

Primärversorgung: niedrigschwellig, barrierefrei, vernetzt.

Paritätische Eckpunkte zur Einführung und Ausgestaltung eines Primärversorgungssystems

Abstract:

Die Bundesregierung plant im Rahmen der anstehenden Gesundheitsreformen die Einführung eines Primärversorgungssystems. Für den Paritätischen ist dies von besonderer Bedeutung. Unter seinem Dach vereint er zahlreiche Organisationen und Dienste, die niedrigschwellige Zugänge zu gesundheitlicher Versorgung und sozialer Beratung bieten und bereits heute vielerorts sektorenübergreifend arbeiten. Diese Erfahrungen und Perspektiven sollen in die Entwicklung eines zukunftsfähigen Primärversorgungssystems eingebracht werden.

Der Paritätische setzt sich für eine niedrigschwellige, sozialraumorientierte und fachübergreifende Primärversorgung ein, die allen Menschen unabhängig von Herkunft, Einkommen oder Versicherungsstatus offensteht. Sie verbindet medizinische, soziale und gesundheitsfördernde Angebote, fördert Kooperation und Vernetzung und schafft einen niedrigschwelligen Zugang zu einer bedarfsgerechten und wohnortnahen Versorgung. Primärversorgung sollte die Menschen nicht ausschließlich bei Krankheit begleiten, sondern auch dazu beitragen, Gesundheit zu erhalten und zu fördern. Prävention und Gesundheitsförderung sollten deshalb als integraler Bestandteil einer zukunftsfähigen Primärversorgung verstanden und entsprechend strukturell sowie finanziell berücksichtigt werden.

Primärversorgung fachübergreifend und sozialraumorientiert gestalten

Primärversorgung ist die erste Anlaufstelle für alle Menschen mit gesundheitsbezogenen Anliegen. Gesundheit ist ein Zusammenspiel körperlicher, psychischer und sozialer Faktoren, das maßgeblich von den Lebensumständen der Menschen geprägt wird (bio-psycho-soziales Gesundheitsverständnis). Für den Paritätischen bedeutet dies auch, Gesundheit als ganzheitliches Ziel zu verstehen, das nicht erst bei der Behandlung von Erkrankungen, sondern bereits beim gesunden Menschen ansetzt. Prävention, Gesundheitsförderung und Gesundheitskompetenz müssen daher als Kernaufgaben auch in der Primärversorgung verankert werden.

- Primärversorgung ist eine multi- und interprofessionelle, sozialraumorientierte und niedrigschwellige Aufgabe. Primärversorgung muss alle Menschen unabhängig von Herkunft, Einkommen oder Versicherungsstatus gleichermaßen erreichen.

