



Wortprotokoll der 42. Sitzung

Ausschuss für Gesundheit

Berlin, den 6. Mai 2026, 16:00 Uhr
als Kombination aus Präsenzsitzung
(Paul-Löbe-Haus, Saal E 300) und
Zoom-Meeting.

Vorsitz: Dr. Tanja Machalet, MdB

Tagesordnung - Öffentliche Anhörung

Einziges Tagesordnungspunkt

Seite 5

Antrag der Abgeordneten Prof. Dr. Armin Grau, Dr. Janosch Dahmen, Dr. Kirsten Kappert-Gonther, weiterer Abgeordneter und der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN

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

BT-Drucksache 21/2823

Federführend:

Ausschuss für Gesundheit

Mitberatend:

Ausschuss für Recht und Verbraucherschutz

**Mitglieder des Ausschusses**

Fraktionen	Ordentliche Mitglieder	Stellvertretende Mitglieder
CDU/CSU	Beek, Sascha van Borchardt, Simone Hiller, Dr. Matthias Janssen, Anne Müller, Axel Pauls, Dr. Thomas Pilsinger, Dr. Stephan Schmidt, Sebastian Seitz, Nora Streeck, Dr. Hendrik Theiss, Dr. Hans Weiss, Dr. Maria-Lena Zeulner, Emmi	Albani, Stephan Aumer, Peter Demuth, Ellen Ehm, Lars Grasse, Adrian Knoerig, Axel Ludwig, Dr. Saskia Müller, Sepp Reddig, Pascal Rupprecht, Albert Staffler, Katrin Stegemann, Albert Timmermann-Fechter, Astrid
AfD	Baum, Dr. Christina Bloch, Joachim Dietz, Thomas Ebenberger, Tobias Hess, Nicole Schießl, Carina Sichert, Martin Weiss, Claudia Ziegler, Kay-Uwe	Bessin, Birgit Birghan, Dr. Christoph Bollmann, Gereon Fetsch, Thomas Giersch, Alexis L. Kempf, Martina Möller, Stefan Przygodda, Kerstin Schmidt, Dr. Paul
SPD	Machalet, Dr. Tanja Mieves, Matthias David Moll, Claudia Pantazis, Dr. Christos Schwartz, Stefan Seitzl, Dr. Lina Yüksel, Serdar	Ahmetovic, Adis Dittmar, Sabine Glöckner, Angelika Kersten, Dr. Franziska Peick, Jens Schmidt (Wetzlar), Dagmar Stadler, Svenja
BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN	Dahmen, Dr. Janosch Fischer, Simone Heitmann, Linda Kappert-Gonther, Dr. Kirsten Wagner, Johannes	Grau, Prof. Dr. Armin Nick, Dr. Ophelia Piechotta, Dr. Paula Rietenberg, Sylvia
Die Linke	Gürpinar, Ates Merendino, Stella Schötz, Evelyn Stange, Julia-Christina	Arndt, Dr. Michael Brückner, Maik Fey, Katrin Gebel, Kathrin



Liste der Auskunftspersonen

Öffentliche Anhörung am 6. Mai 2026, 16 Uhr, E 300
„Primärversorgung“

- Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM)^{1,4} (online)
- GKV-Spitzenverband² (online)
- Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV)²
- Hausärztinnen- und Hausärzteverband^{1,2}
- Kirsten Schubert (Poliklinik-Syndikat, Geko – Stadtteil-Gesundheits-Zentrum Neukölln)³
- Verbraucherzentrale Bundesverband (vzbv)⁴

¹ Auf Vorschlag der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN zur öffentlichen Anhörung eingeladen.

² Auf Vorschlag der Fraktion der CDU/CSU zur öffentlichen Anhörung eingeladen.

³ Auf Vorschlag der Fraktion Die Linke zur öffentlichen Anhörung eingeladen.

⁴ Auf Vorschlag der Fraktion der SPD zur öffentlichen Anhörung eingeladen.



Die Anwesenheitslisten liegen dem Originalprotokoll bei.



Einzigster Tagesordnungspunkt

Antrag der Abgeordneten Prof. Dr. Armin Grau, Dr. Janosch Dahmen, Dr. Kirsten Kappert-Gonthier, weiterer Abgeordneter und der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN

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

BT-Drucksache 21/2823

Die **Vorsitzende**, Abg. **Dr. Tanja Machalet** (SPD):
Schönen guten Tag, meine sehr geehrten Damen und Herren, liebe Zuschauerinnen und Zuschauer, sehr geehrte Sachverständige, liebe Kolleginnen und Kollegen, ich darf Sie alle herzlich zu unserer öffentlichen Anhörung hier im Gesundheitsausschuss begrüßen, die, wie immer, eine Mischung aus Präsenz und Online-Meeting ist. Ich möchte alle Sachverständigen und alle anderen Teilnehmenden, die online zugeschaltet sind, bitten, sich mit ihrem Namen anzumelden, damit Ihre Teilnahme für uns auch erkennbar ist. Außerdem bitte ich Sie, Ihre Mikrofone vorerst stumm zu schalten. Meine sehr geehrten Damen und Herren, in der heutigen Anhörung beschäftigen wir uns mit dem Antrag von Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN, „Primärversorgung gesetzlich verankern – Die Versorgung der Patientinnen und Patienten bedarfsgerecht steuern, Fachkräfte entlasten“, auf der Drucksache 21/2823. In Ihrem Antrag schlagen die Initiatoren vor, ein Primärversorgungssystem einzuführen, das als erste Anlaufstelle die gesundheitliche Grundversorgung von Patientinnen und Patienten wohnortnah, niedrigschwellig und qualitativ hochwertig sicherstellt und die weitere Betreuung dann effektiv und bedarfsgerecht koordiniert. Die bisherige starke Arztzentrierung bei der gesundheitlichen Versorgung soll aufgegeben werden zugunsten eines Systems, das den nichtärztlichen Gesundheitsberufen, insbesondere qualifizierten Pflegefachkräften in interprofessionellen Teams, mehr Kompetenzen einräumt. Ergänzend müssten nach dem Grundsatz „digital vor ambulant vor stationär“ auch digitale Lösungen zur Entlastung der Gesundheitsberufe entwickelt werden. Über diese und weitere Forderungen wollen wir heute mit Ihnen, sehr geehrte Sachverständige, sprechen. Bevor wir beginnen, will ich noch einige Anmerkungen zum Ablauf dieser Anhörung machen. Uns stehen heute 60 Minuten für Fragen und Antworten zur Verfü-

gung. In dieser Zeit werden die Fraktionen abwechselnd Fragen an die Sachverständigen stellen. Es beginnt die Fraktion, die die Vorlage formuliert hat, also in diesem Fall BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN. Die weitere Reihenfolge orientiert sich dann an der Stärke der Fraktion und beruht auf einer ausschuss-internen Vereinbarung. Es wird immer eine Frage an einen Sachverständigen oder eine Sachverständige gestellt. Frage- und Antwortzeit sind insgesamt auf drei Minuten jeweils begrenzt. Ich darf darum bitten, die einzelnen Wortbeiträge möglichst kurz zu halten, damit viele Fragen gestellt werden können und viele Sachverständige zu Wort kommen. Die Anhörung wird live im Parlamentsfernsehen übertragen und das Wortprotokoll der Anhörung finden Sie im Nachgang auf der Internetseite des Ausschusses. Die aufgerufenen Sachverständigen, die online teilnehmen, weise ich nochmal darauf hin, dass Sie, sobald Sie Ihren Redebeitrag beginnen, für uns hier im Sitzungssaal auf einem Videowürfel zu sehen und zu hören sind. Ihr Bild wird dann auch im Parlamentsfernsehen, beziehungsweise im Videostream, übertragen. Bitte beachten Sie, dass Ihr Bild auch nach Ihrem Redebeitrag möglicherweise noch hier und im Internet gesehen werden kann. Ich bitte die Sachverständigen entsprechend der Regelung in § 70 Abs. 6 Satz 3, - die, die schon mal hier waren, kennen das, - der Geschäftsordnung des Deutschen Bundestages beim ersten Aufruf, aber nur beim ersten Aufruf, etwaige finanzielle Interessenverknüpfungen in Bezug auf den Beratungsgegenstand offen zu legen. Das soll unsere öffentlichen Anhörungen sowohl für die Abgeordneten als auch für die Zuschauerinnen und Zuschauer transparenter machen. Ich danke auch den Sachverständigen, die eine schriftliche Stellungnahme eingereicht haben. Die sind auf der Ausschuss-Internetseite veröffentlicht. Dann habe ich noch einen Hinweis an die Gäste auf der Galerie. Beifallsbekundungen und Zwischenrufe sowie die Aufzeichnung der Anhörung mit dem Smartphone oder anderen Geräten sind nicht gestattet. Das waren jetzt die Hinweise. Wir beginnen mit der Anhörung und die erste Frage stellt Herr Prof. Dr. Grau von BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN. Bitte schön.

Abg. **Prof. Dr. Armin Grau** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Vielen Dank, Frau Vorsitzende. Meine erste Frage geht an Frau Prof. Dr. Buhlinger-Göppfardh vom Deutschen Hausärztinnen- und Hausärzteverband. Ein zentrales Element unseres Antrags ist die



freiwillige Einschreibung der Patientinnen und Patienten in eine Primärversorgungspraxis verbunden mit konkreten Vorteilen, vor allem in Form von priorisierten Facharztterminen. Welche Erfahrungen haben Sie aus der haushaltszentrierten Versorgung mit solchen Einschreibemodellen, insbesondere hinsichtlich der Steuerungswirkung, der Vermeidung unnötiger Facharztkontakte und Krankenhauseinweisungen und der Akzeptanz bei den Versicherten? Und wie beurteilen Sie die Wirkung verschiedener Anreize für so eine Einschreibung?

