Pressesprecherin
Iris Kampf
Tel.: +49 30 202491-32
Fax: +49 30 202491-50
E-Mail: iris.kampf@ikkev.de

Berlin, 6. November 2026

Primärversorgung: Mehr Koordination und Kooperation für schnellere Termine und bessere Versorgung

34. Plattform Gesundheit des IKK e.V. / Wie gelingt schnellerer Zugang zur richtigen Versorgungsebene bei sinnvoller Kapazitätsnutzung und gesicherter Qualität / Verbindliche Koordination, digitale Ersteinschätzung und multiprofessionelle Teams als Schlüssel

Primärversorgung muss Menschen schneller zur richtigen Versorgung führen, vorhandene Kapazitäten sinnvoller nutzen und die Qualität der Behandlung sichern – ohne dabei zu einer zusätzlichen Zugangshürde zu werden. Darin waren sich die Teilnehmenden der gestrigen 34. Plattform Gesundheit des IKK e.V. unter dem Titel „Besser koordiniert, besser versorgt – Zukunft Primärversorgung“ einig. Vertreterinnen und Vertreter aus Gesundheitspolitik, Ärzteschaft und Selbstverwaltung sowie rund 100 Gäste diskutierten digital und vor Ort, wie Primärversorgung Patientinnen und Patienten künftig besser durch das Gesundheitssystem navigieren kann. Zugleich betonten die Teilnehmenden die Komplexität des Vorhabens. Primärversorgung hat viele Aspekte, die über den ersten Zugang hinausgehen, wie Fragen der Verbindlichkeit, Vergütung und Bedarfsplanung. Nicht alles könne gleichzeitig angegangen und umgesetzt werden. Als Konsens zeichnete sich ab, dass die Reform schrittweise, qualitätsorientiert und ohne disruptive Brüche erfolgen müsse: Qualität vor Schnelligkeit.

„Bessere Steuerung ist weder Selbstzweck noch Sparprogramm. Sie muss den Menschen konkret helfen und die knappen Ressourcen dort einsetzen, wo sie medizinisch gebraucht werden“, betonte Hans-Jürgen Müller, Vorstandsvorsitzender des IKK e.V., in seinem Eingangsstatement. Ein Primärversorgungssystem dürfe keine Hürde zur notwendigen Behandlung sein, sondern müsse diesen Weg beschleunigen und Orientierung geben. „Es geht um Orientierung und Steuerung, nicht um Zugangshürden und Rationierung.“ Müller forderte ein schlüssiges Gesamtkonzept aus einheitlicher, niedrigschwelliger und digitaler Ersteinschätzung, elektronischer Überweisung und bedarfsgerechter Terminvermittlung. Zudem müsse Primärversorgung multiprofessionell gedacht werden: Qualifizierte Gesundheitsberufe könnten Routineaufgaben wie Folgerezepte oder Verlaufskontrollen übernehmen, wenn Kompetenzen, Delegation, Substitution und Vergütung klar geregelt seien. „Übernehmen qualifizierte Teammitglieder solche Routineaufgaben und wird nur bei Auffälligkeiten zum Arzt weitergeleitet, steht mehr ärztliche Zeit für die Patientinnen und Patienten zur Verfügung, die sie wirklich brauchen“, erklärte Müller.

Johanna Nüsken, Geschäftsführerin des Bundesverbandes Managed Care e.V., machte deutlich, dass Primärversorgung mehr sei als eine koordinierende Hausarztpraxis. „Primärversorgung ist kein Ping-Pong zwischen Haus- und Facharzt“, sagte Nüsken. Sie umfasse eine niedrigschwellige erste Anlaufstelle, umfassende Betreuung, Koordination und Kontinuität. Dafür brauche es ein digitales Koordinierungsinstrument in Form eines personenbezogenen Care Plans sowie multiprofessionelle Teams. Ohne Koordination bleibe das Gesundheitssystem für viele Patientinnen und Patienten ein Irrgarten. Auch die Aufgabenverteilung müsse sich verändern: Qualifizierte Gesundheitsberufe könnten und sollten Aufgaben übernehmen. „Kooperation und Zusammenarbeit müssen attraktiver werden als Abschottung“, so Nüsken. Sie warnte vor drei Fehlern, die man bei der Reform nicht machen dürfe: Sich nur auf den Zugang und die Steuerung zu beschränken, das System arztzentriert auszugestalten und die Vergütungssystematik auszusparen. Man müsse weg davon, Menge und Krankheit allein als Maßstab für die Vergütung zu sehen.

