

Primärversorgungssystem: Gezielte Patientensteuerung – oder Weg in die Wartelistenmedizin?



Die Einführung eines Primärversorgungssystems könnte den Zugang zur ambulanten fachärztlichen Versorgung in Deutschland grundlegend verändern. Für die Chirurgie stellt sich dabei insbesondere die Frage, wie Patientinnen und Patienten mit entsprechendem Behandlungsbedarf künftig in die chirurgische Versorgungsebene gelangen. Welche Rolle spielen Haus- bzw. Primärärzte als Lotsen, welchen Stellenwert haben IT-Anwendungen und wie lässt sich die notwendige direkte fachärztliche Versorgung sicherstellen?

Dr. Janosch Dahmen ist Unfallchirurg und Notfallmediziner und seit 2020 als Abgeordneter (Bündnis 90/Die Grünen) im Bundestag. Das Interview führte Dr. Friederike Burgdorf.

Friederike Burgdorf: Herr Dahmen, was sind aus Ihrer Sicht die wichtigsten Ziele des geplanten Primärversorgungssystems? Welche Probleme im deutschen Gesundheitswesen sollen damit konkret gelöst werden?

Janosch Dahmen (JD): Wir brauchen in Deutschland dringend mehr Orientierung und Verlässlichkeit für Patientinnen und Patienten. Unser Problem ist nicht, dass Menschen grundsätzlich zu häufig medizinische Hilfe suchen, sondern dass wir sie häufig nicht schnell genug an den für ihr konkretes Problem richtigen Ort bringen. Gleichzeitig haben wir knappe ärztliche Ressourcen, lange Wartezeiten und noch immer zu viele Doppeluntersuchungen und unkoordinierte Behandlungspfade.

Ein gutes Primärversorgungssystem muss deshalb vor allem drei Dinge leisten: Erstens eine schnelle und qualifizierte Ersteinschätzung, zweitens eine verbindliche Weiterleitung in die medizinisch richtige Versorgung und drittens eine nach Dringlichkeit abgestufte Termingarantie. Dabei darf Primärversorgung nicht schlicht bedeuten: „Vor jedem Facharztbesuch erst einmal zum Hausarzt.“ Das würde nur neue Arztkontakte und einen neuen Flaschenhals produzieren.

Wir brauchen stattdessen verschiedene Zugangswege – über Haus- und Kinderärzte, die 116 117 und eine gute digitale Ersteinschätzung – sowie klare Direktzugänge und längerfristige Überweisungen, wo die Diagnose ohnehin feststeht. Entscheidend ist: Nicht mehr Bürokratie zwischen Patient und Facharzt, sondern schneller die richtige Behandlung.

Kritiker befürchten, dass das Primärversorgungssystem den direkten Zugang zu Fachärzten erschwert. Wie stellen Sie sicher, dass Patientinnen und Patienten mit chirurgischen Erkrankungen, z. B. einer akuten Verletzung, weiterhin ohne unnötige Verzögerungen die richtige Versorgung erhalten? Wird es nach stationären Aufenthalten Überweisungen für Behandlungsepisoden zur chirurgischen Nachbehandlung geben?

JD: Genau daran wird sich zeigen, ob die Reform gut gemacht ist. Niemandem wäre geholfen, wenn ein Patient nach einer Frakturversorgung, einer Operation oder bei einer klar erkennbaren chirurgischen Behandlungsindikation erst einen zusätzlichen hausärztlichen Termin organisieren müsste.

Akute Verletzungen müssen über eine strukturierte Ersteinschätzung unmittelbar in die geeignete Versorgung gelangen können – je nach Befund beispielsweise in eine chirurgische Praxis, eine D-Arzt-Praxis, ein integriertes Notfallzentrum oder eine Notaufnahme. Ein Primärversorgungssystem darf hier keine zusätzliche Schleife einbauen.