Prof. Dr. Nicola Buhlinger-Göpfarth (Hausärztinnen- und Hausärzteverband): Buhlinger-Göpfarth für den Hausärztinnen- und Hausärzteverband. Keine Interessenkonflikte. Mit bundesweit mehr als 11 Millionen eingeschriebenen Versicherten in der Hausarztzentrierten Versorgung (HZV) sehen wir, dass eine nicht verpflichtende, aber freiwillige und verbindliche Einschreibung hier funktioniert. Die HZV ist das in der Bundesrepublik am besten evaluierte, gesundheitsökonomisch evaluierte Langzeitprojekt. Und wir sehen dort, dass in der HZV die Zahl der Inanspruchnahmen der Notaufnahmen sinkt, die Krankenhausbelegtage sinken, die Mortalität sinkt. Es gilt der schöne Satz, chronisch Kranke leben länger, wenn sie in einem Hausarztprogramm eingeschrieben sind. Wir sehen insbesondere bei chronisch Kranken, z.B. Diabetikern, weniger Amputationen, weniger Dialysen, weniger Erblindungen. Das sind Evaluationsdaten, die sich mit den internationalen Evaluationsdaten für Primärversorgungssysteme decken. Die sind konsistent, auch dort sieht man weniger Krankenhausbelegtage beispielsweise. Entscheidend in einem Primärversorgungssystem, damit es wirkt, sind bestimmte Voraussetzungen, z.B. die Behandlungskontinuität. Wir denken, dass deswegen z.B. digitale Ersteinschätzungsmodelle, die nicht entsprechende Behandlungskontinuität herstellen können, nicht geeignet sind, einen Erstzugang in ein Primärversorgungssystem alternativ zu schaffen in der Regelversorgung. Ich bin kein Fan von der Idee, dass meine Patientin eine digitale App anrufen muss, um zu fragen, ob sie mit mir sprechen darf. Wir glauben, dass das nicht funktioniert. Meine Empfehlung wäre außerdem, Krankenkassen anzureizen, die X % ihrer Patienten gesteuert versorgen. Das könnte finanzneutral und nach der Risikostrukturausgleich-Logik, also nachdem der Risikostrukturausgleich (RSA) durch ist, über die Jahreszuwei-

sung erfolgen. Da können wir entsprechende Vorschläge machen und haben die schon gemacht. Kernbotschaft ist, die HZV zeigt, dass freiwillige Einschreibung sehr gut funktioniert. Entscheidend finden wir nicht den Anreiz, sondern ein verlässliches, patientennahes System, was in der Versorgung für die Patienten einen erlebbaren Mehrwert darstellt.

Die **Vorsitzende**: Vielen Dank. Dann wären jetzt CDU/CSU in der Reihe. Prof. Dr. Theiss, bitte.

Abg. **Prof. Dr. Hans Theiss** (CDU/CSU): Vielen Dank, Frau Vorsitzende. Unsere erste Frage geht an den GKV-Spitzenverband. Halten Sie die Einführung eines Primärversorgungssystems mit Haus- und Kinderärzten als zentrale Anlaufstellen für geeignet, um die Effizienz zu steigern, die Versorgung ziel- und bedarfsgerechter zu gestalten und die Terminvergabe zu beschleunigen?

Dr. Torsten Fürstenberg (GKV-Spitzenverband): Torsten Fürstenberg für den GKV-Spitzenverband. Bei mir liegen keine Interessenkonflikte vor. Vielen Dank für die Frage. Die genannten Ziele, Effizienz, Versorgungsqualität und auch Bedarfsgerechtigkeit, die können aus unserer Sicht nur vollumfänglich erreicht werden, wenn wir die digitalen Aspekte berücksichtigen. Sie wissen, wir haben einen Fachkräftemangel, wir haben heute schon zu wenig Hausärztinnen und Hausärzte und wir müssen sie insbesondere entlasten. Wir dürfen nicht mehr Fälle generieren. Wir haben in Deutschland ungefähr 1,5 Milliarden Arzt-Patienten-Kontakte. Bevor die primärversorgende Praxis aufgesucht wird, sollte ein digitales Navigationstool überhaupt überprüfen, ob ein Arzt-Patienten-Kontakt zwingend notwendig ist. Das ist bei 37,8 Fieber vielleicht in einer Kinderarztpraxis nicht erforderlich. Wenn wir über die primärversorgende Praxis steuern wollen, müssen wir schauen, dass wir deutlich weniger administrative Kontakte haben. Das sind zum Beispiel Folgeverordnungen, Ausstellungen von Folge Rezepten. Diese Aspekte können zukünftig sicherlich digital angelegt werden, durch ein digitales Navigationstool, was zum Beispiel auch auf die elektronische Patientenakte (ePA) zugreifen kann und schon vorliegende Erkrankungen, chronische Erkrankungen, vielleicht erkennt. Entscheidend ist,



heute können aus unserer Sicht Hausärztinnen und Hausärzte in der Versorgung nicht ordentlich koordinieren, weil ihnen nicht die Informationen vorliegen. Wenn eine Überweisung ausgestellt wird, dann kommt der Versicherte, ob er die Überweisung wahrgenommen hat oder nicht, erst retrospektiv zum Hausarzt. Nämlich wenn er sich einen neuen Termin macht. Durch unsere Vorschläge, eine digitale Überweisung einzuführen, mit dem der Transfer der Behandlungsdaten verbunden ist, wären Versicherte heute schon in einer fachärztlichen Versorgung gut adressiert und die Fachärzte hätten schon die Behandlungsdaten, bevor der Versicherte überhaupt in der Praxis aufschlägt. Und als drittes, und das ist glaube ich ein großes Problem, das sind die Wartezeiten. Hier brauchen wir aus unserer Sicht verpflichtend einen Terminpool, der dann in der Lage ist, automatisch Termine im fachärztlichen Bereich, auch im hausärztlichen Bereich in Einzelfällen für die Versicherten zur Verfügung zu stellen.

Die **Vorsitzende**: Danke schön. Herr Ziegler, bitte.

Abg. **Kay-Uwe Ziegler** (AfD): Vielen Dank, Frau Vorsitzende. Ich würde mich gleich nochmal bei der GKV dranhängen. Sie sagten „verpflichtender Terminpool“. Wie muss man sich das konkret vorstellen, also für die Patienten? Was müssten die da beachten? Ich kann mir das Stand heute ein bisschen schwer vorstellen, aber vielleicht haben Sie da eine konkrete Idee, wie das dann in der Praxis umgesetzt werden sollte und ob Sie das dann nicht nur praktikabel, sondern auch für möglich halten, weil, wenn ich Sie richtig verstehe, ist der Patient dann gezwungen, zu dem Termin zu erscheinen. Gibt es dann irgendwelche Restriktionen, wenn er nicht kommt oder wie muss ich mir das vorstellen?

Dr. Torsten Fürstenberg (GKV-Spitzenverband): Also, wir sehen keine Restriktionen vor, wenn der Versicherte zum Beispiel aus gesundheitlichen Gründen einen Termin nicht wahrnehmen kann, dann sagt er den in der Regel ab. Genauso wie wir für die Ärztinnen und Ärzte keine Restriktionen vorsehen, wenn sie vielleicht krank sind oder einen Termin verschieben müssen an der Stelle. So, das ist unproblematisch. Was stellen wir uns vor? Wir wünschen, dass alle Ärztinnen, alle Vertragsärztin-

nen und Vertragsärzte tatsächlich einen relevanten Anteil ihrer freien Termine in ein bundeseinheitliches Terminverzeichnis stellen sollen. Die Vorgaben dazu, wie viel das sind, das ist bei einzelnen Arztgruppen mehr, bei anderen vielleicht etwas weniger. Die sollten in der Selbstverwaltung zwischen Kassenärztlicher Bundesvereinigung und GKV-Spitzenverband festgelegt werden und auf dieses Terminkontingent haben alle Versicherten Zugriff. Nicht die Kassen, die Kassen wollen darauf keinen Zugriff haben, sondern die Versicherten, die über ihre Krankenkassen-App dann bei Vorliegen einer entsprechenden Überweisung einen Termin zum Beispiel bei einem Facharzt, bei einer Kardiologin buchen können. Der Vorteil ist, dass Termine in so einem Pool zwischen digitaler Überweisung und digitalem Terminpool automatisch gematcht werden können. Das hat nichts mit der freien Arztwahl zu tun. Die bleibt davon nicht betroffen. Die freie Arztwahl bleibt bestehen. Sie kriegen in Ihrer Krankenkassen-App eine Liste von vielleicht fünf, vielleicht nur zwei freien Terminen, die nach der Dringlichkeit der Überweisung entsprechend vortriert sind und den Termin können Sie buchen und der Facharzt/die Fachärztin hat dann in diesem Moment schon die Unterlagen, die für diese Behandlung erforderlich sind. Vielen Dank.

Die **Vorsitzende**: Danke schön. Dann Herr Dr. Pantazis.

Abg. **Dr. Christos Pantazis** (SPD): Herzlichen Dank, Frau Vorsitzende. Meine Frage richtet sich an Frau Schläfke von der Verbraucherzentrale Bundesverband (vzbv). Der vzbv betont, dass ein Primärversorgungssystem an strukturellen Fehlanreizen, schlechter Vernetzung und mangelnder Erreichbarkeit ansetzen müsse, um die Versorgung zu verbessern. Welche Patientenschutzkriterien müssten aus Ihrer Sicht erfüllt sein, bevor ein verbindlicher Überweisungsvorbehalt oder eine digitale Erstein-schätzung verbindlich geschaltet werden darf?

