

# Primärärztliche Steuerung und Koordination stärken – gesundheitliche Ungleichheiten verringern?

Dokumentation eines Fachgesprächs der Diakonie Deutschland  
am 1. Juli 2025

## Ziel des Fachgesprächs

In vielen anderen Gesundheitssystemen ist eine primärärztliche Versorgungssteuerung nicht mehr wegzudenken. Primärärzt:innen sind hier die erste Anlaufstelle bei gesundheitlichen Fragen und Beschwerden. Sie koordinieren die medizinische Versorgung und leiten, wenn erforderlich, an spezialisierte Fachärzt:innen weiter. Zumeist arbeiten sie nicht in Einzelpraxen, sondern in größeren Gesundheits- oder Primärversorgungszentren.

In Deutschland erfolgt die ambulante ärztliche Versorgung bis dato weitestgehend unkoordiniert. Versicherte entscheiden weitestgehend selbst, ob sie mit ihren Anliegen eine Hausärztin oder eine spezialisierte Fachärztin aufsuchen. Nur für wenige fachärztliche Leistungen ist eine Überweisung notwendig. Das soll ich jetzt ändern: CDU, CSU und SPD haben sich im Koalitionsvertrag für die aktuelle Legislaturperiode darauf verständigt, ein verbindliches Primärärzt:innensystem einzuführen, um eine zielgerichtete Versorgung und eine schnellere Terminvergabe zu erreichen. Viele gesundheitspolitische Akteure begrüßen dieses Vorhaben, einige haben bereits eigene Konzepte für dessen Umsetzung vorgelegt.

In einem Fachgespräch am 1. Juli 2025 haben wir uns gemeinsam mit Interessierten aus Landesverbänden, Fachverbänden, Trägern und Einrichtungen der Diakonie zu den wichtigsten Streitfragen ausgetauscht und diskutiert, wie eine primärärztliche Versorgungssteuerung die Versorgung von Menschen mit komplexen gesundheitlichen und sozialen Unterstützungsbedarfen verbessern und gesundheitliche Ungleichheiten verringern kann.

## Welche Konzepte für eine primärärztliche Steuerung und Koordination liegen auf dem Tisch?

CDU, CSU und SPD haben sich im Koalitionsvertrag schon auf erste Eckpunkte für das Vorhaben verständigt. In der Verbändelandschaft stößt das Vorhaben auf deutliche Zustimmung: viele gesundheitspolitischen Akteure begrüßen eine stärkere primärärztliche Steuerung und Koordination. Viele erkennen an, dass Menschen bei der Navigation im Gesundheitssystem mehr Unterstützung benötigen und dass man hierbei nicht allein auf die Stärkung von Gesundheitskompetenz und auf Eigenverantwortung setzen dürfe.

Kontrovers diskutiert wird vor allem, ob das Vorhaben angesichts des bereits bestehenden Hausärzt:innenmangels praktisch überhaupt umgesetzt werden kann. Eine Streitfrage ist zudem, ob wir statt auf die PrimärÄRZT:IN allein nicht vielmehr auf PrimärVERSORGUNGSstrukturen setzen sollten, in denen gesundheitliche Versorgung gemeinsam in multiprofessionellen Teams gestaltet wird.

Viele gesundheitspolitischen Akteure haben in den letzten Monaten Empfehlungen zur Ausgestaltung des Vorhabens gemacht - einige davon haben wir uns genauer angeschaut.

- Das Modell „Persönliches Ärzteteam<sup>1</sup>“ des Verbands der Ersatzkassen, März 2025
- Das Konzeptpapier „Koordination und Orientierung in der Versorgung<sup>2</sup>“ der Bundesärztekammer, April 2025
- Das Konzeptpapier „Ambulant passgenau versorgt<sup>3</sup>“ der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, Mai 2025
- Das Positionspapier „Primärversorgung: Patientenorientierte Koordination in der ambulanten Versorgung<sup>4</sup>“ des GKV-Spitzenverbands, Juni 2025

