

Positionspapier

Positionierung der AWMF zu den Fachgesprächen für ein Primärversorgungssystem vom 04.03. und 18.03.2026

Inhaltsverzeichnis

Inhaltsverzeichnis	1
<i>Einleitung</i>	<i>1</i>
<i>Primärversorgungssystem für Deutschland – Positionierung der AWMF im Nachgang zum Fachgespräch vom 04.03. „Zugang“</i>	<i>1</i>
I. Zugang in die ambulante Versorgung und Rolle der primärversorgenden Praxen	1
II. Weg in die fachärztliche Versorgung (Direktzugang und koordinierte Inanspruchnahme)	2
<i>Primärversorgungssystem für Deutschland – Positionierung der AWMF Im Nachgang zum Fachgespräch vom 18.03.2026</i>	<i>4</i>
I. Etablierung primärversorgender Strukturen und Einbeziehung von nicht-ärztlichem Gesundheitspersonal.....	4
II. Zusammenarbeit und Schnittstellen zu anderen Versorgungsbereichen	5
III. Sicherstellung der Versorgung	5
IV. Ausblick: Weitere Erfolgsfaktoren für das Gelingen der Reform	6

Positionspapier

Positionierung der AWMF zu den Fachgesprächen für ein Primärversorgungssystem vom 04.03. und 18.03.2026

Einleitung

Berlin, 7. April 2026 · Die AWMF positioniert sich im Nachgang zu den Gesprächen für ein Primärversorgungssystem.

Primärversorgungssystem für Deutschland – Positionierung der AWMF im Nachgang zum Fachgespräch vom 04.03. „Zugang“

I. Zugang in die ambulante Versorgung und Rolle der primärversorgenden Praxen

Leitfrage 1: Wie könnte der Zugang in die ambulante Versorgung in einem Primärversorgungssystem künftig ausgestaltet sein?

- EU-Modelle: freie Hausarztwahl überwiegend, Einschreibung durch Patientinnen, einige durch Zuteilung mit Wechselmöglichkeit, beides funktioniert in europäischen Ländern (Wechselmöglichkeit bei meist höheren Tarifen/Zuzahlung). Wichtig sind Anreizsysteme für Patientinnen. Siehe II/4/Thema fachärztliche Versorgung). Die AWMF spricht sich für patient*inneninitiierte Einschreibung aus.
- Zugang bei akuten Beschwerden niederschwellig in Bezug auf primärversorgende Praxis und mit Erfassung der Dringlichkeit – siehe Fachgespräch Ersteinschätzung – ggf. sofort Weiterverweis an entsprechende Fachärztinnen/Notaufnahmen

Leitfrage 2: Welche (zusätzlichen) Aufgaben sollen die Hausärztinnen und Hausärzte bzw. Kinder- und Jugendärztinnen und -ärzte hierfür übernehmen?

Leitfrage 3: Was ist erforderlich, damit die Hausärztinnen und Hausärzte bzw. Kinder- und Jugendärztinnen und -ärzte diesen (zusätzlichen) Aufgaben gerecht werden können? Wie kann eine Überlastung der hausärztlichen Versorgungsressourcen verhindert werden?

- Koordination der Versorgung mit ggf. Priorisierung und Dringlichkeitseinordnung
- Einbezug der Beteiligten in Ausgestaltung und Erprobung inkl. Ersteinschätzungstools
- Europa: vorwiegend Arbeit in interprofessionellen Teams bzw. zunehmend größere, eher zentralisierteren Einrichtungen oder durch Netzwerke verschiedener Versorgender erbracht („Gesundheitszentren/Praxisnetze“) mit einem entsprechend breiten Leistungsspektrum und oft akademisch ausgebildeten Pflegekräften/nichtärztlichen Kräften mit Delegation/Substitution.

Stellungnahme

- Für Deutschland: Bildung interprofessioneller Teams, Stärkung nichtärztlicher Mitarbeitender, Aufbau von übergeordneten Gesundheitszentren
- Mehr digitales Management: ePa, und u.a. eÜberweisung, eAU u.a. dadurch
- Weniger Bürokratie / Aufhebung der Quartalisierung?!,
- Anreize für High Value Care weglassen von Low Value Care Empowerment von Patientinnen weniger Arztkontakte

Leitfrage 4: Welche Finanzierungs- und Vergütungsaspekte sind dabei möglicherweise zu berücksichtigen?