Mara Schläfke (Verbraucherzentrale Bundesverband (vzbv)): Vielen Dank. Mara Schläfke vom Verbraucherzentrale Bundesverband. Keine Interessenkonflikte. Wichtig ist für uns, dass ein Primärversorgungssystem nicht gleich als Gatekeeping-System starten darf. Verbindlichkeit ist nur dann mög-



lich, wenn wir wirklich stabile, qualitätsgesicherte Versorgungsprozesse haben und ausreichende Koordinationskapazitäten da sind. Sowas wie Zwang oder Sanktionen sind eigentlich gar nicht nötig, wenn die neuen Versorgungspfade echten Mehrwert haben für die Verbraucher. Wenn die Zugänge verlässlicher sind, wenn die Prozesse transparenter sind und Versorgung spürbar besser wird für die Patienten, dann gehen sie ganz freiwillig diese Wege. Da ist Verbindlichkeit gar nicht nötig. Als zentrale Voraussetzung dafür sehen wir zum Beispiel einmal einen verlässlichen Zugang und eine Erreichbarkeit der Primärversorgung. Dann eine funktionierende Termingarantie nach medizinischem Bedarf und nach Dringlichkeit, nicht nach wirtschaftlichen Kriterien, was leider oft im Moment der Fall ist. Die Ersteinschätzung soll nicht als Zugangshürde wahrgenommen werden und darf nicht nur ausschließlich digital vorgenommen werden. Das ist für manche einfach kein Medium, um sich gut ausdrücken zu können. Es sollte immer die Möglichkeit geben, noch Zweit- oder Dritteinschätzungen einholen zu können, weil manchmal der Behandlungsbedarf verkannt wird, Symptome vielleicht nicht richtig gedeutet werden. Das wäre uns wichtig auf der Seite. Dann ist es wichtig für uns, dass Facharzttermine bedarfsgerecht und zeitnah vermittelt werden. Können sie zum Beispiel nicht vermittelt werden, dann muss es Termine in den Krankenhausambulanzen geben, die vermittelt werden können. Und sehr entscheidend ist zum Beispiel der Schutz von gewachsenen Behandlungskontexten, gerade für chronisch und mehrfach Erkrankte. Das wäre unnötige Bürokratie, wenn es schon eine gut funktionierende Arzt-Patienten-Beziehung gibt, da noch einen Hausarzt zum Beispiel vorzuschalten. Da würden gute Kontexte schon aufgebrochen werden. Final, abschließend braucht es dann eine belastbare Prüfung der lokalen Voraussetzungen. Was ist da für die Verbraucher vor Ort? Das muss evaluiert werden und es darf wirklich nur schrittweise vorgegangen werden bei der Einführung des Primärversorgungssystems. Also erst dann scharf schalten, wenn wirklich alles funktioniert. Erst dann ist Verbindlichkeit möglich und aus Verbrauchersicht möglicherweise gar nicht mehr erforderlich, weil man die Wege gerne selbst gehen möchte.

Abg. **Dr. Christos Pantazis** (SPD): Herzlichen Dank.

Die **Vorsitzende**: Danke schön. Herr Prof. Dr. Grau, machen Sie weiter? BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN wären an der Reihe.

Abg. **Prof. Dr. Armin Grau** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Ich mache weiter. Meine Frage geht an Frau Prof. Dr. Hummers von der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin. Ich hoffe, sie ist virtuell zugeschaltet. In unserem Antrag schlagen wir vor, durch den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) ein Qualitätssicherungssystem und einen klar definierten Versorgungsauftrag für die Primärversorgungspraxen entwickeln zu lassen, also einen Leistungskatalog, der die wesentlichen Aufgaben systematisch beschreibt. Wie wichtig sind diese Forderungen für die Funktionsfähigkeit von einem Primärversorgungssystem und was sollte dabei aus Ihrer Sicht berücksichtigt werden? Vielen Dank.

Die **Vorsitzende**: Frau Prof. Dr. Hummers, bitte. Sie sind online da.

Prof. Dr. Eva Hummers (Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DE-GAM)): Eva Hummers für die Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin. Ich habe keine Interessenkonflikte, bin nur in geringem Umfang angestellt, selbst hausärztlich tätig. Ich halte sowohl einen Leistungskatalog als auch ein Qualitätsmanagementinstrument, was auf wissenschaftliche Evidenz beruhen sollte, für sinnvoll. Es ist aber nicht kurzfristig für das Funktionieren eines Primärarztsystems erforderlich. Wie initial schon dargestellt, ist das etwas, was es bereits als optionale Basis in der hausarztzentrierten Versorgung gibt und was daher funktioniert. Wichtig wäre, dass hausärztliche Expertise einbezogen ist, auch über den G-BA, dass also nicht das von Fachfremden verhandelt wird. Wichtig ist bei der Qualitätssicherung, dass unterschiedliche Ebenen von Qualität berücksichtigt werden, Ergebnisqualität sowie Prozessqualität, aber auch die sehr unterschiedlichen Voraussetzungen, die dort patienten-seitig existieren. Die Ergebnisse aus der hausarztzentrierten Versorgung können dort ebenso genutzt werden, wie internationale Vorlagen zu solchen Leistungsbeschreibungen, die es gibt und die für Qualitätssicherungssysteme bereits in Arbeit sind.



Dennoch ist das etwas, was nicht von Tag eins erforderlich ist und nicht blitzschnell umsetzbar ist. Es braucht einen gewissen Vorlauf, damit dieses sinnvoll und hilfreich ausgestaltet werden kann. Dennoch spricht sich die Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM) dafür aus, ein solches verbindliches Verfahren zur Definition von Versorgungspfaden und Qualitätsindikatoren zu entwickeln, mit Einbeziehung hausärztlicher Expertise natürlich.

Die **Vorsitzende**: Danke schön. Dann wären jetzt Die Linke an der Reihe, Frau Stange.

Abg. **Julia-Christina Stange** (Die Linke): Vielen Dank, Frau Vorsitzende. Meine Frage geht an Kirsten Schubert. Erste Frage: Die Regierung plant ein Primärversorgungssystem weiterhin in der privaten Einzelpraxis. Geht das überhaupt?

Kirsten Schubert (Poliklinik-Syndikat, Geko – Stadtteil-Gesundheits-Zentrum Neukölln): Guten Tag, Kirsten Schubert. Ich bin Hausärztin im Stadtteil-Gesundheitszentrum in Berlin-Neukölln und im Polyklinik-Syndikat organisiert. Ich habe keine Interessenkonflikte. Natürlich geht das, hausärztliche Versorgung in der Einzelpraxis, aber ich halte es für essenziell, dass wir in multiprofessionellen Teams arbeiten. Dafür steht unser Projekt exemplarisch als Leuchtturmprojekt. Wir arbeiten auf Augenhöhe mit Menschen aus der Pflege, mit Psycholog:innen, mit Psychotherapeut:innen, mit Sozialarbeitern und vielen anderen Berufsgruppen. Dass das wirklich gut funktioniert, wird gerade evaluiert vom Innovationsfonds. Ich komme gerade direkt aus der Praxis hierher und habe einen gleichen Fall, der zeigt, wie essenziell es ist, dass ich mit einer eigenverantwortlich Arbeitenden, in dem Fall Community Health Nurse, auf Augenhöhe arbeite. Eine Patientin, die dringend ins Krankenhaus musste, die ich aber nicht mehr abschließend behandeln konnte, konnte ich direkt an die Community Health Nurse weitergeben, die das jetzt wirklich professionell weiter übernommen hat. Ich halte es für essenziell, dass wir Ärzt:innen als Alleskönner:innen wahrgenommen werden, die alles lösen können. Dafür sind wir gar nicht ausgebildet. Wir sollten in multiprofessionellen Teams arbeiten und inhaltlich bei den Themen, für die wir ausge-

bildet sind, bleiben dürfen, also bei der medizinischen Versorgung. In einer hausärztlichen Versorgung fallen unglaublich viele Themen an. Es geht um Prävention. Es geht darum, dass man die vielen Facetten einer Erkrankung sehen kann und präventiv tätig sein kann. Das kann ich nicht als allein tätige Hausärztin in der Einzelpraxis. Es fehlt oft der kollegiale Austausch. Viele Kolleg:innen arbeiten allein und haben keinen Austausch mit anderen ärztlichen oder fachärztlichen Kolleg:innen. Das halte ich für nicht sinnvoll, auch nicht für die Qualität der Versorgung. Ich glaube, für viele junge Kolleg:innen wird es zunehmend uninteressant, in der Einzelpraxis sich niederzulassen. Das Risiko ist zu hoch, die Arbeit ist unglaublich groß. Es ist viel attraktiver, sich in multiprofessionellen Gesundheitszentren zu befassen, wo man gemeinsame Fallbesprechungen hat. Das hatte ich heute zum Beispiel gerade, dass man wieder auf Augenhöhe gemeinsam über den gesamten Verlauf und den Behandlungspfad der Patient:innen sprechen darf. Das heißt, es braucht essenziell jetzt neue Strukturen. Wir wissen alle aus vielen anderen Ländern, dass das funktionieren kann. Es gibt genügend Evidenzen. Und es muss jetzt ganz klar neue multiprofessionelle Primärversorgungszentren mit verschiedenen Berufsgruppen auf Augenhöhe arbeiten geben.

Die **Vorsitzende**: Danke schön. Die CDU/CSU wäre an der Reihe. Herr Prof. Dr. Theiss, bitte.