### **Vorbild „Hausarztzentrierte Versorgung“?**

In Deutschland gibt es seit dem Jahre 2004 mit der „Hausarztzentrierten Versorgung“ (HzV) nach § 73b Abs. 1 SGB V bereits ein Primärärzt:innenmodell über Selektivverträge. In der HzV schreiben sich Patient:innen bei einer hausärztlichen Praxis ein und verpflichten sich dazu, diese aufzusuchen, bevor sie spezialisierte fachärztliche Versorgung in Anspruch nehmen. Hausärzt:innen können entscheiden, ob sie an der HzV teilnehmen möchten. Krankenkassen sind verpflichtet, ihren Versicherten eine HzV anzubieten. Aktuell sind bundesweit etwa 10 Mio. Versicherte in der HzV eingeschrieben. In Baden-Württemberg wurde die HzV über die Jahre intensiv wissenschaftlich begleitet<sup>5</sup>. Die Ergebnisse sind vielversprechend: Versicherte, die an der HzV teilnehmen, nehmen seltener eine Notfallversorgung in Anspruch als andere Versicherte. Bei Versicherten mit chronischen Krankheiten, die an der HzV teilnehmen, kommt es zudem seltener zu Komplikationen und Krankenhauseinweisungen.

## Wie ist eine primärärztliche Steuerung und Koordination auszugestalten?

### Wer wird die primärärztliche Steuerung übernehmen?

Im Koalitionsvertrag ist vereinbart, dass Hausarzt:innen und Kinderarzt:innen die primärärztliche Steuerung übernehmen werden. Hierfür spricht sich auch die Bundesärztekammer (BÄK) aus. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) schlägt vor, dass auch Gynäkolog:innen steuern sollen dürfen. Der Verband der Ersatzkassen (VDEK) plädiert dafür, dass alle Versicherten sich ein persönliches Ärzteteam aus einer Hausarzt:in und maximal drei Facharzt:innen zusammenstellen können, die die primärärztliche Steuerung übernehmen. In anderen Ländern, die ein vergleichbares System bereits etabliert haben, sind überwiegend Allgemeinärzt:innen oder Hausarzt:innen steuernd tätig<sup>6</sup>.

---

<sup>1</sup> Verband der Ersatzkassen (VDEK) (23.05.2025)

<sup>2</sup> Bundesärztekammer (April 2025)

<sup>3</sup> Kassenärztliche Bundesvereinigung (Mai 2025)

<sup>4</sup> GKV-Spitzenverband (25.6.2025)

<sup>5</sup> Gerlach & Szecsenyi, 2020

<sup>6</sup> Wittlinger & Sundmacher (2025)

Bundesärztekammer und GKV-Spitzenverband machen deutlich, dass Ärzt:innen die primärärztliche Steuerung und Koordination nicht einfach nebenbei mit erledigen können. Sie betonen, dass primärärztlich tätige Praxen hierfür einen klar definierten Versorgungsauftrag benötigen und dass dieser ein breit zugeschnittenes Leistungsspektrum beinhalten müsse:

#### **Bundesärztekammer<sup>7</sup>**

„Vor der Einführung eines Primärarztsystems bedarf es einer Definition des Versorgungsauftrags und der Rahmenbedingungen primärärztlicher Versorgung. Es muss sichergestellt werden, dass alle primärärztlich tätigen Praxen den definierten Versorgungsauftrag erfüllen. Prävention, Gesundheitskompetenz und Gesundheitsvorsorge müssen insbesondere diesem Leistungsspektrum zugeordnet werden. Maßgeblich für die primärärztliche Versorgung ist ein kontinuierlicher und ganzheitlicher Versorgungsansatz, der das soziale/familiäre Umfeld der Patientinnen und Patienten mitberücksichtigt.“

#### **GKV-Spitzenverband<sup>8</sup>**

„Damit Primärversorgung gut funktioniert, braucht es einen klar definierten und verbindlichen Versorgungsauftrag. Dieser Auftrag sollte interprofessionell ausgerichtet sein und regeln, dass primärversorgende Praxen die zentrale Rolle bei der Koordination der Patientinnen und Patienten übernehmen und dafür sorgen, dass diese gezielt durch die verschiedenen Versorgungsstufen geleitet werden.“

## **PrimärARZT oder PrimärVERSORGUNG?**

Viele gesundheitspolitische Akteure sind überzeugt, dass eine primärärztliche Steuerung und Koordination zu begrüßen sei, es aber weitere Strukturreformen brauche, um den Herausforderungen, die wir im Gesundheitswesen aktuell sehen, gerecht zu werden. Die WHO betont seit langem, dass alle Mitgliedsstaaten ihre Gesundheitssysteme stärker auf die Primärversorgung ausrichten sollen. Auch der Sachverständigenrat Gesundheit hat in seinen Gutachten immer wieder für den Aufbau multiprofessioneller Primärversorgungsstrukturen geworben<sup>9</sup>. Ein vielversprechendes Konzept hat beispielsweise die Robert-Bosch-Stiftung mit den „Patientenorientierten Zentren zur Primär- und Langzeitversorgung“ (PORT) vorgelegt. Der Hausärztinnen- und Hausärzteverband hat im vergangenen Jahr ebenfalls einen Vorschlag eingebracht und das Modell der hausärztlich geführten Primärversorgungszentren (HÄPPI)<sup>10</sup> vorgestellt.

