Quelle: GKV-Spitzenverband

Primärversorgung: Wenn medizinische Dringlichkeit den Zugang steuert

Ute Pappelbaum

Die ambulante Versorgung in Deutschland hat nicht nur ein Kapazitätsproblem, sondern auch ein Steuerungsproblem. Patienten suchen Facharzttermine vielfach selbst, Überweisungen schaffen zwar eine medizinische Verbindung zwischen Haus- und Facharzt, organisieren aber noch keinen verbindlichen Versorgungspfad. Der GKV-Spitzenverband will dieses Prinzip verändern: Digitale Bedarfseinschätzung, elektronische Überweisung und elektronische Terminvermittlung sollen zu einer durchgängigen Steuerung verbunden werden.

Hausarztpraxis als Lotse statt Durchgangsstation

Im Mittelpunkt steht die Primärversorgungspraxis. Sie soll erste ärztliche Anlaufstelle sein, möglichst viele Fälle selbst behandeln und Patienten gezielt weiterleiten, wenn fachärztliche Versorgung erforderlich ist. Entscheidend ist dabei die digitale Verbindung der einzelnen Schritte.

Bislang endet die Steuerungsfunktion häufig dort, wo eine Überweisung ausgestellt wird. Die anschließende Suche nach einem Facharzttermin liegt vielfach wieder beim Patienten. Genau diese Schnittstelle will der GKV-Spitzenverband schließen.

Stefanie Stoff-Ahnis, stellvertretende Vorstandsvorsitzende des GKV-Spitzenverbandes, formuliert den Anspruch entsprechend:

> „Über die Geschwindigkeit der Terminvergabe entscheidet künftig der medizinische Bedarf, nicht der Versichertenstatus."

Dahinter steht ein grundsätzlich anderer Steuerungsansatz. Nicht die Fähigkeit, kurzfristig einen Termin zu organisieren, mehrere Praxen anzurufen oder einen bestimmten Versicherungsstatus anzugeben, soll den Zugang bestimmen. Stattdessen soll eine medizinische Bedarfseinschätzung darüber entscheiden, wie schnell und auf welcher Versorgungsebene ein Patient behandelt wird.

Drei digitale Bausteine sollen einen Versorgungspfad bilden

Technisch beruht das Modell auf der Verbindung von digitaler Bedarfseinschätzung, elektronischer Überweisung und elektronischer Terminvermittlung. Der GKV-Spitzenverband verfolgt dieses Konzept bereits seit Beginn des Jahres. Eine digitale Ersteinschätzung soll den Versorgungsbedarf bestimmen, die eÜberweisung die medizinischen Informationen transportieren und die Terminvermittlung anschließend einen passenden Behandlungsplatz organisieren.

Damit verändert sich die Funktion der Digitalisierung. Sie soll nicht lediglich vorhandene Papierprozesse elektronisch abbilden, sondern Entscheidungen über den Zugang zur Versorgung strukturieren.

Das ist ökonomisch relevant. Arzttermine sind insbesondere in gefragten Fachrichtungen eine knappe Ressource. Wo Knappheit besteht, entscheidet zwangsläufig ein Mechanismus über deren Verteilung. Gegenwärtig geschieht dies teilweise über Wartezeiten, individuelle Terminsuche, Praxisorganisation und unterschiedliche Zugangswege. Ein Primärversorgungssystem würde versuchen, diese impliziten Mechanismen durch eine explizite medizinische Priorisierung zu ersetzen.

Dass Handlungsbedarf besteht, zeigen auch Daten des GKV-Spitzenverbandes. In einer Befragung von 3.520 gesetzlich Versicherten bewerteten 30 Prozent die Wartezeit auf einen Facharzttermin als zu lang oder viel zu lang. Ein Viertel wartete länger als 30 Tage; ebenfalls 30 Prozent bezeichneten es als schwierig oder sehr schwierig, überhaupt einen Facharzttermin zu erhalten. Bei Hausarztterminen fällt die Bewertung deutlich günstiger aus.

Bessere Steuerung schafft noch keine zusätzlichen Termine

Genau hier liegt allerdings die entscheidende Grenze des Modells. Eine digitale Terminsteuerung kann vorhandene Kapazitäten transparenter machen und medizinisch dringliche Fälle priorisieren. Sie schafft zunächst aber keine zusätzlichen ärztlichen Behandlungskapazitäten.

Der Unterschied ist wesentlich. Werden knappe Termine konsequenter nach Dringlichkeit verteilt, können Patienten mit akutem Behandlungsbedarf schneller zum Facharzt gelangen. Gleichzeitig bedeutet Priorisierung zwangsläufig, dass weniger dringliche Fälle gegebenenfalls länger warten oder auf andere Versorgungsangebote verwiesen werden.

