

Primärversorgung neu gestalten

Orientierung geben, Zugänge sichern, Versorgung stärken

Forderungspapier



Ausgangslage

Die ambulante Versorgung in Deutschland steht vor erheblichen strukturellen Herausforderungen. Für viele Menschen ist es schwierig, zeit- und wohnortnahe haus- oder fachärztliche Versorgung zu erhalten. Lange Wartezeiten, Aufnahmestopps in Praxen sowie regionale Unterschiede führen dazu, dass eine medizinische Versorgung nicht flächendeckend und nicht immer bedarfsgerecht zur Verfügung steht.

Besonders betroffen sind Menschen mit Behinderungen, chronisch Kranke und Ältere sowie Menschen mit geringem Einkommen oder in schwierigen sozialen Lebenslagen. Gerade für sie verstärken sich bestehende Versorgungsprobleme, da ihnen zusätzliche Barrieren den Zugang zur Gesundheitsversorgung erschweren. Zu den vielfältigen Barrieren gehören unter anderem bauliche Hindernisse in Praxen, fehlende kommunikative Zugänglichkeit und digitale Ausschlüsse sowie organisatorische Hürden im Zugangssystem.

Zugleich ist das deutsche Gesundheitssystem stark zergliedert und für viele Menschen schwer überschaubar. Unterschiedliche Zuständigkeiten, unklare Versorgungswege und fehlende Koordination führen dazu, dass Patient*innen sich im System nur schwer zurechtfinden. Dies hat konkrete Folgen, wie etwa verzögerte Behandlungen, unnötige Mehrfachkontakte und Belastungen für Patient*innen und Leistungserbringende sowie eine zunehmende Inanspruchnahme insbesondere der Notfallversorgung. Zudem werden hierdurch vermeidbare Kosten verursacht, die durch effizientere Versorgungsstrukturen vermieden werden könnten.

Die soziale Lage, das Einkommen und der Wohnort entscheiden nach wie vor maßgeblich über die Qualität und den Zugang zur medizinischen Versorgung. Die Trennung zwischen gesetzlicher und privater Krankenversicherung sowie die zunehmende Ausweitung von individuell zu finanzierenden Gesundheitsleistungen (IGeL-Leistungen) verstärken Ungleichheiten zusätzlich und führen zu einer faktischen Zwei-Klassen-Versorgung.

Es braucht eine patientenzentrierte, barrierefreie und individuell bedarfsgerechte Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen.

Eine Primärversorgung kann hierfür eine Lösung darstellen – jedoch nur dann, wenn sie konsequent auf Zugangsgerechtigkeit, Unterstützung, Koordination und Abbau von Barrieren ausgerichtet ist.

Dabei gilt: Wenn Menschen sich in einem komplexen und schwer zugänglichen Gesundheitssystem nicht zurechtfinden oder ungeeignete Versorgungswege nutzen, dann ist dies nicht die Ursache des Problems, sondern Ausdruck und Folge der vorgenannten strukturellen Defizite. Eine Reform der ambulanten Versorgung darf deshalb nicht bei zusätzlichen Steuerungsmechanismen stehen bleiben, sondern muss die Komplexität, die Zergliederung und die mangelnde Vernetzung der Versorgungsstrukturen selbst in den Blick nehmen.

Leitprinzipien

Primärversorgung ist die erste Anlaufstelle für Menschen bei gesundheitlichen Anliegen und gewährleistet eine umfassende, kontinuierliche und koordinierte Versorgung. Sie übernimmt damit eine Lotsenfunktion im Gesundheitssystem, indem sie Patient*innen Orientierung bietet, sie bei der Wahl des passenden Versorgungswegs unterstützt und koordiniert.

Eine gute Primärversorgung muss sich konsequent an den Bedürfnissen der Patient*innen orientieren. Sie umfasst insbesondere Leistungen der Gesundheitsförderung und Prävention, der medizinischen Versorgung, der Vorsorge und Beratung im Gesundheitssystem sowie bei Bedarf die Weiterleitung in spezialisierte Versorgungsbereiche. Sie gewährleistet eine kontinuierliche Begleitung von Patient*innen über den gesamten Lebensverlauf und schließt auch rehabilitative sowie palliative Ver-

sorgungsangebote ein. Das Ziel muss sein, allen unabhängig von Wohnort, Einkommen, Behinderung oder Versicherungsstatus einen einfachen, wohnortnahen und barrierefreien Zugang zu ermöglichen. Primärversorgung dient der Verbesserung von Versorgungsqualität, Kontinuität, Patientensicherheit und gesundheitlicher Chancengleichheit. Der SoVD fordert, dass sich alle strukturellen und organisatorischen Reformen daran orientieren. Daraus ergeben sich zwingend folgende Leitprinzipien:



Im Mittelpunkt stehen die Patient*innen. Versorgung muss sich am individuellen Bedarf und an der medizinischen Dringlichkeit orientieren – nicht an sozialem Status, Einkommen oder Versicherungsstatus.



