

Primärversorgung von den Patient:innen aus denken

Forderungen der Patientenorganisationen nach § 140 f SGB V

23. Januar 2026

Die maßgeblichen Patientenorganisationen nach § 140 SGB V setzen sich für eine mutige Reform der ambulanten Versorgung ein, die die Bedarfe der Patient:innen in den Vordergrund stellt und das Versorgungssystem in die Pflicht nimmt, eine medizinisch adäquate, qualitativ hochwertige und sozial gerechte Versorgung zu gewährleisten. Die Reform der Primärversorgung muss dabei den unterschiedlichen Bedarfen der Patient:innen in städtischen und ländlichen Regionen gerecht werden.

Eine zukunftsgerichtete Versorgung muss bedarfsgerecht reformiert und patientenorientiert ausgestaltet werden:

1. Die Gesundheitsversorgung ist gemeinwohlorientiert und wird durch barrierefreie, verlässliche, bedarfsgerechte und interprofessionelle Versorgung sichergestellt.
2. Die Versorgung erfolgt integriert und individuell bedarfsgerecht. Die Bedarfe von chronisch Kranken und Menschen mit Behinderung werden in besonderer Weise berücksichtigt.
3. Die Primärversorgung ist in die regionalen Strukturen eingebettet und kooperiert mit sozialen Unterstützungssystemen und Angeboten zur Gesundheitsförderung.
4. Die Qualität der Angebote wird gewährleistet, transparent gemacht und weiterentwickelt.
5. Die Gesundheitsversorgung arbeitet digital und vernetzt.
6. Der Sicherstellungsauftrag muss neu gedacht werden.
7. Die Reformansätze werden kontinuierlich evaluiert, die Patientenorganisationen werden wirksam eingebunden.

Forderungen der maßgeblichen Patientenorganisationen im Einzelnen:

1. Die Gesundheitsversorgung ist gemeinwohlorientiert und wird durch barrierefreie, verlässliche und interprofessionelle Versorgung sichergestellt.

Angesichts der bereits jetzt sehr starken Auslastung in der hausärztlichen Versorgung und schon 5.000 fehlenden Hausärzt:innen muss das System entschlossen, aber schrittweise umgebaut werden.

Primärversorgung darf sich nicht an Strukturen orientieren, sondern muss die Bedarfe der Patient:innen in den Mittelpunkt stellen. Sie sollte gemeinnützig organisiert werden, Privatleistungen ausschließlich getrennt von den gesetzlichen Sprechstundenzeiten angeboten werden. Insgesamt muss die Gesundheitsversorgung stärker vor Gewinnmaximierungsabsichten geschützt werden.

Die Versorgung muss barrierefrei und leicht zu erreichen sein. Ärztliche und nichtärztliche Berufsgruppen arbeiten als Teams eng zusammen und nutzen vorhandene Kompetenzen und Kapazitäten optimal. Dazu werden Regelungen zum Arztvorbehalt, zur Delegation sowie zur Substitution und Ergänzung von medizinischen Leistungen reformiert. Bei Bedarf werden externe Fachärzt:innen und weitere Gesundheitsfach- und Heilberufe in die Versorgung eingebunden.

Beim Umbau der Gesundheitsversorgung hin zu einer effektiven Primärversorgung muss die freie Arztwahl der Versicherten erhalten bleiben. Zuzahlungen und finanzielle Sanktionen für Patient:innen, wie die Praxisgebühr, sind abzulehnen. Sie haben erwiesenermaßen keine oder sogar negative steuernde Wirkung, fördern soziale Ungerechtigkeit und gehen mit einem hohen bürokratischen Aufwand gerade für die Arztpraxen einher.

2. Die Versorgung erfolgt integriert und individuell bedarfsgerecht. Die Bedarfe von chronisch Kranken und Menschen mit Behinderung werden in besonderer Weise berücksichtigt.

Die Primärversorgung muss integriert und individuell bedarfsgerecht erfolgen, um eine passgenaue, gerechte und effiziente Versorgung sicherzustellen und gleichzeitig Über-, Unter- und Fehlversorgung zu vermeiden.

Der Anteil chronisch kranker Menschen beträgt in Deutschland circa 50 Prozent der Bevölkerung¹, Tendenz steigend. Rund 10 Prozent der Menschen in Deutschland haben eine Schwerbehinderung². Komplexe und chronische Erkrankungsbilder erfordern eine fachübergreifende und enge Zusammenarbeit von Ärztinnen und Ärzten sowie anderen Gesundheitsfachberufen.

