POSITIONSPAPIER

HAUSÄRZTLICHE PRIMÄRVERSORGUNG

Garant für unser Gesundheitssystem

AUS EINER HAUSÄRZTLICHEN SPRECHSTUNDE

Warum hausärztliche Primärversorgung
das Fundament unseres Gesundheitssystems ist

Sächsischer
Hausärztinnen- und
Hausärzteverband

DEGAM

Positionspapier

Hausärztliche Primärversorgung

Garant für unser Gesundheitssystem

Autorinnen & Autoren

Ruben Bernau, Praxis für Familienmedizin Hambergen, Hambergen

Theresa Buuck, Abteilung Allgemeinmedizin, Institut für Community Medicine, Universitätsmedizin Greisfwald, Greifswald

Lisa Degener, Hausärztliche Gemeinschaftspraxis, Altenberge

Dr. med. Hans Michael Mühlenfeld, Gemeinschaftspraxis für Familienmedizin, Bremen

Prof. Dr. med. Marco Roos, Institut für Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung, Universitätsklinikum Augsburg, Augsburg

Prof. Dr. med. Jost Steinhäuser, Institut für Allgemeinmedizin, Universität zu Lübeck, Lübeck

Dr. med. Torben Ostendorf, Arztpraxis Dr. Ostendorf, Leipzig

Dr. med. Katharina Weinert, Hausarztpraxis am Mühlenfließ, Fredersdorf

Benjamin Winter, Hausarztpraxis Tribsees, Tribsees

04. Juli 2026

Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin

Institut für Hausärztliche Fortbildung

Hausärztliche Primärversorgung – Garant für unser Gesundheitssystem

Im Folgenden wird aufgezeigt welche Leistungsfähigkeit die Allgemeinmedizin in Deutschland bereits hat und in Zukunft für die hausärztliche Primärversorgung haben kann.

1. **Hausärztinnen und Hausärzte sind Generalisten. Die Allgemeinmedizin umfasst die gesamte Patientenversorgung von der Gesundheitsförderung bis zur Sterbebegleitung.**
2. **Allgemeinmedizin ist die Basis für ein niederschwelliges, diskriminierungsfreies und qualitativ hochwertiges Gesundheitssystem. Sie ist ein Beitrag für unsere demokratische Gesellschaft.**
3. **Fachärztinnen und Fachärzte für Allgemeinmedizin behandeln Menschen mit allen Formen von akuten oder chronischen körperlichen und psychischen Beschwerden in ihrem sozialen und familiären Kontext, unabhängig von Alter, Herkunft oder Geschlecht. Sie sind in der Lage, diese mehrheitlich ausschließlich in der eigenen Praxis abschließend zu behandeln.**
4. **Patientinnen und Patienten konsultieren Hausärztinnen und Hausärzte in der Regel mit mehreren Fragestellungen gleichzeitig.**
5. **Hausärztinnen und Hausärzte bieten langjährige kontinuierliche Beziehungen zu ihren Patientinnen und Patienten an. Aus diesen Beziehungen entsteht eine besondere Verantwortung für die individuelle Gesundheitsfürsorge unter Berücksichtigung der Lebenswelten der Patientinnen und Patienten. Dadurch werden die Gesundheit und das Überleben positiv beeinflusst.**
6. **Hausärztinnen und Hausärzte leisten in hoch komplexen Fällen die Versorgung, auch im häuslichen Umfeld.**
7. **Fachärztinnen und Fachärzte für Allgemeinmedizin verfügen über die spezifische Kompetenz mit der besonderen Prävalenz und Inzidenz von Krankheiten in unterschiedlichen Versorgungsektoren umzugehen.**
8. **Hausärztinnen und Hausärzte schützen Patientinnen und Patienten und das Gesundheitssystem vor Fehl-, Unter- und Überversorgung.**
9. **Fachärztinnen und Fachärzte für Allgemeinmedizin sind Spezialisten für den Ausschluss von Erkrankungen.**
10. **Hausärztinnen und Hausärzte haben die Fähigkeit mit Ungewissheiten umzugehen und dadurch Patientinnen und Patienten mit Beschwerden, die sich undifferenziert zeigen, bedarfsgerecht zu versorgen.**

Fazit:

Eine verbindliche hausärztliche Primärversorgung ist ein Garant für eine ressourcenorientiertes und kosteneffizientes Gesundheitssystem der Zukunft.

Zu 1) Generalismus als Kern hausärztlicher Kompetenz

Hausärztliche Versorgung bedeutet konsequent vom konkreten Menschen in seiner Lebensrealität und seinen Beschwerden her zu denken. Hausärztinnen und Hausärzte sind Generalisten, das heißt nicht organ- oder aufgabenzentriert. Daraus folgt die Verantwortung, Versorgung übergreifend, langfristig und patientenzentriert zu gestalten. Sie behandeln viele Gesundheitsfragen selbst abschließend und koordinieren bei Bedarf gezielt weitere Disziplinen und Professionen. Das hausärztliche Spektrum reicht von Prävention, Gesundheitsförderung und Früherkennung über die Akut- und Langzeitversorgung körperlicher und psychischer Erkrankungen bis hin zur Palliativversorgung – für Menschen aller Altersgruppen, sozialen Lagen und kulturellen Hintergründe. [24,65,73]

Zu 2) Niedrigschwelliger Zugang und hohe Fallabschlussquote

Die unterschiedslose Behandlung aller Patienten und Patientinnen und die verlässliche Erreichbarkeit hausärztlicher Versorgung stärken das Vertrauen in unser gesellschaftliches System und den sozialen Zusammenhalt. Die hausärztliche Versorgung ist die zentrale, wohnortnahe und niedrigschwellige erste Anlaufstelle im Gesundheitssystem. Über 90 % der Bevölkerung haben eine Hausärztin oder einen Hausarzt; diese genießen in der Bevölkerung ein besonders hohes Vertrauen. Etwa 60 % aller Konsultationen in der Hausarztpraxis erfolgen wegen eines akuten Behandlungsanlasses. Patientinnen und Patienten erhalten in der Regel noch am selben Tag einen Termin. Zugleich können etwa 80 % der akuten Anliegen direkt in der Hausarztpraxis abschließend versorgt werden. Hausärztliche Versorgung verbindet damit schnellen Zugang, hohe Erreichbarkeit und effiziente, fallabschließende Behandlung. [61,65,66,81,100,101]

