Stellungnahme
des GKV-Spitzenverbandes zum Antrag der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN Primärversorgung gesetzlich verankern Drucksache 21/2823

04.05.2026

Antrag

GKV-Spitzenverband
Reinhardtstraße 28
10117 Berlin
Telefon 030 206288-0
politik@gkv-spitzenverband.de
www.gkv-spitzenverband.de

Primärversorgung gesetzlich verankern – Die Versorgung der Patientinnen und Patienten bedarfsgerecht steuern, Fachkräfte entlasten

Regelungsinhalte des Antrags:

Mit dem Antrag von BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN wird die Bundesregierung aufgefordert, einen Gesetzentwurf zur Sicherstellung einer flächendeckenden hausärztlichen Versorgung sowie zur Einführung eines Primärversorgungssystems mit folgenden Kernelementen vorzulegen.

- **Primärversorgung als erster Zugang und Koordinationsinstanz**: Haus- und kinderärztliche Praxen als erste Anlaufstelle, Koordinationsfunktion, fallabschließende Behandlung und nach Dringlichkeit gestaffelte Überweisungen; kontinuierliche fachärztliche Mitbetreuung bei chronischen Erkrankungen durch Dauerüberweisungen und eKonsile.
- **Einschreibung mit Anreizen und verbindlicher Überweisungsvorbehalt**: Freiwillige Einschreibung bei einer Primärversorgungspraxis mit verbindlichem Überweisungsvorbehalt (mit Ausnahmen); finanzielle Anreize zur Einschreibung und Bevorzugung bei der Terminvermittlung.
- **Leistungsfähige Primärversorgungspraxen und regionale Vernetzung**: Multiprofessionelle Teams mit klarer Aufgabenverteilung und erweiterter Rolle nicht-ärztlicher Gesundheitsberufe, Nutzung digitaler und telemedizinischer Instrumente, strukturierte Akut-Erstversorgung, ganzheitliche Betreuung vulnerabler Gruppen; digitale und telemedizinische Kooperation mit ambulanten, stationären und pflegerischen Einrichtungen, Aufbau sozialraumbezogener Primärversorgungszentren mit kommunaler Beteiligung.
- **Vergütung, Qualität und Transparenz**: pauschaliertes, teamorientiertes Vergütungssystem mit Qualitätsanreizen, Entwicklung eines Qualitätssicherungssystems, Festlegung von Leistungskatalogen und regelhaft fallabschließend zu behandelnde Krankheitsbilder sowie von Qualitäts- und Mindestanforderungen durch Selbstverwaltung, Nachweis von Effizienzsteigerungen.
- **Stärkung der Hausarztzentrierten Versorgung (HzV)**: Bundeseinheitliche Rahmenregelungen zur Verbreitung der HzV einschließlich erleichterter Facharztverträge und verbindlicher Umsetzung durch alle Krankenkassen.
- **Rahmenbedingungen und Akzeptanz**: Anpassung der Bedarfsplanung zur Verbesserung der Erreichbarkeit, Stärkung der Allgemeinmedizin in Studium und Weiterbildung, bundesweite Informationskampagne zur Akzeptanzsteigerung des neuen Versorgungsmodells.

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes:

Der Antrag von BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN berücksichtigt eine Vielzahl relevanter Anforderungen und Kernelemente für ein leistungsfähiges und bedarfsorientiertes Primärversorgungssystem, welches vom GKV-Spitzenverband bereits in diversen Positions- und Konzeptpapieren adressiert wurde.[1]

[1] Siehe u.a. GKV-Spitzenverband (2024), (2025) sowie (2026).

Primärversorgung als erster Zugang und Koordinationsinstanz

In einem modernen Primärversorgungssystem sollten die primärversorgenden Praxen in Verbindung mit der Nutzung eines hybriden Navigationstools erste Anlaufstelle für die Patientinnen und Patienten sein und die Verantwortung für die Steuerung der Versorgung tragen. Digitale Elemente unterstützen die Praxen dabei und ermöglichen eine effiziente und zielgerichtete Versorgungssteuerung. Bei einem neuen Behandlungsanlass sollte der Zugang zum Versorgungssystem über das Navigationstool erfolgen, das eine strukturierte Einschätzung des Behandlungsbedarfs und dessen Dringlichkeit umfasst. Diese Einschätzung kann sowohl durch die eigenständige Nutzung des Tools durch Versicherte als auch im Rahmen der Anwendung in der Praxis erfolgen. Auf dieser Grundlage werden Patientinnen und Patienten bedarfsgerecht in die jeweils passende Versorgungsebene weitergeleitet.

Der GKV-Spitzenverband unterstützt die im Antrag vorgesehene koordinierende Rolle der primärversorgenden Praxis. Diese soll Patientinnen und Patienten, soweit möglich, fallabschließend behandeln und bei medizinischer Erforderlichkeit die fachärztliche Weiterbehandlung über nach Dringlichkeit gestaffelte Überweisungen koordinieren. Zur Berücksichtigung der besonderen Bedarfe von Menschen mit chronischen Erkrankungen und dauerhaftem fachärztlichem Mitbehandlungsbedarf sollten Dauerüberweisungen möglich sein und telemedizinische Angebote konsequent genutzt werden.