#### **Primärärzt:innensysteme im internationalen Vergleich<sup>11</sup>**

„In den meisten betrachteten Ländern wird die Primärversorgung zunehmend durch größere, stärker zentralisierte Einrichtungen (...) erbracht. Hier arbeiten nicht nur Hausärzt:innen, sondern auch (...) Fachärzt:innen, Pflegefachkräfte, Psycholog:innen, Physiotherapeut:innen etc. in interprofessionellen Teams zusammen“

<sup>7</sup> Bundesärztekammer (April 2025)

<sup>8</sup> GKV-Spitzenverband (25.6.2025)

<sup>9</sup> Sachverständigenrat Gesundheit (25.4.2024)

<sup>10</sup> Hausärztinnen- und Hausärzteverband (Juli 2024)

<sup>11</sup> Wittlinger & Sundmacher (2025)

## Welche Leistungen werden ohne Überweisung zugänglich sein?

Die Koalitionspartner haben vereinbart, dass Versicherte augenärztliche und gynäkologische Leistungen weiter direkt in Anspruch nehmen können sollen. BÄK, KBV und GKV-Spitzenverband führen an, dass auch Vorsorge- und Früherkennungsuntersuchungen direkt zugänglich sein sollten. Der VDEK verweist auf sein Konzept eines persönlichen Ärzteteams, in dem sich Versicherte neben der Hausärzt:in maximal drei grundversorgende Fachärzt:innen auswählen können, die direkt und ohne Überweisung aufgesucht werden können. Die lautesten Stimmen für eine Ausnahme aus der primärärztlichen Steuerung kommen derzeit aus den Reihen der Psychotherapeut:innen<sup>12</sup>, die neue bürokratische Hürden für Hilfesuchende befürchten und sich dafür einsetzen, dass der Direktzugang zur Psychotherapie bei Einführung eines Primärärzt:innensystems erhalten bleiben soll.

## Was ist mit schwer chronisch erkrankten Versicherten?

Im Koalitionsvertrag steht, dass für Versicherte mit einer spezifischen schweren chronischen Erkrankung geeignete Lösungen entwickelt werden sollen. Die Verbände unterstützen das grundsätzlich. Sie schlagen vor, dass es Regelungen brauche, die den Zugang zur fachärztlichen Versorgung für eine krankheitsspezifische Behandlung ohne Überweisung ermöglichen (KBV), dass die Steuerung in diesem Fall auch durch eine spezialisierte Fachärzt:in erfolgen könne (BÄK) oder dass die Möglichkeit geschaffen werden könne, Überweisungen für einen längeren Zeitraum auszustellen (GKV-Spitzenverband). Die BÄK betont aber, dass es auch für schwer chronisch erkrankte Versicherte sinnvoll sei, wenn sie für Behandlungsanlässe, die nicht mit ihrer Grunderkrankung im Zusammenhang stehen, an eine primärärztliche Praxis angebunden seien.

## Wie bekommen Versicherte Termine bei spezialisierten Fachärzt:innen?

Wie Versicherte zukünftig Termine bei spezialisierten Fachärzt:innen bekommen können, ist im Koalitionsvertrag bereits angelegt. Zunächst solle über eine primärärztliche Praxis oder über den Patientenservice 116 117 der Kassenärztlichen Vereinigungen ermittelt werden, ob eine fachärztliche Vorstellung erforderlich ist. Es solle ein Zeitkorridor festgelegt werden, innerhalb dessen der Termin erfolgen solle. Die Kassenärztlichen Vereinigungen sollen verpflichtet werden, innerhalb dieses Zeitkorridors einen Termin zu vermitteln. Gelingt dies nicht, solle eine ambulante fachärztliche Versorgung im Krankenhaus ermöglicht werden.

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) zeigt sich grundsätzlich einverstanden mit dem beschriebenen Vorgehen. Sie betont, dass nicht alle Patient:innen zwingend eine steuernde Primärärzt:in bräuchten und der Patientenservice 116117 durchaus einen zusätzlichen Weg in die gesundheitliche Versorgung darstellen könne. Die KBV betont zudem, dass die Weiterentwicklung der 116117 durch Bundesmittel finanziell unterstützt werden müsse.