Zu 3) Familien- und Kontextorientierung

Hausärztliche Versorgung bezieht den sozialen und familiären Kontext systematisch ein. Gesundheit und Krankheit entstehen nicht isoliert, sondern sind eng mit Lebensbedingungen, Beziehungen und Belastungen im unmittelbaren Umfeld verbunden. Familienmedizin ist daher integraler Bestandteil hausärztlichen Handelns: Sie richtet den Blick nicht nur auf den einzelnen Patienten, sondern auch auf sein primäres Lebensumfeld und – wo relevant – auf die Familie als soziales System. Gerade in einer Gesellschaft im Wandel, geprägt von Migration, demografischer Alterung, sozialer Ungleichheit und veränderten Familienformen, kommt der hausärztlichen Versorgung durch die Niederschwelligkeit des Zuganges eine besondere Bedeutung zu. Hausärztinnen und Hausärzte erleben diese Realität täglich, etwa bei der Versorgung von Kindern und Eltern, Alleinerziehenden, Patchwork-Familien, pflegenden Angehörigen, Menschen in psychosozialen Krisen sowie in der Palliativ- und Trauerbegleitung. Dadurch hat die Allgemeinmedizin eine besondere Chance und Verantwortung, Versorgung lebensweltlich, generationenübergreifend und kontinuierlich zu gestalten. [40,73,91]

Zu 4) Mehrfachanliegen und Grenzen digitaler Ersteinschätzung

Hausärztliche Konsultationen sind in der Regel komplexer, als es zentral gesteuerte Triage-Systeme abbilden können: Patientinnen und Patienten bringen meist zwei bis vier Anliegen gleichzeitig vor, die behandelt werden müssen. Diese Mehrdimensionalität ist ein Wesensmerkmal hausärztlicher Versorgung. Vor diesem Hintergrund ist eine digitale Ersteinschätzung als regelhafter Zugang zur hausärztlichen Versorgung während der Sprechzeiten nicht geeignet. Sie bildet Mehrfachanliegen, Wechselwirkungen zwischen Beschwerden sowie bio-psycho-soziale Zusammenhänge nur unzureichend ab. Zudem ist sie angesichts des bereits heute niederschwelligen Zugangs zur hausärztlichen Versorgung nicht erforderlich. Internationale Erfahrungen zeigen, dass digitale oder telefonische Ersteinschätzung nur dann sinnvoll ist, wenn sie in klar definierte klinische Prozesse eingebettet ist, von qualifizierten Gesundheitsberufen

verantwortet wird und eindeutige medizinische Zuständigkeiten bestehen. Andernfalls drohen zusätzliche Inanspruchnahmen, ineffiziente Steuerung sowie eine Verstärkung von Über-, Unter- und Fehlversorgung. Zusätzlich gefährdet sind dabei vor allem ältere, komplex erkrankte oder kommunikativ eingeschränkte Menschen, für die digitale Zugangswege häufig gerade nicht gleichwertig nutzbar sind. [17,70,92]

Zu 5) Kontinuität, Beziehung und patientenzentrierte Versorgung

Die langfristige hausärztliche Beziehung schafft einen eigenständigen medizinischen Wert. Die über Jahre gewachsene „erlebte Anamnese" ermöglicht es, psychosoziale Einflussfaktoren, familiäre Zusammenhänge und individuelle Krankheitsverläufe in Diagnostik und Therapie einzubeziehen. Diese Kontinuität stärkt Vertrauen, verbessert Koordination und ist eine zentrale Grundlage gemeinsamer Entscheidungsfindung. Ein großer Teil der Bevölkerung hat eine Hausärztin oder einen Hausarzt als ersten Ansprechpartner; viele Patientinnen und Patienten werden über viele Jahre in derselben Praxis betreut. Studien zeigen, dass kontinuierliche Arzt-Patient-Beziehungen mit besseren gesundheitlichen Ergebnissen und auch mit einem Überlebensvorteil verbunden sind. Hausärztliche Versorgung erhöht darüber hinaus die Patientensicherheit, weil Nutzen und Schaden diagnostischer und therapeutischer Maßnahmen individuell und gemeinsam mit dem Patienten abgewogen werden. Sie schützt damit vor unnötiger Diagnostik, Übertherapie und fragmentierter Versorgung. Voraussetzung dafür sind Zeit, Beziehungskontinuität, patientenzentrierte Kommunikation und die Fähigkeit, medizinische Entscheidungen in ein langfristiges therapeutisches Gesamtkonzept einzubetten. [8,38,63,72,91]

Zu 6) Versorgung hochkomplexer Fälle

Gerade bei hochkomplexen Fällen zeigt sich der besondere Stellenwert hausärztlicher Versorgung. Multimorbidität, das gleichzeitige Auftreten akuter und chronischer Erkrankungen und die damit einhergehende Multimedikation sowie bio-psycho-soziale Belastungen lassen sich nicht durch ein rein schematisches Abarbeiten einzelner Leitlinien angemessen bewältigen. Entscheidend ist vielmehr die Fähigkeit, Beschwerden, Risiken, Lebenssituation und Behandlungsziele in ihrer Gesamtheit zu erfassen und gemeinsam mit dem Patienten abzuwägen. Dafür ist eine gewachsene, vertrauensvolle Beziehung von zentraler Bedeutung. Hausärztinnen und Hausärzte stimmen bei Bedarf das Vorgehen mit Angehörigen und anderen Behandelnden ab. Gerade die Versorgung im häuslichen Umfeld durch Haus- und Heimbesuche sind ein unverzichtbarer Bestandteil hausärztlicher Teampraxen und werden arbeitsteilig durch Ärztinnen und Ärzte sowie qualifizierte nichtärztliche Gesundheitsberufe erbracht. Dadurch wird auch immobilen Patientinnen und Patienten der Zugang zur kontinuierlichen Versorgung ermöglicht und unnötige Krankenhauseinweisungen reduziert. [12,56,73,76]

Zu 7) Umgang mit Prävalenz und Symptomorientierung

Hausärztinnen und Hausärzte verfügen über eine besondere Kompetenz im Umgang mit Erkrankungen in unterschiedlichen Versorgungskontexten. Durch ihre Weiterbildung und Tätigkeit über Sektorengrenzen hinweg wissen sie, dass Diagnostik immer im Zusammenhang von Prävalenzen bewertet werden muss. In der Hausarztpraxis sind seltene Erkrankungen selten und dennoch findet sich das gesamte Spektrum an Krankheiten im hausärztlichen Bereich wieder. Deshalb orientiert sich hausärztliches Handeln zunächst oft am Beratungsanlass und an Symptomdiagnosen, nicht sofort an einer abschließenden Krankheitszuschreibung. Das ist kein Defizit, sondern Ausdruck einer spezifischen hausärztlichen Arbeitsmethodik. Da die Mehrzahl der Beschwerden eine günstige Prognose hat und viele Verläufe spontan ausheilen, besteht die zentrale Aufgabe darin, die kleine Gruppe mit besonderem oder gefährlichem Verlauf rechtzeitig zu erkennen, zu behandeln und gegebenenfalls gezielt weiterzuleiten. Gleichzeitig ist es häufig sinnvoll, zunächst auf belastende oder folgenlose Diagnostik zu verzichten.