- Sie kann in unterschiedlichen Organisationsformen angeboten werden, etwa in hausärztlichen Einzel- und Gemeinschaftspraxen, Medizinischen Versorgungszentren (MVZ), Berufsausübungsgemeinschaften, Primärversorgungszentren (PVZ) sowie in Kooperationsstrukturen sozialer, freigemeinnütziger Träger und Kommunen. Auch niedrigschwellige Beratungsangebote sollen in die Primärversorgung eingebunden werden. Dabei ist eine umfassende Barrierefreiheit für alle künftigen Anlaufstellen der Primärversorgung zwingende Voraussetzung.
- Neben haus- und kinderärztlicher Versorgung umfasst Primärversorgung soziale Beratung, *Social Prescribing* (soziale Unterstützungsangebote auf Rezept), Angebote zur Gesundheitsförderung (z. B. Bewegungs-, Ernährungs- und Stressbewältigungsangebote), aufsuchende und auf Menschen zugehende Dienste sowie Maßnahmen zur Stärkung der Gesundheitskompetenz (z. B. Info-Veranstaltungen). Sie findet in enger Kooperation mit Netzwerkpartnern statt, etwa mit spezialisierten Beratungsstellen der Freien Wohlfahrtspflege (z. B. Schwangerschafts-, Migrations- und Schuldnerberatung, sowie Beratung zu Rehabilitation, Hilfsmitteln und Mobilität), dem ÖGD, Sportvereinen und weiteren Gemeinschaftsangeboten, Selbsthilfeorganisationen und -gruppen, Patientenorganisationen und ehrenamtlichen gemeinwohlorientierten Initiativen.
- Angesichts des demografischen Wandels müssen Pflegestützpunkte, qualifizierte Pflegeberater*innen und Strukturen der gemeindenahen Pflegekoordination als integraler Bestandteil in die Primärversorgung eingebunden werden.
- Es braucht gesetzliche Rahmenbedingungen für eine Stärkung multi- und interprofessioneller Primärversorgungsstrukturen. Dazu zählt der Einsatz von Fachkräften in Primärversorgungszentren, etwa Nichtärztliche Praxisassistent*innen (NäPa), Versorgungsassistent*innen in der Hausarztpraxis (VERAH), Community Health Nurses (CHN), Advanced Practice Nurses (APN), Sozialarbeiter*innen und Pflegefachpersonen.
- Die Vergütungs- und Finanzierungsstrukturen müssen die interprofessionelle Zusammenarbeit fördern und Koordinations-, und Teamleistungen abbilden. Sektorübergreifende Finanzierungsmodelle (GKV, DRV, kommunale Kostenträger) und die Überführung bewährter Modellprojekte in die Regelversorgung sind zu fördern und zu vereinfachen.
- Primärversorgung ist Teil der öffentlichen Daseinsvorsorge. Gründungsberechtigt für Primärversorgungszentren sollten freigemeinnützige und öffentliche Träger sowie Kommunen sein.
- Perspektivisch spricht sich der Paritätische für eine sektorenübergreifende regionale Versorgungsplanung für die Primärversorgung aus. Diese muss Kommunen, Kassenärztliche Vereinigungen und gemeinnützige Anbieter wie Wohlfahrtsverbände einbeziehen und auf einer Bedarfs- und Sozialraumanalyse beruhen. Als ersten Schritt sind hierfür eine bundesgesetzliche Grundlage und ein klares Mandat für Gesundheitsregionen oder Gesundheitskonferenzen erforderlich. Die regionale Versorgungsplanung muss die Erreichbarkeit spezialisierter Versorgung berücksichtigen.

Patientenorientierung und Lotsenfunktion stärken

Mit Blick auf die Zielsetzung einer patientenorientierten Versorgung kommt einem Primärversorgungssystem eine Lotsen- und Koordinationsfunktion im Gesundheitswesen zu. Sie darf nicht als Filterfunktion ausgelegt werden, sondern soll im Sinne eines Netzes gedacht werden, das die beteiligten Akteure miteinander verknüpft und die Patient*innen bedarfsgerecht auffängt.

