Deutschland streitet über die Primärversorgung – eine Reform, die alle wollen und über die sich niemand einig ist

Der verpflichtete Patient

Im Spätsommer soll ein Referentenentwurf für ein verbindliches Primärversorgungssystem vorliegen. Im Ziel sind sich Koalition, Krankenkassen und Ärzteschaft einig, doch wer steuern soll und wie verbindlich das geschieht, ist heftig umstritten. Zudem hat eine neue Evaluation der Hausarztzentrierten Versorgung (HzV) den Streit zusätzlich angefacht. Der Versuch einer umfassenden Bestandsaufnahme zwischen Reformversprechen, Ärztemangel, Kassenfinanzen und europäischen Vorbildern.

>> Im Koalitionsvertrag der Bundesregierung steht ein Vorhaben, das die ambulante Versorgung in Deutschland grundlegend verändern soll. Es geht um die Einführung eines verbindlichen Primärversorgungssystems. Während sich Politik, Krankenkassen und Ärzteschaft in der Zielsetzung einer besseren Patientensteuerung weitgehend einig sind, entzündet sich der Konflikt am Begriff der Verbindlichkeit. Ohne Verbindlichkeit verpufft jede Steuerungsarchitektur, wie internationale Vergleiche und aktuelle Evaluationen zeigen. Mit Verbindlichkeit drohen harte politische Auseinandersetzungen um freie Arztwahl und Honorarverteilung.

Verbindlich ist bisher nur der politische Wille. Die Details fehlen, und der Zeitplan ist gedehnt: Die gesetzgeberische Umsetzung steht auf der Agenda des Bundesgesundheitsministeriums. Bundesgesundheitsministerin Nina Warken (CDU) hat dazu bereits Ende Januar einen Fachdialog für den Aufbau einer Primärversorgung begonnen und für den Sommer einen Referentenentwurf angekündigt. Ihre Begründung für die Eile formulierte sie knapp: „Wir müssen das Gesundheitssystem sehr schnell effizienter machen." Zwischen dieser Ankündigung und einem funktionierenden System aber liegt ein Geflecht aus Interessen, Definitionsfragen und Zahlen, das in den vergangenen Monaten eine bemerkenswert dichte Debatte von den Krankenkassen über die Ärzteverbände bis zu Stiftungen und wissenschaftlichen Beiräten ausgelöst hat.

Was alle eint und was sie trennt

Die Diagnose teilen fast alle Beteiligten. Der Weg durch die kleinteilige Versorgungslandschaft hänge heute zu oft von historisch gewachsenen Strukturen oder gar Zufällen ab; Patient:innen klagten über Schwierigkeiten, zeitnahe ambulante Termine zu bekommen. So beschreibt es die Techniker Krankenkasse (TK) in ihrem Positionspapier vom September 2025, und kaum jemand widerspricht dieser Lagebeschreibung. Auch der Präsident der Bundesärztekammer, Klaus Reinhardt, hat sie auf eine einfache Formel gebracht: Deutschland sei das einzige Land, in dem die Patient:innen selbst entschieden, wo sie Leistungen in Anspruch nehmen. Angesichts immer komplexerer Versorgungsstrukturen seien die Menschen damit zunehmend überfordert. „Wir brauchen eine stärkere Steuerung", forderte Reinhardt und fügte hinzu, dass dies sorgfältig gegen das hohe Gut der freien Arztwahl und der Patientenautonomie abzuwägen sei.

In dieser Abwägung lassen sich drei Grundpositionen unterscheiden, die sich an einer Frage scheiden: ob ein fester Arzt jeden Behandlungsschritt koordiniert oder ob die Steuerung direkt am Anlass ansetzt. Das erste Lager beharrt auf der hausärztlichen Praxis als verbindlichem Einstieg. Das zweite Lager hält eine reine Hausarztzentrierung für zu eng und fordert fachärztliche Direktwege für definierte Patientengruppen. Das dritte verlagert den Schwerpunkt von der Praxis auf eine standardisierte Ersteinschätzung und rückt damit die Krankenkassen in den Mittelpunkt.

Eine genaue Bestandsaufname der Argumente offenbart auch die Fragen, die bislang unbeantwortet bleiben:

Am weitesten ausgearbeitet ist das Konzept dort, wo man am längsten daran arbeitet. Der Hausärztinnen- und Hausärzteverband verweist auf die Hausarztzentrierte Versorgung (HzV) als bereits etabliertes Primärarztsystem mit über zehn Millionen teilnehmenden Versicherten. „Mit der Hausarztzentrierten Versorgung (HzV) verfügen wir bereits über 17 Jahre praktische Erfahrung", sagt Nicola Buhlinger-Göpfarth, Bundesvorsitzende des Hausärztinnen- und Hausärzteverbands. In der HzV ist die Hausarztpraxis der zentrale Zugang, koordiniert die Behandlungsschritte und führt die Befunde zusammen. Gemessen an der Gesamtzahl der gesetzlich Versicherten bleibt die Teilnahme allerdings überschaubar: Rund zwölf Prozent der Patient:innen sind eingeschrieben. Das Rad, so die Botschaft des Verbandes, müsse nicht neu erfunden, sondern nur skaliert werden durch Anreize für Kassen und Versicherte, eine hausärztliche Nachwuchsinitiative, praxistaugliche Digitalisierung und eine stärkere Übertragung von Aufgaben an die Praxisteams.

Letzteres ist im Konzept HÄPPI ausgearbeitet, dem „Hausärztlichen Primärversorgungszentrum – Patientenversorgung Interprofessionell", das der Verband gemeinsam mit der Abteilung Allgemeinmedizin des Universitätsklinikums Heidelberg entwickelt hat. Eine multiprofessionelle Arbeitsgruppe im Hausärzteverband Baden-Württemberg erarbeitete es in rund eineinhalb Jahren. Eine sechsmonatige Machbarkeitsstudie ergab, dass es sich zur breiten Umsetzung eignet. Im Zentrum steht ein interprofessionelles Team aus Ärzt:innen, medizinischen Fachangestellten, Physician Assistants und weiteren Gesundheitsberufen, das – unterstützt von digitalen Lösungen und einem klaren Delegationsrahmen – die anfallenden Aufgaben gesetzeskonform so verteilt, dass die Hausarztpraxis ihre Rolle als steuernder Primärversorger auch bei steigendem Bedarf und knapper werdender Arztzeit erfüllen kann.

An dieser ordnungspolitischen Schnittstelle formiert sich jedoch fundamentaler Widerstand. Pflegeverbände warnen vehement davor, die Primärversorgung vor allem arztzentriert zu denken und Aufgaben lediglich im Direktionsrecht zu delegieren. Flankiert von der aktuellen Debatte um das Pflegeneuordnungsgesetz (PNOG) drängen sie auf eine echte Übertragung heilkundlicher Tätigkeiten auf akademisierte Pflegefachkräfte, wie etwa Community Health Nurses, die eigenverant-

wortlich steuern sollen.

Wer allerdings im Primärarztsystem künftig welche heilkundlichen Leistungen erbringen darf und wie die vom Gesetzgeber grob skizzierten Ausnahmen vom Überweisungsvorbehalt in der Praxis ablaufen, wird am Ende an anderer Stelle entschieden. Dem Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) obliegt es, diese ordnungspolitischen Abgrenzungen in rechtsverbindliche Richtlinien für den Versorgungsalltag zu gießen.

Wahrheit zwischen Politik und Evidenz

Ob die Hausarztzentrierung tatsächlich hält, was sie verspricht, ist seit Anfang Juni 2026 Gegenstand eines erbitterten Deutungskampfs. Ausgelöst hat ihn eine Evaluation der Hausarztzentrierten Versorgung, die die Techniker Krankenkasse (TK) für ihre in 13 Bundesländern abgeschlossenen TK-HzV-Bundverträge in Auftrag gegeben hatte. Verantwortet hat die Untersuchung Prof. Dr. Jonas Schreyögg, Gesundheitsökonom an der Universität Hamburg, wissenschaftlicher Direktor des Hamburg Center for Health Economics und stellvertretender Vorsitzender des Sachverständigenrates Gesundheit.

Die Datenbasis ist beträchtlich. Die TK ist mit über zwölf Millionen Versicherten die größte deutsche Krankenkasse, über eine Million davon sind in die HzV-Bundverträge eingeschrieben, an denen 10.000 Ärzt:innen und Ärzte beteiligt sind. Das Team zog mehr als eine halbe Million Neueinschreibungen aus den Jahren 2015 bis 2022 heran in der Kontrollgruppe standen je nach Jahr mindestens acht Millionen Beobachtungen aus der Regelversorgung zur Verfügung.

Die Kasse selbst liest das Ergebnis als Abrechnung mit den Hausarztprogrammen. Teilnehmende würden, so die TK, „nicht besser durch Versorgung gelotst", hätten nicht weniger Facharztkontakte und Klinikaufenthalte und verursachten keine geringeren Ausgaben. Tatsächlich zeichnet die Auswertung auf die Gesamtpopulation bezogen ein ernüchterndes Bild: Die HzV senkt die Hausarztkontakte nur leicht, während die spezialfachärztlichen Kontakte zunehmen. Im stationären Bereich findet sich keine signifikante Steuerungswirkung, und unter dem Strich führt die Teilnahme in sämtlichen Leistungsbereichen sogar zu gesteigerten Ausgaben. Der erwartete Mechanismus von weniger Klinikaufenthalten und weniger ungesteuerten Spezialistenbesuchen greift in dieser Form nicht.

Die politische Lesart liefert der stellvertretender Vorsitzender des Vorstands der TK, Thomas Ballast. Er stellt ihr ganz bewusst eine Würdigung der Hausärzteschaft voran: Deutschlands rund 66.000 Hausärzt:innen seien eine zentrale Säule der Versorgung, deren Nachwuchs die TK seit Jahren fördere. Immerhin ist die TK mit rund 1,3 Millionen Versicherten und etwa 14.000 teilnehmenden Ärzt:innen, das sind gut 20 Prozent aller Hausärzt:innen, Anbieter des größten HzV-Programms bundesweit, was ihr eine „Vogelperspektive" erlaube.

Gerade deshalb wiegt der Befund schwer. „Hausärzte versorgen ihre Patientinnen und Patienten unabhängig davon gut, egal ob diese in einem Programm eingeschrieben sind oder nicht", formuliert Ballast die Kehrseite des Ergebnisses. Dass die HzV bei der Steuerung keinen Zusatznutzen erbringe, überrasche nicht, da die Grundsätze hausärztlicher Tätigkeit längst für die Regelversorgung festgeschrieben seien, womit sie seiner Ansicht mach als Blaupause für ein Primärversorgungsmodell deshalb nicht tauge.