Und auch bei der Nachbehandlung halte ich Behandlungsepisoden für wesentlich sinnvoller als Einzelüberweisungen. Wer nach einer Operation mehrere postoperative Kontrollen, einen Verbandswechsel oder eine weitere chirurgische Behandlung benötigt, braucht nicht vor jedem Termin erneut eine hausärztliche Freigabe. Gleiches gilt für chronische oder bereits fachärztlich diagnostizierte Erkrankungen. Wir brauchen dafür Jahres- beziehungsweise Episodenüberweisungen und klar definierte Direktzugänge.

Die Steuerung muss dort einsetzen, wo der richtige Behandlungsweg unklar ist – nicht dort, wo er medizinisch längst feststeht.

Für den Bereich der gesetzlichen Unfallversicherung existiert in Deutschland bereits seit mehr als 100 Jahren ein bewährtes und erfolgreiches Primärarztsystem: die durchgangsz ärztliche Versorgung. Was kann das neu zu konzipierende System davon lernen?

JD: Eine ganze Menge. Das D-Arzt-Verfahren zeigt zunächst, dass verbindliche Steuerung keineswegs im Widerspruch zu einem schnellen Facharztzugang stehen muss. Im Gegenteil: Wenn Zuständigkeiten, Qualifikationsanforderungen und Behandlungspfade klar definiert sind, kann Steuerung sogar einen sehr direkten Zugang zu spezialisierter Versorgung ermöglichen.

Interessant sind für mich vor allem drei Prinzipien: eine klare Zuständigkeit, definierte Qualitätsanforderungen und die Verantwortung für den weiteren Behandlungsweg. Der D-Arzt ist eben nicht bloß eine administrative Überweisungsstation, sondern entscheidet qualifiziert, welche Versorgung erforderlich ist und organisiert den weiteren Prozess.

Natürlich lässt sich ein spezialisiertes System der gesetzlichen Unfallversicherung nicht eins zu eins auf 75 Millionen gesetzlich Versicherte übertragen. Aber das Grundprinzip ist richtig: Primärversorgung funktioniert dann gut, wenn sie medizinische Verantwortung organisiert – und nicht lediglich zusätzliche Bürokratie produziert.

Viele chirurgische Praxen arbeiten bereits heute an ihrer Kapazitätsgrenze. Welche Auswirkungen erwarten Sie auf die ambulante Chirurgie – sowohl hinsichtlich der Patientenzahlen als auch der Qualität der Zuweisungen?

JD: Im besten Fall kommen weniger Menschen an der falschen Stelle und dafür die richtigen Patienten schneller in die chirurgische Versorgung. Eine gute Ersteinschätzung kann beispielsweise vermeiden, dass unspezifische Beschwerden unnötig in hochspezialisierten Praxen landen. Gleichzeitig muss sie gewährleisten, dass jemand mit einer tatsächlich chirurgischen Erkrankung nicht wochenlang durch verschiedene Versorgungsebenen wandert.

Aber wir dürfen uns nichts vormachen: Steuerung schafft keine einzige zusätzliche Arztstunde. Wenn wir knappe ambulante Kapazitäten lediglich anders verteilen, ohne gleichzeitig Arbeitsbedingungen, Delegation, Digitalisierung und Vergütung zu verbessern, werden wir das Grundproblem nicht lösen.

Gerade die ambulante Chirurgie ist zudem zentral für die politisch gewünschte Ambulantisierung. Es wäre widersinnig, immer mehr Leistungen aus dem Krankenhaus ambulant erbringen zu wollen und gleichzeitig die wirtschaftlichen und personellen Voraussetzungen dafür zu verschlechtern. Primärversorgung und Ambulantisierung müssen deshalb gemeinsam gedacht werden.

Ein häufiges Argument für das Primärversorgungssystem ist die bessere Steuerung der Patientenströme. Wie wollen Sie die Steuerung handhaben, ohne die angekündigten digitalen Instrumente bereits erfolgreich implementiert zu haben?