---

<sup>12</sup> Deutsche Psychotherapeutenvereinigung (2.6.2025)

Dem Patientenservice 116117 wird von den Koalitionspartnern zukünftig eine zentrale Rolle bei der primärärztlichen Steuerung und Koordination zugeordnet. Angesichts dessen ist wichtig im Blick zu behalten, dass es in den letzten Jahren vermehrt Hinweise darauf gab, dass er auch aktuell seinen Aufgaben nicht ausreichend gerecht wird. Eine Kleine Anfrage der Fraktion DIE LINKE vom November 2023 fasst die bekannt gewordenen Problemanzeigen zusammen<sup>13</sup>: Die Rufnummer 116117 sei häufig nicht erreichbar. Teils würde auf Rettungsdienst und Notaufnahmen verwiesen, auch wenn es sich nicht um Notfälle handle. Auch die Vermittlung von Terminen funktioniere oft nicht: Mitarbeitende würden zum Teil ihre Vermittlungsaufgaben nicht kennen oder sich für nicht zuständig erklären. Oft hätten sie auch schlicht keine Termine, die sie vermitteln können.

## Was ist eine strukturierte Ersteinschätzung?

Die Koalitionspartner haben sich im Koalitionsvertrag darauf verständigt, flächendeckend eine strukturierte Ersteinschätzung über digitale Wege in Verbindung mit Telemedizin zu ermöglichen.

### **Strukturierte Ersteinschätzung?**

Ein Instrument zur strukturierten medizinischen Ersteinschätzung in Deutschland (SmED)<sup>14</sup> wird von den Kassenärztlichen Vereinigungen bereits heute eingesetzt.

Das Instrument gibt gezielte und strukturierte Fragen vor und ermöglicht dadurch eine Empfehlung zu Behandlungsdringlichkeit und Behandlungsort.

Zunächst werden Symptome ausgeschlossen, die eine Notfallbehandlung durch Rettungsdienst und Notaufnahme erfordern.

Anschließend wird Ratsuchenden anhand der Abfrage eine Versorgungsebene und eine Versorgungsdringlichkeit zugewiesen.

Es gibt verschiedene Versionen des Instruments:

- SmED Telefon (für die Rufnummer 116117)
- SmED Patient (zur Selbsteinschätzung)
- SmED Kontakt (für Notdienstpraxen der Kassenärztlichen Vereinigungen)

Während die Formulierung im Koalitionsvertrag weitestgehend offen lässt, wie die strukturierte Ersteinschätzung zukünftig in der Primärversorgung eingesetzt werden soll, bringt der GKV-Spitzenverband diesbezüglich schon sehr konkrete Ideen ein. Er betont, perspektivisch könne die Nutzung des Tools verpflichtend einem Erstkontakt in der primärärztlichen Versorgung bzw. einer Direktinanspruchnahme spezialisierter Fachärzt:innen vorgeschaltet werden.

---

<sup>13</sup> Drucksache 20/9037 (1.11.2023)

<sup>14</sup> Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung (2025)

## Welche Möglichkeiten bietet die Digitalisierung?

Der GKV-Spitzenverband macht in seinem Positionspapier einige Vorschläge, wie ein zeitgerechtes Primärärzt:innensystem digitale Möglichkeiten einbinden sollte: Über die elektronische Patientenakte (ePA) sollten alle relevanten Informationen wie Befunde, Diagnosen und Therapieempfehlungen bei der primärversorgenden Praxis zusammenlaufen. Die elektronische Überweisung an die fachärztliche Praxis solle strukturierte Daten zur Dringlichkeit der Behandlung, zu den beauftragten Leistungen und zu Vorbefunden beinhalten. Informationen über Untersuchungsergebnisse, Therapieempfehlungen und zur Dringlichkeit weiterer Maßnahmen sollten anschließend automatisch an die veranlassende primärversorgende Praxis zurückgemeldet werden. Der GKV-Spitzenverband schlägt zudem ein zentrales, bundesweit einheitliches elektronisches Verzeichnis von fachärztlichen Behandlungsterminen vor, das eine volldigitale und vollautomatische Terminvergabe ermögliche. Elektronische Überweisungen sollten an das Terminverzeichnis gekoppelt werden: so könnten Versicherte Terminvorschläge ohne Zeitverzögerung zum Beispiel über eine Krankenkassen-App bekommen. Eine eigenständige Terminvereinbarung bei selbst gewählten Ärzt:innen solle aber weiterhin möglich bleiben. Zukünftig sollten ärztliche Praxen gestellte Diagnosen und erbrachte Leistungen taggleich, unmittelbar und automatisch an Krankenkassen übermitteln. So könnten Krankenkassen ihren Versicherten Reminder-Systeme anbieten, die an erforderliche Termine erinnern und so bei der Koordination der Versorgung unterstützen.