Hausärztliche Tätigkeit bedeutet deshalb immer auch, diagnostische und therapeutische Ungewissheit fachlich kompetent auszuhalten und verantwortungsvoll zu managen. [5,11,24]

Zu 8) Schutz vor Über-, Unter- und Fehlversorgung

Hausärztliche Versorgung schützt Patientinnen und Patienten wie auch das Gesundheitssystem vor Über-, Unter- und Fehlversorgung. Grundlage dafür sind Kontinuität, Kontextkenntnis, koordinierte Betreuung und die individuelle Abwägung von Nutzen und Schaden medizinischer Maßnahmen vor dem Hintergrund der jeweiligen Prävalenz. Gerade bei komplexen Verläufen verhindert hausärztliche Versorgung sowohl unnötige Diagnostik und Therapie als auch das Übersehen relevanter Risiken oder Versorgungslücken. Damit erfüllt sie eine zentrale Sicherheits- und Steuerungsfunktion im Gesundheitssystem. [65,72]

Zu 9) Hausärztliche Kompetenz im Ausschluss gefährlicher Erkrankungen

Fachärztinnen und Fachärzte für Allgemeinmedizin sind Spezialistinnen und Spezialisten darin, gefährliche Erkrankungen auch unter Bedingungen niedriger Prävalenz sicher auszuschließen. Sie arbeiten in einem Setting, in dem seltene Krankheiten selten, unspezifische Beschwerden aber häufig sind. Dafür nutzen sie spezifische hausärztliche Werkzeuge: das Erkennen von Red Flags, das Wissen um Vortestwahrscheinlichkeiten, Verlaufsmanagement (Safety netting) und das bewusste abwartende Offenhalten. Ziel ist es, schwerwiegende Verläufe rechtzeitig zu erkennen, ohne reflexhaft unnötige Diagnostik auszulösen. Gerade diese Fähigkeit macht hausärztliche Medizin zugleich sicher, patientengerecht und ressourcenschonend. [5,11,24]

Zu 10) Professioneller Umgang mit Ungewissheit

Der niedrigschwellige Zugang zur Hausarztpraxis führt dazu, dass Hausärztinnen und Hausärzte häufig mit noch wenig differenzierten Beschwerden und unspezifischen Anliegen konfrontiert werden. In diesem Stadium ist eine eindeutige Diagnose zu Beginn oft weder möglich noch erforderlich. Deshalb gehört der professionelle Umgang mit diagnostischer, prognostischer und therapeutischer Ungewissheit zum Kern hausärztlicher Kompetenz. Hausärztinnen und Hausärzte nutzen hierfür praxistaugliche Heuristiken, evaluierte Entscheidungsregeln, kommunikative Techniken und die Möglichkeit longitudinaler Begleitung. Wesentlich sind dabei Transparenz, das Teilen von Ungewissheit mit den Patientinnen und Patienten, das Auffangen von Sorgen sowie ein bewusstes abwartendes Offenhalten. Zugleich müssen sie gefährliche Verläufe rechtzeitig erkennen. Gerade durch diese Kombination aus Kommunikation, Beziehungskontinuität und klinischer Urteilskraft schützt die hausärztliche Versorgung vor Überdiagnostik, Übertherapie und Fehlversorgung und ermöglicht eine bedarfsgerechte, ressourcenschonende Versorgung. [5,11,24,60]

Hausärztlich geleitete Primärversorgung als Systemlösung

Eine bedarfsgerechte und effiziente Gesundheitsversorgung braucht ein hausärztliche Primärversorgung mit klaren Zugangs- und Koordinationsstrukturen. Der derzeit breite ungesteuerte Direktzugang zur gebietsärztlichen und Krankenhaus Versorgung führt zu Fehlallokationen, Über-, Unter- und Fehlversorgung. Gleichzeitig steigen Zahl und Komplexität der Behandlungsanlässe, während personelle und finanzielle Ressourcen begrenzt sind. Internationale Evidenz zeigt konsistent, dass Gesundheitssysteme mit starker, koordinierender Primärversorgung bessere gesundheitliche Ergebnisse erzielen, die Patientensicherheit erhöhen und vorhandene Ressourcen effizienter nutzen. Hausärztlich geleitete Primärversorgungspraxen arbeiten multiprofessionell in einem Team. Sie sind hierfür besonders geeignet, weil sie Anliegen priorisieren,

einen Großteil fallabschließend versorgen und bei Bedarf gezielt weiterleiten können. Mit der Hausarztzentrierten Versorgung besteht in Deutschland hierfür bereits eine tragfähige Vorlage in der Realversorgung. [61,65,66,81,100,101]

Erklärende Fallbeispiele sind in einem separaten Dokument erstellt.
Alle im Prozess verwendeten Quellen:
Hinweis zur Zitierweise: Die Literaturhinweise im Text sind im Vancouver-Stil gesetzt und beziehen sich auf die fortlaufende Nummerierung des Literaturverzeichnisses.

Literaturverzeichnis

[1] Abholz HH, Borgers D. Soziale Ungleichheit: Welche Rolle kann die Arztpraxis kompensatorisch einnehmen? In: Mielck A, Bloomfield K, Hrsg. Sozialepidemiologie. Weinheim/München: Juventa; 2001:286-292.

[2] Abholz HH, Wilm S. Entscheidungsfindung in der Allgemeinmedizin. In: Kochen MM, Hrsg. Allgemeinmedizin und Familienmedizin. 4. Aufl. Stuttgart: Thieme; 2012:606-616.

[3] Abtahi F, Seoane F, Pau I, Vega-Barbas M. Data Poisoning Vulnerabilities Across Health Care Artificial Intelligence Architectures: Analytical Security Framework and Defense Strategies. J Med Internet Res. 2026;28:e87969. doi:10.2196/87969.

[4] Adami PE, Negro A, Lala N, Martelletti P. The role of physical activity in the prevention and treatment of chronic diseases. Clin Ter. 2010;161(6):537-541.

[5] Alam R, Cheraghi-Sohi S, Panagioti M, Esmail A, Campbell S, Panagopoulou E. Managing diagnostic uncertainty in primary care: a systematic critical review. BMC Family Practice. 2017;18:79.

[6] APO-Bank und Zentralinstitut für die Kassenärztliche Versorgung. Existenzgründungsanalyse für Ärzte 2009/2010.

[7] Bahrs O, Kohle M. Das doppelte Verstehensproblem – Arzt-Patient-Interaktion in der Hausarztpraxis. In: Neubig H, Hrsg. Die Balint-Gruppe in Klinik und Praxis. Bd. 4. Berlin: Springer; 1989:103-130.

[8] Baker R, Freeman GK, Haggerty JL, Bankart MJ, Nockels KH. Primary medical care continuity and patient mortality: a systematic review. Br J Gen Pract. 2020;70(698):e600-e611. doi:10.3399/bjgp20X712289.

[9] Barnes KA, Kroening-Roche JC, Comfort BW. The developing vision of primary care. N Engl J Med. 2012;367:891-893.

[10] Blank W, Blankenfeld H, Frangoulis AM, et al. Auf dem Prüfstand – die 24 DEGAM-Zukunftspositionen aus der Sicht niedergelassener Hausärzte. Z Allg Med. 2017;93:486-492. doi:10.3238/zfa.2017.0486-0492.