Abg. **Prof. Dr. Hans Theiss** (CDU/CSU): Danke, Frau Vorsitzende. Unsere Frage geht an Frau Prof. Dr. Buhlinger-Göpfarth vom Hausärztinnen- und Hausärzteverband. Ist die Anzahl der Haus- und Kinderärzte ausreichend, um flächendeckend ein Primärversorgungssystem einzurichten, auch vor dem Hintergrund der demografischen Entwicklung? Und welche Steuerungsmöglichkeiten sehen Sie?

Prof. Dr. Nicola Buhlinger-Göpfarth (Hausärztinnen- und Hausärzteverband): Danke für die Frage. Nach einer Umfrage des GKV-Spitzenverbandes aus dem Jahr 2024 konnte gezeigt werden, 93 Prozent der Bundesbürgerinnen suchen einmal im Jahr eine Haushaltspraxis auf, mindestens einmal im Jahr. Das heißt, die haben eine Anbindung, über 90 Prozent. Die Terminwartezeiten, gleiches Gutachten, bei hausärztlichen Praxen sind mit ein bis drei Ta-



gen im Durchschnitt sehr niedrig. Die Versicherten sind mit den Wartezeiten bei Hausärztinnen und Hausärzten insgesamt zufrieden. Das Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung (ZI) hat übrigens berechnet, dass ein verbindliches Primärversorgungssystem über Deutschland ausgerollt zwei bis fünf zusätzliche Kontakte pro Tag, pro Praxis bedeuten würde. Und das sage ich Ihnen als Hausärztin, das machen wir. Während Corona haben wir 50 mehr am Tag gemacht. Insbesondere, wenn wir nicht arbeiten wie vor 100 Jahren und mehr Delegation und Digitalisierung implementieren. Zukünftige Effekte, also der Hausärztemangel, 40 Prozent, sind in unserer Fachgruppe über 60 Jahre, eine älter werdende und kränker werdende Gesellschaft, erfordern natürlich zusätzliche Ressourcen. Vor dem Hintergrund hat die WHO bereits 2008 der internationalen Staatengemeinschaft empfohlen, mehr in die Primärversorgungsebene zu investieren. Alle anderen Länder haben das gemacht. Deutschland macht sich jetzt endlich auch auf den Weg, Agenda verbindliches Primärversorgungssystem, hat aber aufgrund der Versäumnisse der Vergangenheit nun Sorge, dass das gelingt. Wir haben als Verband geeignete Konzepte vorgelegt. Das HÄPPI-Konzept (Hausärztliches Primärversorgungszentrum – Patientenversorgung Interprofessionell) ist zum Beispiel ein zukunftsfähiges Konzept in der realen Versorgungslandschaft, das nach jüngsten Ergebnissen der Bertelsmann Stiftung in der Lage ist, die Versorgungsleistung einer Hausarztpraxis mindestens zu verdoppeln und damit den Mehrbedarf der Versorgung zu decken. Zu den Steuerungsmöglichkeiten: Steuerung kann nur über Haus- und Kinderärzte laufen. Dafür gibt es auch eine hohe internationale, konsistente Evidenz. Gebietsärzte, die sind ausgebildet für Organspezialisierung. Und bei Primärversorgung, die gelingen soll, geht es um die Steuerung, Primärversorgung ist kein Selbstzweck. Wir wollen steuern. Steuerung ist auch kein Selbstzweck. Wir wollen effizienter werden. Die ist aber geknüpft an Voraussetzungen. Das sind die vier Cs nach Starfield, sehr konsistent, international evaluiert, viel zitiert. Behandlungskontinuität, ein Erstzugang, also die Primärversorgungsebene muss der erste Ansprechpartner für alle gesundheitlichen Anliegen sein und bleiben. Es muss eine Koordination und eine umfassende Versorgung erfolgen.

Die **Vorsitzende**: Danke, Herr Dietz für die AfD-Fraktion, bitte.

Abg. **Thomas Dietz** (AfD): Vielen Dank. Meine anschließende Frage geht auch an den Hausärztinnen- und Hausärzteverband. Nach meinen Zahlen von 2024 sind 41% der Hausärzte über 60 Jahre alt, 20% davon sogar über 65 Jahre und die Zahlen werden sich in den letzten zwei Jahren noch etwas verschlechtert haben. Unter 40 Jahre sind nur 7,7% der Hausärzte. Welche Steuerungsmaßnahmen erwarten Sie von der Politik, damit dieses angedachte Primärarztsystem überhaupt langfristig funktionieren kann?

Prof. Dr. Nicola Buhlinger-Göpfarth (Hausärztinnen- und Hausärzteverband): Vielen Dank für die Frage. Sie sprechen in der Tat ein existierendes Problem an. Die Zahlen sind richtig. Die Agenda, jetzt ein flächendeckendes, verbindliches Primärversorgungssystem in Kollektiv- und Hausarztzentrierte Versorgung zu implementieren, ist schon Teil der Antwort. Es gab 2023 im Auftrag des GKV-Spitzenverbandes ein Gutachten des IGES-Instituts. Wie kann man mehr hausärztlichen Nachwuchs generieren? Da waren zwei Kernelemente in diesem Gutachten, die ich nennen möchte. Erstens eine faire Bezahlung. Überraschung, Geld ist immer etwas, was gut wirkt. Zweites ist die zentrale Rolle der Hausärztinnen und Hausärzte im System. Das bedeutet, in Systemen, wo Hausärzte und Hausarztpraxen eine koordinierende Rolle haben, wird der Facharzt für Allgemeinmedizin für den Nachwuchs deutlich attraktiver. Das ist ein zentrales Kernelement, sich für diesen Weg zu entscheiden. Der Nachwuchs beobachtet ganz genau, wo ist meine Rolle im künftigen System, was ist mein Beitrag, was kann ich leisten, sodass die Antwort auf Ihre Frage ist: Das, was die Regierungsparteien sich im Moment vorgenommen haben, ist eine gute Agenda, um mehr hausärztlichen Nachwuchs in Zukunft zu generieren.

Die **Vorsitzende**: Danke schön. Die SPD, Frau Dr. Seitzl, bitte.



Abg. **Dr. Lina Seitzl** (SPD): Vielen Dank, Frau Vorsitzende. Meine Frage geht an den GKV-Spitzenverband, Herr Dr. Fürstenberg. Sie weisen auf die Potenziale von Delegation, Substitution, digitalen Bedarfseinschätzungen und automatisiertem Terminmanagement zur Entlastung der Praxen hin. Welche Anforderungen sieht der GKV-Spitzenverband für den flächendeckenden Ausbau von multiprofessionellen Primärversorgungsteams?

Dr. Torsten Fürstenberg (GKV-Spitzenverband): Die Entlastung hausärztlicher Kapazitäten durch eine stärkere arbeitsteilige Versorgung in multiprofessionellen Einrichtungen ist extrem wichtig. Wichtig ist aus unserer Sicht, dass wir aber nicht neue Aufgabenbereiche in den Bereich der hausärztlichen Versorgung bekommen. Es bleibt weiterhin so, dass es Pflegestützpunkte gibt, dass es kommunale Angebote gibt und dass wir etablierte Versorgungsstrukturen in dem Bereich haben. Diese Abgrenzung an der Stelle, die muss so bleiben, sonst überlasten wir aus unserer Sicht die hausärztlichen Praxen. Kooperationsmöglichkeiten und die Einbindung von nichtärztlichem Personal, aber auch telemedizinische Angebote, die sind ganz wichtig. Wir denken zum Beispiel an die Gründung von Zweigpraxen in strukturschwachen Regionen, die dann durch nichtärztliches Personal und telemedizinisch zum Beispiel an die Kernpraxis angebunden sind. Ein wichtiger Punkt ist vielleicht auch, das muss ich sagen, die finanzneutrale Anpassung des derzeitigen Vergütungssystems. Da können wir sicherlich durch die Struktur des Vergütungssystems das Arbeiten in multiprofessionellen Teams und mehr Delegation und Substitution anreizen, als auch die finanziellen Anreize für die medizinisch nicht notwendige Wiedereinbestellung reduzieren. Das insgesamt würde aus unserer Sicht die Kapazitäten im hausärztlichen oder im Primärversorgungsbereich deutlich reduzieren.

Die **Vorsitzende**: Danke schön. BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN, Herr Prof. Dr. Grau, bitte.

Abg. **Prof. Dr. Armin Grau** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Vielen Dank. Nächste Frage richtet sich nochmal an Frau Prof. Dr. Buhlinger-Göpfarth vom Deutschen Hausärztinnen- und Hausärzteverband. Wir schlagen vor, die Primärversorgung konsequent

mit multiprofessionellen Praxisteams zu organisieren und nichtärztlichen Gesundheitsberufen deutlich mehr Verantwortung zu übertragen. Welche konkreten Aufgaben könnten aus Ihrer Sicht sinnvoll delegiert werden und welchen Beitrag würde das zur Entlastung der Hausarztpraxen und zur Sicherstellung der Versorgung angesichts der vielen unbesetzten Sitze leisten?