Daraus zieht die Kasse weitreichende Konsequenzen. Mit dem Status quo, argumentiert Ballast, leiste man sich „teure hausärztliche Doppelstrukturen", ein für alle Kassen verpflichtendes Vertragsmodell ohne echten Mehrwert neben der ohnehin verpflichtenden Regelversorgung. Ein flächendeckendes Primärversorgungssystem mit durchdachter Steuerungslogik mache ein verpflichtendes HzV-Programm überflüssig, folglich müsse der Kontrahierungszwang abgeschafft werden. Die HzV könne dann freiwillig und zielgerichtet auf jene zugeschnitten werden, die wirklich von ihr profitierten, wie etwa ältere, multimorbide Patient:innen. Zugleich kritisiert Ballast die Honorarverteilung, von der bislang nur wenige Praxen über zusätzliche HzV-Honorare profitierten, während das Geld der Versorgungsarbeit aller Hausärzt:innen zugutekommen sollte. Als Verlierer einer solchen Reform sieht er die Hausärzteschaft ausdrücklich nicht: „Ich bin davon überzeugt, dass in einem zeitgemäßen Primärversorgungssystem regelhaft die meisten Versorgungspfade über die Hausärztinnen und Hausärzte führen werden." Nur eben nicht für jede Patientengruppe und jedes Behandlungsproblem gleichermaßen.

Der Hebel heißt Verbindlichkeit

Schreyögg, der die von der TK beauftragte Studie verantwortet, widerspricht der politischen Verkürzung entschieden. Die HzV steuere nicht etwa gar nicht, sondern „nur bedingt". Der Grund dafür liege mit hoher Wahrscheinlichkeit nicht bei der Hausärzteschaft, sondern in der Anlage des Modells. „Die eigentliche Krux ist die Konstruktion der HzV, so wie sie angelegt ist", sagt der Ökonom (s, MVF-Interview auf den Seiten 12–17). Der entscheidende Hebel, die verbindliche Steuerung, liege gar nicht in der Hand der Praxen, weil die Versicherten nicht verpflichtet seien, sich an den vorgesehenen Weg zu halten. Die Hausärzt:innen könnten nicht steuern, wenn die Patient:innen direkt zum Spezialisten gehen dürften. Anders als in Frankreich, wo ein Facharztbesuch ohne Überweisung mit einem deutlich höheren Eigenanteil verbunden ist, oder in den Niederlanden, wo eine fachärztliche Konsultation ohne hausärztliche Überweisung praktisch nicht erstattungsfähig ist, fehle der deutschen HzV jegliche finanzielle Lenkung. Sein struktureller, nach eigenem Bekunden verallgemeinerbarer Befund lautet daher, dass ohne Verbindlichkeit die Steuerung schwach bleibe.

Das Bild der TK-HzV Studie differenziert sich, sobald man Subpopulationen anaylisert. In einzelnen Teilgruppen zeigt sich durchaus ein Steuerungseffekt, vor allem bei jenen, die sich an den Überweisungsweg halten, zudem stärker bei Älteren als bei Jüngeren. Auch kein Wunder: Das Durchschnittsalter der Teilnehmenden liegt bei knapp 50 Jahren. „Eine Verbesserung der Versorgung bei zugleich geringeren Ausgaben zeigt sich übrigens klar erst bei den über 80-Jährigen", sagt Schreyögg im MVF-Interview.

Die heftigste Gegenreaktion kam vom Virchowbund. Dessen Bundesvorsitzender, Dirk Heinrich, nannte die Untersuchung einen „missglückten Beitrag in der aktuellen Diskussion um ein Primärversorgungsmodell". Er bemängelt konkret, dass die TK-Studie leider nur die halbe Wahrheit abbilde, weil sie durch das „bewusste Ausblenden der Versorgungsrealität in Baden-Württemberg die Gesamtaussage verfälscht". Dort sei die hausärztliche Versorgung zwingend an die fachärztliche gekoppelt. Erst die zusätzlichen Facharztverträge würden das Modell sinnvoll machen, denn ambulante Versorgung sei „eine Gemeinschaftsaufgabe von Haus- und Fachärzten

gleichermaßen“. Der Verband hat daraus ein eigenes Konzept abgeleitet, das Modell der Koordinationsärzt:in, in dem jede Patient:in eine koordinierende Ärzt:in hat, die bei Bedarf weiterüberweist. Dabei kommen auch Fachärzt:innen als Primärärzt:innen infrage, etwa Gynäkolog:innen bei grundsätzlich gesunden jungen Frauen oder Augenärzt:innen bei einer isolierten Erkrankung.

Schreyögg weist im MVF-Interview den Vorwurf zurück. Dies allerdings mit einer Begründung, die den Streit auf eine weit sachlichere Ebene hebt. Baden-Württemberg sei nicht aus wissenschaftlichen oder politischen Gründen ausgeklammert worden, sondern weil der dortige Vertrag anders aufgebaut sei als die bundesweit einheitlichen TK-Bundverträge und damit eine andere Intervention darstelle. Wer beide Systeme in einen Pool gebe, vergleiche Unvergleichbares. „Damit werden schlichtweg Äpfel mit Birnen verglichen“, sagt er. Der wesentliche Unterschied liege aber nicht nicht im Hausarztvertrag selbst, sondern im Facharztprogramm und der dadurch engeren Verzahnung von haus- und fachärztlicher Ebene. Seiner Ansicht könne es ganau daran liegen, dass die baden-württembergische HzV-Auswertung eine Reduktion der Polymedikation finde und seine eigene nicht. In dieselbe Richtung deutet ein Editorial von Dr. Albrecht Kloepfer von iX-Media, das die Debatte umdeutet: Die eigentliche Frage laute nicht „HzV ja oder nein“, sondern „unter welchen Vertragsbedingungen entfaltet ein 73b-Modell Steuerungswirkung?“.

Für Schreyögg ist die Konsequenz eindeutig und trifft den Kern der politischen Reform. Die wichtigste Erkenntnis sei die schon im Koalitionsvertrag erwähnte Verbindlichkeit, durch sie steige die Wahrscheinlichkeit eines Steuerungseffekts bei Versorgungsqualität wie Wirtschaftlichkeit deutlich. „Man kann Verbindlichkeit auch als den wirklichen Game-Changer bezeichnen“, sagt er. International sei der Befund eindeutig. Er kenne kein System der Welt, in dem Patientensteuerung betrieben werde, sie für die Versicherten aber freiwillig bleibe.

Daraus folge eine Registrierungspflicht, die im Sozialgesetzbuch ohnehin angelegt, aber nicht praktiziert sei, sowie flankiert von der Möglichkeit, bestimmte Fachgruppen wie Gynäkologie, Pädiatrie oder Augenheilkunde vom Überweisungsgebot auszunehmen. Die heutige HzV hält er ausdrücklich nicht für überflüssig, sondern für „ein Übergangsphänomen hin zu einem umfassenden Primärversorgungssystem“. Sein Vorschlag ist ein verbindliches Basis-Primärversorgungsmodell für alle Kassen, Versicherten und Hausärzt:innen, auf das wettbewerbliche und selektivvertragliche Elemente – wie die HzV – aufgesetzt werden könnten, ohne die etablierten Strukturen einzureißen. Auf einen Begriff zugespitzt sei das Wort „verpflichtend“ ausschlaggebend.

Schreyögg, dessen Studie die TK als Argument gegen die Hausarztzentrierung benutzt, begegnet zudem dem digitalen Ersteinschätzungsansatz der Kasse mit ausdrücklicher Skepsis. Eine solche Triage sei sinnvoll, dürfe aber nicht zu losgelöst von den Primärversorgern gedacht werden, warnt Schreyögg mit Blick auf die Gerechtigkeitsfrage: Rund 90 Prozent der Menschen in Deutschland nutzten mindestens eine haus- oder kinderärztliche Praxis, zähle man die Gynäkolog:innen in Hausarztfunktion hinzu, seien es etwa 95 Prozent. Ein anonymes System berge dagegen die Gefahr zusätzlicher Inanspruchnahme und lasse gerade vulnerable Gruppen außen vor.

Den Kern des Streits bringt Schreyögg selbst auf den Punkt. Seine Studie sei kein Verdikt über die Idee der hausärztlichen Koordination, sondern ein Befund über eine Vertragsimplementierung ohne Verbindlichkeit. Das ist keine Beschwichtigung. Es ist die wohl präziseste Aussage der gesamten Debatte. Sie trennt, was die politische Diskussion hartnäckig vermischt: die Frage, ob hausärztliche Steuerung funktionieren kann. Doch ebenso die Frage, ob sie überhaupt funktionieren kann, wenn die Patient:innen sich nicht daran halten müssen.

Der Engpass hat einen Namen: die Hausärzteschaft

Genau an dieser Stelle setzt die schärfste Kritik an. Denn ein Primärarztsystem, das stark auf die haus- und kinderärztliche Praxis zugeschnitten ist, setzt belastbare Strukturen dort voraus, wo sie ohnehin schon ausgedünnt sind. Der Anteil der an der hausärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzt:innen liegt in Deutschland bei rund 16 Prozent und ist damit im europäischen Vergleich eher gering, wie der Verband der Ersatzkassen unter Verweis auf Daten der OECD festhält. Andreas Beivers, Professor für Gesundheitsökonomie an der Hochschule Fresenius und Leiter von Studienprojekten bei der Rhön Stiftung, bringt das Dilemma auf den Punkt: Eines der größten Nadelöhre der Versorgungslandschaft sei die hausärztliche Versorgung, gerade Hausärzt:innen fänden oft keinen Nachfolger, strukturschwache ländliche Gebiete seien besonders betroffen, und auch in den Städten klagten viele über Überlastung. Sich daher allein auf die Hausärzteschaft im Status quo zu fokussieren, reiche nicht aus.

Die Rechnung, die der Berufsverband der Hals-Nasen-Ohrenärzte (BVHNO) in seinem Positionspapier aufmacht, illustriert die Größenordnung. In einem hausarztzentrierten Primärarztsystem kämen auf die Hausarztpraxen bis zu 102 Millionen Behandlungsfälle pro Jahr hinzu, die eine Überweisung zur Fachärzt:in benötigen. Das sind eben genau die Patient:innen, die sich bisher direkt bei der Fachärzt:in vorstellten. Umgerechnet auf rund 52.000 Hausärzt:innen wären das bis zu etwa 2.000 zusätzliche Kontakte. Schon heute versorgt eine Hausärzt:in im Durchschnitt etwa 3.600 Fälle im Jahr, ungefähr 900 pro Quartal. Zum Vergleich kamen auf eine HNO-Ärzt:in rund 5.000 Behandlungsfälle.