[11] Bours MJL. Bayes' rule in diagnosis. Journal of Clinical Epidemiology. 2021;135:164–169.

[12] Brownwood I, Lafortune G. Advanced practice nursing in primary care in OECD countries: recent developments and persisting implementation challenges. OECD Health Working Papers 165. OECD Publishing, Paris; 2024. doi:10.1787/8e10af16-en.

[13] Buetow SA, Kenealy TW, Hrsg. Ideological debates in family medicine. New York: Nova Science Publishers; 2007.

[14] Bundesärztekammer. Muster-Weiterbildungsordnung. https://www.bundesaerztekammer.de/themen/aerzte/aus-fort-und-weiterbildung/aerztliche-weiterbildung/muster-weiterbildungsordnung

[15] Bär T. Die spontane Gesprächszeit von Patienten zu Beginn des Gesprächs in der hausärztlichen Praxis. Med Diss. Berlin: Charité; 2009.

[16] Calgary West Central Primary Care Network. Top Evidence Summary: Value of continuity. 2023. https://cwcpcn.com/wp-content/uploads/2023/10/top-evidence-summary-value-of-continuity.pdf

[17] Dakin FH, Rybczynska-Bunt S, Rosen R, Clarke A, Greenhalgh T. Access and triage in contemporary general practice: A novel theory of digital candidacy. Soc Sci Med. 2024;349:116885. doi:10.1016/j.socscimed.2024.116885.

[18] de Aguiar EJ, Traina C Jr, Traina AJM. Security and Privacy in Machine Learning for Health Systems: Strategies and Challenges. Yearb Med Inform. 2023;32:269-281. doi:10.1055/s-0043-1768731.

[19] DEGAM. Kompetenzbasiertes Curriculum Allgemeinmedizin. 2021. https://www.degam.de/files/inhalt/sektionen/weiterbildung/2021_Kompetenzbasiertes_Curriculum.pdf

[20] DEGAM. Leitlinien der DEGAM. http://leitlinien.degam.de/index.php?id=fertiggestellteleitlinien

[21] DEGAM. S3-Leitlinie 053-047. https://www.degam.de/leitlinie-s3-053-047

[22] DEGAM. Zukunftspositionen / Positionspapier. 2012. https://www.degam.de/files/inhalt/pdf/positionspapiere_stellungnahmen/positionspapiere-altes-verzeichnis/2012_degam_zukunftspositionen.pdf

[23] Deutscher Bundestag. Drucksache 16/13770. 2009. https://dserver.bundestag.de/btd/16/137/1613770.pdf

[24] Donner-Banzhoff N. Solving the Diagnostic Challenge: A Patient-Centered Approach. Annals of Family Medicine. 2018;16(4):353–358. doi:10.1370/afm.2264.

[25] Egidi G, Denzin S, Diederichs-Egidi H, Eckert M, Difflipp-Eppele M, Husemann J, Kreszis S, Piest B, Papke A, Popert U. Medizinische Versorgung von Flüchtlingen – was ist für die Hausarztpraxis wichtig? Teil 1: Politische und juristische Rahmenbedingungen. Z Allg Med. 2016;92(6):277-282. doi:10.3238/zfa.2016.0277-0282.

[26] Egidi G, Denzin S, Diederichs-Egidi H, Eckert M, Difflipp-Eppele M, Husemann J, Kreszis S, Piest B, Papke A, Popert U. Medizinische Versorgung von Flüchtlingen – was ist für die Hausarztpraxis wichtig? Teil 2: Mit welchen Erkrankungen muss gerechnet werden? Z Allg Med. 2016;92(6).

[27] Elsevier Shop. Elsevier Essentials: Telemedizin und eHealth. https://shop.elsevier.de/elsevier-essentials-telemedizin-und-ehealth-9783437235450.html

[28] Engström SG, André M, Arvidsson E, Östgren CJ, Troein M, Borgquist L. Personal GP continuity improves healthcare outcomes in primary care populations: a systematic review. Br J Gen Pract. 2025;75(757):e518-e525. doi:10.3399/BJGP.2024.0568.

[29] Freeman G, Hughes J. Continuity of care and the patient experience. London: The King's Fund; 2010.

[30] Friedberg MW, Hussey PS, Schneider EC. Primary care: a critical review of the evidence on quality and costs of health care. Health Aff (Millwood). 2010;29:766-772.

[31] Gaal S, Verstappen W, Wensing M. What do primary care physicians and researchers consider the most important patient safety improvement strategies? BMC Health Serv Res. 2011;11:102.

[32] Garrido MV, Zentner A, Busse R. The effects of gatekeeping: a systematic review of the literature. Scand J Prim Health Care. 2011;29(1):28-38.

[33] Gemeinsamer Bundesausschuss. Richtlinie über die Verordnung von Arzneimitteln in der vertragsärztlichen Versorgung. Bundesanzeiger. 2009;49a. http://www.g-ba.de/downloads/62-492-610/AM-RL_2012-01-19_2012-05-01.pdf

[34] Gensichen J, von Korff M, Peitz M, et al. Case management for depression by health care assistants in small primary care practices: a cluster randomized trial. Ann Intern Med. 2009;151:369-378.

[35] Green LA, Fryer GE Jr, Yawn BP, Lanier D, Dovey SM. The ecology of medical care revisited. N Engl J Med. 2001;344:2021-2025.

[36] Gregory IN. Comparisons between geographies of mortality and deprivation from the 1900s and 2001: spatial analysis of census and mortality statistics. BMJ. 2009;339:b3454.

[37] Grobe T, Dörning H, Schwartz FW. GEK-Report ambulant-ärztliche Versorgung 2008. St. Augustin: Asgard Verlag; 2008.