Prof. Dr. Nicola Buhlinger-Göpfarth (Hausärztinnen- und Hausärzteverband): Vielen Dank für die Frage. Delegation ist ohne Zweifel sinnvoll und wird bereits erfolgreich umgesetzt. So waren wir beispielsweise in der HZV die Ersten, die vor 17 Jahren mit der VERAH, der Weiterbildung zur „Versorgungsassistentin in den Hausarztpraxen“, das erste Delegationsmodell in den Verträgen implementiert hatten. In Deutschland wurde in der Tat so lange auf die Expertise akademisierter Gesundheitsberufe verzichtet. Mit dem HÄPPI-Konzept habe ich und haben wir jetzt ein Konzept vorgelegt, das durch die innovativen Rahmenbedingungen der HZV eine multiprofessionelle Zusammenarbeit in der realen Versorgungslandschaft möglich gemacht hat. Wir haben innerhalb von 5 Monaten 60 HÄPPIs in Baden-Württemberg. Wir schlagen hier Delegation vor, z.B. im Bereich technischer Leistungen. Ich möchte beispielhaft die Sonografie erwähnen. Auch Delegationsmöglichkeiten im Bereich wenig komplexer akuter Beratungsanlässe. PAs (Physician Assistant/Arztassistenten) können beispielsweise Infektsprechstunden oder im Bereich des Case Managements Diabetiker betreuen. Nicht unerwähnt lassen möchte ich, dass wir im HÄPPI-Modell das ganz breit angelegt haben, das Vorhandensein eines akademisierten Gesundheitsberufes. Das ist regional unterschiedlich, je nach der Kenntnis und Erfordernis der regionalen Situation kann z.B. in einem ländlich strukturierten HÄPPI eine Community Health Nurse die Alten- und Pflegeheimbetreuung oder die Wundversorgung weitgehend selbstständig durchführen, während in sozialen städtischen Brennpunktreichen eher Sozialberatung z.B. in einem HÄPPI implementiert werden kann. Entscheidend ist für uns, dass die ärztliche Steuerungsverantwortung klar erhalten bleibt. Wir machen hier mit HÄPPI ein Versprechen der Versorgungsausweitung. Die Bertelsmann-Studie hat gezeigt, dass die Versorgung um mindestens das Doppelte gesteigert werden kann. Dieses Angebot braucht aber Rahmenbedingungen.



Da erfüllt es mich jetzt mit Sorge, dass Vorschläge wie die Fixkostendegression solche innovativen Angebote der Versorgungsausweitung und der hausärztlichen Sicherstellung der Versorgung in der Fläche gefährden.

Die **Vorsitzende**: Danke schön. Die CDU/CSU ist an der Reihe. Nochmal Herr Prof. Dr. Theiss, bitte.

Abg. **Prof. Dr. Hans Theiss** (CDU/CSU): Vielen Dank, Frau Vorsitzende. Unsere nächste Frage geht an Herrn Dr. Hofmeister von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung. Wir fragen: Sollten neben den Augenärzten und Gynäkologen weitere Facharztgruppen ausgenommen werden? Wenn ja, welche weiteren Gruppen und warum?

Dr. Stephan Hofmeister (Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV)): Hofmeister, Kassenärztliche Bundesvereinigung, keine Interessenkonflikte. Vielen Dank für die Frage. Wir glauben, dass die genannten Arztgruppen und die Psychotherapeuten, Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten, diejenigen sind, die den Direktzugang brauchen. Darüber hinaus wird man im Verfahren schauen müssen, es ist vorher schon genannt worden, dass natürlich Patienten, die zum Beispiel in regelmäßiger Dialysebehandlung sind, nicht zusätzlich noch woanders hingehen müssen oder gesetzlich geregelte Vorsorgeuntersuchungen keinen Vorfilter in einer anderen Praxis brauchen als dort, wo sie gemacht werden. Das sind aber Spezialdinge, sodass wir glauben, dass grundsätzlich der Zugang, so wie er angedacht ist mit den benannten Gruppen und der Freistellung für Augenärzte, Gynäkologen und Gynäkologinnen und Psychotherapeuten, Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten ausreichend ist. Wie gesagt, das wird sich à la longue zeigen, dass bei chronisch Kranken und Vorsorge sehr wahrscheinlich noch ein paar Dinge zu spezifizieren sind.

Die **Vorsitzende**: Danke schön. Die nächste Runde geht an Die Linke. Frau Stange, bitte.

Abg. **Julia-Christina Stange** (Die Linke): Vielen Dank, Frau Vorsitzende. Meine zweite Frage geht auch an Kirsten Schubert. Sie arbeiten in einem

Leuchtturmprojekt für multiprofessionelle Primärversorgung. Welche Strukturen und Anreize bräuchten Sie denn, um als Allgemeinärztin wirklich patientenorientiert arbeiten zu können?

Kirsten Schubert (Poliklinik-Syndikat, Geko – Stadtteil-Gesundheits-Zentrum Neukölln): Meine erste ganz klare Antwort ist, wir brauchen unbedingt eine eigene Leistungserbringer-Definition. Wir arbeiten jetzt in einem Patchwork-Konzept. Ich bin niedergelassene Ärztin, habe eine Berufsausübungsgemeinschaft, zusammen mit einem gemeinnützigen Verein, mit Drittmitteln, mit Kassenmitteln, mit Innovationsfondsmitteln. Es ist ein riesiges Patchwork-Konstrukt und es braucht unbedingt eine eigene Trägerform, einen eigenen Leistungserbringer, damit wir wirklich wahrhaftig tätig sein können und nicht die Hälfte der Zeit mit Anträgen schreiben und Hinterherlaufen verbringen. Es muss klar geregelt sein, dass multiprofessionelle Primärversorgungszentren gesetzlich verankert sein müssen. Ich meine mit multiprofessionell, auch in der Abgrenzung vielleicht zu anderen Konzepten, wirklich biopsychosoziale, verschiedene Berufsgruppen, die eigenverantwortlich, gemeinschaftlich arbeiten mit Fallbesprechungen, man kennt es aus dem Krankenhaus, aus verschiedenen Bereichen, Palliativmedizin, Geriatrie und so weiter und so fort. Es gelingt, es ist sinnvoll. Patienten sind nicht nur Medizin, sondern auch das Soziale, die Wohn- und Arbeitsbedingungen und die psychischen Bedingungen. Vor allem gemeinschaftliches Arbeiten mit Psychotherapeut:innen, die oft in der Primärversorgung vergessen werden, halte ich für essenziell und auch die anderen Berufsgruppen wie Heilmittelerbringer, Pharmazeuten und so weiter sind zu nennen. Ich denke nicht, dass es überladend wäre, das unter ein Dach zu bringen. Ich glaube, es ist möglich, es ist befruchtend und sinnvoll, gemeinschaftlich an den Verläufen zu arbeiten. Es geht vor allem darum, Brücken zu bauen in die anderen Versorgungsangebote, vor allem für die vulnerablen Patient:innen, die die Angebote nicht selber aufsuchen und ich stimme Ihnen zu, wir müssen das alles auch nicht digital gelöst kriegen. Wir machen unglaublich gute Erfahrungen in der sehr hohen Vermittlungsquote in die anderen Angebote rund um Sozialberatungen, Reha-Angebote, sämtliche sinnvollen präventiven Angebote. Prävention muss an vorderster Stelle stehen und funktioniert nicht in allein ärztlicher Hand. Es muss in der Pri-



märversorgung verankert sein und es funktioniert nur im biopsychosozialen Team. Wir beweisen das gerade mit dem Innovationsfondsprojekt NAVIGATION, gut nachzulesen. Die Evaluation ist nächstes Jahr im April fertig, zeigt jetzt aber schon gute Erfolge und viele Interessen. Es muss gewährleistet werden, dass wir Hausärzt:innen gemeinsam im Team arbeiten und möglichst wenig eigene, immanente Interessenkonflikte repetitiv durch das aktuelle Honorierungssystem wiederholen, dass wir eine sprechende Medizin machen können. Das halte ich für essenziell, um wirklich, wahrhaftig, kooperativ dieses segmentierte ambulante Versorgungssystem möglichst mit allen unter einem Dach gemeinsam für die Patient:innen organisieren zu können.

Die **Vorsitzende**: Danke schön. Herr Ziegler für die AfD, bitte.

Abg. **Kay-Uwe Ziegler** (AfD): Vielen Dank. Ich würde noch gleich eine Frage an Frau Kirsten Schubert anschließen wollen. Sie sagten vorhin, dass in diesen multiprofessionellen Teams noch keine Evaluierung stattgefunden hat. Frage vielleicht einmal, wie sehen Sie das im ländlichen Raum? Sie kommen nun aus Berlin, da halte ich das alles für sicherlich machbar. Halten Sie das für im ländlichen Raum auch so umsetzbar? Und ich persönlich habe in meiner Jugend das Wort Poliklinik noch so kennengelernt. Ich fand das damals schon nicht schlecht. Was unterscheidet Sie denn von der Poliklinik, die man so aus den östlichen Bundesländern noch so kennt? Essenziell, wo Sie sagen, da ist ein deutlicher Unterschied zu sehen. Und wenn ich Ihnen so zuhöre, klingt es noch relativ doll, so ein bisschen nach Bürokratie, weil Sie alles miteinander ständig verbinden müssen. Sie müssen Anträge stellen. Ist das so bürokratisch, wie es sich jetzt anhört? Und eine Frage noch hinterher. Wie sieht das aus mit den Patienten? Der persönliche Kontakt, also das, was Vertrauensbasis ist, geht das dadurch nicht vielleicht verloren, was Patienten auch bei ihren Ärzten irgendwo erwarten? Das war dann die letzte Frage. Das war sehr komplex, sorry.