Patient*innen behalten die Entscheidungshoheit über ihre gesundheitlichen Belange. Die freie Arztwahl sowie das Recht auf eine Zweitmeinung bleiben zentrale Elemente eines solidari-schen Gesundheitssystems.



Barrierefreiheit ist kein Zusatz, sondern ein verbindlicher Standard. Der Zugang zur Gesundheitsversorgung muss inklusiv sein – baulich, kommunikativ, digital und organisatorisch.



Die primärärztliche Versorgung unterstützt Patient*innen bei der Orientierung und übernimmt die Koordination im Versorgungsprozess. Sie fördert bewusste („informierte“) Entscheidungen durch gemeinsame Entscheidungsfindung.



Das Primärversorgungssystem ermöglicht einen einfachen und wohnortnahen Zugang zu einer umfassenden Gesundheitsversorgung. Zusätzliche qualifizierte Anlaufstellen ergänzen die primärärztliche Versorgung, indem sie Orientierung bieten, Gesundheitskompetenz und Prävention stärken, im Rahmen ihrer jeweiligen fachlichen Zuständigkeiten beraten und bei Bedarf in die primärärztliche Versorgung verweisen.



Der Zugang zur fachärztlichen Versorgung erfolgt grundsätzlich koordiniert über die primärärztliche Versorgung. Direkte Zugänge bleiben dort erhalten, wo sie medizinisch erforderlich oder für eine zeitnahe und bedarfsgerechte Versorgung angezeigt sind.



Primärversorgung muss für alle wohnortnah, gut erreichbar und verlässlich verfügbar sein. Planung und Weiterentwicklung müssen sich an den regionalen Versorgungsbedarfen orientieren und lokale Versorgungsangebote miteinander vernetzen.



Eine interprofessionelle und sektorenübergreifende Zusammenarbeit bündelt Kompetenzen und bildet das Fundament einer modernen Primärversorgung. Ärztliche, pflegerische, therapeutische und soziale Gesundheitsberufe müssen eng vernetzt und als Team zusammenarbeiten, um eine effiziente, qualitätsgesicherte und patientennahe Versorgung zu gewährleisten.



Digitale Möglichkeiten sind als ergänzende Unterstützung zur Verbesserung von Erreichbarkeit, Koordination und Versorgungsqualität zu nutzen – analoge Zugangswege sind stets zu gewährleisten. Der Datenschutz, die Datensicherheit und die Wahrung der Datensouveränität von Patient*innen sind zentrale Voraussetzungen digitaler Versorgung. Medizinische Entscheidungen verbleiben in der Verantwortung qualifizierter Gesundheitsfachkräfte.



Eine strukturierte Ersteinschätzung dient als unterstützendes Angebot der Orientierung von Patient*innen sowie der bedarfsgerechten Zuordnung zur passenden Versorgungsebene. Sie erfolgt telefonisch, digital oder vor Ort in der Primärversorgungseinrichtung. Der Zugang zur Primärversorgung muss zwingend jederzeit gewährleistet sein.



Gesundheitsversorgung ist Teil der öffentlichen Daseinsvorsorge. Die zunehmende Kommerzialisierung sowie Unterschiede zwischen gesetzlich und privat Versicherten erfordern eine Neuausrichtung hin zu einer fairen und bedarfsgerechten Versorgung. Der SoVD strebt daher die Einführung einer solidarischen Bürgerversicherung für die gesamte Bevölkerung in Deutschland auf der Grundlage der gesetzlichen Krankenversicherung an.

Voraussetzungen

Eine moderne, patientenzentrierte Primärversorgung kann ihre Ziele nur erreichen, wenn die strukturellen Voraussetzungen des Versorgungssystems entsprechend ausgerichtet werden. Entscheidend sind ausreichende Versorgungskapazitäten, eine konsequent interprofessionelle Zusammenarbeit, Barrierefreiheit, Prävention sowie eine am Gemeinwohl orientierte Ausgestaltung der Versorgung.

Interprofessionelle Zusammenarbeit

Ein modernes Primärversorgungssystem setzt auf eine konsequente interprofessionelle Zusammenarbeit zwischen ärztlichen und nichtärztlichen sowie pflegerischen und therapeutischen Gesundheits- und Sozialberufen, einschließlich kommunaler Unterstützungsstrukturen.