[38] Haggstrom, D.A., Bair, M.J. Primary Care and Survival: Implications for Research and Policy. J GEN INTERN MED (2026). https://doi.org/10.1007/s11606-026-10346-1
[39] Harvard Medical School Magazine. Good Life. https://magazine.hms.harvard.edu/articles/good-life
[40] Hegemann T, Asen E, Tomson P. Familienmedizin für die Praxis. Stuttgart: Schattauer; 2000.
[41] Henderson DAG, Donaghy E, Dozier M, et al. Understanding primary care transformation and implications for ageing populations and health inequalities: a systematic scoping review. BMC Med. 2023;21(1):319. doi:10.1186/s12916-023-03033-z.
[42] Himmel W, Kochen MM. Der familienmedizinische Ansatz in der Allgemeinmedizin. Dtsch Arztebl. 1998;95(28-29):A1794-A1797.
[43] Huibers L, Smits M, Renaud V, Giesen P, Wensing M. Safety of telephone triage in out-of-hours care: a systematic review. Scand J Prim Health Care. 2011;29(4):198-209. doi:10.3109/02813432.2011.629150.
[44] Independent Commission for the Royal College of General Practitioners and the Health Foundation. Guiding patients through complexity: modern medical generalism. 2011. http://www.rcgp.org.uk/policy/commissn_on_generalsm.aspx
[45] Jiménez G, Matchar D, Koh GCH, et al. Revisiting the four core functions (4Cs) of primary care: operational definitions and complexities. Prim Health Care Res Dev. 2021;22:e68. doi:10.1017/S1463423621000669.
[46] Johansen SM, Folke F, Hindhede AL, et al. Characteristics and triage in older citizens calling a semi-acute medical helpline in Denmark: a prospective cohort study. BMC Health Serv Res. 2025;25:698. doi:10.1186/s12913-025-12773-y.
[47] Kamps H, Harms D. Die medizinische Theorie passt auf zwei Bierdeckel – Skizzen einer hausärztlichen Semiotik. Z Allg Med. 2010;86:140-143.
[48] Kamps H. Der Patient als Text – Metaphern in der Medizin – Skizzen einer dialogbasierten Medizin. Z Allg Med. 2004;80:438-442.
[49] Kern LM, Bynum JPW, Pincus HA. Care Fragmentation, Care Continuity, and Care Coordination – How They Differ and Why It Matters. JAMA Intern Med. 2024;184(3):236-237. doi:10.1001/jamainternmed.2023.7628.
[50] Kirkwood J, Ton J, Korownyk CS, Kolber MR. Who provides chronic disease management? Population-based retrospective cohort study in Alberta. Can Fam Physician. 2023;69:e127-e133. https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10266403/
[51] Klose J, Rehbein I. Ärzteatlas 2011. Daten zur Versorgungsdichte von Vertragsärzten. Berlin: Wissenschaftliches Institut der AOK; 2011. http://www.wido.de/fileadmin/wido/downloads/pdf_ambulaten_versorg/wido_amb_pub-aerzteatlas2011_0511.pdf
[52] Koch K, Miksch A, Schürmann C. The German Health Care System in International Comparison: The Primary Care Physicians' Perspective. Dtsch Arztebl Int. 2011;108:255-261. https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC3088170/
[53] Kringos D, Boerma W, Bourgueil Y, et al. The strength of primary care in Europe: an international comparative study. Br J Gen Pract. 2013;63(616):e742-e750. doi:10.3399/bjgp13X674422.
[54] Lammila-Escalera E, Greenfield G, Aldakhil R, et al. Safety and Efficacy of Digital Check-in and Triage Kiosks in Emergency Departments: Systematic Review. J Med Internet Res. 2025;27:e69528. doi:10.2196/69528.
[55] Laux G, Szecsenyi J, Mergenthal K. GP-centered health care in Baden-Württemberg, Germany. Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz. 2015. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25665890/
[56] Leinert J, Hamburg A, Schilcher C. Teamarbeit gegen Ärztemangel. Spotlight Gesundheit 2. Bertelsmann Stiftung; 2026.
[57] Marmot M. Achieving health equity: from root causes to fair outcomes. Lancet. 2007;370:1153-1163.

[58] Mühlenfeld H-M, et al. Hausärztlicher Kompetenzerhalt: Die Zukunft der primärärztlichen Versorgung sichern! Allgemeinmedizin up2date. 2024;5:192-195. doi:10.1055/a-2360-4459.
[59] Nothacker J, Butz S, Lühmann D, et al. General practitioner-based interventions to reduce hospital admissions in patients with multimorbidity living at home – A rapid review. Z Evid Fortbild Qual Gesundhwes. 2025;194:74-85.
[60] O'Riordan M, Dahinden A, Aktürk Z, et al. Dealing with uncertainty in general practice: an essential skill for the general practitioner. Qual Prim Care. 2011;19:175-181.
[61] OECD. Realising the Potential of Primary Health Care. OECD Publishing, Paris; 2020.
[62] Payne R, Clarke A, Swann N, et al. Patient safety in remote primary care encounters: multimethod qualitative study combining Safety I and Safety II analysis. BMJ Qual Saf. 2024;33:573-586. doi:10.1136/bmjqs-2023-016674.
[63] Pereira Gray DJ, Sidaway-Lee K, White E, Thorne A, Evans PH. Continuity of care with doctors – a matter of life and death? A systematic review of continuity of care and mortality. BMJ Open. 2018;8:e021161. doi:10.1136/bmjopen-2017-021161.
[64] PMV Forschungsgruppe. Leitlinien. http://www.pmvforschungsgruppe.de/content/03_publikationen/03_d_leitlinien.htm
[65] Popert UW, Egidi G, Eras J, Kühlein T, Baum E. Warum wir ein Primärarztsystem brauchen: Hintergründe für ein DEGAM-Positionspapier. Z Allg Med. 2018;94(6):250-254. doi:10.3238/zfa.2018.0250-0254.
[66] Popert UW. Wir brauchen ein Primärarztsystem. DEGAM-Positionspapier. Z Allg Med. 2018;94(6):248-249. doi:10.3238/zfa.2018.0248-0249.
[67] Reeve J. Interpretive medicine: supporting generalism in a changing primary care world. Occas Pap R Coll Gen Pract. 2010;88:1-20.
[68] Rieken J, Hötker D, Strumann C, Kötter T, Steinhauser J. Breaking the chains in Plato's cave: acute care in general practice. BMC Prim Care. 2025;26:198.
[69] Rieken J, Strumann C, Hötker D, Goetz K, Steinhauser J. Assessing urgent medical cases in general practice: development of the ACUTE-GP instrument. Br J Gen Pract Open. 2026. doi:10.3399/BJGPO.2025.0194.
[70] Rushton S, Boggan JC, Lewinski AA, et al. Effectiveness of Remote Triage: A Systematic Review. Washington, DC: Evidence Synthesis Program, Health Services Research and Development Service, Department of Veterans Affairs; 2019. https://www.hsrd.research.va.gov/publications/esp/reports.cfm
[71] Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. Sondergutachten 2009. http://www.svr-gesundheit.de
[72] Scherer M, Egidi G, Muche-Borowski C, Lühmann D, Barzel A, Abiry D, Kühlein T, Lenzer B, Pörnbacher S, et al. Schutz vor Über- und Unterversorgung – gemeinsam entscheiden. DEGAM-S2e-Living-Guideline. AWMF-Register-Nr. 053-045LG. Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM); Version 8.0, 2026.
[73] Scherer M, Hansen H, Lühmann D, Schäfer I, Muche-Borowski C, Nury OE, Bitter K. S3-Leitlinie Multimorbidität – Living Guideline. AWMF-Register-Nr. 053-047. Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM), Version 4.0; 2025.
[74] Schneider A, Donnachie E, Tauscher M. Costs of coordinated versus uncoordinated care in Germany. BMJ Open. 2016;6:e011621. https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC4908874/
[75] Schoen C, Osborn R, How SKH, Doty MM, Peugh J. In chronic condition: experiences of patients with complex health care needs in eight countries. Health Aff (Millwood). 2009;28(1):w1-w16.
[76] Schwill S, Meißner A, Mink J, Bublitz S, Altiner A, Buhlinger-Göpfahrt N. HÄPPI – Konzeption eines Modells für die ambulante Versorgung in Deutschland. Z Allg Med. 2024;100:142–149. doi:10.1007/s44266-023-00161-w.
[77] Shi L, Starfield B, Kawachi I. Income inequality, primary care, and health indicators. J Fam Pract. 1999;48:275-284.

