgung.de/images/PDF/Evaluation_2016/2021-04-13_HZV-Abschlussbericht.pdf (Zugriff: 16.05.2026).

Laux, Gunter/Witte, Claudia/Wensing, Michel/Szecsényi, Joachim/Altiner, Attila (2025): *Ergebnisbericht zur Evaluation der*

HZV Baden-Württemberg: Teil 1. Evaluation der Hausarztzentrierten Versorgung (HZV) nach § 73b SGB V in Baden-Württemberg (2011 bis 2022). Studienphase 2023 bis 2024. Heidelberg: Abteilung Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung, Universitätsklinikum Heidelberg. Verfügbar unter: <https://neueversorgung.de/images/PDF/HZV-Abschlussbericht-AllgmedVF-HD.pdf> (Zugriff: 16.05.2026).

Monopolkommission (2017): *Stand und Perspektiven des Wettbewerbs im deutschen Krankenversicherungssystem*. Sondergutachten 75. Bonn: Monopolkommission. Verfügbar unter: https://www.monopolkommission.de/images/PDF/SG/s75_volltext.pdf (Zugriff: 16.05.2026).

Monopolkommission (2019): Faire-Kassenwettbewerb-Gesetz: Gut, aber unvollständig. Policy Brief Nr. 3, November 2019. Bonn: Monopolkommission. Verfügbar unter: https://www.monopolkommission.de/images/Policy_Brief/MK_Policy_Brief_3.pdf (Zugriff: 16.05.2026).

Nordmann, Kim/Sauter, Stefanie/Fischer, Florian (Hrsg.) (2026): *Digitales Nahtstellenmanagement in der Gesundheitsversorgung: Interprofessionelle Lösungsvorschläge für herausfordernde Schnittstellen*. Berlin/Heidelberg: Springer. DOI: <https://doi.org/10.1007/978-3-662-72579-5>.

OECD (2020): *Waiting Times for Health Services: Next in Line*. OECD Health Policy Studies. Paris: OECD Publishing. DOI: <https://doi.org/10.1787/242e3c8c-en>.

OECD (2025): *Health at a Glance 2025: OECD Indicators*. Paris: OECD Publishing. DOI: <https://doi.org/10.1787/8f9e3f98-en>.

OECD/European Observatory on Health Systems and Policies (2025): *Synthesis Report 2025: Health Policy Reform Trends in the EU*. Paris/Brüssel: OECD Publishing/European Observatory on Health Systems and Policies. DOI: <https://doi.org/10.1787/1f6a8e9a-en>.

Pohl, Andreas (2024): § 266. Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds (Risikostrukturausgleich), Verordnungsermächtigung. In: Becker, Ulrich/Kingreen, Thorsten (Hrsg.): *SGB V. Gesetzliche Krankenversicherung. Kommentar*. 9., neu bearbeitete Auflage. München: Beck, S. 2450–2466.

Reimann, Carola (2026): Ein verbindlicher Aufbau der Primärversorgung kann nur in der Regelversorgung gelingen. Pressestatement vom 03.03.2026. Berlin: AOK-Bundesverband, S. 1 f. Verfügbar unter: <https://www.aok.de/pp/bv/statement/2-fachgesprach-primaerversorgung/> (Zugriff: 16.05.2026).

Rocks, Stephen/Berntson, Daniela/Gil-Salmerón, Alejandro/Kadu, Mudathira/Ehrenberg, Nieves/Stein, Viktoria/Tsiachristas, Apostolos (2020): Cost and effects of integrated care: a systematic literature review and meta-analysis. In: *The European Journal of Health Economics*, Jg. 21, H. 8, S. 1211–1221. DOI: <https://doi.org/10.1007/s10198-020-01217-5>.

Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR Gesundheit) (2009): *Koordination und Integration – Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens. Sondergutachten 2009*. Berlin: SVR Gesundheit. Verfügbar unter: <https://www.svr-gesundheit.de/publikationen/> (Zugriff: 16.05.2026).

Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR Gesundheit) (2018): *Bedarfsgerechte Steuerung der Gesundheitsversorgung. Gutachten 2018*. Berlin: SVR Gesundheit. Verfügbar unter: <https://www.svr-gesundheit.de/publikationen/> (Zugriff: 16.05.2026).

Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen und in der Pflege (SVR Gesundheit & Pflege) (2023): *Resilienz im Gesundheitswesen. Wege zur Bewältigung künftiger Krisen. Gutachten 2023*. Berlin: SVR Gesundheit & Pflege. Verfügbar unter: <https://www.svr-gesundheit.de/publikationen/gutachten-2023/> (Zugriff: 16.05.2026).

Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen und in der Pflege (SVR Gesundheit & Pflege) (2024): *Fachkräfte im Gesundheitswesen. Nachhaltiger Einsatz einer knappen Ressource. Gutachten 2024*. Berlin: SVR Gesundheit & Pflege. Verfügbar unter: <https://www.svr-gesundheit.de/publikationen/> (Zugriff: 16.05.2026).

Schwill, Simon/Meißner, Anke/Mink, Judith et al. (2024): HÄPPI – Konzeption eines Modells für die ambulante Versorgung in Deutschland. In: *Zeitschrift für Allgemeinmedizin*, Jg. 100, H. 3, S. 142–149. DOI: <https://doi.org/10.1007/s44266-023-00161-w>.

Simmons, Cassandra/Pot, Mirjam/Lorenz-Dant, Klara/Leichsenring, Kai (2024): Disentangling the impact of alternative payment models and associated service delivery models on quality of chronic care: A scoping review. In: *Health Policy*, Jg. 143, Art. 105034. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2024.105034>.

Bevölkerung Deutschlands nach relevanten Altersgruppen im Jahr 2024. Veröffentlicht am 19.11.2025. Hamburg: Statista. Verfügbar unter: <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/1365/umfrage/bevoelkerung-deutschlands-nach-altersgruppen/> (Zugriff: 16.05.2026). Originalquelle: Statistisches Bundesamt, Erhebungszeitraum 31.12.2024.

Techniker Krankenkasse (TK) (2026): *Digital vor ambulant vor stationär: Faire und transparente Regeln bei Ersteinschätzung und Terminvergabe*. Hamburg: TK, S. 1–3. Verfügbar unter: <https://www.tk.de/resource/blob/2212880/4a0e37f004190fd4e782ff034f4542fb/tk-position-faire-regeln-bei-ersteinschaetzung-und-terminvergabe-data.pdf> (Zugriff: 16.05.2026).

Wangler, Julian/Rusert, Rick/Jansky, Michael (2025): Leitlinienorientierung in der hausärztlichen Versorgung – Befunde einer quantitativen und qualitativen Studienreihe zur Leitliniennutzung von niedergelassenen Allgemeinmediziner*innen. In: *Prävention und Gesundheitsförderung*, Jg. 20, H. 2, S. 194–201. DOI: <https://doi.org/10.1007/s11553-023-01097-6>.

Warken, Nina (2026): „So wie bisher kann es doch nicht weitergehen.“ Interview mit der *Ärzte Zeitung*, 08.05.2026. Verfügbar unter: <https://www.aerztezeitung.de/Politik/Nina-Warken-ueber-Reformdruck-So-wie-bisher-kann-es-doch-nicht-weitergehen-462934.html> (Zugriff: 16.05.2026).

Wise, Sarah/Hall, Jane/Haywood, Philip/Khana, Nikita/Hossain, Lutfun/van Gool, Kees (2022): Paying for value: options for value-based payment reform in Australia. In: *Australian Health Review*, Jg. 46, H. 2, S. 129–133. DOI: <https://doi.org/10.1071/AH21115>.

Yordanov, Dimitar/Oxholm, Anne Sophie/Prætorius, Thim/Kristensen, Søren Rud (2024): Financial incentives for integrated care: A scoping review and lessons for evidence-based design. In: *Health Policy*, Jg. 141, Art. 104995. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2024.104995>.