Ein zentraler Bestandteil ist der Ausbau leicht zugänglicher Anlaufstellen, in denen verschiedene Gesundheitsberufe zusammenarbeiten. Dazu gehören interprofessionelle Primärversorgungsteams, in denen Ärzt*innen, Physician Assistants (PA), Advanced Practice Nurses (APN) und Community Health Nurses (CHN) gemeinsam Verantwortung für die Versorgung übernehmen. Ein solches System nutzt konsequent die Angebote und Kompetenzen aller Gesundheitsberufe entsprechend ihrer Qualifikation und ermöglicht dadurch die eigenverantwortliche Übernahme definierter Versorgungsaufgaben im Rahmen einer interprofessionellen Zusammenarbeit. Dies leistet vor dem Hintergrund des demografischen Wandels und des zunehmenden Fachkräftemangels einen wesentlichen Beitrag zu einer zukunftsfähigen ambulanten Versorgung. Ziel ist eine möglichst umfassende und – wo medizinisch vertretbar – fallabschlie-

ßende Versorgung im ambulanten Bereich. Behandlungsabläufe müssen übergreifend besser koordiniert und Informationen verlässlich zwischen den Beteiligten ausgetauscht werden, um Versorgungslücken zu vermeiden und Patient*innen kontinuierlich zu begleiten.

Versorgungskapazitäten

Eine zukunftsfähige Primärversorgung erfordert eine verlässliche personelle und strukturelle Ausstattung der ambulanten Versorgung. Die bestehenden Engpässe, insbesondere im hausärztlichen Bereich, müssen abgebaut und die Attraktivität der Primärversorgung nachhaltig gestärkt werden.

Allein im hausärztlichen Bereich sind derzeit rund 5.000 Stellen unbesetzt.

Eine Reform der Primärversorgung darf diese Engpässe nicht verschärfen oder den Zugang zusätzlich verengen, sondern muss bestehende Versorgungsdefizite gezielt abbauen. Dazu müssen Ausbildung und Attraktivität der primärärztlichen Tätigkeit gezielt gefördert werden – etwa durch eine stärkere Verankerung der Allgemeinmedizin in Studium und Weiterbildung, zeitgemäße Arbeitsbedingungen sowie



neue Versorgungs- und Kooperationsmodelle. Ergänzend sind Anreize für eine wohnortnahe Versorgung zu schaffen, beispielsweise durch Förderprogramme für Praxisgründungen und -übernahmen in unterversorgten Regionen.

Ebenso ist eine kleinräumigere, verbindliche Bedarfsplanung insbesondere in Großstädten erforderlich. Erhebliche Unterschiede in der Versorgungsdichte, gerade mit Blick auf sozial benachteiligte Quartiere, müssen überwunden und eine bedarfsgerechte Versorgung sichergestellt werden. Kommunale und regionale Akteure sind stärker in die Versorgungsplanung einzubeziehen. Der SoVD befürwortet zu diesem Zweck regional verbindliche Gesundheitskonferenzen und den Ausbau kommunaler Gesundheitszentren.

Barrierefreiheit und Inklusion

Barrierefreiheit, Inklusion und Teilhabe sind Grundvoraussetzungen für eine gerechte Gesundheitsversorgung. Gesund-

heitseinrichtungen müssen umfassend barrierefrei gestaltet werden.

Räumliche Barrieren schränken insbesondere Menschen mit Orientierungs- und Mobilitätseinschränkungen in ihrer freien Arztwahl und dem Zugang zur Versorgung ein. Erforderlich sind niedrighschwellige Terminvergaben, gut erreichbare Kontaktwege sowie unterstützende Strukturen bei der Inanspruchnahme medizinischer Leistungen. Finanzielle Hürden, etwa bei der Kostenübernahme für notwendige Transportleistungen oder Begleitungen, müssen abgebaut werden.

Kommunikative Barrieren erschweren den Zugang zusätzlich. Medizinische Informationen sind häufig nicht verständlich genug. Leichte Sprache, barrierefreie Kommunikation oder Dolmetscherleistungen helfen dabei, diese Barrieren abzubauen, und müssen bereitgestellt werden. Verständliche Informationen, bedarfsgerechte Kommunikationshilfen sowie ausreichend Zeit für Aufklärung und gemeinsame

Entscheidungsprozesse sind unverzichtbar und daher unbedingt sicherzustellen.

Eine moderne Primärversorgung erfordert zudem digitale Barrierefreiheit. Digitale Angebote müssen durch barrierearme Anwendungen sowie analoge Alternativen und gezielte Unterstützung allen Patient*innen offenstehen.

Organisatorische und systemische Zugangshürden, etwa durch schwer erreichbare Gesundheitseinrichtungen, komplexe Terminvergabesysteme und unzureichend abgestimmte Schnittstellen zwischen ambulanter, fachärztlicher und stationärer Versorgung, führen zu Versorgungsproblemen. Besonders Menschen mit Behinderungen sowie chronisch kranke und multimorbide Patient*innen sind deshalb auf eine verlässliche, unterstützende Versorgung angewiesen. Diese gilt es daher zwingend strukturell abzusichern. Barrieren führen zu ungleichen Gesundheitschancen, da der Zugang zur Versorgung weiterhin von individuellen Ressourcen wie Einkommen, Mobilität, Zeit und Gesundheitskompetenz abhängt.