Die Errichtung von Zugangshürden für die fachärztliche Versorgung bei gleichzeitiger Konzentration der Ressourcen auf den haus- und kinderärztlichen Bereich, warnt der Verband, stelle „einen beispiellosen Paradigmenwechsel in der Versorgungslandschaft“ dar. Der Verband sieht die Gefahr, dass die Hausarztpraxen auch noch beim Lotsen zum Flaschenhals würden.

Die derzeitigen Pläne werden maßgeblich durch die Debatte über Wartezeiten und die sogenannte Zweiklassenmedizin befeuert, dabei seien die Wartezeiten auf einen Facharzttermin im internationalen Vergleich kurz. Nach einer Befragung der OECD aus dem Jahr 2020 erhielten in Deutschland 75 Prozent der Patient:innen innerhalb eines Monats einen Facharzttermin. Terminprobleme einzelner Fachdisziplinen sind daher im Wesentlichen durch einen Ärztemangel in den betroffenen Fachgruppen erklärbar, valide Daten zur konkreten Wartezeit fehlen ohnehin.

Erhebungen der Kassen zeichnen ein detaillierteres Bild. So ergab eine repräsentative Forsa-Umfrage im Auftrag der TK, für die zwischen dem 25. September und dem 21. Oktober 2025 bundesweit 1.410 Personen befragt wurden, dass 31 Prozent der Befragten Schwierigkeiten haben, bei neuen ge-

sundheitlichen Beschwerden eine geeignete Arztpraxis zu finden. Nur acht Prozent der gesetzlich Versicherten erhielten binnen weniger Tage einen Facharzttermin, 13 Prozent innerhalb von zwei Wochen, 20 Prozent in bis zu vier Wochen. Einen Hausarzttermin bekamen 74 Prozent innerhalb weniger Tage.

Diese Gegenüberstellung der Erhebungen verdeckt allerdings einen wichtigen methodischen Unterschied der beiden Datensätze. Die OECD-Befragung bezieht sich auf den Zugang zu einem bereits bekannten Facharzt, die Forsa-Daten die Suche nach einer neuen Praxis bei unklaren Beschwerden. Dass ein Fachärzteverband, dessen Mitglieder direkt von Überweisungspflichten betroffen wären, ausgerechnet die erste Kategorie hervorhebt, ist nachvollziehbar, aber kein neutraler Befund.

Eine weitere, meist vergessene Perspektive bringt die erst im Juli 2026 erschienene Bertelsmann-Studie „Medizinische Fachangestellte in der ambulanten Versorgung" ins Spiel. Sie knüpft direkt an das Ressourcenproblem der Ärzteschaft an, stellt aber rund 475.000 in Deutschland tätige MFA, die das ärztliche Personal „um ein Mehrfaches" übersteigen, als zahlenmäßig größte und bereits vorhandene Ressource in den Fokus. Ein Primärversorgungssystem lasse sich, so die Studien-Autorinnen, nur tragen, wenn Aufgaben, die keine ärztliche Expertise erfordern, systematisch auf das Praxisteam verteilt würden.

Im Kern der Argumentation steht darum ein Paradigmenwechsel „von der Assistenz zur aktiven Mitgestaltung". Die Studie belegt über den darin zitierten Forschungsstand, dass Hausärzt:innen heute „deutlich häufiger als noch vor 15 Jahren" delegieren, und zwar zunehmend nicht nur technisch-diagnostische Routine (Blutdruck, EKG, Wundmanagement), sondern gerade die Funktionen, die ein Primärversorgungssystem ausmachen: strukturierte Ersteinschätzung und Telefontriage, Erstanamnese, Fallmanagement, geriatrische Assessments, DMP-Kontrollen, Versorgungskoordination und die Anbindung an soziale Dienste. Damit besetzten MFA genau jene Schnittstellen- und Lotsenfunktionen, um die im Primärarztsystemstreit gerungen wird.

Auch der GKV-Spitzenverband sieht in seinem im Juni 2025 beschlossenen Postionspapier „Primärversorgung: Patientenorientierte Koordination in der ambulanten Versorgung" die primärversorgende Praxis als zentrale Anlaufstelle und Koordinatorin der ambulanten Versorgung. Sie soll Behandlungen im Regelfall fallabschließend erbringen und Patient:innen nur bei Bedarf gezielt durch die Versorgungsstufen leiten. Durch gezielte Überweisung und digitale Steuerung sollen Facharztressourcen effizienter genutzt, unnötige Kontakte reduziert und eine bedarfsgerechte, kosteneffiziente Versorgung erreicht werden. Konkret sieht das Papier explizit vor, dass bestimmte Facharztgruppen „nicht mehr ohne Überweisung durch primärversorgende Praxen in Anspruch genommen werden können." Ohne diese Überweisung wäre dann auch keine Abdeckung der fachärztlichen Leistung mehr möglich, da die Behandlung nicht mehr über die Krankenkasse abrechenbar ist. Das Papier verweist allerdings darauf, dass dieses Prinzip schon heute gilt, etwa bei radiologischen Leistungen, die man ebenfalls nicht ohne Überweisung erstattet bekommt.

Nach diesem Papier soll die ärztliche Steuerung im Kern erhalten bleiben, doch wie auch bei der Bertelsmann-Studie in ein multiprofessionelles Team eingebettet werden. Der Text spricht durchgängig von der „primärversorgenden Praxis" als koordinierender Einheit und von einer „primärärztlichen Rolle" bzw. „primärärztlichen Koordinierung". Damit soll nach Ansicht des Spitzenverband Bund die Letztverantwortung für Steuerung, Diagnostik und Therapie bei der Ärzteschaft verbleiben. Gleichzeitig soll dieses Aufgabenspektrum ausdrücklich nicht allein von der Ärzt:in getragen werden. Das Papier fordert, „vermehrt qualifiziertes Personal weiterer Gesundheitsberufe in die Versorgung zu integrieren" und Aufgaben durch Delegation und teils sogar Substitution zu verlagern. Der Versorgungsauftrag soll zudem „interprofessionell ausgerichtet" sein, auch sollen im Rahmen einer „gestuften Patientensteuerung" Fachkräfte gezielter eingesetzt werden, um Ärzt:innen zu entlasten.

Der demografische Schatten

Über die Tagespolitik liegt schon längst der tiefschwarze Schatten der Demografie. In den kommenden Jahren werden Anteil und Zahl alter, kranker und multimorbider Menschen in der Bevölkerung erheblich ansteigen. Eine Entwicklung, die in nahezu allen Konzeptpapieren als eigentlicher Treiber genannt wird. Der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen und in der Pflege hat 2024 in seinem Gutachten „Fachkräfte im Gesundheitswesen. Nachhaltiger Einsatz einer knappen Ressource" festgehalten, dass ein Mehr an Fachkräften angesichts des demografischen Wandels nicht zu erwarten sei. Die Arbeit müsse deshalb effizienter und intelligenter organisiert werden. Der damalige Bundesgesundheitsminister Prof. Dr. Karl Lauterbach (SPD) nannte das Gutachten denn auch ein sehr wichtiges und gab ein politisches Ziel vor: „Gute Reformen oder keine Reformen".

Die Robert Bosch Stiftung verfolgt seit 2016 mit dem Programm „Patientenorientierte Zentren zur Primär- und Langzeitversorgung" (PORT) einen Ansatz, der über die reine Arztpraxis hinausweist: multiprofessionelle lokale Gesundheitszentren, die hausärztliche Versorgung, Pflege, Prävention und soziale Unterstützung zusammenführen und Versorgung für alle Lebensalter anbieten. Vorbilder fand die Stiftung in Ländern wie Kanada, Schweden, Spanien und Slowenien. Bundesweit werden elf Initiativen gefördert, darunter das Gesundheitskollektiv Berlin in Neukölln, ein Stadtteilgesundheitszentrum, das 2023 mit dem Berliner Gesundheitspreis ausgezeichnet wurde. Auf einer von der Rhön Stiftung veranstalteten Diskussionsrunde fiel der ernüchternde Befund, die Idee der Primärversorgung reiche in die 1970er-Jahre zurück, sei in Deutschland aber nie wirklich angekommen. Die nun favorisierte Fokussierung auf die niedergelassenen Ärzt:innen als Gatekeeper sei eher eine Systemkorrektur als ein echter Bruch mit der Arztzentrierung.

Die deutlichsten Warnungen kommen von der finanziellen Seite. Wenige Tage nach Beginn der Koalitionsverhandlungen legte ein Autorentrio im März 2025 in Buchform Vorschläge zu Strukturreformen vor. Das zentrale Argument des Buchs „Die Gesundheit der Zukunft", verfasst von Prof. Dr. Christian Karagiannidis, Prof. Dr. Boris Augurzky und Prof. Dr. Mark Dominik Alscher vom Bosch Health Campus, lautet, dass nicht die Preise, sondern die hohen Behandlungsmengen über Digitalisierung, künstliche Intelligenz, Patientensteuerung, Ambulantisierung und eine stärkere Rolle der Pflegefachkräfte gesenkt werden müssen. So warnte der Intensivmediziner und Co-Autor Karagiannidis: „Es bleiben jetzt gerade mal vier Jahre Zeit, um einen Turnaround zu schaffen". 2030 sei es wahrscheinlich zu spät, denn mit Geld allein seien die Probleme nicht mehr lösbar, auch nicht mit einem Sondervermögen.

Drei Modelle, eine Frage

Während die Problembeschreibung unstrittig ist, gehen die Lösungsansätze weit auseinander. Die Unterschiede treten besonders deutlich zutage, wenn man den Blick auf die konkreten Systemfehler richtet, die sie beheben wollen. Das erste Lager sieht den Fehler in der fehlenden hausärztlichen Koordination. Das zweite in der zu engen Fokussierung auf einen Berufsstand. Das dritte in der Abwesenheit einer standardisierten Ersteinschätzung, bevor eine Arztpraxis involviert ist. Die Therapievorschläge folgen jeweils dieser Diagnose und zeigen die Grenzen der Konzepte.