¹ <https://www.rki.de/DE/Themen/Nichtuebertragbare-Krankheiten/Nichtuebertragbare-Krankheiten-A-Z/C/Chronische-Erkrankungen/rki-panel-2024-faktenblatt.html>

² https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Behinderte-Menschen/_inhalt.html

Viele chronisch Kranke, einschließlich der psychisch Erkrankten werden von Fachärzt:innen medizinisch gut betreut. Ein Hausarztvorbehalt ist in diesen Versorgungssituationen überflüssig, bürokratisch und verkompliziert die Versorgungssituation.

In der Umbauphase der ambulanten Versorgung hin zu einer effektiven und patientenzentrierten Primärversorgung darf es nicht zu Versorgungsabbrüchen kommen. Eine patientengerechte und barrierefreie Information zu den Primärversorgungseinrichtungen muss neutral erfolgen.

Haus- und Fachärzt:innen müssen zudem verstärkt fortgebildet werden, damit sie qualifiziert weiterverweisen. Immer wieder gibt es Berichte aus der Praxis, dass Patient:innen mehrjährige Odysseen durch das Gesundheitssystem hinter sich haben, bevor sie die richtige Diagnose erhalten.

3. Die Primärversorgung ist in die regionalen Strukturen eingebettet und kooperiert mit sozialen Unterstützungssystemen und Angeboten zur Gesundheitsförderung.

Die Strukturen der Primärversorgung müssen mit nicht-medizinischen und gesundheitsförderlichen Einrichtungen vernetzt und gegenseitig verpflichtend zusammenarbeiten (z. B. kommunale Strukturen, ambulante Pflegeberatung, Sozial- und Pflegedienste, Community Health Nurses). So kann Gesundheit gestärkt, die Verschlechterung von Krankheit verhindert und die Ursachen von krankmachenden Bedingungen erkannt, thematisiert und verändert werden. Gesundheit wird nicht mehr monoperspektivisch, sondern umfassend betrachtet.

Kommunale Angebote zur Gesundheitsförderung und Gesunderhaltung müssen transparent und niederschwellig zur Verfügung stehen. Auch die kommunale Selbstverwaltung muss den Ansatz „Health-in-all-Policies“ verfolgen.

4. Die Qualität der Angebote wird gewährleistet, transparent gemacht und weiterentwickelt.

Derzeit gibt es im ambulanten Bereich nur wenige Möglichkeiten, sich verlässlich über die Versorgungsqualität einer Praxis oder eines Versorgungszentrums zu informieren. Patient:innen brauchen aber Zugang zu klar verständlichen Qualitätsinformationen, um eine Praxis auszuwählen, die gut zu ihnen passt. Es sollte daher ein niederschwelliges und allgemein zugängliches Transparenzportal mit validen und aussagekräftigen Daten zu den Leistungen der Praxen, einschließlich der Barrierefreiheit eingeführt werden.

In der Gesundheitsversorgung – sowohl stationär als auch ambulant – muss neben der Transparenz ihrer Qualität auch ein aktives einrichtungsübergreifendes Beschwerdesystem und ein Meldesystem für kritische Ereignisse (CIRS) etabliert werden. Zudem müssen aktive Patientenbefragungen zu Behandlungserfahrungen im System die Regel werden.

5. Die Gesundheitsversorgung arbeitet digital und vernetzt.

Die Vorteile der Digitalisierung des Gesundheitssystems sind zum Wohl der Patientinnen und Patienten auszugestalten. Dabei bieten aus Patientensicht digitale Lösungen insbesondere für den Erstkontakt vor einem Behandlungskontakt großes Potenzial. Eine aktuelle Umfrage des Verbraucherzentrale Bundesverbands³ zeigt, dass 62 Prozent der Befragten „ganz sicher“ oder „eher“ bereit wären, vor einem Arztbesuch eine telefonische oder digitale Ersteinschätzung in Anspruch zu nehmen, wenn sie dadurch kurzfristig Orientierung zu Ihrem Problem bekommen oder sich Wartezeiten in der Praxis ersparen können.