- Um demografisch bedingte Lücken in der Patientenversorgung zu vermeiden sowie die Bedarfe von Patient*innen mit chronischen Erkrankungen besser zu berücksichtigen, soll die Lotsen- und Koordinierungsfunktion von den primärversorgenden Anlaufstellen wahrgenommen werden.
- Patient*innen werden, wenn erforderlich, möglichst direkt einschließlich der Terminvereinbarung durch die primärversorgende Stelle an fachärztliche und/oder andere therapeutische, pflegerische oder soziale Angebote weitergeleitet. Ziel ist es, möglichst viele Anliegen in den Anlaufstellen der Primärversorgung abschließend zu versorgen und notwendige Weiterleitungen gut zu koordinieren. Bei Bedarf besteht die Möglichkeit einer längerfristigen Fallbegleitung.
- Eine ausschließliche Zuständigkeit von Hausarzt*innen als erste zentrale Anlaufstelle greift zu kurz. Auch andere Facharztgruppen müssen nach Weiterleitung aus der Primärversorgung für die Patient*innen grundsätzlich die koordinierende Funktion übernehmen können, wie etwa onkologisch tätige Facharztpraxen für Patient*innen mit Krebs.
- Bei komplexen Versorgungsbedarfen, insbesondere bei chronischen und seltenen Erkrankungen, braucht es zusätzlich zur Primärversorgung ein verbindliches Fallmanagement mit einer klar benannten Ansprechstelle und -person.
- Für Patient*innen, die z. B. aufgrund von chronischen und/oder seltenen Erkrankungen engmaschig oder langfristig in fachärztlicher Behandlung sind, müssen Ausnahmeregelungen zur Überweisung durch die Primärversorgungs-Anlaufstelle geschaffen werden. Für diese Patient*innen sollten Überweisungen für einen längeren Zeitraum (z. B. ein Jahr) oder ein vollständiger Verzicht auf wiederkehrende Überweisungen vorgesehen werden. Insbesondere bei seltenen Erkrankungen, fortschreitenden Erkrankungen, Behinderungen sowie Behandlungen in spezialisierten Zentren muss es möglich sein, den direkten Zugang zu einer spezialisierten Versorgung offenzuhalten.
- Ein direkter Zugang soll grundsätzlich zum Rettungsdienst und zur Notfallversorgung sowie zu solchen fachärztlichen Angeboten angestrebt werden, bei denen ein unmittelbarer Zugang aus fachlichen oder versorgungspraktischen Gründen erforderlich ist.

Niedrigschwellige digitale und telefonische Zugänge

Digitale Anwendungen und telefonische Zugänge zur Bedarfseinschätzung dürfen keinesfalls verpflichtend dem Erstkontakt zur analogen Primärversorgung vorgeschaltet sein, da dies für vulnerable Gruppen eine zusätzliche und teilweise unüberwindbare Hürde darstellen kann.

- Ein digitales Bedarfseinschätzungssystem kann als Online-Angebot ergänzend zu vor-Ort-Angeboten eine schnelle und zielführende Orientierung bieten, um zur

passenden Versorgungsstelle im Gesundheitswesen weitergeleitet zu werden. Es muss diskriminierungsfrei und niedrigschwellig organisiert und mit der Notfallversorgung und dem Rettungsdienst verknüpft sein. Zudem muss es vollumfänglich barrierefrei ausgestaltet sein durch z.B.

Gebärdensprachdolmetschung sowie lautsprachliche Verdolmetschung mittels Screenreader.

- Niedrigschwellige digitale und telefonische Angebote brauchen Qualitätskriterien zur Erreichbarkeit und der Durchführung der Bedarfsanalyse.
- Auch Akutleitstellen bzw. Terminservicestellen der Kassenärztlichen Vereinigungen (KV) können Hilfesuchende nach einer telemedizinisch strukturierten Bedarfseinschätzung in die fachärztliche Versorgung weiterleiten.
- Bedarfseinschätzungsinstrumente müssen auch seltene und atypische Krankheitsverläufe angemessen berücksichtigen. Bei unklaren, ungewöhnlichen oder fortschreitenden Symptomen muss eine frühzeitige und unkomplizierte Weiterleitung in spezialisierte Versorgungsstrukturen gewährleistet sein.
- Alle relevanten Informationen zu Diagnosen und Therapien müssen standardmäßig elektronisch und interoperabel zusammenlaufen und für das multiprofessionelle Team abrufbar sein, damit eine gemeinsame patientenorientierte Bearbeitung eines Falls möglich ist.
- Darüber hinaus müssen die Patient*innen-Daten (Befunde, Medikation, Behandlungsdokumentation, etc.) über die Primärversorgungseinheit hinaus auch mit Facharzt*innen sowie beteiligten Gesundheitsfachkräften geteilt werden können. Die Weiterentwicklung und barrierefreie Ausgestaltung der elektronischen Patientenakte (ePA) sind hierfür zentral. Patient*innen müssen dabei selbst entscheiden können, welche Informationen ihrer ePA für welche Leistungserbringer*innen einsehbar sind

Berlin, September 2026

Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband – Gesamtverband e.V.

Kontakt: gesundheit@paritaet.org