Das erste Lager, getragen vom Hausärzteverband, von der Bundesärztekammer und vom AOK-Bundesverband, setzt auf die hausärztliche Praxis als verbindlichen ersten Anlaufpunkt. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung, als Vertragspartner der Kassen unmittelbar betroffen, hat bislang keine eigenständige konzeptionelle Position veröffentlicht. Ihre öffentlichen Reaktionen auf die Koalitionspläne waren erkennbar abwartend.

Die Bundesärztekammer hat jedoch unter dem Titel „Koordination und Orientierung in der Versorgung" ein Konzeptpapier vorgelegt, demzufolge die primärärztliche Versorgung zum Normalfall werden soll. Um Verbindlichkeit zu erreichen, sollen sich Patient:innen für mindestens zwölf Monate bei einer Primärarztpraxis einschreiben. D

er AOK-Bundesverband formuliert es in seinem Eckpunktepapier „Von Anfang an gut versorgt" ähnlich. „Kernelement unseres Konzepts sind Primärversorgungspraxen als ein gut erreichbarer und verlässlicher Anlaufpunkt", sagt die Vorstandsvorsitzende des AOK-Bundesverbandes, Carola Reimann. Ausnahmen vom Überweisungsvorbehalt sollen für Kinder- und Jugendarztpraxen, die Frauenheilkunde, chronisch Kranke und Früherkennungsuntersuchungen gelten. Dass die Bevölkerung diesem Modell mehrheitlich zugeneigt ist, belegt eine Forsa-Umfrage im Auftrag der AOK: 55 Prozent stimmen dem Vorschlag zu, dass Facharzttermine nur nach Überweisung vergeben werden, Zahn-, Frauen- und Kinderärzt:innen sind übrigens ausgenommen. Für 79 Prozent der Befragten ist zudem ein fester Ansprechpartner wichtig, der sie durch das System lotst, bei Menschen ab 60 Jahren sind es sogar 84 Prozent.

Die wissenschaftliche Rückendeckung für dieses Lager ist erheblich. Schon der Sachverständigenrat hatte in seinem Gutachten „Bedarfsgerechte Steuerung der Gesundheitsversorgung" unter dem Vorsitz von Ferdinand Gerlach die hausarztkoordinierte Versorgung zur Regelversorgung machen wollen. „Wir sind davon überzeugt, dass der Patient einen Lotsen braucht", erläuterte Gerlach – einen Lotsen, der ihn durch das komplexe System steuere, ihn vor zu viel und falscher Medizin schütze und alle Informationen an einer Stelle bündele. Patient:innen sollten durch Anreize wie vergünstigte Wahltarife zur Teilnahme bewegt werden.

Das zweite Lager um die Facharztverbände lehnt den reinen Hausarztfokus ab und fordert direkte Zugangswege für definierte Patientengruppen. Der Berufsverband Deutscher Internistinnen und Internisten formuliert es unmissverständlich: „Eine pauschale Hausarztzentrierung greift dabei zu kurz." Für definierte Patientengruppen, etwa Dialysepflichtige, Menschen mit Typ-1-Diabetes oder schwerer Herzinsuffizienz, solle die behandelnde Fachärzt:in die Versorgung direkt koordinieren, jedoch abgestimmt mit der Hausärzt:in. Das sei keine Schwächung der hausärztlichen Primärversorgung, sondern entlaste die Praxen und entspreche der tatsächlichen Versorgungspraxis.

In dieselbe Richtung argumentiert der Spitzenverband Fachärzte Deutschlands, der einen fachärztlichen Direktzugang in definierten Fällen fordert und verlangt, dass auf Überweisung erbrachte fachärztliche Leistungen vollständig entbudgetiert werden, weil ihr Bedarf bereits nachgewiesen sei.

Auch der Berufsverband der Deutschen Urologie pocht auf einen garantierten Direktzugang für Notfälle, Tumorpatient:innen und Früherkennung – und lässt zugleich keinen Zweifel an seiner Skepsis gegenüber der politischen Ernsthaftigkeit: „In der Vorhabenplanung des Ministeriums steht das Primärarztsystem auf dem letzten Platz."

Das dritte Lager um die TK verfolgt einen grundlegend anderen Ansatz. Der Einstieg wird von der Arztpraxis in eine standardisierte Ersteinschätzung verlagert. Damit rücken die Krankenkassen und die Digitalisierung nach dem Prinzip „digital vor ambulant vor stationär" in den Mittelpunkt. An den Anfang jeder neuen Behandlung soll eine verbindliche, standardisierte Ersteinschätzung treten, ob online, telefonisch über die Rufnummer 116 117, am Praxistresen oder in einem neu zu schaffenden Integrierten Versorgungszentrum. Eine zentrale digitale Terminplattform, angebunden an die Telematikinfrastruktur und die Praxisverwaltungssysteme, soll Termine nach medizinischer Dringlichkeit vergeben. Vor allem aber lehnt die TK genau das ab, was die Ärzteverbände ins Zentrum stellen: Feste Steuerungsmodelle bei einer spezifischen Ärzt:in, die indikationsübergreifend jeden Behandlungsschritt koordiniert, seien „nicht zielführend", zumal die Auslastung der Hausärzt:innen bereits hoch sei. Die TK setzt stattdessen auf eine indikationsspezifische Steuerung: Primärärzt:in solle zunächst die von der Ersteinschätzung vorgeschlagene Fachrichtung sein.

TK-Vorstandsvorsitzender Jens Baas zieht daraus die direkteste Konsequenz: „Die Primärversorgung sollte nicht ausschließlich bei

Die Positionen der einzelnen Akteure im Überblick

Institution	Träger des Systems	Verbindlichkeitsmodell	vorw. abgelehntes Element
Hausärzteverband, BÄK, SpiBu, AOK	Hausarztpraxis als Pflicht-Erstanlaufstelle	Einschreibepflicht für 12 Monate	Direktzugang zur Mehrzahl der Fachärzte
Techniker Krankenkasse	standardisierte Ersteinschätzung, digital oder telefonisch	indikationsspezifische Steuerung	fester Primärarzt als allgemeiner Gatekeeper
Virchowbund	Koordinationsarzt, auch als Facharzt möglich	Facharztvertrag als Voraussetzung	reine Hausarztzentrierung
KBV	abwartend	keine Festlegung	Eingriff in den Kollektivvertrag ohne Vergütungsregelung
DEGAM	systemische Primärversorgung über Gatekeeping hinaus	Vergütungsreform als Voraussetzung	isolierte Steuerungsarchitektur ohne EBM-Reform
Patientenbeauftragter, VdK und BAG-Selbsthilfe	koordinierende Erstanlaufstelle	freie Facharztauswahl erhalten	finanzielle Strafmaßnahmen für Nicht-Eingeschriebene
vdek und BKK-Dachverband	skeptisch gegenüber allen Modellen	keine Festlegung	isoliertes Hausarzt- oder App-Modell

Tab. 1: Die Positionen der einzelnen Akteure im Überblick. Die BMC-Position ist hier nicht verortbar. Eigene Darstellung.

der Hausarztpraxis liegen.“ Folgerichtig fordert die TK, dass es mit einem Primärversorgungsansatz in der Regelversorgung kein paralleles Steuerungssystem in Form der HzV mehr brauche – der Kontrahierungszwang müsse wegfallen. Es ist die denkbare schärfste Absage an das hausärztliche Modell. Der Hausärzteverband reagierte prompt: Den TK-Vorschlag nannte er „abstrus und versorgungsfremd“.

Es gibt aber noch mehr skeptische Stimmen. So zeigt sich der Verband der Ersatzkassen grundsätzlich skeptisch gegenüber Hausarzt- und Primärarztmodellen. „Die häufig in der Öffentlichkeit diskutierten Hausarztmodelle bieten dafür keine überzeugende Lösung“, heißt es mit Verweis auf eigene Auswertungen, denen zufolge bei teilnehmenden Versicherten weder die Zahl der Facharztbesuche noch die der stationären Aufenthalte zurückgehe.

DEGAM-Vizepräsident Prof. Marco Roos warnt wiederum vor der Gegenrichtung: Patientensteuerung allein durch eine Ersteinschätzungs-App sei ein Holzweg. Nötig sei ein Gesamtkonzept, das digitale Ersteinschätzung mit Versorgungspfaden und einer Vergütungsreform verknüpfe. Die DEGAM vertritt als wissenschaftliche Fachgesellschaft der Allgemeinmedizin ebenso die Position, dass Primärversorgung strukturell mehr umfasst als reines Gatekeeping. Ohne eine grundlegende Neugestaltung der Vergütung, die kontinuierliche Arzt-Patienten-Beziehungen honoriert statt Einzelleistungen, bleibe jede Steuerungsarchitektur auf halbem Weg stehen.

Der BKK Dachverband hält hingegen fest, dass weder die Festlegung von Primärärzt:innen als Gatekeeper bei einer Hausarzt-Facharzt-Relation von 30:70 noch das Durchlaufen einer kurzen Befragung allein zu einer spürbaren Entspannung führen werde.

Eine zentrale Rolle in der Akzeptanzfrage spielen die institutionalisierten Patientenvertretungen, die in der Debatte zwischen Kassen und Ärzteschaft oft nur als Adressaten der Reform auftauchen. Der Patientenbeauftragte der Bundesregierung sowie Sozialverbände wie VdK und BAG-Selbsthilfe befürworten grundsätzlich eine koordinierende Erstanlaufstelle, um Orientierung im immer komplexeren System zu bieten. Eine strenge Gatekeeper-Lösung lehnen sie jedoch ab. Die freie Facharztauswahl müsse erhalten bleiben. Vor allem ziehen diese Akteure aber eine rote Linie bei möglichen Sanktionen. Finanzielle Strafmaßnahmen für Versicherte, die sich nicht in ein Primärarztsystem einschreiben oder den direkten Weg zum Spezialisten suchen, werden kategorisch abgelehnt. Diese Haltung markiert das politische Dilemma der Reform. Wirksame Steuerung erfordert Verbindlichkeit, doch spürbare Sanktionen sind kaum durchsetzbar.