Zudem sollte die elektronische Patientenakte als technologische Grundlage für zusätzliche digitale Anwendungen ausgebaut werden, die vorrangig und niedrigschwellig den Nutzen für die Patient:innen in den Vordergrund stellen. Dafür braucht die ePA aber das Vertrauen und die Akzeptanz der Menschen und muss dafür vor allem bei der Rechteverwaltung reformiert werden.

Digitale Angebote sind immer barrierefrei auszugestalten.

6. Der Sicherstellungsauftrag muss neu gedacht werden.

Die Kassenärztlichen Vereinigungen haben den Auftrag, die ambulante Gesundheitsversorgung flächendeckend sicherzustellen. In vielen, vor allem ländlichen Regionen bestehen dennoch erhebliche Versorgungsengpässe (Unterversorgung), in anderen Regionen ist hingegen eine statistische Überversorgung festzustellen. Einen Haus- oder einen primärversorgenden Facharzt (z. B. Kinderarzt, Gynäkologen, Internisten) zu finden, ist bundesweit ein Problem. Noch prekärer ist die Situation von Menschen mit Behinderungen, die auf eine barrierefreie Versorgung angewiesen sind. Die Barrierefreiheit muss daher bei Neuvergabe eines Kassenarztsitzes oder bei einem Adresswechsel verbindlich sein.

Die Primärversorgung muss so gestaltet werden, dass sie den neuen Anforderungen an eine integrierte und bedarfsgerechte Gesundheitsversorgung gerecht wird. Die Anzahl der Kassensitze und deren kapazitäre Verfügbarkeit sowie die wohnortnahe Erreichbarkeit muss diesen Anforderungen entsprechen.

Vor Einführung eines neuen Primärversorgungssystems muss die im Koalitionsvertrag vorgesehene Termingarantie für eine notwendige fachärztliche Versorgung sichergestellt sein. Das Angebot der Terminservicestellen der Kassenärztlichen Vereinigungen muss konsequent gestärkt und direkt sowie verpflichtend an die Terminvermittlung in den Arztpraxen angebunden werden. Denn eine Mehrheit der Versicherten wünscht sich eine gleichwertige nicht-kommerzielle Alternative zur Onlineterminvereinbarung. Kommerzielle

³ Internetrepräsentative Onlinebefragung (21. bis 31. Oktober 2025) von eye square im Auftrag des vzbv. Basis: 1.000 Internetnutzer:innen ab 16 Jahren. Statistische Fehlertoleranz: max. ± 3 Prozentpunkte in der Gesamtstichprobe. https://www.vzbv.de/sites/default/files/2026-01/Tabellenband_vzbv_Jahresendbefragung_2025_Ersteinsch%C3%A4tzung.pdf

Terminvermittlungsplattformen müssen schärfer reguliert werden, damit sie im Sinne der Patient:innen ausgestaltet werden und eine Bevorzugung von Privatversicherten gegenüber gesetzlich Versicherten ausgeschlossen ist.

Kommt die ambulante Versorgung der Termingarantie nicht nach, muss zulasten der KV eine Behandlung im stationären Umfeld unverzüglich ermöglicht werden.

Die Bedarfsplanung muss patientenorientiert gedacht werden. Dabei bieten zum Beispiel Primärversorgungszentren eine Möglichkeit, regionale Versorgung bedarfsgerecht neu zu gestalten. Primärversorgungszentren erhalten im Rahmen der Bedarfsplanung einen Versorgungsauftrag für eine Region, der das bisher unkoordinierte Nebeneinander von Haus- und Facharztpraxen ablöst und zu einer gesamtverantwortlichen Einheit umbaut. Primärversorgungszentren arbeiten eng verzahnt mit kommunalen Strukturen und sozialen Angeboten. Als Zwischenstufen können regionale Ärzt:innen-Netze dienen, die eng zusammenarbeiten und gemeinsam neue Versorgungseinheiten aufbauen.

7. Die Reformansätze werden kontinuierlich und unabhängig evaluiert, die Patientenorganisationen werden wirksam eingebunden.

Zur Evaluation der Reform werden Versorgungsprozesse und Ergebnisse verbindlich evaluiert. Die Evaluation wird durch unabhängige wissenschaftliche Einrichtungen durchgeführt und bezieht die Befragung von Patient:innen mit ein.

Die Patientenorganisationen werden in die Reflexionsprozesse aktiv auf Augenhöhe einbezogen.