Einschreibung mit Anreizen und verbindlicher Überweisungsvorbehalt

Eine verbindliche Einschreibung der Versicherten bei der primärversorgenden Praxis ist aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes, insbesondere wenn sie - wie im Antrag gefordert - ohnehin jederzeit widerrufbar wäre, nicht erforderlich und zudem mit hohem bürokratischem Aufwand verbunden. Für einen schnellen Überblick ist eine übersichtliche Darstellung aller behandelnden Ärztinnen und Ärzte in der elektronischen Patientenakte zielführend, sodass die primärversorgende Praxis oder gegebenenfalls die koordinierende Facharztpraxis als Adressat von Behandlungsinformationen ersichtlich wird.

Vor diesem Hintergrund sind finanzielle Anreize für eingeschriebene Versicherte sowie eine bevorzugte Terminvermittlung nicht erforderlich. Stattdessen sollte die Inanspruchnahme fachärztlicher Leistungen grundsätzlich an das Vorliegen einer (elektronischen) Überweisung geknüpft und damit Voraussetzung für deren Erstattungsfähigkeit in der gesetzlichen Krankenversicherung sein. Ausnahmen vom verbindlichen Überweisungsvorbehalt sollten von den Partnern des Bundesmantelvertrags festgelegt werden und primär Leistungen der Fachbereiche Gynäkologie, Augenheilkunde sowie Vorsorgeleistungen umfassen.

Die Akzeptanz eines Primärversorgungssystems sollte durch klar erkennbare und transparent kommunizierte Mehrwerte für die Versicherten gestärkt werden. Der Fokus sollte dabei auf den Vorteilen durch die Einführung einer digital gestützten Primärversorgung liegen. Dazu gehört insbesondere die Weiterentwicklung der Krankenkassen-Apps zu einem zentralen Zugangspunkt in die Versorgung. Versicherte könnten dort ihren Versorgungsbedarf erst-einschätzen, vorliegende elektronische Überweisungen einsehen, Termine elektronisch und nach individuellen Präferenzen vereinbaren sowie Informationen aus ihrer elektronischen Patientenakte einsehen. So liegt alles an einer Stelle gebündelt vor. Die elektronische Terminvermittlung ermöglicht eine Vergabe nach medizinischer Dringlichkeit und beschleunigt insbesondere zeitnah erforderliche Facharztbehandlungen. Elektronische Überweisungen stellen sicher, dass sowohl die

primärversorgende als auch die weiterbehandelnde Praxis jederzeit informiert sind und die Versorgung insgesamt transparenter und qualitativ hochwertiger erfolgt.

Leistungsfähige Primärversorgungspraxen und regionale Vernetzung

Der GKV-Spitzenverband begrüßt das Ziel, verstärkt qualifiziertes Personal aus weiteren Gesundheitsberufen in die Versorgung einzubeziehen. Durch eine Ausweitung von Delegations- und (wo sinnvoll) Substitutionsmöglichkeiten medizinischer Aufgaben kann Zeit für die zentralen ärztlichen Tätigkeiten in Diagnostik und Therapie sowie für eine verbesserte Strukturierung der Versorgung gewonnen werden.

Hausärztinnen und Hausärzte sollten bei der Wahrnehmung ihrer Aufgaben nicht nur durch multiprofessionell aufgestellte Praxisteams, sondern insbesondere auch durch digitale Anwendungen unterstützt werden, um eine qualitativ hochwertige und effiziente Primärversorgung sicherzustellen. Der konsequente Einsatz digitaler Bedarfseinschätzungen kann dazu beitragen, Behandlungsanlässe zu identifizieren, die keiner Behandlung in Primärversorgungspraxen bedürfen. Darüber hinaus können Praxen durch automatisierte Terminmanagementsysteme und elektronische Überweisungsprozesse spürbar entlastet werden.

Um das im Antrag genannte Ziel einer nach Dringlichkeit priorisierten Terminvergabe zu erreichen, braucht es ein bundeseinheitliches Terminverzeichnis, in dem Vertragsärztinnen und Vertragsärzte ihre Termine melden. Auf Basis des vom Primärversorger oder vom Bedarfseinschätzungsverfahren festgestellten fachärztlichen Versorgungsbedarfes sowie dessen Dringlichkeit sollen mithilfe der Kopplung von eÜberweisung an das Terminverzeichnis den Versicherten automatisiert Terminvorschläge bei Facharztpraxen unterbreitet werden. Für das bundeseinheitliche Terminverzeichnis sollte das bestehende System nach § 370a SGB V auf Basis der Vorgaben der Partner des Bundesmantelvertrages weiterentwickelt und ausgebaut werden.