Einen Kompromiss, der die unterschiedlichen Ansätze verbinden soll, hat der Bundesverband Managed Care (BMC) im Oktober 2025 unter dem Titel „Fünf Bausteine für die Primärversorgungsreform“ (MVF 05/25) vorgelegt. Er verschiebt die Begrifflichkeit: Mit Primärversorgung sei „nicht allein ein Primärarztsystem gemeint“, sondern eine interprofessionell organisierte, wohnortnahe Versorgung, in der die Menschen anhand ihrer Bedarfe an die richtige Stelle – hausärztlich, fachärztlich oder nicht-ärztlich – gelotst werden. Damit übernimmt der Verband die Triage-Logik des dritten Lagers, macht aber nicht die Ersteinschätzung selbst, sondern die wohnortnahe „primärversorgende Praxis“ im interprofessionellen Team zum Anker. An der Schlüsselfrage der Verbindlichkeit bleibt der BMC bewusst weich: Die Bindung an die Primärpraxis soll „immer freiwillig“ und über Anreize statt über Sanktionen erfolgen.

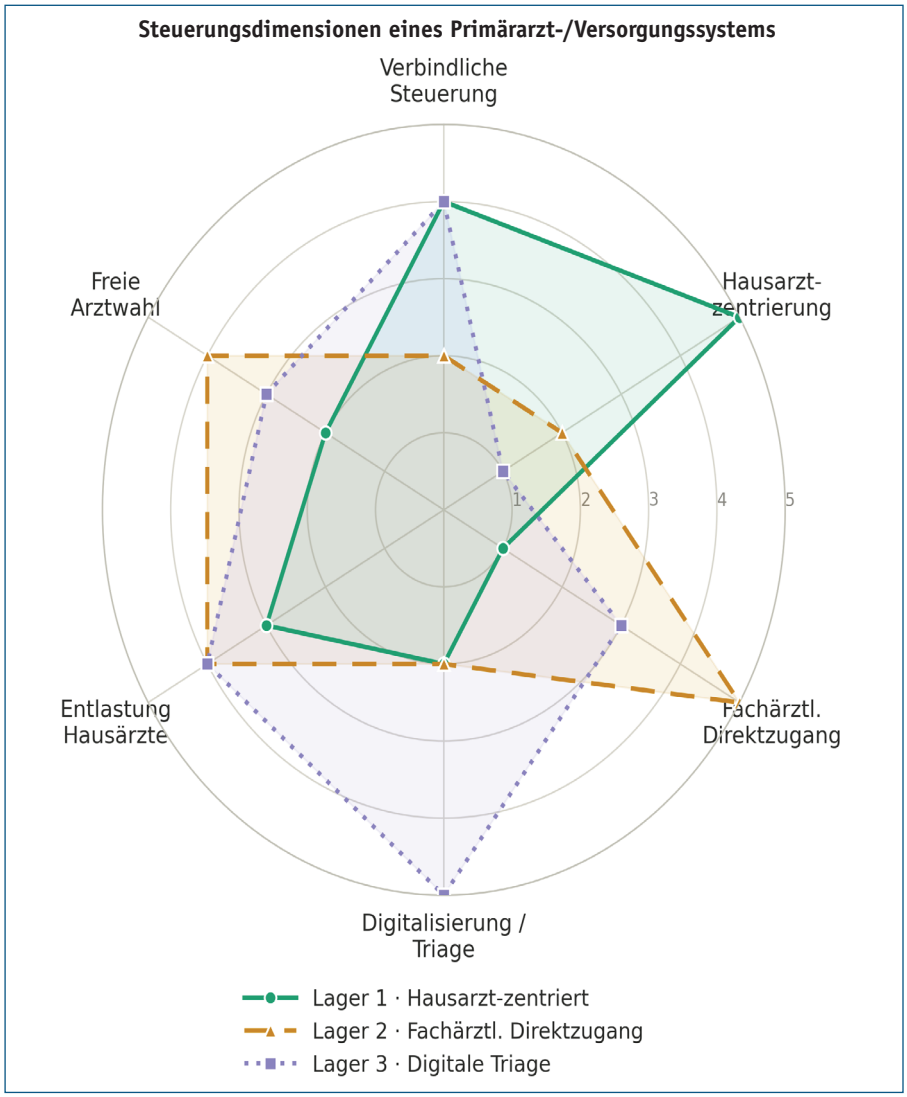


Abb. 1: Steuerungsdimensionen eines Primärarzt-/Versorgungssystems. Ausprägungskala 0–5 (Interpretation durch Stegmaier/Roski). Die BMC-Position ist hier nicht verortbar. Eigene Darstellung.

Lücken in der Datenlage

Die Vorgaben des Koalitionsvertrages sind empirisch nicht unterlegt. Die Lücken lassen sich klar eingrenzen. Zunächst fehlen Daten zu Steuerungseffekten bei unterschiedlichen Verbindlichkeitsstufen. Bislang ist unbekannt, welche Einschreibquote welchen

Lenkungseffekt produziert. Hinzu kommen fehlende Verlaufsanalysen – aufgeschlüsselt nach Einkommensgruppe und Versorgungsregion – für die Jahre nach Einführung des Gatekeepings, wie es sie in Frankreich und den Niederlanden gibt. Schließlich fehlen belastbare deutsche Zahlen zu unangemessenen Direktzugängen: Wie viele der rund 102 Millionen potenziell umgeleiteten Behandlungsfälle sind tatsächlich fehlgesteuerte Kontakte, wie viele sind sinnvolle Direktwege?

Besonders brisant ist der Umstand, dass diese Daten teilweise existieren, in der politischen Diskussion aber kaum herangezogen werden. Ohne sie bleibt jeder Vorschlag für eine Steuerungsarchitektur eine begründete Hypothese, aber beileibe keine evidenzbasierte. Die deutsche Debatte um Patientensteuerung bewegt sich demnach nach wie vor im eher empiriefreien Raum. Da drängt dich die Frage auf: Sind die Autor:innen des Koalitionsvertrages nicht vielleicht einem Schlagwort aufgesessen?

Hinter der Vermutung verbirgt sich ein ernstes Problem. Den Begriff „Primärarztsystem“ gibt es im deutschen Gesundheitssystem bislang nicht als definierte Größe. Ebenso fehlt eine klare Abgrenzung zwischen der Hausärzte- und Primärärzteschaft. Seit Bekanntwerden der Koalitionspläne arbeiteten jedoch Bundesärztekammer, Kassenärztliche Bundesvereinigung und die Berufsverbände getrennt voneinander daran, je eine Definition in ihrem Sinne zu erarbeiten. Prof. Dr. Andreas Beivers, Professor für Volkswirtschaftslehre und Gesundheitsökonomie an der HS Freseinus, fasst die Stimmung in eine Formel, die Zustimmung und Vorbehalt zugleich enthält: „Gute Idee, nun aber bitte an die Arbeit für gelingende Konzepte!“

Steuerungsmodelle im EU-Vergleich

Dass Primärarztsysteme funktionieren, ist international gut belegt. Genau dieser Befund wird von allen Lagern für sich reklamiert. Im internationalen Vergleich sind sie sogar eher Regel als Ausnahme, wie etwa in Italien, Spanien, England, den Niederlanden und Frankreich sowie in den skandinavischen Ländern Dänemark, Finnland und Norwegen (s. MVF-Beitrag auf S. 54 ff).

Nach einer Auswertung der „Zeitschrift für Allgemeinmedizin” ist ein gegliedertes Primärversorgungssystem in 15 von 28 europäischen Ländern etabliert, wie etwa Bulgarien, Kroatien, Estland, Finnland, Ungarn, Irland, Italien, Litauen, die Niederlande, Polen, Portugal, Slowenien, Spanien, Schweden und Großbritannien. In sieben weiteren Ländern wird die hausärztliche Überweisung über die Vermeidung von Zuzahlungen befördert. Ein Vergleich von 18 Industrieländern zeigte, dass die Sterblichkeit umso niedriger ausfällt, je stärker ein Land auf Primärversorgung orientiert ist – insbesondere bei chronischen Erkrankungen.

Die Modelle unterscheiden sich vor allem im Grad der Verbindlichkeit. In Italien und England ist die Registrierung formal freiwillig, faktisch aber verpflichtend, weil ohne sie kein Zugang zum staatlichen Gesundheitssystem besteht. In den Niederlanden, Frankreich und Norwegen ist sie freiwillig, aber folgenreich: In den Niederlanden und Frankreich gehen mit einer fehlenden Registrierung höhere Zuzahlungen oder Nachteile bei der Terminvergabe einher, in Norwegen müssen nicht registrierte Bürger ihre Besuche beim Primärversorger vollständig selbst bezahlen.

Das niederländische Modell, in dem der Hausarzt als Gatekeeper fungiert, sich maximal rund 1.500 Personen pro Hausärzt:in registrieren und etwa 70 Prozent des Einkommens über Kopfpauschalen abgerechnet werden, gilt seit Langem als Referenz. Die niederländische Fachgesellschaft wurde dafür bereits im Jahr 2000 mit dem Carl-Bertelsmann-Preis ausgezeichnet.

Dass dieses Modell unter erheblichem Druck steht, gehört zur vollständigen Einordnung. Niederländische Hausärzte zählen zu den am stärksten belasteten in Europa. Viele Praxen schließen ihre Patientenlisten, und die Wartezeiten auf einen ersten Hausarzttermin sind in den vergangenen Jahren gestiegen. Das mindert den Orientierungswert des Modells nicht grundsätzlich, schließt aber seine Eignung als unkritisches Vorbild aus. Wer das niederländische Modell empfiehlt, muss auch erklären, was Deutschland von den Problemen trennt, die dasselbe produziert hat.

Dänemark wiederum erlaubt seinen Versicherten, jährlich zwischen einem Hausarztmodell mit Gatekeeper und einer Variante ohne Steuerung zu wählen.

Die übergeordnete Evidenz liefert wie so oft die OECD. In ihrem ersten Bericht „Realising the Potential of Primary Health Care“ aus dem Jahr 2020 beschreibt sie die Primärversorgung als ersten Kontaktpunkt, der bei umfassender, kontinuierlicher und koordinierter Ausgestaltung die Effizienz des Systems und die Gesundheit über soziale Schichten hinweg verbessern könne. Zugleich dokumentiert sie ungenutzte Potenziale: Vermeidbare Krankenhausaufnahmen machten in 30 OECD-Staaten noch sechs Prozent der Belegungstage aus. Schätzungen zu unangemessenen Antibiotikaverordnungen in der Primärversorgung reichten von 45 bis 90 Prozent. Ein Viertel der chronisch Kranken in EU-Ländern habe in den vergangenen zwölf Monaten keinen einzigen Präventionstest erhalten. Zwischen 29 und 51 Prozent der Befragten in elf OECD-Ländern hätten Koordinationsprobleme zwischen Primär- und Spezialversorgung erlebt.