- Vorschlag DGEAM/DGIM: Vergütung Praxiskontakt nicht ärztlicher Kontakt?
- Blended Payment System (Pauschale mit einem Anteil qualitätsorientierter Vergütung)

II. Weg in die fachärztliche Versorgung (Direktzugang und koordinierte Inanspruchnahme)

Leitfrage 1: Für welche Konstellationen sind Ausnahmen mit einem Direktzugang zur fachärztlichen Versorgung erforderlich? Wie können in diesem Rahmen insbesondere die Bedürfnisse von Menschen mit chronischen Erkrankungen Berücksichtigung finden?

Die AWMF unterstützt, augenärztlich sowie gynäkologisch Tätige von der Zugangsbeschränkung auszunehmen und schlägt vor, dies auf psychiatrisch Tätige auszuweiten. Im System sind darüber hinaus zahnärztlich Tätige bzw. weitere für die Mundgesundheit wichtige Professionen mitzudenken.

Vice versa ist aber eine gute hausärztliche Anbindung von Patientinnen, die die genannten Gruppen aufsuchen auch wichtig und soll gefördert werden.

- **Für Zuweisungs- und Überweisungserfordernisse bei chronisch Erkrankten ggf. multimorbid:** interprofessionell erstellte Leitlinien mit Versorgungspfaden, Empfehlungen sind z.B. in den Nationalen Versorgungsleitlinien enthalten, die seit 2026 weitergeführt werden. Eine kontinuierliche spezialfachärztliche Betreuung wird hierdurch indikationsgestützt ermöglicht.
- Abbau von Bürokratie durch Langzeitüberweisungen
- In der Pädiatrie ungehinderter Zugang zu spezialisierter Versorgung bei V.a. Notfall und chronischen Erkrankungen.

Stellungnahme

Leitfrage 2: Welcher Handlungsbedarf besteht, um eine zielgerichtete und effiziente Koordinierung der ambulanten Versorgung im Rahmen des Primärversorgungssystems zu erreichen?

Leitfrage 3: Wie kann eine bestmögliche Zusammenarbeit zwischen der hausärztlichen und der fachärztlichen Versorgung in einem Primärversorgungssystem gewährleistet bzw. unterstützt werden? Was ist hierfür erforderlich?

- International: Koordination der Versorgung durch primärversorgende Einheit (außer In Frankreich grundsätzlich Hausärztinnen – Arbeit in interprofessionellen Teams!). Die Wahlfreiheit in Bezug auf die fachärztliche Versorgung ist in den meisten Ländern leicht eingeschränkt. In manchen Ländern sind Tarife von Krankenkassen mit mehr oder weniger Wahlfreiheit verknüpft.
- **Erarbeiten regionaler Versorgungsnetze** mit Wahlfreiheit bei mehreren Anbietenden in der Region als mögliches Modell *mit verpflichtender digitaler gegenseitiger Information*
- Weg in die gebietsärztliche Versorgung erfolgt durch primärärztliche Steuerung über leitlinienbasierte definierte, konsentierete Versorgungspfade in die spezialärztliche Versorgung
- Priorisierte Terminprozesse, über ein (digitales) Ampel-Verfahren, das medizinischen Bedarf einschließlich Dringlichkeit in Terminvergabe übersetzt., auch: e-Überweisung
- Siehe oben regionale Netze
- Adäquate technische Plattformen
- **eÜberweisung mit Angabe Dringlichkeit** von Primärversorgender Praxis an fachärztliche Versorgung und dann Terminvereinbarung fäV direkt mit Patientin/Patient
- Ohne Dringlichkeit – selbstgewählte fachärztliche Terminierung durch Patientin?
- adäquate Vergütungsmodelle einführen
- ePa mit übergreifendem Medikationsplan

Leitfrage 4: Wie kann am besten sichergestellt werden, dass die Patientinnen und Patienten die neuen Versorgungspfade nutzen?