[78] Simpson RM, Jacques RM, Nicholl J, et al. Measuring the impact introducing NHS 111 online had on the NHS 111 telephone service and the wider NHS urgent care system: an observational study. BMJ Open. 2022;12:e058964. doi:10.1136/bmjopen-2021-058964.
[79] Soukup MG, Glomsrød B, Lønn JH, Bø K, Larsen S. The effect of a Mensendieck Exercise Programme as secondary prophylaxis of recurrent low back pain: a randomized, controlled trial with 12-month follow-up. Spine. 1999;24:1585-1592.
[80] Sripa P, Hayhoe B, Garg P, Majeed A, Greenfield G. Impact of GP gatekeeping on quality of care, and health outcomes, use, and expenditure: a systematic review. Br J Gen Pract. 2019;69(682):e294-e303.
[81] Starfield B, Shi L, Macinko J. Contribution of Primary Care to Health Systems and Health. Milbank Quarterly. 2005;83(3):457–502.
[82] Starfield B. Primary care: an increasingly important contributor to effectiveness, equity, and efficiency of health services. Gac Sanit. 2012;26(Suppl 1):20-26.
[83] Starfield B. Primary Care: Balancing Health Needs, Services and Technology. New York: Oxford University Press; 1998.
[84] Steinhauser J, Jäkel K, Szecsenyi J, Götz K, Ledig T, Joos S. Prozeduren, die in der Allgemeinmedizin durchgeführt werden – eine Querschnittstudie. Gesundheitswesen. 2016. doi:10.1055/s-0042-100620.
[85] Steinhauser J, Rabady S. Hausbesuche. Z Allg Med. 2019;95:66-69. doi:10.1007/BF03652762.
[86] Strumann C, von Meissner W, Blickle P. Utilization of acute medical services in general practice: a retrospective routine data analysis. Int J Emerg Med. 2025. https://link.springer.com/article/10.1186/s12245-025-00943-y
[87] Sturmberg JP, Martin CM, Katerndahl DA. Systems and complexity thinking in the general practice literature: an integrative, historical narrative review. Ann Fam Med. 2014;12(1):66-74. doi:10.1370/afm.1593.
[88] Sturmberg JP. Systems and complexity thinking in general practice. Part 2: application in primary care research. Aust Fam Physician. 2007;36(4):273-275.
[89] Sturmberg JP. Systems and complexity thinking in general practice: Part 1 – clinical application. Aust Fam Physician. 2007;36(3):170-173.
[90] Taylor RJ, Smith BH, van Teijlingen ER, Hrsg. Health and illness in the community. New York: Oxford University Press; 2003.
[91] Teggart K, Neil-Sztramko SE, Nadarajah A, Wang A, Moore C, Carter N, Adams J, Jain K, Petrie P, Alshaikhahmed A, Yugendranag S, Ganann R. Effectiveness of system navigation programs linking primary care with community-based health and social services: a systematic review. BMC Health Serv Res. 2023;23:450. doi:10.1186/s12913-023-09424-5.
[92] Tobert V, Popert U. Multitasking and Complex Patient Encounters in Family Medicine. Z Allg Med. 2017;93(5):222-226. doi:10.3238/zfa.2017.0222-0226.
[93] Turner J, O'Cathain A, Knowles E, Nicholl J. Impact of the urgent care telephone service NHS 111 pilot sites: a controlled before and after study. BMJ Open. 2013;3(11):e003451. doi:10.1136/bmjopen-2013-003451.
[94] Wewetzer L, Held LA, Steinhauser J. Diagnostic performance of deep-learning-based screening methods for diabetic retinopathy in primary care: a meta-analysis. PLoS One. 2021;16(8):e0255034. doi:10.1371/journal.pone.0255034.
[95] WHO. The World Health Report 2008: Primary Health Care (Now More Than Ever). 2008. http://www.who.int/whr/2008/en/index.html
[96] Wiesemann A. Hausärztliche Gemeindemedizin. In: Kochen MM, Hrsg. Allgemeinmedizin und Familienmedizin. 4. Aufl. Stuttgart: Thieme; 2012:274-280.
[97] Wilkinson R, Pickett K. The spirit level: why equality is better for everyone. London: Penguin; 2010.
[98] WONCA / European Academy of Teachers. European Training Requirements for GP/FM specialist training.
[99] WONCA. Die europäische Definition der Allgemeinmedizin und Familienmedizin. 2023.
[100] World Health Organization. Primary Health Care: Transforming Vision into Action. Geneva: WHO.
[101] Zimmermann T, Pruskil S. Modelle, Konzepte, neue Wege der Primärversorgung in Deutschland. Public Health Forum. 2025;33(4):282–287. doi:10.1515/pubhef-2025-0106.
[102] Øvretveit J. Does clinical coordination improve quality and save money? Volume 1: A summary review of the evidence. London: Health Foundation; 2011.

Kontakt:

DEGAM-Bundesgeschäftsstelle
Schumannstraße 9, 10117 Berlin
Telefon: 030-20 966 9800
E-Mail: **geschaeftsstelle@degam.de**

Autorinnen & Autoren:

Ruben Bernau, Theresa Buuck, Lisa Degner, Dr. med. Hans Michael Mühlenfeld, Prof. Dr. med. Marco Roos, Prof. Dr. med. Jost Steinhäuser, Torben Ostendorf, Dr. med. Katharina Weinert, Benjamin Winter

Positionspapier

Aus einer hausärztlichen Sprechstunde

Warum hausärztliche Primärversorgung das Fundament unseres Gesundheitssystems ist

Autorinnen & Autoren

Ruben Bernau, Praxis für Familienmedizin Hambergen, Hambergen

Theresa Buuck, Abteilung Allgemeinmedizin, Institut für Community Medicine, Universitätsmedizin Greisfwald, Greifswald

Lisa Degener, Hausärztliche Gemeinschaftspraxis, Altenberge

Dr. med. Hans Michael Mühlenfeld, Gemeinschaftspraxis für Familienmedizin, Bremen

Prof. Dr. med. Marco Roos, Institut für Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung, Universitätsklinikum Augsburg, Augsburg

Prof. Dr. med. Jost Steinhäuser, Institut für Allgemeinmedizin, Universität zu Lübeck, Lübeck

Dr. med. Torben Ostendorf, Arztpraxis Dr. Ostendorf, Leipzig

Dr. med. Katharina Weinert, Hausarztpraxis am Mühlenfließ, Fredersdorf

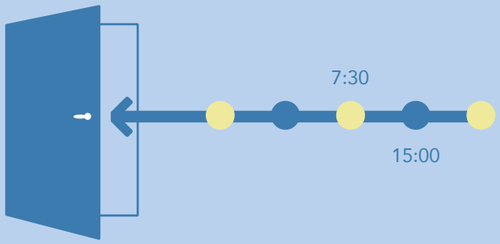
Benjamin Winter, Hausarztpraxis Tribsees, Tribsees

20. Oktober 2026

Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin

Institut für Hausärztliche Fortbildung

Aus einer hausärztlichen Sprechstunde



**Ein gewöhnlicher Vormittag.
Viele bekannte Menschen.
Immer neue Fragen.**

Dienstagmorgen

Um 7:30 Uhr beginnt in einer Hausarztpraxis ein ganz gewöhnlicher Arbeitstag.