Für Prof. Dr. Armin Grau, MdB, Sprecher für Arbeit und Soziales der Bundestagsfraktion Bündnis 90/Die Grünen, zeichnet sich ein gutes Primärversorgungssystems durch Koordination für Patientinnen und Patienten im bisherigen „Irrgarten“ Gesundheitswesen, durch seinen multiprofessionellen Aufbau und die Qualitätssicherung der Versorgung aus und bietet Ärztinnen und Ärzten dabei ein besseres Vergütungssystem als bisher. Kritisch sieht Grau den bisherigen Fokus der Versorgung: Deutschland habe zu viele Aufgaben in die fachärztliche Schiene verlagert; die Generalisten hätten eine zu geringe, die Fachärzte eine zu große Rolle. Bei der Einführung eines Primärversorgungssystems hat Grau auch die ländlichen Räume im Blick: „Wir müssen über ländliche Räume sprechen. Wir haben drohende und faktische Unterversorgung.“ Versorgungslücken müssten geschlossen und Übergangslösungen geschaffen werden, damit Primärversorgung auch dort funktioniert, wo die hausärztliche Basis fehlt.

Für Ates Gürpinar, MdB, stellvertretender Parteivorsitzender von Die Linke, steht bei der Primärversorgung der Patient mit seiner Gesundheits-, nicht Krankheitsversorgung im Mittelpunkt. Hierzu verwies Gürpinar auch auf die Verbindung von Bedarfsplanung und Versorgungsaufträgen. Die Bedarfsplanung allein reiche nicht aus; auch Versorgungsaufträge müssten klar gezogen, erfüllt und kontrolliert werden. Dazu brauche es Gesundheitszentren in kommunaler Hand. „Wir dürfen nicht nur an die Bedarfsplanung gehen, wir müssen auch an die Versorgungsaufträge ran.“ Gürpinar warnte davor, die Reform unter Sparbedingungen zu gestalten: „Wenn es unter Sparbedingungen zustande kommt, ist es ein schlechtes Gesetz.“

In der Debatte wurde deutlich, dass Verbindlichkeit im Primärversorgungssystem nur funktioniert, wenn sie mit einem niedrigschwelligen und verlässlichen Zugang zur Versorgung verbunden wird. „Dr. Markus Blumenthal-Beier, Bundesvorsitzender des Hausärztinnen- und Hausärzteverbandes e.V., erklärte: „Der Termin ist die Währung für Verbindlichkeit im System.“ Kritisch steht Blumenthal-Beier der digitalen Ersteinschätzung gegenüber: Für die Notfall- und Akutversorgung gebe es bereits verlässliche Tools, für die Regelversorgung jedoch noch nicht. Ohne abgestimmte Strukturen könne eine flächendeckende digitale Ersteinschätzung die Inanspruchnahme zusätzlich erhöhen, weil Patientinnen und Patienten im Schnitt mehrere Anliegen hätten. Als Grundlage des Primärversorgungssystems könne das Versorgungskonzept des Hausärztinnen- und Hausärzteverbandes HäPPI („Hausärztliches Primärversorgungszentrum – Patientenversorgung Interprofessionell“) weiterentwickelt werden; in Baden-Württemberg gebe es bereits mehr als 70 entsprechende Praxen. Entscheidend seien abgestimmte Behandlungspfade, die Auflösung der Quartalszentrierung in der Vergütung und die Verbindlichkeit des Systems für die Patienten und Patientinnen. Das Primärversorgungssystem solle sich aber generell an die Regel in der Versorgung, nicht den Ausnahmefällen orientieren: „Der Wunsch, Ausnahmen zu regeln, ist die Hauptursache für zu viel Bürokratie“, so Blumenthal-Beier.