- Öffentlichkeitskampagne bzw. Kommunikation für Arztpraxen und Bürgerinnen/Versicherte: positives Branding, Klare kommunizierte Regeln
- Zugang zu Primärversorgung und zu spezialärztlicher Versorgung einfach und niedrigschwellig, Langzeitüberweisung/Dauerauftrag an spezialärztliche Versorgung, wenn erforderlich– mit automatischer Rückkopplung an die Primärversorgung
- Bonisysteme / Anreize über Terminvergaben
- Kontinuität als Qualitätsziel für Praxen (ggf. Zweitmeinung)

Primärversorgungssystem für Deutschland – Positionierung der AWMF Im Nachgang zum Fachgespräch vom 18.03.2026

I. Etablierung primärversorgender Strukturen und Einbeziehung von nicht-ärztlichem Gesundheitspersonal

Leitfrage 1: Bedarf es zu einer flächendeckenden Umsetzung eines leistungsfähigen und effizienten Primärversorgungssystems veränderter Praxisstrukturen oder größerer Versorgungseinheiten in der hausärztlichen Versorgung und welche Chancen und Herausforderungen wären damit verbunden?

Antwort der AWMF auf Leitfrage 1.1: Größere Versorgungseinheiten sind attraktiv für Weiterzubildende. Dadurch kann der ärztliche Nachwuchs für die primärversorgenden Fächer motiviert werden (Allgemeinmedizin, Kinder- und Jugendmedizin, Allgemeininternisten). Dafür müsste in SGB V §75a durchgehend der Begriff „allgemeinmedizinische“ durch „primärversorgend“ ersetzt werden.

Leitfrage 2: Wie kann die Primärversorgung in den hausärztlichen Praxen künftig best-möglich auf mehrere Berufsgruppen verteilt werden? Welchen Beitrag kann hierzu eine stärkere Einbindung von nichtärztlichem Praxispersonal bzw. eine Primärversorgung im Praxisteam leisten? Welche Rahmenbedingungen wären erforderlich mit Blick auf berufsgruppenübergreifende Aufgabenverteilung (multiprofessionelle Teams) und einen verringerten personellen Einsatz von Ärztinnen und Ärzten?

Leitfrage 3: Welchen Beitrag könnten Heilmittelerbringer bei einer Einbindung für ein Primärversorgungssystem leisten? Wie könnte eine Einbindung konkret aussehen? Welche Rahmenbedingungen wären für eine Einbindung von Heilmittelerbringern erforderlich? internationaler Ergebnisse unter Berücksichtigung der Vorschläge in Abschnitt 4 diskutiert und einvernehmlich festgelegt werden.

Antwort der AWMF auf Leitfragen 1.2 und 1.3: Bei der Verteilung von Aufgaben der Primärversorgung auf verschiedene Berufsgruppen (inkl. Heilmittelerbringer) muss deren Positionierung in evidenzbasierten Behandlungspfaden wegweisend sein. Diese können den aktuellen und zukünftigen Nationalen Versorgungsleitlinien (NVL) entnommen werden.

Leitfrage 4: Welchen Beitrag könnten Apothekerinnen und Apotheker zu einem Primärversorgungssystem leisten?

Antwort der AWMF auf Leitfrage 1.4: Apothekerinnen und Apotheker sind nicht qualifiziert ärztliche Kernaufgaben zu übernehmen. Bei der Verbesserung der Arzneimittelsicherheit sollten sie aber einbezogen werden (Arzneimittelinteraktionen bei Polypharmazie, insbesondere bei Multimorbidität), z.B. über Inhalte in der ePA (Medikationsplan). Klinische

Pharmakologen (Fachärztinnen und -ärzte) befassen sich zwar seit langem mit dieser Thematik und bieten Fortbildungen dazu an, sie sind aber zahlenmäßig nicht in der Lage die Versorgung der Bevölkerung mit dieser hochrelevanten Dienstleistung zu sicherzustellen.

II. Zusammenarbeit und Schnittstellen zu anderen Versorgungsbereichen

Leitfrage 1: Wie kann eine bestmögliche Zusammenarbeit zwischen der hausärztlichen und der fachärztlichen Versorgung in einem Primärversorgungssystem gewährleistet bzw. unterstützt werden? Was ist hierfür erforderlich?

Leitfrage 2: Wie können Schnittstellen von der Primärversorgung zu weiteren Versorgungsbereichen, beispielsweise in Richtung der pflegerischen Versorgung oder in Richtung anderer Angebote (z.B. kommunale Unterstützungsangebote) ausgestaltet werden?