Ein weiteres, ganz aktuelles und vom ZI gefördertes OECD-Working Paper 196 „Incentivising patient pathways in outpatient care” geht noch einen Schritt weiter. Das erst Ende Mai dieses Jahres publizierte Paper kartiert die beiden Steuerungsinstrumente „Gatekeeping” und „Zuzahlungen” über alle 38 Mitgliedsländer hinweg. Der Befund fügt sich dabei fast nahtlos in die dargestellte Verbindlichkeitsdebatte: Mehr als drei Viertel der OECD-Staaten (31 von 38) nutzen ein Gatekeeping, in 24 davon ist es sogar verpflichtend – und in nahezu allen verpflichtenden Systemen (21 von 24) ist die Registrierung bei einer Primärarztpraxis Pflicht oder faktisch universell. Nur sieben Länder, darunter Frankreich und die Schweiz, steuern allein über finanzielle Anreize. Freiwilligkeit ohne Konsequenz, wie sie die deutsche HzV kennzeichnet, ist im internationalen Feld die Ausnahme, nicht die Regel – genau der Punkt, auf den Schreyögg die Reform zuspitzt.

Zugleich dämpft die neue OECD-Studie die Erwartungen an das Instrument der HzV selbst. Über die Länder hinweg verschiebt laut Erkenntnissen der OECD-Studie ein Gatekeeping zwar die Versorgung von der fachärztlichen zur hausärztlichen Ebene und senkt damit Klinik- und Notaufnahmekontakte, doch sinken die Gesamtausgaben kaum. Auch beim wichtigsten deutschen Reformmotiv, den Wartezeiten, fällt das OECD-Ergebnis ernüchternd aus: Länder mit verpflichtendem Gatekeeping weisen eher längere Facharztwartezeiten auf als solche mit Direktzugang. Das mag ein Hinweis darauf sein, dass die Lotsenfunktion auf Knappheit reagiert, statt sie zu beheben. So

betonen die OECD-Autor:innen in ihrer Arbeit, dass nicht das Gatekeeping allein die guten Ergebnisse starker Primärversorgungssysteme erklärt, sondern vor allem Kontinuität und Koordination. Für Deutschland hält das Papier eine besondere Pointe bereit: Die freiwillige HzV steuert auf Populationsebene kaum, womit sich der OECD-Blick mit der TK-Evaluation deckt. Dies gilt jedoch wie bei der TK-Studie von Schreyögg mit Einschränkungen. Für die tatsächlich Eingeschriebenen dokumentiert die im OECD-Paper referierte Literatur durchaus Effekte: höhere Impf- und Vorsorgeraten, weniger vermeidbare Klinikaufenthalte, aber, anders als bei Schreyögg, sogar sinkende Gesamtausgaben.

Von anderen Systemen lernen?

So viel Evidenz es auch immer geben mag, fast schon zwanghaft durchzieht die deutsche Debatte die Warnung, fremde Modelle zu kopieren. So mahnen beispielsweise die Internist:innen, dass Primärarztsysteme nur dann funktionierten, wenn sie zu den Strukturen eines Landes passten und nicht als Nachbau jener Systeme entstünden, die andere europäische Länder vor anderthalb Jahrzehnten eingeführt hätten. In der Rhön-Runde benannte eine Expertin eine weitere Hürde, die in Deutschland besonders schwer wiegt: Die Erfahrung anderer Länder zeige, dass „man mehr als 90 Prozent der Versicherten braucht, damit ein solches System funktioniert". Entweder mache man die Teilnahme obligatorisch – nach Jahrzehnten der freien Arztwahl schwer vorstellbar – oder man erreiche die Schwelle durch deutliche finanzielle Anreize.

Beides ist politisch heikel, das eine, weil es Zwang bedeutet, das andere, weil es Geld kostet. Über eine mögliche Malusregelung für Versicherte, die die vorgegebenen Wege nicht einhalten – ähnlich der bis 2012 erhobenen Praxisgebühr – gingen die Meinungen in der Runde entsprechend auseinander.

Die Dringlichkeit des Andreas Storm

Wenige bringen die Dringlichkeit eines einzuführenden Primärversorgungssystems so unverblümt zum Ausdruck wie Andreas Storm, der Vorstandsvorsitzende der DAK-Gesundheit. Für ihn ist ein solches System nicht nur eine Reform unter vielen, sondern Teil dessen, was er „eine Kernsanierung des Gesundheitswesens" nennt. Die Ausgangslage beschreibt er drastisch: Die Finanzlage der gesetzlichen Kranken- und der sozialen Pflegeversicherung sei so schlecht wie nie. Und trotz des höchsten Beitragssatzanstiegs in der Geschichte der Bundesrepublik zum Jahreswechsel seien die Reserven weit unter das gesetzlich vorgeschriebene Maß gesunken, einige Kassen bereits verschuldet. Vor Abschluss der Koalitionsverhandlungen forderte Storm einen umfassenden Finanzstatus, einen Kassensturz. Später warnte er vor einem „Jo-jo-Effekt" mit weiter stark steigenden Beiträgen und forderte einen Stabilitätspakt mit dauerhaft höheren Bundeszuschüssen sowie einer einnahmeorientierten Ausgabenpolitik. Eine ihm besonders wichtige Position: Der Bund finanziere seit Jahren die Gesundheitsversorgung von Bürgergeldempfängern nur unzureichend, woraus ein jährliches Defizit von rund zehn Milliarden Euro entstehe.

In dieses Bild fügt sich seine Haltung zur ambulanten Versorgung. Insbesondere diese müsse anders geregelt werden, sagt Storm, und nennt als Beispiel die Einführung eines Primärarztsystems, wie es die Bundesregierung plant – wichtig, um die zum Teil dramatische Situation bei der Terminvergabe in den Griff zu bekommen. In Storms Vorstellung wenden sich Patient:innen zunächst immer nur an eine festgelegte Ärzt:in, die bei Bedarf weitere Schritte veranlasst. Wer weiterhin freie Arztwahl wünsche, könne dies über einen Zusatztarif erhalten. Den Nutzen formuliert er knapp: „Ein Primärarztsystem sorgt dafür, dass Patient:innen schneller und ganzheitlicher versorgt werden." Zugleich dämpft er die Erwartung an das Tempo: Ein solches System lasse sich nicht in sechs Monaten einführen, man brauche eine klare Zeitschiene. Diese Forderung nach einem stringenten Zeitplan zieht sich durch Storms Auftritte – verbunden mit der Warnung, ohne entschlossenen Umbau in dieser Wahlperiode drohe Deutschland im internationalen Vergleich zurückzufallen.

Storms Stimme hat Gewicht. Sie hat aber natürlich auch eine eigene Interessenposition: Als Vorstandsvorsitzender einer großen Kasse ist er von der Frage des Kontrahierungszwangs unmittelbar betroffen. Welche Reform welcher Kasse nützt, ist keine neutrale Frage. Das gehört zur Einordnung.

Eine Reform auf Kurssuche

Was die aktuelle gesundheitspolitische Debatte verdeckt, ist nüchterner als ihr schieres Volumen vermuten lässt. Alle drei Lager umgehen denselben architektonischen Konstruktionsfehler: Ein System, das mehr als 90 Prozent der Versicherten erreichen muss, um echte Steuerungseffekte zu erzielen, erfordert Verbindlichkeit in einem Ausmaß, das freiwillige Einschreibemodelle strukturell nicht erreichen können. Das ist keine Meinung, sondern ein Befund der Versorgungsforschung, der sich aus der Schreyögg-Studie zur TK-Evaluation ebenso ergibt wie aus der Evidenz europäischer Vergleichsländer. In keinem der Systeme, die Patientenströme nachweislich effizient steuern, bleibt die Teilnahme freiwillig.

Daraus resultiert ein systemisches Risiko, das politisch bislang weitgehend ignoriert wird. Eine Reform, die Verbindlichkeit zwar behauptet, sie in der Durchführung aber nicht konsequent einlöst, reproduziert jene Bedingungen, unter denen bereits die Hausarztzentrierte Versorgung (HzV) ihre flächendeckende Steuerungswirkung verfehlte. Ein de facto freiwilliges System, das lediglich mit schwachen finanziellen Anreizen operiert, wird in eine Pseudo-Compliance münden. Die Befürchtung: Zehn Jahre nach Einführung wird eine Evaluation denselben Befund liefern wie Schreyögg heute, den dann wieder alle Interessengruppen für ihre sektoralen Partikularinteressen reklamieren werden.

Die Friedrich-Ebert-Stiftung hat in einem Anfang 2026 veröffentlichten Papier mit 70 Handlungsempfehlungen für eine Alternative zu diesem Entweder-Oder plädiert. Eine gestufte Einführung, die in gut versorgten Regionen oder expliziten Modellregionen beginnt, statt flächendeckend zu starten. Das mindert das Risiko eines bundesweiten Scheiterns, wirft aber die Folgefrage auf, ob ein regional begrenztes System die nötige Einschreibquote von über 90 Prozent je erreichen kann.

Ob der Gesetzentwurf diese Falle erkennt, wird sich an einer einzigen systemkritischen Schnittstelle ablesen lassen: an den Konsequenzen für Versicherte, die sich nicht einschreiben. Die Ernsthaftigkeit der Reform zeigt sich an einer ganz bestimmten Stelle: Nur wenn die Konsequenzen für nicht eingeschriebene Versicherte spürbar sind, ist der Systemwechsel mehr als eine politische Ankündigung.

Das strukturelle Kernproblem der Ressourcenallokation bleibt davon unberührt:

Ein Primärarztsystem, das die hausärztliche Ebene nicht zugleich durch konsequente Delegation und interprofessionelle Teambasierung entlastet, verengt den Flaschenhals, anstatt ihn zu weiten.