## Diskussion

In der anschließenden Diskussion wurde deutlich, dass die Teilnehmenden aus Landesverbänden, Fachverbänden, Trägern und Einrichtungen der Diakonie eine primärärztliche Steuerung grundsätzlich befürworten. Sie betonen zugleich, dass diese in Primärversorgungsstrukturen eingebunden sein müsse, in denen verschiedene Gesundheitsberufe in multiprofessionellen Teams zusammenarbeiten. Wichtig sei, genauer auf die Gesundheitssysteme zu schauen, in denen es eine primärärztliche Steuerung bereits gibt, und von diesen zu lernen.

Die im Koalitionsvertrag vereinbarten Eckpunkte zur Einführung eines verbindlichen Primärärzt:innensystems seien zu ärzt:innenzentriert, es sei dringend anzuraten, auch weitere Gesundheitsberufe mit einzubinden. Pflegefachpersonen seien bei der Patient:innensteuerung viel stärker mitzudenken, nicht immer sei ein Ärzt:innen-Patient:innen-Kontakt in der Primärversorgung zwingend erforderlich. In vielen Regionen seien zudem schon heute viel zu wenige Hausärzt:innen tätig und auch Kinderärzt:innen seien vielerorts bereits überlastet. Insbesondere in ländlichen Regionen sei Unterversorgung ein relevantes Thema, das sei bei den aktuellen Diskursen zu Fehl- und Überversorgung nicht aus dem Blick zu verlieren.

Es wird deutlich, dass die Frage, ob der Direktzugang zur Psychotherapie bei Einführung eines Primärärzt:innensystems erhalten bleiben soll, sorgfältig zu prüfen ist. Grundsätzlich wird ein möglichst niedrighschwelliger Zugang zu psychotherapeutischen Leistungen für wichtig erachtet. Zugleich gebe es auch heute viele Personengruppen, die wenig Chancen haben, eine Psychotherapie zu erhalten. Hier sei für mehr Versorgungsgerechtigkeit zu sorgen.

Eine verstärkte Einbindung digitaler Möglichkeiten wird begrüßt. Hier sei aber zu bedenken, dass die Digitalisierung keinen neuen Hürden schaffen dürfe. Viele Patient:innen könnten beispielsweise eine ePA nicht ohne Unterstützung einrichten und bedienen, auch eine Terminvermittlung über digitale Plattformen könne Menschen ausschließen und bestehende Ungerechtigkeiten im Zugang zur Gesundheitsversorgung potenziell noch verschärfen. Bezüglich

des Patientenservice 116117 der Kassenärztlichen Vereinigungen werden ganz unterschiedliche Erfahrungen berichtet. Übereinstimmend bestätigt wurde jedoch, dass das Angebot viele Menschen derzeit nicht bekannt sei und sie sich mit akuten gesundheitlichen Bedarfen daher eher an Notaufnahmen wenden.

Vermisst werden in den vorgestellten Ansätzen der gesundheitspolitischen Akteure konkrete Vorschläge, wie die gesundheitliche Versorgung von Menschen mit chronischen Mehrfacherkrankungen oder Behinderungen verbessert werden kann. Viele Menschen, die sich an ihre Hausärzt:innen wenden, seien einsam, auch hier geben die vorgelegten Konzepte keine zufriedenstellenden Antworten, wie das aufgefangen werden könne. Reformen der ambulanten Gesundheitsversorgung müssten zudem auch wohnungslose Menschen mitdenken. Wichtig seien niedrigschwellige Primärversorgungsstrukturen, die einen diskriminierungsfreien Zugang für alle Menschen ermöglichen. Ein wichtiges Thema sei zudem die ärztliche Versorgung in Pflegeeinrichtungen, die derzeit vielerorts nicht ausreichend sichergestellt sei. Um eine zielgerichtete Versorgung und eine schnellere Terminvergabe zu erwirken, sollte die Koalition zudem Maßnahmen ergreifen, die die deutliche Ungleichbehandlung von privat und gesetzlich Versicherten bei der Vergabe von Fachärzt:innenterminen reduzieren.