Leitfrage 3: Wie kann die Zusammenarbeit mit Krankenhäusern in der Versorgungssteuerung ausgestaltet werden und welche Schnittstellen sind dafür erforderlich? Welche Aufgaben können Krankenhäuser bei der Terminvermittlung oder im Falle fehlender Termine übernehmen?

Antwort der AWMF auf Leitfragen 2.1 bis 2.3: Ein valider und zügiger Informationsfluss über alle Versorgungssektoren hinweg muss sichergestellt werden. Die aktuell laufende Digitalisierung der Medizin ist nicht hinreichend aufgestellt, um diese Schnittstellen einzurichten, da auch die digitalen Standards in den verschiedenen Sektoren zu heterogen sind. Der Gesetzgeber ist hier gefordert, verbindliche Standards für die Interoperabilität der vorhandenen und in Entwicklung befindlichen Softwaresysteme zu setzen. Diese müssen auch mit dem EHDS kompatibel sein.

III. Sicherstellung der Versorgung

Leitfrage 2: Welche Maßnahmen sind zielführend, um die Arbeit in primärversorgenden Berufsbildern attraktiver zu machen? Wie können die aktuell freien Sitze bei den Haus-ärzten und Hausärztinnen kurzfristig bis mittelfristig besetzt werden?

Antwort der AWMF auf Leitfrage 3.2: Die Arbeit in primärversorgenden Berufsbildern kann attraktiver gemacht werden durch ein breites Angebot an Weiterbildungsstellen in größeren Versorgungseinheiten. Dadurch kann der ärztliche Nachwuchs für die primärversorgenden Fächer motiviert werden (Allgemeinmedizin, Kinder- und Jugendmedizin, Allgemeininternisten). Dafür müsste in SGB V §75a durchgehend der Begriff „allgemeinmedizinische“ durch „primärversorgend“ ersetzt werden. Diese Maßnahme würde bereits kurzfristig innerhalb weniger Jahre wirken.

Stellungnahme

Leitfrage 3: Wie können telemedizinische Leistungen und andere digitale Elemente die Gewährleistung einer guten Versorgung in ländlichen Räumen unterstützen? Wie müsste dafür der regulatorische Rahmen angepasst werden?

Antwort der AWMF auf Leitfrage 3.3: Der regulatorische Rahmen sollte eine verpflichtende Abnahme der Benutzeroberflächen neuer Softwareprodukte durch Angehörige der jeweiligen Zielgruppen beinhalten (Patientinnen und Patienten bzw. Angehörige der Heilberufe). Aktuell sind solche Produkte zu sehr auf die Belange der Hersteller optimiert (komfortable Datenablage bei den Anbietern); Verständlichkeit, intuitive Bedienbarkeit und Dokumentation der eigenen Angaben durch die Nutzenden bleiben zu oft auf der Strecke und behindern die Akzeptanz. Achtung: für ein auch in Krisenzeiten resilientes Gesundheitssystem muss die Grundversorgung auch ohne komplexe digitale Strukturen gewährleistet sein.

IV. Ausblick: Weitere Erfolgsfaktoren für das Gelingen der Reform

Leitfrage 1: Welche konkreten Maßnahmen sind denkbar, um Akzeptanz und Verständnis der Reform bei den Patientinnen und Patienten zu fördern? Wie kann eine angemessene Einführung gestaltet werden?

Antwort der AWMF auf Leitfrage 4.1: Siehe auch Antwort auf Leitfrage 3.3 zu Akzeptanz und Verständnis der Reform bei den Patientinnen und Patienten. Darüber hinaus sind Akzeptanz und Verständnis der Reform auch bei den Leistungserbringern essenziell. Dies kann nur gelingen, wenn das neue Regelwerk schlank aufgestellt wird und wenn keine zusätzliche Prüfbürokratie eingeführt wird. Statt mit hohem Aufwand an verlorener Patientenkontaktzeit eine Struktur- oder Prozessqualität zu überwachen, sollte die Ergebnisqualität des neuen Primärversorgungssystems mittels dedizierter Versorgungsforschungsprojekte wissenschaftlich begleitet und ggf. durch untergesetzliche Normen nachjustiert werden.

Für Rückfragen stehen wir jederzeit zur Verfügung: office@awmf.org

Autorinnen und Autoren

Prof. Dr. Rolf-Detlef Treede, Dr. Manfred Gogol, Dr. Monika Nothacker