Die Bundesregierung hat sich mit dem Primärversorgungssystem eine der wenigen echten Strukturreformen im Gesundheitsbereich vorgenommen. Ob sie den Weg vom Erkenntnisstadium zum Implementierungsstadium findet, entscheidet sich jedoch nicht an der Formulierung neuer Versorgungsmodelle in Fachdialogen. Der Lackmustest der Reform liegt in der ordnungspolitischen Konsequenz. Ein Primärarztsystem, das echte Patientensteuerung zum Ziel hat, muss die Frage beantworten, welche strukturellen oder finanziellen Konsequenzen es für jene hat, die sich der Steuerung entziehen. Bleibt das Gesetz bei diesem Wort „verbindlich" unscharf, droht die Reform zu einem weiteren freiwilligen Zusatzangebot zu erodieren, das die Ressourcenknappheit im System nicht löst, sondern lediglich weiter verwaltet. <<

von:
MVF-Chefredakteur Peter Stegmaier und
MVF-Herausgeber Prof. Dr. Reinhold Roski

Literatur

Techniker Krankenkasse: Position „Digital vor ambulant vor stationär: Primärversorgungssystem als Schlüssel für mehr Effizienz", September 2025 – https://www.tk.de/presse/themen/medizinische-versorgung/position-primaerversorgung-2203688
Hamburg Center for Health Economics (HCHE) / Techniker Krankenkasse: Evaluation der TK-HzV-Bund-Verträge in 13 Bundesländern, 2026.
Schreyögg, J.; Stegmaier, P.: „Verbindlichkeit ist die Voraussetzung für effektive Steuerung", Interview, in: Online First zu Monitor Versorgungsforschung 04/2026, S. 12–17. (Dok.) – http://doi.org/10.24945/MVF.04.26.1866-0533.2840
Virchowbund (Verband der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte Deutschlands): Pressemitteilung „HzV-Studie der TK nur die halbe Wahrheit", Dr. Dirk Heinrich, Berlin, 2. Juni 2026.
Techniker Krankenkasse: Statement Thomas Ballast (stv. Vorstandsvorsitzender) zum Pressegespräch zur HzV-Evaluation, Berlin, 28. Mai 2026. Gutachten, Studien und Konzeptpapiere
Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen und in der Pflege: Gutachten „Bedarfsgerechte Steuerung der Gesundheitsversorgung", 2018 (zit. nach Deutsches Ärzteblatt) – https://www.aerzteblatt.de/archiv/sachverstaendigenrat-gesundheit-plaedoyer-fuer-gezieltere-steuerung-abec4997-e5f4-41d0-bc56-0cadd458510e
Sachverständigenrat Gesundheit & Pflege: Gutachten „Fachkräfte im Gesundheitswesen", 2024 (mit Statement Karl Lauterbach), Deutsches Ärzteblatt – https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/150956/SVR-Gutachten-Strukturelle-Probleme-angehen-und-Ressourcen-effizienter-einsetzen
Bundesärztekammer: Konzeptpapier „Koordination und Orientierung in der Versorgung", 2025 – https://www.bundesaerztekammer.de/presse/aktuelles/detail/baek-die-primaeraerztliche-versorgung-zum-normalfall-machen
AOK-Bundesverband: Eckpunktepapier „Von Anfang an gut versorgt: Eckpunkte für eine Primärversorgung in Deutschland" inkl. Forsa-Umfrage, 2025 – https://www.aok.de/pp/selbsthilfe/inkontakt/gesetz-primaerarztversorgung/
Hausärztinnen- und Hausärzteverband / Universitätsklinikum Heidelberg: Konzept HÄPPI. https://www.haev.de/themen/haeppi; Machbarkeitsstudie (AOK Baden-Württemberg) – https://www.aok.de/pp/bw/nachricht/haeppi/
Hausärztinnen- und Hausärzteverband: Factsheet Primärarztsystem / HZV, September 2025 – https://www.haev.de/fileadmin/user_upload/News_Dateien/2025/2025_09_05_HAEV_Factsheet_Primaerarztsystem.pdf
Robert Bosch Stiftung: Programm „PORT – Patientenorientierte Zentren zur Primär- und Langzeitversorgung" – https://www.bosch-stiftung.de/de/projekt/port-patientenorientierte-zentren-zur-primaer-und-langzeitversorgung
Friedrich-Ebert-Stiftung: „Reformbedarf in der Primärversorgung" (70 Handlungsempfehlungen), 2026 (zit. nach zm-online) – https://www.zm-online.de/news/detail/70-handlungsempfehlungen-zur-reform-der-primaerversorgung
Berufsverband der Hals-Nasen-Ohrenärzte (BVHNO): Positionspapier „Einführung einer Primärarztversorgung – Gatekeeper-Modell mit hohen Risiken" – https://www.hno-aerzte.de/fileadmin/Downloads/Pressemitteilungen/Positionspapier_Primaerarztmodell__BVHNO_.pdf
Berufsverband Deutscher Internistinnen und Internisten (BDI): Position „Primärarztsystem", September 2025 – https://www.bdi.de/politik-und-presse/politik/positionen/artikel/primaerarztsystem/
Berufsverband der Deutschen Urologie (BvDU): „Primärarztsystem – Patientensteuerung", 2025 – https://urologie-gestalten.de/blog/primaerarztsystem-patientensteuerung/
Popert, U.W. u.a.: „Warum wir ein Primärarztsystem brauchen", Zeitschrift für Allgemeinmedizin (Online-ZFA) – https://www.online-zfa.de/archiv/ausgabe/artikel/zfa-6-2018/49450-103238-zfa20180250-0254-warum-wir-ein-primaerarztsystem-brauchen/
Linde, K. u. a.: „Rahmenbedingungen der Primärversorgung in Deutschland, Norwegen, Großbritannien, den Niederlanden und Italien", Zeitschrift für Allgemeinmedizin, 2024 – https://link.springer.com/article/10.1007/s44266-024-00226-4
OECD: „Realising the Potential of Primary Health Care", OECD Health Policy Studies, 2020 – https://www.oecd.org/en/publications/realising-the-potential-of-primary-health-care_a92adee4-en.html
Koalitionsvertrag CDU/CSU/SPD, 21. Legislaturperiode (zit. S. 106; nach BVHNO-Positionspapier und Apotheken Umschau) – https://www.apotheken-umschau.de/gesundheitspolitik/primaerarztsystem-schneller-zum-termin-beim-facharzt-1292745.html
Bundesgesundheitsministerin Nina Warken, Zitat „… sehr schnell effizienter machen" (RND, zit. nach HÄVBW) – https://www.haevbw.de/News/2025_07_07_hzv-kampagne~n-15530
Bundesärztekammer / Klaus Reinhardt, „Wir brauchen eine stärkere Steuerung" (Ärztekammer Nordrhein) – https://www.aekno.de/aerzte/rheinisches-aerzteblatt/ausgabe/artikel/2024/juni-2024/sachverstaendigenrat-empfiehlt-primaerarztsystem
Nicola Buhlinger-Göpfarth (Hausärzteverband), „… 17 Jahre praktische Erfahrung" (ZWP online) – https://www.zwp-online.info/zwpnews/dental-news/branchenmeldungen/primararztsystem-besser-fur-alle-seiten
Karagiannidis, C. / Augurzky, B. / Alscher, M. D.: „Die Gesundheit der Zukunft" (2025) und Reformvorschläge (Deutsches Ärzteblatt, März 2025; mit Statement Andreas Storm) – https://www.aerzteblatt.de/news/rasche-und-tiefgreifende-reformen-des-gesundheitssystems-in-neuer-legislatur-gefordert-0cbcb3c4-2719-45e5-8914-2880f2f35f84
Andreas Storm (DAK-Gesundheit): „Kernsanierung des Gesundheitswesens" / Beitragsexplosion (Apotheken Umschau) – https://www.apotheken-umschau.de/news/dak-chef-andreas-storm-warnt-vor-beitragsexplosion-und-drohendem-kollaps-1295109.html
Andreas Storm: Kassensturz, Finanzlage, Zusatztarif (Deutsches Ärzteblatt) – https://www.aerzteblatt.de/news/dak-chef-storm-will-kassensturz-im-gesundheitswesen-496a0c5f-542a-4d93-b68b-0a03c833bd70
Andreas Storm: „Jo-jo-Effekt", Stabilitätspakt, Bürgergeld-Defizit (DAK-Gesundheit) – https://www.dak.de/presse/bundesthemen_47994
Andreas Storm / Michael Hubmann (BVKJ): Podcast „GKV in der Krise" (Ärzte Zeitung) – https://www.aerztezeitung.de/Podcasts/GKV-in-der-Krise-warum-ist-das-Klassenzimmer-die-Loesung-DAK-Chef-Storm-und-BVKJ-Praesident-Hubmann-458874.html
Andreas Beivers (Hochschule Fresenius / Rhön Stiftung): „Primärarztsystem ist nur ein Baustein" (Bibliomed Manager) – https://www.bibliomedmanager.de/news/primaerarztsystem-ist-nur-ein-baustein
Rhön Stiftung: Diskussionsrunde „Bringt ein Primärversorgungssystem eine bessere Patientensteuerung?" (90-Prozent-Schwelle) – https://www.rhoen-stiftung.de/bringt-ein-primaerversorgungssystem-eine-bessere-patientensteuerung/
vdek/SpiFa-Positionen, Empirie-Kritik (Observer Gesundheit) – https://www.observer-gesundheit.de/primaerarztsystem-wissen-sie-was-sie-tun-sollen
vdek: „Das deutsche Gesundheitswesen im europäischen Vergleich" (Anteil Hausärzte, Bettenzahl) – https://www.vdek.com/magazin/ausgaben/2024-04/gesundheitswesen-deutschland-europa-vergleich.html
BKK Dachverband: „Eckpunkte zur Neuausrichtung der ambulanten Versorgung" (30:70) – https://www.bkk-dachverband.de/versorgung/eckpunkte-zur-neuausrichtung-der-ambulanten-versorgung
Marco Roos (DEGAM) und Matthias Soyka („Krankenkassenzentrierte Versorgung"), berufspolitische Stimmen (änd) – https://www.aend.de/article/240007
Techniker Krankenkasse/Jens Baas: Forsa-Umfrage zur Arztsuche und Facharzttermine – https://www.tk.de/presse/themen/medizinische-versorgung/ambulante-versorgung/tk-forsa-umfrage-arztsuche-2168128
Primärarztsysteme im internationalen Vergleich (Registrierungsmodelle) – https://www.monitor-versorgungsforschung.de/abstract/primaerarztsysteme-im-internationalen-vergleich/
Ländervergleich Deutschland/Niederlande: Hausarzt als Gatekeeper, Carl-Bertelsmann-Preis (Deutsches Ärzteblatt) – https://www.aerzteblatt.de/archiv/laendervergleich-deutschland-niederlande-der-hausarzt-als-gatekeeper-74ca14b1-ff58-4429-9d1e-985543df1cf4
Hausarztmodell Dänemark / Niederlande (Groenewegen/Greß, Jahrbuch für kritische Medizin Bd. 38) – https://www.med.uni-magdeburg.de/jkmg/wp-content/uploads/2013/03/JKM_Band38_Kapitel07_Groenewegen_Gre%C3%9F.pdf
BMC: Fünf Bausteine für die Primärversorgungsreform. https://www.monitor-versorgungsforschung.de/abstract/bmc-stellt-roadmap-zur-primaerversorgung-vor/?highlight=BMC+Prim%C3%A4r
Incentivising patient pathways in outpatient care: OECD Health Working Papers No. 196. https://dx.doi.org/10.1787/349dcf1c-en
Spitzenverband Bund-Positionspapier „Primärversorgung: Patientenorientierte Koordination in der ambulanten Versorgung", https://t1p.de/wlejh

Transparenzhinweis

Für die Literaturrecherche und die Strukturierung der Argumentationslinien wurde im Arbeitsprozess Künstliche Intelligenz unterstützend herangezogen. Die Ergebnisse wurden durch die Autoren fachlich geprüft; die Verantwortung für den Text verbleibt bei den Verfassern.