Primärversorgung ist deshalb nicht nur ein Digitalisierungsprojekt. Sie ist ein Allokationsmodell für medizinische Ressourcen.

Dazu gehört auch die Frage, welche Termine überhaupt in einem gemeinsamen System verfügbar sein müssen. Stoff-Ahnis fordert eine tagesaktuelle Terminplattform, auf der Arztpraxen einen festzulegenden Anteil ihrer GKV-Termine bereitstellen. Eine solche Verpflichtung würde die bisher weitgehend dezentrale Terminorganisation stärker in eine gemeinsame Steuerungsarchitektur einbinden.

Damit entsteht eine ordnungspolitische Spannung: Die ambulante Versorgung bleibt durch selbstständige Praxen geprägt, zugleich würde ein Teil ihrer verfügbaren Kapazitäten stärker nach zentral definierten Zugangs- und Priorisierungsregeln vermittelt.

Auch die Rolle der Ärzte verändert sich

Die Steuerung betrifft deshalb nicht nur Patienten. Sie verändert Arbeitsabläufe und Verantwortlichkeiten in den Praxen. Hausärzte würden stärker zu Koordinatoren des weiteren Versorgungspfades, während Facharzttermine enger mit qualifizierten Überweisungen und einer dokumentierten Dringlichkeit verbunden werden könnten.

Auch innerhalb der Ärzteschaft gibt es Unterstützung für eine stärkere Steuerung. KBV-Vizechef Stephan Hofmeister sprach sich im September für ein primärärztliches Modell mit digitaler Unterstützung und qualifizierter Überweisung aus. Unterschiede bestehen allerdings bei der konkreten Ausgestaltung, insbesondere bei Terminpools und Vergütungsfragen. Stoff-Ahnis lehnt eine zusätzliche Vergütung für die Bereitstellung entsprechender Termine ab.

Damit wird absehbar, wo ein wesentlicher Umsetzungskonflikt liegen dürfte: Eine neue Steuerungslogik funktioniert nur, wenn Praxen nicht lediglich digital angeschlossen sind, sondern Termine, Informationen und Prozesse tatsächlich nach gemeinsamen Regeln verfügbar machen.

Vom Zugangswettbewerb zur medizinischen Priorisierung

Der strukturelle Kern der Reform liegt daher weniger in der eÜberweisung selbst als in der Verbindung von

Information und Kapazität. Erst wenn aus der medizinischen Einschätzung unmittelbar eine Überweisung und daraus wiederum eine Terminvermittlung entstehen kann, wird aus Digitalisierung eine Versorgungssteuerung.

Das könnte auch das Verhalten der Patienten verändern. Wer verlässlich über einen Primärversorgungspfad zum notwendigen Facharzttermin gelangt, hat weniger Anlass, parallel mehrere Praxen zu kontaktieren oder vorsorglich verschiedene Versorgungskanäle zu nutzen. Umgekehrt hängt die Akzeptanz des Systems davon ab, ob die versprochene Steuerung tatsächlich funktioniert. Ein verpflichtender Zugangspfad ohne ausreichende Terminverfügbarkeit würde lediglich eine neue Zugangshürde schaffen.

Der Erfolg lässt sich deshalb nicht daran messen, wie viele Überweisungen künftig elektronisch ausgestellt werden. Entscheidend ist, ob medizinisch dringliche Fälle schneller behandelt, unnötige Kontakte und Doppeluntersuchungen reduziert und vorhandene ambulante Kapazitäten besser ausgelastet werden.

Die Primärversorgung wäre dann keine digitale Variante des bisherigen Systems. Sie würde dessen Verteilungslogik verändern: weg von einer vielfach individuellen Suche nach verfügbaren Terminen, hin zu einem strukturierten Zugang nach medizinischem Bedarf. Digitalisierung wäre dabei nicht das Ziel, sondern das technische Mittel. Die eigentliche Reform besteht darin, Knappheit sichtbar zu machen – und verbindlicher zu entscheiden, wer bei begrenzten Ressourcen wann Zugang erhält.

Quelle: GKV-Spitzenverband / 90 Prozent – Das E-Magazin
Stefanie Stoff-Ahnis: „Primärversorgung: Leitsystem durch den Termindschungel“, Vorstandskolumne, Oktober 2026

Versicherungs- und Finanznachrichten

expertenReport

https://www.experten.de/id/4952218/Primaerversorgung-Wenn-medizinische-Dringlichkeit-den-Zugang-steuert/