Dr. Lina Seitzl, MdB, stellvertretende Sprecherin der Arbeitsgruppe Gesundheit der SPD-Bundestagsfraktion, betonte, dass die Diskussion um ein Primärversorgungssystems nicht unter dem Spartitel geführt werde; eine solche Umstellung könne am Anfang auch erstmal Geld für Investitionen und Zeit für die Umsetzung kosten. Zur Frage der Verbindlichkeit verweist Seitzl auf den Mehrwert eines Primärversorgungssystems: „Attraktivität kauft Verbindlichkeit.“ Entscheidend sei, dass Menschen einen Termin erhalten, wenn sie ihn aus medizinischen Gründen brauchen – unabhängig von ihrem Versicherungsstatus oder Wohnort. Für chronisch Kranke müsse der direkte Facharztzugang erhalten bleiben, warnte aber zugleich: „Wenn wir nur über Ausnahmen sprechen, zerfleddert das die Konzentration auf die Umsetzung des Primärversorgungssystems.“

Nüsken forderte in ihrem Impuls hinsichtlich der Vergütungsstruktur eine Abkehr von der reinen Einzelleistungsvergütung und der Quartalszentrierung. Stattdessen brauche es einen Vergütungsmix: populationsbezogene Grundpauschalen als Vorhaltefinanzierung, Vergütung entlang von Versorgungspfaden über Organisationsgrenzen hinweg sowie Anreize für Qualität und Versorgungsergebnisse. „Verantwortung für Versorgungsergebnisse muss sich lohnen.“ Seitzl ergänzte, Vergütungsstrukturen müssten im Zuge der Reform verändert werden; die Quartalslogik sei kein tragfähiger Maßstab mehr.

Grau betonte, ein besseres Vergütungssystem und Qualitätssicherung gehörten zu den Voraussetzungen dafür, dass Primärversorgung mehr Nutzen für Patientinnen und Patienten erzeuge. Gürpinar verwies darauf, dass ein Care Plan unter reiner Einzelvergütung nicht funktionieren könne, weshalb eine Veränderung des Finanzierungssystems richtig sei.

Auch die freie Arztwahl wurde kontrovers, aber konstruktiv diskutiert. Seitzl stellte die praktische Umsetzung der freien Arztwahl generell in Frage, wenn Termine oder Ärztinnen und Ärzte vor Ort fehlten: Eine Verbindlichkeit des Systems könne nur gelingen, wenn die Versorgung tatsächlich verfügbar sei. Gerd Benzmüller, Verwaltungsratsvorsitzender der IKK Südwest, hielt an der freien Arztwahl fest: „Eine freie Arztwahl ist wichtig." Patientinnen und Patienten müssten aber dorthin geleitet werden, wo sie medizinisch hingehören – verbindlich, aber ohne bürokratische Zusatzhürden. Danach müsse ein geordneter Weg folgen, etwa durch automatische Terminvermittlung; das System müsse auch frei von Länder- bzw. den Grenzen der Kassenärztlichen Vereinigungen funktionieren. „Mehrwert für Bürger und Ärzte bedeutet: bessere Wege und weniger unnötige Arztkontakte." Blumenthal-Beier ergänzte, Verbindlichkeit bedeute nicht, dass Patientinnen und Patienten immer zuerst beim Hausarzt vorstellig werden müssten; der Weg müsse jedoch geordnet sein.

„Wir sprechen über Teams, nicht nur über Ärzte", resümierte Jürgen Hohnl, Geschäftsführer des IKK e.V. Die Paradigmenwechsel hin zu einer teambasierten Versorgung und einer stärkeren Rolle qualifizierter Gesundheitsberufe sowie zur Stärkung einer hausärztlichen statt Konzentration auf eine fachärztliche Versorgung seien im Gange. Das Primärversorgungssystem sei kein Spargesetz und dürfe nicht von der Spardiskussion bestimmt werden. Als Ergebnisse müssten Terminverfügbarkeit, Versorgung und Verlässlichkeit für die Beiträge von Versicherten und Arbeitgebern sichtbar werden. „Primärversorgung ist ein Gemeinschaftsprojekt, mit guten Voraussetzungen, die Gesundheit der Versicherten nachhaltig zu verbessern", so Hohnl. Er verwies abschließend darauf, dass ein verbessertes Gesundheitssystem zugleich auch demokratiebewahrend sei.

Über den IKK e.V.:

Der IKK e.V. ist die Gemeinsame Vertretung der Innungskrankenkassen auf Bundesebene. Der Verein wurde 2008 gegründet mit dem Ziel, die Interessen seiner Mitglieder und deren Versicherten gegenüber allen wesentlichen Beteiligten des Gesundheitswesens zu vertreten. Die Innungskrankenkassen stehen für 5 Millionen Versicherte.