Menschen müssen in die Lage versetzt werden, sich im Gesundheitssystem besser zurechtzufinden, informierte Entscheidungen zu treffen und ihre Gesundheit eigenverantwortlich zu fördern.

Eine zukunftsfähige Primärversorgung muss diese strukturellen Hürden systematisch abbauen. Barrierefreiheit ist keine Zusatzanforderung, sondern grundlegende Voraussetzung für eine gleichberechtigte und bedarfsgerechte Versorgung.

Barrierefreiheit und Inklusion müssen verbindlich gesetzlich geregelt werden und freiwillige Lösungen ersetzen. Damit Patient*innen selbstbestimmte Entscheidungen treffen können, braucht es verpflichtende Qualitätsstandards, ein systematisches Monitoring der Versorgungseinrichtungen und Transparenz über den Stand der Barrierefreiheit. Barrierefreiheit und Inklusion sind verbindlich in der Versorgungsplanung sowie in der Aus- und Fortbildung aller Gesundheitsberufe zu verankern.

Prävention und Gesundheitskompetenz und soziale Unterstützung

Prävention und Gesundheitsförderung sind zentrale Bestandteile einer nachhaltigen Gesundheitsversorgung. Dabei geht es nicht nur darum, Menschen zu gesundheitsförderndem Verhalten zu befähigen, sondern auch darum, die Lebensbedingungen so zu gestalten, dass Gesundheit ermöglicht und erhalten wird. Dazu gehören beispielsweise gute Arbeits- und Wohnbedingungen, soziale Unterstützung, gesunde Ernährung, Armutsvermeidung, gesundheitsfördernde Umweltbedingungen und ein gleichberechtigter Zugang zu Gesundheitsangeboten.

Die Stärkung der Gesundheitskompetenz der Bevölkerung ist dafür ein zentraler Hebel. Menschen müssen in die Lage versetzt werden, sich im Gesundheitssystem besser zurechtzufinden, informierte Entscheidungen zu treffen und ihre Gesundheit eigenverantwortlich zu fördern. Prävention ist als eigenständige Aufgabe der Primärversorgung systematisch auszubauen. Dazu gehören insbesondere Präventionsberatung, Früherkennung, Impfangebote sowie einfache Informations- und Unterstützungsangebote im Lebensumfeld der Menschen. Ergänzend

sind gesundheitsfördernde Maßnahmen insbesondere in belasteten Lebenslagen gezielt anzubieten, etwa in den Bereichen Bewegung, Ernährung und psychische Gesundheit.

Gesundheitsversorgung ist stärker mit sozialen Unterstützungsstrukturen zu verzahnen. Gesundheit ist eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe und muss im Sinne eines „Health in All Policies“-Ansatzes in allen Politikfeldern berücksichtigt werden. Dies umfasst insbesondere den Ausbau niedrigschwelliger, sozialräumlicher Präventions- und Beratungsangebote sowie die enge Anbindung an kommunale Hilfesysteme. Dazu gehören etwa die verbindliche Zusammenarbeit mit Sozial- und Jugendämtern, Schulden- und Wohnungsberatung sowie aufsuchende Versorgungs- und Unterstützungsangebote in benachteiligten Quartieren. Ziel ist der Abbau sozial bedingter Gesundheitsungleichheiten und die Stärkung einer solidarischen Versorgung.

Digitalisierung und Telemedizin

Digitale Anwendungen und telemedizinische Angebote können die gesundheitliche Versorgung sinnvoll ergänzen. Sie können insbesondere dazu beitragen, deren Erreichbarkeit zu verbessern, Abläufe effizienter zu gestalten und die verschiedenen Versorgungsebenen besser miteinander zu vernetzen. Der elektronischen Patientenakte (ePA) kommt dabei eine Schlüsselrolle in der Primärversorgung zu für die Kommunikation und Vernetzung

über verschiedene Versorgungsbereiche und Akteure hinweg. Daneben können strukturierte Ersteinschätzungsverfahren mit digitaler Unterstützung standardisiert, schnell verfügbar und vergleichbar Orientierung ermöglichen und die Einordnung von Versorgungsbedarfen erleichtern, um bei medizinischen Entscheidungen zu unterstützen, ohne dabei die Verantwortung medizinischer Fachkräfte zu ersetzen. Eine bedarfsgerechte Versorgung kann – je nach individueller Situation und abhängig vom Einverständnis der Patient*innen – auch digital oder telefonisch erfolgen. Datenschutz, Datensicherheit, Datensouveränität, Freiwilligkeit sowie ein gleichberechtigter Zugang unabhängig von den jeweiligen finanziellen Möglichkeiten für die Teilnahme sind zentrale Voraussetzungen digitaler Versorgung.