**Kontakt:**

Dr. Maike Grube  
Zentrum Gesundheit, Rehabilitation und Pflege  
Diakonie Deutschland

T +49 30 652 11-1455

[maike.grube@diakonie.de](mailto:maike.grube@diakonie.de)

## Literatur

- Bundesärztekammer (April 2025): Koordination und Orientierung in der Versorgung.  
[https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user\\_upload/BAEK/Politik/Programme-Positionen/BAEK-Konzeptpapier\\_Koordination\\_und\\_Orientierung\\_in\\_der\\_Versorgung\\_04.2025.pdf](https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/BAEK/Politik/Programme-Positionen/BAEK-Konzeptpapier_Koordination_und_Orientierung_in_der_Versorgung_04.2025.pdf)
- Deutsche Psychotherapeutenvereinigung (2.6.2025): Pressemitteilung. Erstzugangsrecht zu Psychotherapie ist nicht verhandelbar!  
<https://www.dptv.de/aktuelles/meldung/erstzugangsrecht-zu-psychotherapie-ist-nicht-verhandelbar/>
- Drucksache 20/9037 (1.11.2023): Antwort der Bundesregierung auf die Kleine Anfrage der Fraktion die LINKE zur Arbeit des Patientenservice 116117 und der Terminservicestellen.  
<https://dserver.bundestag.de/btd/20/090/2009037.pdf>
- Gerlach & Szecsenyi, 2020: Evaluation der Hausarztzentrierten Versorgung (HZV) in Baden-Württemberg. Zusammenfassung der Ergebnisse – Ausgabe 2020:  
[https://www.aok.de/gp/fileadmin/user\\_upload/Arzt\\_Praxis/Aerzte\\_Psychotherapeuten/Vertraege\\_Vereinbarungen/Hausarztzentrierte\\_Versorgung/Baden-Wuerttemberg/HZV-Evaluation\\_Broschuere\\_2020.pdf](https://www.aok.de/gp/fileadmin/user_upload/Arzt_Praxis/Aerzte_Psychotherapeuten/Vertraege_Vereinbarungen/Hausarztzentrierte_Versorgung/Baden-Wuerttemberg/HZV-Evaluation_Broschuere_2020.pdf)
- GKV-Spitzenverband (25.6.2025): Primärversorgung: Patientenorientierte Koordination in der ambulanten Versorgung.  
[https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/service\\_1/publikationen/20250625\\_Positionspapier\\_Primaerversorgung.pdf](https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/service_1/publikationen/20250625_Positionspapier_Primaerversorgung.pdf)
- Hausärztinnen- und Hausärzteverband (Juli 2024): HÄPPI. Hausärztliches Primärversorgungszentrum – Patientenversorgung Interprofessionell  
[https://www.haev.de/fileadmin/user\\_upload/News\\_Dateien/2024/2024\\_07\\_15\\_HAEPPI\\_Konzeptpapier\\_lang.pdf](https://www.haev.de/fileadmin/user_upload/News_Dateien/2024/2024_07_15_HAEPPI_Konzeptpapier_lang.pdf)
- Kassenärztliche Bundesvereinigung (Mai 2025): Ambulant passgenau versorgt.  
<https://www.kbv.de/media/sp/kbv-positionen-patientensteuerung.pdf>
- Sachverständigenrat Gesundheit (25.4.2024): Fachkräfte im Gesundheitswesen. Nachhaltiger Einsatz einer knappen Ressource.  
<https://www.svr-gesundheit.de/publikationen/gutachten-2024/>
- Verband der Ersatzkassen (VDEK) (23.05.2025): Gut gesteuert – besser versorgt: Ersatzkassen stellen Konzept „Persönliches Ärzteteam“ vor.  
<https://www.vdek.com/fokus/ambulante-versorgung-konzept-persoenliches-aerzteteam.html>
- Wittlinger & Sundmacher (2025): Primärarztsysteme im internationalen Vergleich: Wie gestalten andere Länder ihre Versorgung und was kann Deutschland davon lernen? Monitor Versorgungsforschung.  
[https://www.monitor-versorgungsforschung.de/wp-content/uploads/2025/06/MVF0425\\_060625\\_Wittlinger\\_Sundmacher-OF2.pdf](https://www.monitor-versorgungsforschung.de/wp-content/uploads/2025/06/MVF0425_060625_Wittlinger_Sundmacher-OF2.pdf)
- Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung (2025). SmED. Strukturierte medizinische Ersteinschätzung in Deutschland.  
<https://www.zi.de/themen/medizin/smed/uebersicht>