Primärversorgungspraxen tragen die Verantwortung für die medizinische Koordination der Versorgung ihrer Patientinnen und Patienten. Ihr Aufgabenbereich sollte jedoch nicht auf die Koordination von Leistungen aus anderen Versorgungsbereichen, wie Pflege oder kommunale Unterstützungsangebote, ausgeweitet werden. Stattdessen sollte auf bestehende und etablierte Versorgungsstrukturen, etwa Pflegestützpunkte, zurückgegriffen werden; bei entsprechendem Bedarf können Primärversorgungseinheiten gezielt an diese Angebote verweisen.

Vergütung, Qualität und Transparenz

Für den Aufbau eines funktionsfähigen Primärversorgungssystems werden Anpassungen am derzeitigen Vergütungssystem notwendig sein. So sind beispielsweise finanzielle Anreize für eine nicht bedarfsgerechte Wiedereinbestellung von Patientinnen und Patienten abzubauen durch die Umstellung der Vergütungssystematik von Quartalspauschalen hin zu einer quartalsübergreifenden Vergütung. Außerdem sollte das Arbeiten in multiprofessionellen Teams und die damit einhergehenden Delegation- und Substitutionsmöglichkeiten stärker als bisher im Vergütungssystem berücksichtigt werden. Diese Anpassungen haben finanzneutral zu erfolgen. Ein erster Schritt zur Weiterentwicklung des vertragsärztlichen Vergütungssystems zum Abbau von Anreizen für nicht notwendige Wiedereinstellungen wurde bereits durch die Einführung einer halbjährlichen Versorgungspauschale für chronisch Erkrankte ohne intensiven Betreuungsaufwand getan.

HzV als freiwilliges Angebot der Krankenkassen

Für den Erfolg einer kollektivvertraglichen Primärversorgung ist es essenziell, dass diese klar im Fokus steht und tatsächlich die Regel in der Versorgung darstellt. Daneben kann der gezielte und für Krankenkassen freiwillige Abschluss von HzV-Verträgen weiterhin möglich sein.

Das für Krankenkassen verpflichtende Angebot von HzV-Verträgen steht jedoch im klaren Widerspruch zur Einführung eines kollektivvertraglichen Primärversorgungssystems. Darüber hinaus birgt die derzeitige Regelung das Risiko erhöhter finanzieller Belastungen für die GKV und widerspricht dem Prinzip einer freien Vertragsgestaltung. Die Ausgaben für Leistungen der HzV nach § 73b SGB V summierten sich im Jahr 2024 auf über 2 Mrd. Euro und stiegen damit gegenüber 2023 um 11,6 Prozent. Hinzu kommen weitere erhebliche Aufwände zur Administration dieser Verträge bei den Krankenkassen. Der bestehende Kontrahierungszwang schränkt zudem die Gestaltungsfreiheit der Krankenkassen als wesentliches Element wirtschaftlicher Steuerung und qualitätsorientierter Versorgungsgestaltung erheblich ein.

Die Krankenkassen sollten daher die Möglichkeit erhalten, eigenständig zu entscheiden, ob und mit welchen Vertragspartnern sowie unter welchen Bedingungen ergänzend zu kollektivvertraglichen Regelungen Versorgungsverträge abgeschlossen werden. Eine freiwillige Regelung ermöglicht es den Krankenkassen, HzV-Verträge gezielt dort einzusetzen, wo ein nachweisbarer Mehrwert für die Versicherten besteht und zugleich die Wirtschaftlichkeit gewahrt bleibt. Vor diesem Hintergrund sollte der einseitige Kontrahierungszwang für Krankenkassen in eine optionale Regelung überführt werden.

Rahmenbedingungen und Akzeptanz

Eine bundesweite Informationskampagne zur Akzeptanzsteigerung eines Primärversorgungssystems wird ausdrücklich begrüßt. Dabei sollten die Vorteile einer digital gestützten Primärversorgung klar und praxisnah kommuniziert werden. Eine zielgerichtete Versorgungssteuerung in der primärversorgenden Praxis in Verbindung mit digitalen Tools ermöglicht Patientinnen und Patienten einen verbesserten Zugang und eine bessere Orientierung im medizinischen Versorgungssystem. Die Kombination aus digitaler Bedarfseinschätzung, elektronischer Überweisung und digitaler, nach medizinischer Dringlichkeit gestufter Terminvermittlung schafft einen durchgängigen, bedarfsorientierten Behandlungspfad. Die Krankenkassen-App wird für Versicherte zum zentralen Knotenpunkt in der Versorgung: Versicherte könnten dort ihren Versorgungsbedarf einschätzen, vorliegende elektronische Überweisungen einsehen, Termine elektronisch und nach individuellen Präferenzen vereinbaren sowie Informationen aus ihrer elektronischen Patientenakte aufrufen. So liegt alles an einer Stelle gebündelt vor. Die Terminvergabe erfolgt dabei nicht vorrangig nach dem Versicherungsstatus, sondern konsequent nach der medizinischen Dringlichkeit. Das System wird dadurch insgesamt gerechter gestaltet und insbesondere zeitnah erforderliche Facharztkontakte können schneller realisiert werden.