Digitale Anwendungen und telemedizinische Angebote können jedoch nicht den direkten Kontakt und die Versorgung vor Ort ersetzen, wenn Diagnostik oder Behandlung erforderlich sind. Medizinische Entscheidungen verbleiben in der Verantwortung qualifizierter medizinischer Fachkräfte. Der Zugang zu digitalen Gesundheitsangeboten muss durch niedrigschwellige Unterstützungs- und Beratungsangebote so gestaltet werden, dass auch Menschen mit geringer digitaler Erfahrung diese sicher und selbstbestimmt nutzen können. Niemand darf durch die zunehmende Digitalisierung von der Gesundheitsversorgung ausgeschlossen werden. Deshalb müssen neben digitalen Angeboten auch persönliche und analoge Zugangswege dauerhaft gewährleistet bleiben.

Gemeinwohlorientierung

Gesundheitsversorgung ist Teil der öffentlichen Daseinsvorsorge und muss sich am Gemeinwohl und dem gesundheitlichen Bedarf der Bevölkerung ausrichten, nicht an kommerziellen Einzelinteressen. Fehlanreize sind zu beseitigen und Strukturen so auszurichten, dass eine bedarfsgerechte Versorgung unabhängig von sozialem Status, Einkommen oder Wohnort gewährleistet wird. Die zunehmende Kommerzialisierung der ambulanten Versorgung, insbesondere durch investorengetragene medizinische Versorgungsstrukturen, muss deshalb wirksam begrenzt und reguliert werden. Ökonomische Ziele und Renditeerwartungen dürfen medizinische Entscheidungen, Versorgungsangebote und regionale Versorgungsstrukturen nicht bestimmen. Erforderlich sind klare Transparenzpflichten über Eigentums- und Trägerstrukturen sowie eine verbindliche Sicherstellung regionaler Versorgungsverantwortung.

Bürgerversicherung
Der SoVD fordert eine solidarische Bürgerversicherung für alle Bürger*innen – mit gleichem Versicherungsschutz und gleichem Zugang zu medizinischer Versorgung.

Das duale Versicherungssystem führt zu unterschiedlichen Zugangsbedingungen für gesetzlich und privat Versicherte, insbesondere bei Wartezeiten und der Verfügbarkeit von Terminen. Eine verlässliche und bedarfsgerechte Sicherstellung von Versorgungszugängen kann nur gelingen, wenn gesetzlich und privat Versicherte in ein einheitlich ausgestaltetes, solidarisches Versorgungssystem einbezogen werden. Voraussetzung hierfür ist die Überwindung der bestehenden Trennung zugunsten einer solidarischen Gesundheitsversorgung.

Akzeptanz und Vertrauen

Für viele Patient*innen ist die hausärztliche Praxis bereits heute die erste Anlaufstelle bei gesundheitlichen Fragen. Vertrauen in ein modernes Primärversorgungssystem entsteht vor allem dann, wenn bestehende Versorgungswege spürbar verbessert werden – insbesondere durch zeitnahe Termine, bessere Koordination und niedrigschwellige Zugänge.

Die Akzeptanz und Umsetzbarkeit struktureller Veränderungen hängt maßgeblich von spürbaren Verbesserungen im Versorgungsalltag ab. Zwangselemente wie verpflichtende Einschreibesysteme, Gebühren oder Sanktionen leisten hierzu keinen sinnvollen Beitrag. Vielmehr belegen die Erfahrungen mit der bis 2013 erhobenen Praxisgebühr, dass finanzielle Steuerungsinstrumente trotz hohen bürokratischen Aufwands kaum die beabsichtigte Wirkung entfalten, zugleich jedoch soziale Belastungen und Zugangshürden – insbesondere für einkommensschwächere Bevölkerungsgruppen – verstärken.

Zugänge zur Primärversorgung

Im Versorgungsalltag treten unterschiedliche Arten gesundheitlicher Fragestellungen auf – manche Anliegen bedürfen einer Beratung, andere einer medizinischen Abklärung oder Behandlung. Nicht jede dieser Fragestellungen aber erfordert unmittelbar einen ärztlichen Kontakt.

Ein modernes Primärversorgungssystem muss diesen unterschiedlichen Bedürfnissen gerecht werden. Es braucht mehrere Zugänge mit unterschiedlicher Funktion innerhalb eines ganzheitlichen Systems. Die verschiedenen Zugangswege übernehmen dabei jeweils eine unterschied-

liche Lotsenfunktion: Sie unterstützen Patient*innen bei der Orientierung im Gesundheitssystem, der bedarfsgerechten Einordnung gesundheitlicher Anliegen sowie der Koordination des weiteren Versorgungsprozesses.