Kirsten Schubert (Poliklinik-Syndikat, Geko – Stadtteil-Gesundheits-Zentrum Neukölln): Danke

für Ihre Frage. Genau, also wir machen sehr gute Erfahrungen mit der multiprofessionellen Versorgung. Ich habe nicht das Gefühl, dass wir mehr Bürokratie haben. Also die Bürokratie, die wir haben, die haben wir dem System geschuldet, weil es noch keinen Leistungserbringer und Trägerstruktur für unser Format gibt in Deutschland. Und wir arbeiten tatsächlich extrem patient:innenzentriert. Die werden von uns gut begleitet. Die Community Health Nurses übernehmen einen wichtigen Teil der Behandlungspfadgestaltung. Und ich muss sagen, ich als Ärztin habe die Erfahrung gemacht, dass ich abgeben kann. Das ist ein schönes Gefühl. Man hat eigentlich gelernt, dass man immer alles in den Händen halten muss und steuern muss. Aber die Erfahrung zeigt, es gibt andere sehr gut ausgebildete Berufsgruppen, die unwahrscheinlich gut Befunde erheben können und Patient:innenverläufe steuern können. Und das gemeinschaftliche Arbeiten auf Augenhöhe halte ich für sehr essenziell. Wir haben uns mit den Polikliniken beschäftigt. Und ich denke, da lohnt es sich immer wieder hinzugucken. Da gab es verschiedene Berufsgruppen, auch Physiotherapeuten, Sozialhygiene wurde es glaube ich genannt, die Sozialarbeiter. Das heißt, da wurde viel unter einem Dach gearbeitet. Ich glaube schon, dass wir noch mal multiprofessioneller sind. Wir haben Selbsthilfegruppen bei uns im Zentrum, viele Gruppenangebote. Wir haben eine Stadtteilarbeit. Wir arbeiten klar präventionsorientiert und stadtteillfokussiert. Und das unterscheidet uns, glaube ich, schon jenseits von der gesamten Finanzierung und der Art, wie die Polikliniken in den Staat eingebettet waren, essenziell von damals. Aber es ist immer wieder spannend, sich dieses Konzept anzugucken.

Die **Vorsitzende**: Danke schön. Dann zu der CDU/CSU, Herr Prof. Dr. Theiss.

Abg. **Prof. Dr. Hans Theiss** (CDU/CSU): Vielen Dank, Frau Vorsitzende. Unsere nächste Frage geht an Frau Prof. Dr. Buhlinger-Göpfarth vom Hausärztinnen- und Hausärzteverband. Welche Gruppen chronisch Erkrankter sollten definiert werden, die dann direkt zum Facharzt gehen können? Und wie oft sollte bei diesen Gruppen eine Anbindung an den Hausarzt erfolgen? Zum Beispiel einmal jährlich oder welcher Zeitraum schwebt Ihnen davor?



Prof. Dr. Nicola Buhlinger-Göpfarth (Hausärztinnen- und Hausärzteverband): Danke für die Frage. Chronisch Kranke gibt es viele. Mir ist wichtig klarzumachen, dass wir bei der Gruppe um schwer chronisch Erkrankte sprechen. Es ist vollkommen klar, dass beispielsweise der Dialysepatient seine Jahresüberweisung bekommen kann. Es ist aber aus hausärztlicher Sicht klar und, glaube ich, laienverständlich, dass auch ein Dialysepatient Impfungen braucht. Der hat vermutlich andere nebenstehende schwere Erkrankungen, vielleicht einen Bluthochdruck, eine Herzinsuffizienz. Er hat eine Sturzgefahr, die einer hausärztlichen Koordination und insbesondere einer Polypharmazie-Kontrolle erforderlich machen. Und die Koordination chronisch kranker Patienten, multimorbider Patienten, ist in erster Linie hausärztliche Domäne und erfordert eine hausärztliche Anbindung. Das ist in einem verbindlichen Primärversorgungssystem eigentlich kein Problem, weil er da in seiner Hausarztpraxis eingeschrieben ist und da die Behandlungskontinuität hat. Mindestens quartalsmäßig wird der multimorbide Patient da sowieso gesehen aufgrund der Schwere seiner Erkrankung. Wovor ich warne, dass wir jetzt ein System aufbauen, wo jeder mit einer chronischen Erkrankung irgendwie eine Jahresüberweisung kriegt. Dann hat er mit seinem Bluthochdruck eine beim Kardiologen, dann hat er mit seinem Bandscheibenvorfall eine beim Orthopäden und er hat dann vielleicht noch eine dritte mit der Niereninsuffizienz beim Nephrologen. Alle drei schreiben schön rote, grüne und gelbe Pillen auf und niemand koordiniert diesen Patienten und niemand steuert. Es braucht schon die hausärztliche zentrale Koordinationsaufgabe. Die kann man im Team machen, das muss nicht jedes Mal der Arzt sehen. Da spielen auch andere Themen rein wie Prävention, wie soziale Problematiken, Beratungen zu individuellen Erfordernissen. Ein chronisch Kranker, ein Diabetiker: Was heißt es für mich, wenn ich Diabetes habe? Was heißt es für mich, für meine Familie, für meinen Beruf, für meine Sexualität? Das wird er mit dem Diabetologen in der Weise nicht besprechen können. Dafür brauchen wir eine hausärztlich koordinierte Steuerung. Das ist ganz wichtig, jetzt nicht alles weg zu jahresüberweisen, weil es nach chronisch krank aussieht.

Die **Vorsitzende**: Danke, dann ist die SPD wieder an der Reihe. Frau Dr. Seitzl, bitte.

Abg. **Dr. Lina Seitzl** (SPD): Vielen Dank, Frau Vorsitzende. Meine Frage geht an Frau Prof. Dr. Hummers von der DEGAM. Sie argumentieren, dass genügend hausärztliche Ressourcen vorhanden sein können, wenn unnötige Arbeitsbelastungen, ärztliche Zeit auf High-Value-Care konzentriert und Aufgaben klar an andere Gesundheitsberufe abgegeben würden. Welche konkreten Aufgaben sollten aus wissenschaftlicher Sicht, aus Ihrer Sicht, künftig regelhaft delegiert oder substituiert werden? Und welche Qualifikation, Vergütung und Verantwortungsteilung braucht es dafür verbindlich?

Prof. Dr. Eva Hummers (Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM)): Vielen Dank. Das ist etwas, was in vorherigen Fragen schon angesprochen wurde, dass der bisherige Arztvorbehalt, also dass in Praxen eine Leistung in aller Regel nur abrechenbar ist, wenn sie direkt von der Hausärztin oder vom Hausarzt erbracht wurde, dass das tatsächlich viel administrativen Aufwand schafft, ohne viel Mehrwert zu schaffen. Von daher muss zum Beispiel in Form von Zuschlägen oder von entsprechend größer dimensionierten Pauschalen die Arbeit anderer Gesundheitsberufe, auch wenn das ein Einzelkontakt mit dem Primary Care Manager oder mit der weitergebildeten medizinischen Fachangestellten ist, eine valide und auch finanziell abgebildete Leistung sein, damit so etwas möglich wird. Beispiele für Leistungen, die abgegeben werden können, hatten wir vorhin schon, zum Beispiel eine Infektsprechstunde in unkomplizierten Fällen, zum Beispiel die Versorgung, ich sage mal, sich gut entwickelnder Wunden, zum Beispiel technische Leistungen wie Ultraschalluntersuchungen, die Lungenfunktionsuntersuchungen, zum Teil die Betreuung von Chronikern. Das heißt nicht, dass ein chronischer Diabetestpatient nie wieder von der Hausärztin gesehen wird, auf gar keinen Fall, aber vielleicht nicht jedes Mal, wenn es letztlich um ein Disease-Management-Programm geht, wo eine klar strukturierte Checkliste abgearbeitet wird. Das können qualifizierte andere Gesundheitsberufe gut tun. Im Übrigen auch in einer Zweigpraxis oder in einer Outreach-Sprechstunde irgendwo auf dem Dorf, wo dann nur eine telemedizinische Anbindung an die Hausarztpraxis besteht. Sollten dann dort Komplikationen, Zweifelsfragen aufkommen, dann besteht immer noch die Möglichkeit der Rückanbindung an die Hausarztpraxis. Ein anderer Bereich ist das Ab-



rüsten von rein administrativen Dingen. Auch absehbar länger Kranke nur für 14 Tage krankschreiben zu können. Überhaupt die vielen Krankschreibungen für kurzzeitige Verordnungen machen sehr viel Klickaufwand im Rahmen der bisherigen Digitalisierung. Und manche Früherkennungsuntersuchungen oder häufige Wiederholungsuntersuchungen, die vielleicht mehr der quartalsmäßigen Abrechnung geschuldet sind als dem medizinischen Bedarf.

Die **Vorsitzende**: Danke schön. Dann wäre die AfD an der Reihe. Herr Ziegler, bitte.

Abg. **Kay-Uwe Ziegler** (AfD): Meine Frage geht das erste Mal an die Verbraucherzentrale Bundesverband. Sie sprachen vorhin davon, dass das Thema Gatekeeping-Funktionen damit nicht durchgesetzt werden soll, wenn ich Sie richtig verstanden habe. Für mich vom rein organisatorischen Aufwand, halte ich aber gerade das Thema für nicht unwichtig, um eine gewisse Effizienz zu erzeugen. Was ist Ihr Problem damit? Das wäre nett, wenn Sie das mal klären würden.

Mara Schläpke (Verbraucherzentrale Bundesverband (vzbv)): Vielen Dank für die Frage. Und zwar denken wir, dass bei dieser Thematik, da geht es um die Arzt-Patienten-Kontakte, dass da eine andere Ursachenanalyse betrieben werden muss als Patienten-Bashing. Nach unserem Kenntnisstand ist es so, dass die Arzt-Patienten-Kontakte im Großteil ein bis fünfmal im Jahr sind. Und nur ein ganz kleiner Teil von Patienten hat eine erhöhte Anzahl. Das sind Chroniker, das sind mehrfach Erkrankte, das sind Menschen, die alt sind und deswegen einen gesteigerten Versorgungsbedarf haben und die auch besser mehr Zeit zum Kümern brauchen. Wir sehen da ganz klar die Fehler in dem Vergütungssystem der Leistungserbringer. Es gibt immer so eine Art, wir sagen immer dazu, Wiederbestellungsanreize. Einzelleistungsvergütung, extrabudgetäre Zuschläge, Quartalspauschale. Dazu kommt noch, dass ganz oft eine Vernetzung zwischen den Praxen ausbleibt, gerade bei Befundaustausch, da hat man noch mal Rennerei, dann rennt man noch mal zum nächsten Arzt. Oder auch die ausbleibende Nutzung der ePA führt noch dazu. Und schlussendlich ist es so, dass die Leistungserbrin-

ger über diagnostische oder therapeutische Maßnahmen nach den Regeln und Anreizen, die sie vorgegeben haben und die dann abarbeiten, entscheiden. Wir stellen uns ein Versorgungssystem vor, wo die Konversation dann verbessert ist, die digitalen Standards auch... Ja, das reicht eigentlich.