JD: Das ist aus meiner Sicht tatsächlich eine der entscheidenden Gelingensbedingungen. Man kann nicht zuerst die Zugangstür schließen und danach anfangen, das Leitsystem aufzubauen.

Wir brauchen eine funktionierende elektronische Überweisung, interoperable Terminsysteme, eine verlässliche digitale und telefonische Ersteinschätzung und vor allem Transparenz darüber, wo überhaupt zeitnah Versorgungskapazitäten verfügbar sind. Mit dem im Juli beschlossenen Digitalgesetz werden dafür erste technische Voraussetzungen geschaffen. Die elektronische Überweisung soll allerdings schrittweise erst bis 2029 eingeführt werden. Das zeigt schon, wie wichtig die richtige Reihenfolge ist.

Deshalb halte ich nichts von einem Primärversorgungssystem nach dem Prinzip „Überweisungspflicht ab Stichtag X“. Die Infrastruktur muss vorher funktionieren und praktisch erprobt sein. Digitalisierung ist hier kein Komfortfeature, sondern eine Voraussetzung dafür, dass aus Steuerung keine Rationierung durch Warteschlangen wird.

Das System wird nur funktionieren, wenn Hausärztinnen und Hausärzte ausreichend verfügbar sind. Wie realistisch ist die Umsetzung angesichts des bestehenden Hausärztemangels – insbesondere im ländlichen Raum?

JD: Wenn Primärversorgung bedeutet, dass künftig jeder zusätzliche Versorgungsvorgang persönlich durch eine Hausärztin oder einen Hausarzt laufen muss, ist sie angesichts unserer demografischen Entwicklung zum Scheitern verurteilt.

Deshalb müssen wir Hausarztpraxen gerade von Aufgaben entlasten, für die nicht zwingend ärztliche Arbeitszeit erforderlich ist. Gute Primärversorgung ist Teamversorgung: mit qualifizierten medizinischen Fachangestellten, Community Health Nurses beziehungsweise Advanced Practice Nurses und anderen Gesundheitsberufen, ergänzt durch digitale und telefonische Ersteinschätzung.

Hinzu kommen strukturelle Fragen: attraktive Niederlassungsbedingungen, mehr Weiterbildung in der Allgemeinmedizin, regionale Versorgungsplanung und neue Versorgungsformen gerade im ländlichen Raum.

Die Hausärztinnen und Hausärzte sollen medizinische Lotsen sein. Sie dürfen aber nicht zu menschlichen Überweisungsterminals werden.

Chirurginnen und Chirurgen wünschen sich häufig frühzeitige Überweisungen bei bestimmten Krankheitsbildern, etwa bei Hernien, Gefäßerkrankungen oder chronischen Wunden. Wie kann verhindert werden, dass notwendige chirurgische Eingriffe durch zusätzliche Steuerungsebenen verzögert werden?

JD: Indem wir medizinische Pfade definieren, statt pauschale administrative Hürden aufzubauen. Bei Warnsymptomen, klaren Diagnosen oder bereits bestehenden fachärztlichen Behandlungsepisoden muss die Weiterleitung unmittelbar erfolgen.

Gerade bei Gefäßerkrankungen oder chronischen Wunden kann eine verzögerte fachärztliche Behandlung erhebliche Folgen haben. Eine Primärversorgung, die hier lediglich Wartezeit vor die eigentliche Behandlung setzt, wäre medizinisch und ökonomisch kontraproduktiv.

Deshalb brauchen wir gemeinsam mit den Fachgesellschaften entwickelte Indikations- und Versorgungspfade und eine qualifizierte Ersteinschätzung. Die entscheidende Frage darf nicht lauten: „Hat der Patient den richtigen Schein?“ Sondern: „Welche Versorgung braucht dieser Patient – und wie schnell?“

Welche Anreize soll das Primärversorgungssystem für eine engere Zusammenarbeit zwischen Hausärzten, Chirurgen und anderen Fachdisziplinen schaffen? Gibt es Überlegungen zu gemeinsamen Versorgungspfaden oder einer stärkeren sektorenübergreifenden Vergütung?