Das Primärversorgungssystem umfasst drei zentrale Zugangswege:

Zugang über niedrigschwellige Beratungs- und Unterstützungsangebote

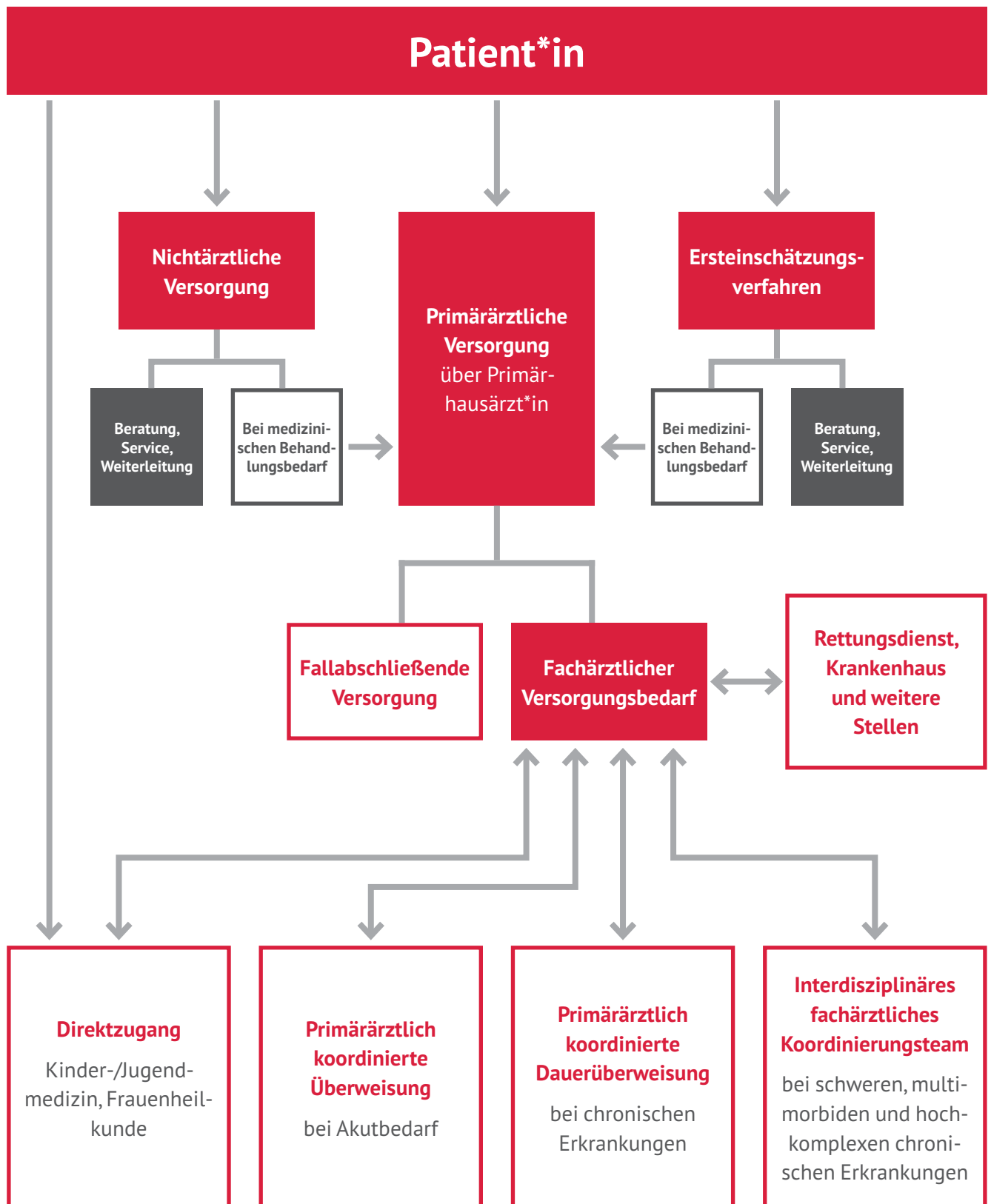
Nicht-ärztliche Beratungs- und Unterstützungsangebote bieten einen niedrigschwelligen Zugang bei gesundheitlichen Fragen. Sie stärken die Gesundheitskompetenz, ermöglichen Beratung und Versorgung im Rahmen ihrer fachlichen Kompetenzen und verweisen bei medizinischem Bedarf in die primärärztliche Versorgung.

Zugang über die primärärztliche Versorgung

Die primärärztliche Versorgung ist zentraler medizinischer Zugangspunkt für Diagnostik und Behandlung. Sie unterstützt Patient*innen, begleitet sie kontinuierlich, koordiniert den Versorgungsverlauf und bindet bei Bedarf weitere Versorgungsangebote ein.

Zugang über eine strukturierte Ersteinschätzung

Strukturierte Verfahren unterstützen Patient*innen und Gesundheitsberufe dabei, gesundheitliche Anliegen einzuordnen und den passenden Versorgungsweg zu finden. Sie ermöglichen eine bedarfsgerechte Zuordnung zur geeigneten Versorgungsebene, ohne Zugänge einzuschränken.