Die **Vorsitzende**: Danke schön. Dann Herr Prof. Dr. Theiss, bitte.

Abg. **Prof. Dr. Hans Theiss** (CDU/CSU): Danke, Frau Vorsitzende. Wir fragen noch mal Frau Prof. Dr. Buhlinger-Göpfarth vom Hausärztinnen- und Hausärzteverband. Wie sollte der Hausarzt vom Versicherten ausgewählt werden können? Also Stichwort Zuweisung oder Wohnortbezogenheit oder komplett freie Wahl. Und wie oft sollte ein Hausarztwechsel Ihrer Meinung nach möglich sein? Sollten auch mehrere Hausärzte ausgewählt werden können bei verschiedenen Wohnorten beziehungsweise am Wohn- und Arbeitsort?

Prof. Dr. Nicola Buhlinger-Göpfarth (Hausärztinnen- und Hausärzteverband): Da haben wir uns natürlich schon Gedanken gemacht. Wir haben es in der HZV geregelt. Genau diese Problematik. Wir denken, die Hausarztpraxis sollte auch künftig freiwählbar sein. Die Einschreibung sollte freiwillig sein und verbindlich, nicht verpflichtend. Ich glaube, da müssen wir eine Schärfung reinbringen in diese beiden Begriffe. Man kann darüber nachdenken, dass Patienten, die sich nicht für ein gesteuertes System entscheiden wollen, die sollten dann vielleicht doch eine Eigenbeteiligung für den gewählten anderen Zugang zum System leisten. Das ist sicher etwas, das kann man überlegen. Das ist das dänische Modell. Grundsätzlich denken wir aber Freiwilligkeit, Verbindlichkeit, keine Verpflichtung. Wenn wir eine Akzeptanz schaffen wollen für ein flächendeckendes, verbindliches Primärversorgungssystem, dann muss die Akzeptanz kommen durch den erlebten Mehrwert in der Versorgung, den die Bürgerinnen und Bürger dieses Landes dadurch haben, wenn sie sich steuern lassen. Sie sollten bestenfalls erleben, sie kommen dran, werden behandelt, können die Hausarztpraxis niederschwellig erreichen und werden gegebenenfalls koordiniert weiter versorgt. Ein Hausarztwechsel



muss immer möglich sein bei Umzug, das ist klar, oder bei gestörtem Arztvertrauensverhältnis.

Die **Vorsitzende**: Danke schön. Für BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN, Prof. Dr. Grau, bitte.

Abg. **Prof. Dr. Armin Grau** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Meine Frage geht an Frau Prof. Dr. Hummers von der DEGAM. Wir haben rund 5 000 unbesetzte Hausarztsitze und bestehende oder drohende Unterversorgung in vielen Regionen. Deswegen schlagen wir vor, zu Beginn der Reform flächendeckend die hausärztliche Versorgung zu sichern und damit überall die Möglichkeit zur Einschreibung in die Primärversorgungspraxis sicherzustellen. Gleichzeitig wollen wir die Bedarfsplanung kleinräumiger ausrichten, um überall eine gute Erreichbarkeit der Praxen gerade im ländlichen Raum zu ermöglichen. Wie bewerten Sie die Vorschläge und welche Maßnahmen halten Sie für geeignet, um die Versorgungsprobleme vor Ort in den Griff zu bekommen?

Prof. Dr. Eva Hummers (Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM)): Vielen Dank. Das sind zwei verschiedene Vorschläge. In der Tat halte ich die Möglichkeit der Einschreibung in Hausarztpraxen essenziell dafür, dass das ganze System funktionieren kann. Denn sonst haben wir doch wieder tausend Parallelstränge oder auch Leute, die keine Anbindung haben. Wie meine Kollegin Buhlinger-Göpfarth vorhin schon sagte, haben die meisten Menschen im Lande einen Hausarzt, auch wenn der nicht immer in Form einer verbindlichen Einschreibung wahrgenommen wird. In Gegenden, wo das bisher tatsächlich schwierig ist, also in akut unterversorgten Regionen, muss man möglicherweise zusätzliche Anreize schaffen, Patienten aufzunehmen. Man muss vielleicht flexiblere Möglichkeiten schaffen, Sprechstunden vor Ort, auch mal in Form von Outreach-Sprechstunden in Räumlichkeiten, die öffentliche Räumlichkeiten sind, anzubieten. Auch durch Teammitglieder, die vielleicht nicht ärztlich ausgebildet sind, sondern die ärztliche Rücksicherung haben und dann bestimmte Sprechstunden nur anbieten können, damit die Möglichkeit der Einschreibung in der Praxis erweitert werden kann. Was dann nicht passieren darf, ist das, was auch in der Diskussion ist, dass Praxen abgestaffelte Vergü-

tungen dafür erleben, dass sie mehr Patienten versorgen. Das ist kontraproduktiv. Noch kurz zur kleinräumigen Planung. Das ist mittelfristig sicher sinnvoll. Kurzfristig müsste man evaluieren, ob das Auswirkungen auf die Niederlassungsbereitschaft hat und wie gesagt mit der Lösung von Zweigpraxen argumentieren. In manchen Fällen vielleicht von solchen, die von Kommunen getragen sind und dann Anstellungsverhältnisse ermöglichen, um dort übergangsweise Lösungen zu finden. Insgesamt würde durch so ein Modell sicherlich die Attraktivität des Hausarztberufes wieder steigen. Sie steigt schon, sodass es dort möglich sein dürfte, entsprechende Engpässe aufzufangen.

Die **Vorsitzende**: Danke schön. Frau Dr. Seitzl für die SPD.

Abg. **Dr. Lina Seitzl** (SPD): Vielen Dank, Frau Vorsitzende. Meine Frage geht an Herrn Dr. Fürstenberg vom GKV-Spitzenverband. Wir wissen, dass in Deutschland der Zugang zur medizinischen Versorgung sowohl regional unterschiedlich ist, als auch, dass wir soziale Unterschiede sehen bei der gesundheitlichen medizinischen Versorgung. Deswegen die Frage mit Blick auf das Primärversorgungssystem: Wie kann das tatsächlich vielleicht sogar zur Reduktion regionaler und sozialer Ungleichheiten im Zugang zur Versorgung beitragen, beziehungsweise wie können wir dafür sorgen, dass diese Ungleichheiten regional und sozial nicht weiter verstärkt werden?

Dr. Torsten Fürstenberg (GKV-Spitzenverband): Vielen Dank. Vielleicht zunächst zu den sozialen Ungleichheiten: Wie bekommen Sie denn heute am besten und am schnellsten einen Termin? Wenn Sie einen ärztlichen Kollegen kennen oder eine Kollegin, wenn Sie schnell am Telefon sind, wenn Sie schnell im Internet sind, aber das sind nicht die Kriterien, nach denen wir zukünftig einen Termin vergeben wollen. Die Terminvergabe muss zukünftig ausschließlich, und wirklich ausschließlich, nach der medizinischen Dringlichkeit organisiert werden und nicht nach dem Versichertenstatus, auch ein attraktives Instrument, um zu selektieren, und auch nicht nach den individuellen Fähigkeiten der Versicherten, sich in dem wirklich komplexen Gesundheitssystem zurechtzufinden. Das ist,



glaube ich, entscheidend, die medizinische Dringlichkeit. Und dann stellt zum Beispiel die Terminvermittlung über die Krankenkassen-Apps durchaus über Applikationen der Kassenärztlichen Vereinigung sicher, dass dies auch ausschließlich nach der medizinischen Dringlichkeit erfolgt. Wir haben fragwürdige Vorgehensweisen privater Plattformen. Dafür gab es schon mal einen gesetzlichen Anpassungsbedarf. Der ist wichtig. Es geht darum, dass wir eine Diskriminierungsfreiheit haben und dass die Daten nicht kommerziell genutzt werden. Und dann sind wir da, glaube ich, ein ganzes Stück weiter, um sicherzustellen, dass wirklich ausschließlich die medizinische Dringlichkeit den Termin und die schnelle Terminvergabe sicherstellt. Wir haben des Weiteren die Stärkung der Gesundheitskompetenz. Das ist ein ganz wichtiger Aspekt zur Reduktion sozialer Ungleichheiten, die wir sicherstellen wollen, durch Gesundheitsinformationen, die in einem Navigationstool bereitgestellt werden. Und wir haben insgesamt eine bessere Orientierung im Gesundheitssystem durch die primär versorgende Praxis in Verbindung mit den digitalen Instrumenten, die ich vorhin schon dargestellt habe. Die Reduktion regionaler Ungleichheiten ist deutlich schwieriger herzustellen. Wir haben den Einsatz von Telemedizin. Wir hatten schon mehrfach genannt das Thema Zweigpraxen. Und es ist natürlich eine Möglichkeit, dass man fallabschließend bestimmte Versorgungskonstellationen tatsächlich digital zukünftig löst. Danke.