Zitationshinweis

Stegmaier, P., Roski, R.: „Der verpflichtete Patient", in „Monitor Versorgungsforschung" (04/26), S. 18–27. http://doi.org/10.24945/MVF.04.26.1866-0533.2843

Primärquellen

Bezeichnung	Typ	Institution/Autor:innen	Jahr	Kernidee / Inhalt	Link
Koalitionsvertrag CDU/CSU/SPD – Verbindliches Primärarztsystem	Politik / Vorhaben	Bundesregierung (CDU, CSU, SPD)	2025	Einführung eines verbindlichen Primärarztsystems in der 21. Legislaturperiode; grundsätzlich entscheidet die Hausarztpraxis bei freier Arztwahl über Überweisungen.	https://t1p.de/z7x2h
Fachdialog Primärversorgung / geplantes Primärversorgungsgesetz	Gesetzesvorhaben	Bundesgesundheitsministerium (BMG, Min. Nina Warken)	2026	Ende Januar 2026 gestarteter Fachdialog zum Aufbau einer Primärversorgung; angekündigter Gesetzentwurf für das Primärarztsystem. Primärversorgungspraxen als verlässlicher erster Anlaufpunkt.	https://t1p.de/638jk
Konzeptpapier „Koordination und Orientierung in der Versorgung"	Konzeptpapier	Bundesärztekammer (BÄK), Präs. Klaus Reinhardt	2025	Primärärztliche Versorgung soll Normalfall werden; Patient:innen wählen verbindlich eine Praxis (Einschreibung mind. 12 Monate) als ersten Anlaufpunkt, der Weiterbehandlung koordiniert. Interprofessionelle Teamstrukturen, sektorenverbindende Versorgung.	https://t1p.de/rja3d
Eckpunktepapier „Von Anfang an gut versorgt: Eckpunkte für eine Primärversorgung in Deutschland"	Konzeptpapier + Umfrage	AOK-Bundesverband, Vorstandschefin Carola Reimann	2025	Primärversorgungspraxen als gut erreichbarer, verlässlicher Anlaufpunkt mit Überweisungsvorbehalt; Ausnahmen für Kinder-/Jugend-, Frauenheilkunde, chronisch Kranke, Früherkennung. Begleitende forsa-Umfrage (55% Zustimmung Überweisungsvorbehalt).	https://t1p.de/4i54t
HÄPPI – Hausärztliches Primärversorgungszentrum, Patientenversorgung Interprofessionell (Konzeptpapier)	Versorgungskonzept	Hausärztinnen- und Hausärzteverband in Kooperation mit Universität Heidelberg	2023	Interprofessionelle Teampraxis (Ärzte, MFA, PA, PCM) mit digitalen Lösungen und Delegationsrahmen; Hausarztpraxis als steuernder Primärversorger/Gatekeeper. Patient-Reported-Outcomes, gestufte Implementierung auf Basis der HzV.	https://t1p.de/s99or
HÄPPI – Konzeption eines Modells für die ambulante Versorgung (wiss. Publikation, ZFA)	Studie / Fachartikel	Hausärzteverband BW & Abt. Allgemeinmedizin Universitätsklinikum Heidelberg	2024	Wissenschaftliche Beschreibung der Modellentwicklung eines interprofessionellen Primärversorgungszentrums; Machbarkeitsstudie bestätigt breite Umsetzbarkeit.	https://t1p.de/58sjw
Factsheet Primärarztsystem + Hausarztzentrierte Versorgung (HZV)	Positionspapier	Hausärztinnen- und Hausärzteverband (HÄV)	2025	HzV als bereits etabliertes Primärarztsystem (>10 Mio. Versicherte, 17 Jahre Erfahrung) als Basis der Reform; Hausarztpraxis als zentraler Zugang.	https://t1p.de/6y0nu
Gutachten 2018 „Bedarfsgerechte Steuerung der Gesundheitsversorgung"	Gutachten / Studie	Sachverständigenrat Gesundheit & Pflege	2018	Über 70 Empfehlungen; hausarztkoordinierte Versorgung zur Regelversorgung machen; Patient als 'Lotse' durch das System.	https://t1p.de/9ptnq
Gutachten 2024 „Fachkräfte im Gesundheitswesen – Nachhaltiger Einsatz einer knappen Ressource"	Gutachten / Studie	Sachverständigenrat Gesundheit & Pflege (SVR)	2024	Empfiehlt Primärarztsystem mit flächendeckender Registrierung bei Haus-/Kinderärzten zur Steuerung in die angemessene Versorgungsebene; Quotierung der Facharztweiterbildung; verpflichtende ambulante Weiterbildungsabschnitte.	https://t1p.de/luwkf
PORT – Patientenorientierte Zentren zur Primär- und Langzeitversorgung	Förderprogramm / Modellkonzept	Robert Bosch Stiftung / Bosch Health Campus	2016	Multiprofessionelle lokale Gesundheitszentren (Hausarztmedizin, Pflege, Prävention, soziale Unterstützung) für alle Lebensalter; 11 geförderte Standorte (z. B. GeKo Berlin-Neukölln, Hohenstein). Inspiriert von Kanada, Schweden, Spanien, Slowenien.	https://t1p.de/0f357
PORT-Gesundheitszentren – Thesenpapier zu Umsetzung, Vergütung und Weiterentwicklung	Gutachten / Thesenpapier	Robert Bosch Stiftung (Gutachten u. a. Oberender AG)	2020	Zentrale Thesen zur Strukturierung der ambulanten Grundversorgung über PORT-Zentren; Weiterentwicklung zu regionaler Primärversorgung; Vergütungsmodelle Richtung Kopfpauschalen.	https://t1p.de/uf3se
Reformbedarf in der Primärversorgung – 70 Handlungsempfehlungen	Studie / Publikation	Friedrich-Ebert-Stiftung (FES), Expertenteam	2026	Analyse des Änderungsbedarfs; gestufte Einführung eines umfassenderen Primärversorgungssystems statt kurzfristiger flächendeckender Pflicht; Start in gut versorgten Regionen oder Modellregionen.	https://t1p.de/rdjqc
Gesundheitskollektiv Berlin (GeKo) – Stadtteilgesundheitszentrum	Praxis-/Modellprojekt	Gesundheitskollektiv Berlin e. V. (PORT-Standort)	2019	Stadtteilgesundheitszentrum in Berlin-Neukölln, das Gesundheits- und Sozialleistungen zugänglicher und gerechter macht; Vorbild für Berliner Förderprogramm weiterer Primärversorgungszentren. Berliner Gesundheitspreis 2023.	https://t1p.de/tteoa
Ensuring primary care in Germany – quantitative survey of general practitioners	Studie (peer-reviewed)	Forschungsteam (PMC / BMC), deutsche Hausärzt:innen	2024	Quantitative Befragung zu Maßnahmen gegen Hausärztemangel, konzeptioneller Schwerpunkt multiprofessionelle ambulante Zentren, Primärarztsystem und neue Delegationsmodelle zur Entlastung der Allgemeinmedizin.	https://t1p.de/pqef1
Rahmenbedingungen der Primärversorgung in DE, NO, GB, NL und IT – eine Übersicht (ZFA)	Vergleichsstudie	DEGAM / Zeitschrift für Allgemeinmedizin (K. Linde u. a.)	2024	Vergleichende Darstellung der Rahmenbedingungen (Gatekeeper-Funktion, Vergütung, Praxisgröße, Team) auf Basis der Commonwealth-Fund-Profile 2020.	https://t1p.de/401fd
Primärarztsysteme im internationalen Vergleich – Implikationen für Deutschland	Vergleichsstudie (peer-reviewed)	Gina Wittlinger MSc / Prof. Dr. oec. Leonie Sundmacher MSc	2025	Analyse von neun europäischen Gesundheitssystemen + Israel mit Fokus auf Koordinations- und Gatekeeping-Funktion; Registrierungspflicht/-freiwilligkeit, Wechselmöglichkeiten, Zuzahlungen.	https://t1p.de/skyx0
Position „Digital vor ambulant vor stationär: Primärversorgungssystem als Schlüssel für mehr Effizienz"	Positionspapier	Techniker Krankenkasse (TK)	2025	Primärversorgung nach Prinzip „digital vor ambulant vor stationär. HzV-Kontrahierungszwang soll entfallen.	https://t1p.de/ltdsg
„Fünf Bausteine für die Primärversorgungsreform"	Positionspapier	BMC e. V.	2025	Wohnortnahe „primärversorgende Praxis" im interprofessionellen Team, freie Arztwahl, keine Werbindlichkeit.	https://t1p.de/xkttm
Medizinische Fachangestellte in der ambulanten Versorgung	Studie	Bertelsmann Stiftung,	2026	Bestandsaufnahme, Analyse des Forschungsstands, Good-Practice-Beispiele und Analyse der Stakeholder-Positionen.	https://t1p.de/ldqnn
Primärversorgung: „Patientenorientierte Koordination in der ambulanten Versorgung"	Positionspapier	Spitzenverband Bund	2025	Primärversorgende Praxis als zentrale Steuerungsinstanz, Zugangssteuerung statt freier Direktinanspruchnahme.	https://t1p.de/wlejh
Internationale Erfahrungen und Handlungsoptionen für Deutschland	Studie	Philipp Naß MSc et al.	2026	Vergleich internationaler digitale Triage-Tools in Deutschland, Österreich, der Schweiz, den Niederlanden, Großbritannien, Finnland und Australien.	https://t1p.de/5kk3o

Tab. 1: Recherchestand: 22. Juli 2026. Eigene Darstellung.