Niedrigschwellige Beratungs- und Unterstützungsangebote

Ein modernes Primärversorgungssystem bindet multiprofessionelle Beratungs- und Unterstützungsangebote als niedrigschwellige erste Anlaufstellen für gesundheitliche Fragen systematisch in die Versorgung ein. Sie bieten eine eigenständige Lotsen- und Beratungsfunktion, indem sie Orientierung geben und gesundheitliche Anliegen entsprechend ihres jeweiligen Kompetenzbereichs einordnen. Nicht jede gesundheitliche Fragestellung muss unmittelbar ärztlich geklärt werden.

Diese Angebote sind kein paralleles Versorgungssystem, sondern Bestandteil einer vernetzten, sektorenübergreifenden Versorgungsstruktur. Sie werden insbesondere durch nicht-ärztliche Gesundheitsberufe und Strukturen wie Community Health Nurses, Advanced Practice Nurses, Apotheken und Gesundheitskioske getragen und durch weitere Beratungsangebote etwa der Stiftung Unabhängige Patientenberatung Deutschland (Stiftung UPD) ergänzt. Niedrigschwellige, sozialräumliche Präventions- und Beratungsangebote etwa der Sozialverbände und Selbsthilfe sowie kommunale Hilfesysteme unterstützen zusätzlich. Sie leisten Beratung, unterstützen ganzheitlich beim Umgang mit gesundheitlichen und sozialen Fragestellungen und fördern Selbstmanagementkompetenzen.

Zugänge werden dadurch erweitert und nicht eingeschränkt: Wo sich ein medizinischer Behandlungs- oder Diagnostikbedarf zeigt, erfolgt die gezielte Weiterleitung in die primärärztliche Versorgung. Das Recht der Patient*innen, sich bei Bedarf direkt an eine Praxis zu wenden, bleibt bestehen. Ziel ist eine bessere Nutzung der vorhandenen Versorgungsressourcen durch mehr Zugangswege, eine stärkere Prävention

und eine frühzeitige Einordnung gesundheitlicher Anliegen.

Das Recht der Patient*innen, sich bei Bedarf direkt an eine Praxis zu wenden, bleibt bestehen.

Strukturierte Ersteinschätzung

Ein standardisiertes Ersteinschätzungsverfahren ermöglicht telefonisch, digital oder unmittelbar vor Ort in den Primärversorgungseinrichtungen eine strukturierte und qualitätsgesicherte Bewertung gesundheitlicher Anliegen und unterstützt zusätzlich Patient*innen dabei, den für sie passenden Versorgungsweg zu finden. Auf Grundlage standardisierter, medizinisch evidenzbasierter Kriterien wie Symptombild und Dringlichkeitsindikatoren erfolgt eine Einordnung durch qualifiziertes Gesundheitsfachpersonal. Dieses stellt fest, inwieweit eine sofortige Behandlung notwendig ist, eine zeitnahe ärztliche Abklärung erfolgen sollte oder zunächst andere Versorgungswege ausreichend sind, auf die verwiesen wird. Eine solche Einordnung ermöglicht eine schnellere, bedarfsgerechtere Versorgung von Patient*innen, entlastet ärztliche Kapazitäten und stärkt die interprofessionelle Zusammenarbeit in der Primärversorgung. Sie ergänzt damit die Lotsenfunktion der Primärversorgung, indem sie Patient*innen Orientierung gibt und ihnen hilft, den für ihr Anliegen passenden Versorgungsweg zu finden. All dies dient der Unterstützung, nicht der Einschränkung von Zugängen; der Zugang zur primärärztlichen Versorgung muss auch beim Ersteinschätzungsverfahren jederzeit gewährleistet bleiben.

Akutleitstellen (insbesondere der medizinische Bereitschaftsdienst der Kas-

senärztlichen Vereinigungen unter der Rufnummer 116 117) bieten ebenfalls – persönlich, digital sowie telefonisch – eine solche standardisierte Ersteinschätzung an. Bei entsprechendem Bedarf können Akutleitstellen fachärztliche Termine direkt vermitteln. Die Terminvergabe erfolgt nach medizinischer Dringlichkeit. Ziel muss eine verlässliche und gerechte Versorgung mit (fach-)ärztlichen Terminen sein. Die Kassenärztlichen Vereinigungen werden verpflichtet, fachärztliche Termine innerhalb einer der Dringlichkeit entsprechenden Frist zu vermitteln (sogenannte Termingarantie). Wenn eine notwendige fachärztliche Versorgung nicht rechtzeitig bereitgestellt werden kann, ist der fachärztliche Direktzugang im Krankenhaus ambulant zu gewährleisten.

Primärärztliche Versorgung

Die **primärhausärztliche Versorgung** ist die erste und zentrale Anlaufstelle für ärztliche Abklärung, Diagnostik und Therapie. Sie übernimmt die medizinische Lotsenfunktion im Primärversorgungssystem, indem sie Patient*innen kontinuierlich begleitet, den weiteren Behandlungsverlauf koordiniert und bei Bedarf weitere Versorgungsangebote einbindet.

Das Recht auf freie Arztwahl sowie das Recht auf eine Zweitmeinung bleiben erhalten.