Die **Vorsitzende**: Danke schön. Herr Prof. Dr. Theiss, bitte.

Abg. **Prof. Dr. Hans Theiss** (CDU/CSU): Danke, Frau Vorsitzende. Wir würden nochmal Herrn Dr. Fürstenberg vom GKV-Spitzenverband fragen: Welche Einsparpotenziale erwarten Sie durch die Einführung eines Primärversorgungssystems, wohl hinsichtlich der Höhe als auch der betroffenen Bereiche, beispielsweise durch weniger Krankenhausaufenthalte?

Dr. Torsten Fürstenberg (GKV-Spitzenverband): Das Ziel des Primärversorgungssystems sollte im ersten Schritt nicht einsparen sein. Jedenfalls nicht heute. Übermorgen können wir über alles Mögliche reden, nicht heute. Wir müssen die Versorgung, wir müs-

sen die Anzahl der Fälle, wir müssen unsere Versorgungsengpässe erstmal beheben, sodass wir tatsächlich in einem ersten Schritt nicht von relevanten Einsparvolumina ausgehen. Die erzielen wir dann später im Verlauf, zum Beispiel durch die Effizienzgewinne, die wir durch die begleitende Einführung solcher digitalen Unterstützungsinstrumente, Bedarfseinschätzungen, elektronische Überweisung und auch Terminvermittlung erreichen. Wir haben dann reduzierte Fälle in der Praxis. Wir haben eine in den Primärversorgungspraxen deutlich bessere Koordination der Versorgung, damit einhergehend eine bessere Qualität der Versorgung und dann irgendwann hoffentlich weniger Krankenhausfälle. Wir haben eine bessere Transparenz über die Versorgung, wir haben weniger Doppeluntersuchungen. Das sind die ganzen Themen, die adressiert sind, die wir aus unserer Sicht mit der Einführung des Primärversorgungssystems angehen. Aber Einspareffekte werden sich nicht von heute auf morgen ergeben. Vielen Dank.

Die **Vorsitzende**: Danke schön. Herr Ziegler, bitte.

Abg. **Kay-Uwe Ziegler** (AfD): Ich würde mich nochmal an den GKV-Spitzenverband wenden. Sie sagten, die Terminvergabe muss ausschließlich nach medizinischer Dringlichkeit gesteuert werden. Da stellt sich mir die Frage, wer legt denn die im Vorfeld fest? Das halte ich für schwierig. Ich kann Ihnen da Recht geben. Es wäre schön, wenn das so ginge, aber das ist die Frage, wer legt denn das fest? Das muss am Ende wieder ein Arzt machen. Und dann ist der Patient schon beim Arzt. Also ich will nur sagen, ich kann Ihre Richtung, wo Sie hinwollen, nachvollziehen. Ich weiß nur noch nicht, wie das in der Praxis ablaufen soll. Wenn es.. das ist ja ein unterschiedliches Befinden, aber Sie wissen, wo ich hinmöchte. Also das wäre meine Frage, danke.

Dr. Torsten Fürstenberg (GKV-Spitzenverband): Ich denke schon. Also der Standard ist doch in Zukunft, dass eine Hausärztin oder ein Hausarzt einen fachärztlichen Behandlungsbedarf sieht, eine Überweisung ausstellt und diese verbindet mit einer Dringlichkeit innerhalb von drei Tagen oder vielleicht erst, wenn es eine Vorsorgeuntersuchung ist, in sechs Monaten. Und diese Dringlichkeit ist



dann festgestellt. Und anhand dieser Dringlichkeit kann aus unserer Sicht dann ein Matching mit bestehenden Terminen erfolgen. Ist es ein akut notwendiger Behandlungsbedarf oder ist es ein Behandlungsbedarf vielleicht erst in einigen Tagen, in einigen Wochen oder, das muss man auch Versicherten ehrlich sagen, vielleicht auch erst in einigen Monaten bei bestimmten Vorsorgeuntersuchungen. Und ein digitales Ersteinschätzungstool, was wir jetzt derzeit zum Beispiel in der Notfallversorgung haben, das ist für die akuten Behandlungsanlässe gut in der Einschätzung, für längerfristige Behandlungsanlässe ist das derzeit noch nicht gut. Das müsste man an diesen Stellen entsprechend weiterentwickeln, um das sicherzustellen, dass die Dringlichkeit des medizinischen Behandlungsbedarfs da richtig eingeschätzt wird. Primär gehen wir davon aus, das machen weiterhin die Hausärztinnen und Hausärzte. Ich sage immer, Hausärztinnen und Hausärzte sind die primär versorgenden Praxen. Danke schön.

Die **Vorsitzende**: Vielen Dank. Dann noch mal Frau Stange für Die Linke, bitte.

Abg. **Julia-Christina Stange** (Die Linke): Das freut mich sehr, vielen Dank, dass wir noch mal zu Wort kommen. Ich freue mich schon auf die Terminvergabe, tatsächlich ohne den Versicherungsstatus zu beachten. Wir werden Sie daran erinnern. Meine Frage geht noch mal an Kirsten Schubert. Die ambulante Versorgung läuft heute fast ausschließlich privatwirtschaftlich, also gewinnorientiert. Wie bewerten Sie das und welche Rückschlüsse ziehen Sie daraus?

Kirsten Schubert (Poliklinik-Syndikat, Geko – Stadtteil-Gesundheits-Zentrum Neukölln): Das ist auf jeden Fall ein ganz zentraler Punkt, dem wir uns viel widmen, auch im Gesundheitskollektiv, im Polyklinik Syndikat. Ich selbst merke jeden Tag, wie ich als Hausärztin immer dem Bedarf der Honoraroptimierung unterliege, dass man ständig versucht, das, was man tatsächlich erbringt, irgendwie abzubilden. Ich kriege sehr viele Rückmeldungen von Patient:innen, die, wenn ich sie fachärztlich überwiesen habe, tatsächlich dort Leistungen bezahlen mussten, die ich überhaupt nicht beauftragt habe, also Individuelle Gesundheitsleistungen

(IGeL). Es wird an allen Ecken und Enden versucht, Geld zu machen. Ich kriege die Patienten nicht bei Dermatologen und bei anderen Fachberufen unter, weil die meines Erachtens Termine eher für private Leistungen unterbringen. Ich denke, wir brauchen unbedingt eine ambulante Versorgung, die koordiniert unter einem Dach ist und die Gesundheit wirklich als Allgemeingut sieht, also die nicht an privatwirtschaftlichen Interessen orientiert ist, sondern ganz klar patientenorientiert und mit einem guten öffentlichen Gesundheitsdienst vernetzt, an der Prävention orientiert ist. Im Moment ist es eher zersplittert und viele ärztliche Kollegen fühlen sich gezwungen und haben die Möglichkeit, vielleicht auf andere Arten Geld zu erheben. Diese Zugänglichkeit ist sehr verwirrend für die Patienten. Deswegen braucht es möglichst viel unter einem Dach, um gerade die vulnerablen Patient:innengruppen gut erreichen zu können, übrigens auch auf dem Land gut umsetzbar. Ich hatte vorhin die Frage nicht vollständig beantwortet. Unser Modell ist definitiv etwas für die ländlichen Regionen, wo einfach möglichst viele an einem Ort auffindbare Leistungen sind und nicht verteilt mit langen Wegen, sondern ein klarer definierter Ort, ob in der Großstadt oder auf dem Land, das ist für die Patient:innen immer die bessere Wahl als dieser Dschungel-Gesundheitswesen, den wir gerade haben, wo die Patient:innen mit einem Zettel in der Hand, einem Rezept oder einer Überweisung ihren Weg durchfechten müssen. Da brauchen wir eine klare Fokussierung auf Orte, die wirklich an der gesellschaftlichen Verantwortung, Gesundheit für alle Menschen gleich zugänglich zu gestalten, interessiert und orientiert sind.

Die **Vorsitzende**: Die allerletzte Frage geht dann noch mal an den Kollegen Theiss.

Abg. **Prof. Dr. Hans Theiss** (CDU/CSU): Welche, Ehre, vielen Dank, Frau Vorsitzende. Unsere Frage geht an den Kollegen von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung. Und zwar empfehlen Sie eine etappenweise Einführung des Primärversorgungssystems und wenn ja, in welchen Schritten und über welchen Zeitraum?

Dr. Stephan Hofmeister (Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV)): Vielen Dank für die Frage. Das



kann man grundsätzlich wahrscheinlich etappenweise machen. Das käme darauf an, wie die Gestaltung ist. Wichtig ist, wenn man das etappenweise macht, dass die Schritte so angelegt sind, dass sie nicht disruptiv wirken in der Versorgung. Also das wäre zum Beispiel nicht unterjährig irgendwo mit-tendrin, weil sich selbst, wenn man den Quartals-bezug in Zukunft zurecht aufweicht, an solche Grenzen sich das halten sollte. Also möglicher-weise schrittweise ja. Vorher ist schon mal genannt worden, manche Dinge sollte man vielleicht erst mal eine Weile beobachten, bevor man den nächs-ten Schritt macht. Aber pauschal kann ich jetzt keine Empfehlung geben, in welchen Schritten, weil ich noch nicht weiß, wie das aussehen soll.

Die **Vorsitzende**: Okay, da werden wir mit Sicher-heit irgendwann schlauer sein. Vielen Dank für Ihre Teilnahme, für Ihre Auskunft. Ich wünsche al-len noch einen guten Nachhauseweg, eine gute Restwoche. Ich gehe davon aus, dass wir uns das ein oder andere Mal hier noch wieder treffen wer-den. Die Sitzung ist geschlossen.

Schluss der Sitzung: 17:04 Uhr

gez.

Dr. Tanja Machalet, MdB

Vorsitzende