Noch weiß niemand, welche Menschen heute kommen werden und welche Fragen, Sorgen und Anliegen sie mitbringen.

Anders als in vielen spezialisierten Sprechstunden lässt sich eine hausärztliche Sprechstunde nur teilweise planen. Neben vereinbarten Terminen kommen Menschen mit akuten Beschwerden, dringenden Fragen oder unerwarteten Problemen – häufig ohne Voranmeldung.
Diese Offenheit und Niedrigschwelligkeit gehören zum Wesen hausärztlicher Primärversorgung.

07:30 Sichtung der Lage und Absprache mit dem Team. Parallel beginnen Laborentnahmen, Posteingang und Anrufbeantworter werden bearbeitet.
Die Sprechstunde nimmt Fahrt auf.

07:40 **„Ich brauche Hilfe bei einer Entscheidung."**
Eine 43-jährige Patientin mit kürzlich diagnostiziertem Brustkrebs kommt mit Formularen für ihre Krebs-Reha. Doch eigentlich möchte sie über die im Krankenhaus empfohlene weitere Behandlung sprechen.

Gemeinsam besprechen wir Nutzen und Risiken. Sie braucht jetzt vor allem Orientierung und Begleitung bei ihrer Entscheidung.

Orientierung geben

08:00 **„Ich kann auf keinen Fall bis morgen warten."**
Ein 27-jähriger wohnungsloser und suchtkranker Patient kommt ohne Termin mit starkem Durchfall. Gleichzeitig wartet eine Managerin auf die Besprechung ihrer 24-Stunden-Blutdruckmessung.

Bei ihr beginnen wir eine Behandlung und planen die Kontrolle. Den jungen Mann untersuchen wir zwischen zwei Terminen; eine gefährliche Austrocknung können wir ausschließen. Eine erneute Entzugsbehandlung lehnt er zunächst ab.

Zwei völlig unterschiedliche Lebenswelten – beide erhalten die medizinische Aufmerksamkeit, die ihre Situation erfordert.

Niedrigschwellig für alle da sein

08:20 **„Ich brauche nur ein Attest."**
Der 14-jährige Marvin berichtet von nächtlichem Durchfall. Jetzt sei alles wieder gut; er brauche eigentlich nur ein Attest.

Ein Blick in die Akte macht aufmerksam: Montagsatteste häufen sich.
Wir vereinbaren einen Termin mit seiner Mutter. Vielleicht geht es gar nicht um Durchfall: Trennung der Eltern, nächtliches Zocken, Schulunlust oder fehlende Perspektiven könnten hinter den Fehlzeiten stehen.
Manchmal ist der genannte Anlass nicht das eigentliche Problem.

Familienmedizin – Menschen im Kontext verstehen

08:50 **„Könnten Sie meinen Enkel auch kurz anschauen?"**
Eine 58-jährige Patientin kommt wegen Schlafstörungen. Ihren hustenden Enkel hat sie dabei – könnten wir ihn „mal eben"abhören? Und seit drei Tagen schmerzt auch ihr Knie. Beim Enkel zeigt sich ein unkomplizierter Atemwegsinfekt, beim Knie kein Warnzeichen.

Dann sprechen wir über die Schlafstörungen. Erst jetzt erzählt sie, was sie wirklich belastet: Ihre Tochter ist mit ihrem Sohn nach häuslicher Gewalt wieder bei ihr eingezogen.

Dafür reicht die verbleibende Zeit nicht. Wir vereinbaren ein weiteres Gespräch.

Aus einem Termin werden mehrere Anliegen. Entscheidend ist, zu erkennen, was heute wichtig ist – und was Zeit braucht.

09:20 „Wie soll es jetzt zu Hause weitergehen?“

Die Schwiegertochter eines hochbetagten Patienten kommt nach dessen Operation mit einem unvollständigen Entlassungsbrief und einem umfangreichen neuen Medikamentenplan. Und jetzt?

Eine Medizinische Fachangestellte bereitet den Medikamentenplan vor. Gemeinsam prüfen wir die Medikation, kümmern uns um Verbandmaterial und organisieren die Wundkontrolle.
Der Patient muss dafür nicht in die Praxis kommen: In zwei Tagen übernimmt eine VERAH® (Versorgungsassistentin in der Hausarztpraxis) – den Hausbesuch.

Aus vielen Einzelinformationen wird wieder ein gemeinsamer Behandlungsplan.

Versorgung koordinieren – im Team

09:40 „Eine kurze Pause?“

Zeit für einen Kaffee. Gleichzeitig warten 15 Rezepte, sechs Überweisungen und einige Formulare auf Bearbeitung.

Der Kaffee wird kalt.

Auch das gehört zur Sprechstunde.

10:00 „In der Kita meines Sohnes ist Scharlach.“

Ein 28-jähriger Patient kommt mit starken Halsschmerzen. In der Kita seines Sohnes ist Scharlach ausgebrochen. Für ihn liegt die Lösung nahe: ein Antibiotikum.

Untersuchung und strukturierte Risikoeinschätzung sprechen klar gegen eine bakterielle Infektion. Ein Antibiotikum würde mit hoher Wahrscheinlichkeit nicht helfen.

Wir besprechen Warnzeichen und vereinbaren eine Wiedervorstellung, falls es nicht besser wird oder sich sein Zustand verschlechtert.

Gute Medizin heißt hier: sicher entscheiden, wann Behandlung notwendig ist – und wann nicht.

Gefährliche Verläufe erkennen

10:10 „Ich brauche unbedingt ein MRT.“

Eine 42-jährige Patientin kommt ohne Termin wegen starker Rückenschmerzen und möchte ein MRT.

Zuerst klären wir: Gibt es Hinweise auf einen gefährlichen Verlauf? Warnzeichen, neurologische Ausfälle oder Lähmungserscheinungen finden sich nicht.

Wir verzichten deshalb auf eine sofortige Bildgebung, erklären die Entscheidung und behandeln Schmerzen und Beweglichkeit.
Nicht jede zusätzliche Untersuchung schafft mehr Sicherheit. Gute Medizin kann auch bedeuten, auf unnötige Diagnostik zu verzichten.