Fachärztliche Versorgung wird bei Bedarf hinzugezogen, wenn eine spezialisierte Diagnostik oder Behandlung erforderlich ist. Der Zugang erfolgt grundsätzlich koordiniert über die primärhausärztliche Ebene durch **Überweisung**. Koordinierte Zugangswege zur fachärztlichen Versor-

gung sind im deutschen Gesundheitssystem bereits etabliert, insbesondere in den Disease-Management-Programmen (DMP) sowie in der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung (ASV). Diese Versorgungsformen zeigen, dass eine strukturierte, indikationsbezogene und koordinierte fachärztliche Mitbehandlung erfolgreich umgesetzt wird und sich als Versorgungsprinzip bewährt hat.

Der **Direktzugang** zur **Kinder- und Jugendmedizin** sowie zur **Frauenheilkunde** bleibt erhalten. Diese Fachbereiche übernehmen bereits heute eigenständige primärmedizinische Versorgungsaufgaben. Weitere direkte Zugänge können in Betracht kommen, wo besondere medizinische, versorgungsbezogene oder patientenorientierte Gründe eine Ausnahme von der primärärztlich koordinierten Versorgung rechtfertigen.

Bei **chronischen Erkrankungen** erfolgt die kontinuierliche fachärztliche Mitbehandlung auf Grundlage einer von der hausärztlichen Primärversorgung veranlassten **Dauerüberweisung**, sofern ein dauerhafter fachärztlicher Behandlungsbedarf besteht. Dauerüberweisungen sind mit einer angemessenen Gültigkeitsdauer auszugestalten, um Bürokratie abzubauen sowie medizinisch nicht notwendige Arztkontakte und unnötige Belastungen für Patient*innen zu vermeiden. Wiederkehrende Folgeüberweisungen, die vor allem aus Abrechnungsgründen erfolgen, sind nicht sachgerecht und müssen entfallen.

Bei **schweren, multimorbiden und hochkomplexen chronischen Erkrankungen** mit Beteiligung mehrerer Fachrichtungen und relevanten Wechselwirkungen zwischen Therapien ist eine strukturierte interdisziplinäre Versorgung erforderlich. Die ambulante spezialfachärztliche Versor-

gung (ASV) bietet hierfür ein etabliertes Versorgungsmodell, das die fachärztliche Versorgung, die krankheitsspezifische Behandlung und die interdisziplinäre Koordination beinhaltet. Sie ist bislang selektiv ausgestaltet, eng begrenzt und nicht flächendeckend verfügbar. Ziel muss eine bessere Versorgung von Erkrankungen mit hohem interdisziplinärem Versorgungsbedarf, hoher Krankheitslast und komplexen Therapiesituationen sein. Dafür müssen regionale Unterschiede beim Zugang abgebaut und die Verzahnung mit der hausärztlichen und fachärztlichen Regelversorgung gestärkt werden. Erforderlich sind insbesondere eine

Erweiterung der Indikationsbereiche (insbesondere für komplexe onkologische und fortgeschrittene neurologische Erkrankungen mit hohem interdisziplinärem Koordinationsbedarf), eine niedrighschwellige und flächendeckende Zugänglichkeit sowie der Abbau bürokratischer und struktureller Zugangshürden. Die hausärztliche Primärversorgung bleibt weiterhin zentrale Anlaufstelle für die allgemeine medizinische Versorgung, insbesondere für Prävention, Impfungen, Akutbehandlungen, Vorsorge- und Verlaufskontrollen sowie die Behandlung nicht krankheits-spezifischer Gesundheitsprobleme.

Stärkung und Weiterentwicklung der Patientenrechte in Deutschland

Patientenrechte sind ein zentraler Baustein für eine sichere und transparente Gesundheitsversorgung. Dennoch stehen Betroffene bei einem vermuteten oder tatsächlichen Behandlungsfehler häufig vor großen Hürden, ihre Rechte durchzusetzen.

Ein vom SoVD beauftragtes Gutachten zeigt den Reformbedarf auf und formuliert konkrete Empfehlungen zur Stärkung der Patientenrechte in Deutschland.

Weitere Informationen und das Gutachten finden Sie unter:
www.sovd.de/gutachten-patientenrechte



Impressum

Sozialverband Deutschland e. V.
Stralauer Straße 63
10179 Berlin
Tel. 030 72 62 22-0
Fax 030 72 62 22-311
kontakt@sovd.de
www.sovd.de
www.sovd.de/mitgliedsantrag

Verfasser

Florian Schönberg
Abteilung Sozialpolitik

Bildquellen

Titelbild: Tara Fakir / Adobe Stock
S. 4 – 5: PrimeVisuals, Creative Studio, Jhon,
Emongrapic, iconverse / Adobe Stock
S. 7: HockleyMedia24/peopleimages.com / Adobe Stock

Layout

Denny Brückner

Stand

Juli 2026