JD: Das halte ich für einen zentralen Punkt. Wir haben in Deutschland noch immer ein Vergütungssystem, das einzelne Kontakte und Leistungen häufig besser abbildet als einen gut koordinierten Behandlungspfad. Solange jeder Sektor ökonomisch für sich funktioniert, bleibt sektorenübergreifende Zusammenarbeit häufig vom persönlichen Engagement einzelner Ärztinnen und Ärzte abhängig.

Wir brauchen deshalb stärker populations- und behandlungsepisodenbezogene Vergütungselemente, gemeinsame Versorgungspfade und einen verlässlichen digitalen Informationsfluss. Gerade an den Übergängen zwischen Hausarzt, Facharzt und Krankenhaus gehen heute Zeit und Informationen verloren.

Für bestimmte Krankheitsbilder kann ich mir gemeinsame sektorübergreifende Behandlungspfade sehr gut vorstellen. Entscheidend ist aber, dass Kooperation honoriert wird und nicht zusätzliche unbezahlte Koordinationsarbeit erzeugt.

Langfristig müssen wir weg von der Logik „Wer erbringt welche Einzelleistung in welchem Sektor?“ und stärker hin zu der Frage „Wer übernimmt gemeinsam Verantwortung für das Behandlungsergebnis?“.

Woran werden Sie persönlich den Erfolg des Primärversorgungssystems messen? Welche Kennzahlen – beispielsweise Wartezeiten, Versorgungsqualität, Patientenzufriedenheit oder Kostenentwicklung – wären für Sie der Beleg, dass die Reform tatsächlich funktioniert?

JD: Für mich wäre die Reform erfolgreich, wenn Patientinnen und Patienten schneller am richtigen Ort versorgt werden und gleichzeitig die Beschäftigten im Gesundheitswesen weniger Zeit mit vermeidbarer Bürokratie und Fehlsteuerung verbringen.

Dafür würde ich nicht nur auf Kosten schauen. Wir sollten mindestens messen: die Wartezeit bis zur medizinisch notwendigen Behandlung, vermeidbare Mehrfachkontakte und Doppeluntersuchungen, die Zahl vermeidbarer Notaufnahmebesuche und Krankenhausaufnahmen, die Kontinuität der Versorgung, patientenberichtete Erfahrungen und natürlich medizinische Qualitätsindikatoren.

Besonders wichtig finde ich die Zeit von der ersten Kontaktaufnahme bis zur definitiven Versorgung. Bei einer reformierten Primärversorgung darf nicht einfach nur der erste Hausarztkontakt schnell stattfinden, während der notwendige Facharzttermin anschließend unverändert lange dauert.

Und selbstverständlich müssen wir die Entwicklung regional betrachten. Ein System, das in einer Großstadt funktioniert, aber in strukturschwachen Regionen den Zugang verschlechtert, ist keine erfolgreiche Reform.

Mein Maßstab wäre deshalb ziemlich einfach: Kommt ein Mensch mit einem gesundheitlichen Problem künftig schneller, verlässlicher und mit weniger Umwegen zu der Behandlung, die er tatsächlich braucht? Wenn ja, haben wir etwas verbessert. Wenn wir lediglich weniger Facharztkontakte zählen, haben wir das Ziel verfehlt.

Autor:innen des Artikels



Dr. Janosch Dahmen

Abgeordneter im Bundestag
Sprecher für Gesundheitspolitik
Bündnis 90/Die Grünen



Das Interview führte:

Dr. med. Friederike Burgdorf, M. Sc.

Geschäftsführerin
Berufsverband der Deutschen Chirurgie e.V. (BDC)

 [Kontakt](#)

Dahmen J, Burgdorf F: Primärversorgungssystem: Gezielte Patientensteuerung – oder Weg in die Wartelistenmedizin? Passion Chirurgie. 2026 Oktober; 16(10): Artikel 03_03.