Nutzen und Schaden abwägen

10:20 „Mein Vater ist an einem Herzinfarkt gestorben.“

Ein 32-jähriger Patient kommt spontan wegen wiederkehrender Brustschmerzen. Sein Vater starb mit 35 Jahren an einem Herzinfarkt – entsprechend groß ist seine Angst.

Anamnese, Untersuchung und strukturierte Risikoeinschätzung machen eine akute kardiale Ursache sehr unwahrscheinlich.

Aber damit ist die Konsultation nicht beendet. Wir kennen ihn seit über 20 Jahren und können Befunde und Angst gemeinsam einordnen. Für die Besprechung seines persönlichen Herz-Kreislauf-Risikos vereinbaren wir einen Folgetermin.

Kontinuität schafft Wissen über einen Menschen – und Vertrauen in gemeinsame Entscheidungen.

Kontinuität schafft Vertrauen

10:40 „Ich brauche eigentlich nur eine Verlängerung.“

Mehrere Menschen warten auf die Verlängerung ihrer Arbeitsunfähigkeit.
Das Praxisteam hat vorab geklärt, wer erneut ärztlich gesehen werden muss.

Ein 50-jähriger Raucher ist seit fünf Tagen wegen eines Atemwegsinfekts krankgeschrieben. Doch das Fieber hält an.

Wir untersuchen ihn erneut: Hat sich der Verlauf verändert? Gibt es Hinweise auf eine Lungenentzündung oder eine andere Komplikation?

Auch ein scheinbarer Routinetermin ist eine neue medizinische Entscheidung.

Verläufe beobachten und neu bewerten

10:55 „Mit mir stimmt etwas nicht."

Ein 42-jähriger Familienvater kommt wegen anhaltender, ausgeprägter Müdigkeit und Erschöpfung. Beruf und zwei kleine Kinder fordern ihn stark. Er befürchtet eine ernsthafte Erkrankung zu haben.

Wir untersuchen ihn und planen weitere Diagnostik, zum Beispiel eine Blutentnahme. Die bisherigen Befunde ergeben keinen Hinweis auf eine ernste Ursache.

Die Frage ist damit noch nicht beantwortet. In den folgenden Wochen beobachten wir den Verlauf und bewerten Befunde und Beschwerden wiederholt neu.

Eine endgültige Diagnose müssen wir heute nicht stellen. Wir halten sie kontrolliert offen – ohne den Patienten allein zu lassen.

- Mit Ungewissheit professionell umgehen

11:20 „Mein Sohn hat fürchterliche Ohrenschmerzen."

Eine Mutter kommt mit ihrem vierjährigen Sohn. Seit der vergangenen Nacht hat er starke Ohrenschmerzen. Hinweise auf einen gefährlichen oder komplizierten Verlauf finden sich nicht.

Unsere Arbeitshypothese: Innerhalb von 48 Stunden werden die Beschwerden auch ohne Antibiotikum deutlich besser.

Wir erklären die Optionen und empfehlen zunächst Schmerzbehandlung und Abwarten. Nach der Aufklärung entscheidet die Mutter, ob sie diesem Vorschlag folgt. Für den Fall anhaltender oder zunehmender Beschwerden erhält sie bereits ein Antibiotikarezept.

Abwartendes Offenhalten heißt nicht Nichtstun: Wir erwarten einen bestimmten Verlauf. Tritt er nicht ein, prüfen wir die Arbeitshypothese und passen die Behandlung an.

- Abwartendes Offenhalten - Verlauf beobachten und Arbeitshypothese prüfen
- Partizipative Entscheidungsfindung - informieren, empfehlen, gemeinsam entscheiden

11:30 „Ich möchte nicht mehr so viele Medikamente nehmen."

Auf dem Weg ins Pflegeheim besprechen Arzt und VERAH die anstehenden Besuche: Wer benötigt heute den Arzt – und welche Besuche kann die VERAH selbstständig übernehmen?

Eine 89-jährige Patientin möchte eines ihrer Medikamente nicht mehr nehmen und berichtet über Bauchschmerzen. Im Gespräch fallen zudem depressive Symptome auf.

Gemeinsam besprechen wir, welche Behandlung jetzt sinnvoll ist und was der Patientin selbst wichtig ist. Welche Medikamente benötigt sie noch? Was können wir weglassen?

Die weitere Betreuung teilen Arzt und VERAH untereinander auf – je nachdem, welche Kompetenz zur Lösung des jeweiligen Problems notwendig ist.

- Notwendige Lösungskompetenz sicherstellen
- Individuelle Behandlungsziele gemeinsam festlegen

Was gute hausärztliche Primärversorgung ausmacht

Die Begegnungen dieses Vormittags zeigen beispielhaft, wie unterschiedliche hausärztliche Arbeitsweisen ineinandergreifen.

- Orientierung geben
- Niedrigschwellig für alle da sein
- Menschen im Kontext verstehen
- Anliegen ordnen und priorisieren
- Gefährliche Verläufe erkennen
- Nutzen und Schaden abwägen
- Kontinuität schafft Vertrauen
- Mit Ungewissheit umgehen
- Abwartendes Offenhalten
- Partizipative entscheiden
- Notwendige Lösungskompetenz sicherstellen

Hausärztliche Primärversorgung bedeutet, alle Menschen mit ungefilterten gesundheitlichen Anliegen kontinuierlich zu begleiten, Gefährliches zu erkennen und Wichtiges zu priorisieren und zu behandeln. Entscheidungen entstehen gemeinsam und orientieren sich an individuellem Nutzen und möglichem Schaden. Nicht jede Unsicherheit muss sofort durch maximale Diagnostik beseitigt werden: Arbeitshypothesen können im Verlauf überprüft und neu bewertet werden. Entscheidend ist, dass für jedes Problem die notwendige Lösungskompetenz verfügbar ist.

Weiterführend: Bernau R, Buuck T, Degener L et al. Hausärztliche Primärversorgung – Garant für unser Gesundheitssystem.
Z Allg Med (2026). DOI: 10.1007/s44266-026-00563-6

15:00 Die Nachmittagssprechstunde beginnt. Der Vormittag endet.

Die hausärztliche Arbeit nicht.
Morgen wird sich die Praxistür wieder öffnen.
Andere Menschen werden kommen.

Kontakt:

DEGAM-Bundesgeschäftsstelle
Schumannstraße 9, 10117 Berlin
Telefon: 030-20 966 9800
E-Mail: **geschaeftsstelle@degam.de**

Autorinnen & Autoren:

Ruben Bernau, Theresa Buuck, Lisa Degner, Dr. med. Hans Michael Mühlenfeld, Prof. Dr. med. Marco Roos, Prof. Dr. med. Jost Steinhäuser, Torben Ostendorf, Dr. med. Katharina Weinert, Benjamin Winter

Mit Unterstützung des Instituts für hausärztliche Fortbildung (IHF) und des Hausärztinnen- und Hausärzteverbandes.

www.hausarztsachsen.de