

21. September 2026

Zukunftsfähige Primärversorgung: High-Value-Care als Modell für Versorgungsqualität und Vergütung

Executive Summary

Verbesserung der Gesundheit der Bevölkerung, Verbesserung der individuellen Versorgungserfahrung und nachhaltiger Einsatz der verfügbaren Ressourcen bilden als „Triple Aim“ die zentrale Zielsetzung eines zukunftsfähigen Gesundheitssystems (1).

Internationale Evidenz zeigt, dass eine starke hausarztzentrierte Primärversorgung hierzu wesentlich beiträgt. Sie ist mit einer höheren Versorgungsqualität und Patientenzufriedenheit sowie weniger vermeidbaren Hospitalisierungen und Notfallbehandlungen verbunden. Wesentliche Erfolgsfaktoren sind Versorgungskontinuität, die Hausarztpraxis als erster und häufig fallabschließender Versorgungsort, eine umfassende hausärztliche Betreuung sowie eine klare Koordinationsfunktion zwischen den Versorgungsebenen (2-4).

Gerade in Deutschland zeigt sich die Relevanz dieses Ansatzes. Trotz hoher Gesundheitsausgaben führt die hohe Inanspruchnahme ambulanter und stationärer Leistungen nicht regelhaft zu besseren gesundheitlichen Ergebnissen. Im europäischen Vergleich stehen den Ausgaben häufig nur durchschnittliche Outcomes gegenüber. Dies zeigt sich unter anderem bei der Lebenserwartung, der Sterblichkeit an Herz-Kreislauf-Erkrankungen sowie vermeidbaren Hospitalisierungen bei chronischen Erkrankungen (5).

Die DEGAM hat mit dem Eckpunktepapier (6) für eine zukunftsfähige Primärversorgung zentrale Forderungen eingebracht: Versorgungskontinuität, fallabschließende Versorgung in der hausärztlichen Primärversorgung sowie eine klar definierte Koordinationsfunktion zwischen den Versorgungsebenen. Im Kontext dieser Eckpunkte bildet das High-Value-Care-Konzept eine Orientierung für die Weiterentwicklung von Versorgungsqualität und Vergütungsmodellen.

Unter High-Value-Care verstehen wir eine Versorgung, die den größtmöglichen patientenrelevanten Nutzen erzielt, sich an wissenschaftlicher Evidenz orientiert, Über-, Unter- und Fehlversorgung vermeidet und die verfügbaren Ressourcen verantwortungsvoll einsetzt. Entscheidend ist dabei nicht die Menge erbrachter Leistungen, sondern der gesundheitliche Nutzen für Patientinnen und Patienten (7).

Die DEGAM fordert die Bundesregierung auf, weitere Schritte zur Ausgestaltung von Qualitätsentwicklung und Vergütung im Gesundheitssystem in Orientierung am Rahmen des High-Value-Care-Modells einzuleiten.

Zentrale Positionen der DEGAM:

1. Hohe Versorgungsqualität mit nachweisbarem Nutzen ist die Basis für medizinische Versorgung

Hochwertige Versorgung entsteht, wenn diagnostische, therapeutische und präventive Maßnahmen konsequent am nachgewiesenen Nutzen für Patientinnen und Patienten ausgerichtet werden. Dazu gehören eine sorgfältige Nutzen-Schaden-Abwägung, die Vermeidung von Maßnahmen mit geringem oder fehlendem Nutzen (Low-Value-Care), die Berücksichtigung der individuellen Lebenssituation sowie ein verantwortungsvoller Einsatz vorhandener Ressourcen – in allen Bereichen der Gesundheitsversorgung.

Eine hochwertige Primärversorgung orientiert sich am gesundheitlichen Nutzen für Patientinnen und Patienten. Sie fördert wirksame, patientenrelevante Maßnahmen, vermeidet unnötige Diagnostik und Therapie und setzt Ressourcen dort ein, wo sie den größten Nutzen entfalten. Hausärztliche Kontinuität, Koordination der Versorgung und die Berücksichtigung des bio-psycho-sozialen Kontextes sind dabei zentrale Voraussetzungen für High-Value-Care. Diese Merkmale gilt es künftig in Qualitätsindikatoren und Vergütungsmodellen abzubilden.

2. Hochwertige Versorgung braucht ein entsprechendes Vergütungssystem

Eine hochwertige Versorgung setzt ein Vergütungssystem voraus, das sektorenübergreifend Qualität und patientenrelevanten Nutzen fördert, anstatt primär die Menge erbrachter Einzelleistungen zu honorieren. Die derzeitige Leistungsvergütung setzt hierfür unzureichende Anreize, da zentrale Elemente hochwertiger Versorgung wie Kontinuität, Koordination, Prävention und die Vermeidung unnötiger Maßnahmen nur begrenzt berücksichtigt werden.

Für die Primärversorgung sollte daher ein zukunftsfähiges Vergütungssystem auf einem verbindlichen Einschreibesystem und populationsbezogenen, risikoadaptierten Pauschalen für eine definierte Praxispopulation beruhen und eine bedarfsgerechte Betreuung ermöglichen. Ergänzend sollten qualitätsorientierte Vergütungsanteile die Versorgungsqualität fördern, ohne neue Fehlanreize zu schaffen.

Ein derartiges System wirkt dann, wenn es umfassend in allen Versorgungsbereichen abgebildet wird. Zur Entwicklung ist ein geschützter „Transferraum“ erforderlich, in dem innovative Vergütungsstrukturen unter realen Versorgungsbedingungen getestet, evaluiert und bei nachgewiesenem Nutzen in die Regelversorgung überführt werden können. So lassen sich Vergütungsstrukturen etablieren, die den Prinzipien der High-Value Care entsprechen und eine nachhaltige, hochwertige und effiziente Versorgung unterstützen.

3. Vermeidung von Über- und Fehlversorgung ist ein zentrales Qualitätsziel

Über- und Fehlversorgung mindern den Nutzen medizinischer Versorgung, können vermeidbare Schäden verursachen und führen zu einem ineffizienten Einsatz begrenzter Ressourcen. High-Value-Care erfordert daher die konsequente Identifikation und Reduktion von Maßnahmen mit geringem oder fehlendem patientenrelevantem Nutzen.

Für die Primärversorgung bedeutet dies, diagnostische, präventive und therapeutische Entscheidungen konsequent an Evidenz und individueller Nutzen-Schaden-Abwägung auszurichten. Ein bewusster Verzicht auf unnötige Maßnahmen, die Stärkung von „watchful waiting“ sowie

Shared Decision Making sind wesentliche Bestandteile einer wertorientierten Versorgung. Initiativen wie „Klug entscheiden“ und „Choosing Wisely“ liefern hierfür wichtige Grundlagen.

4. Patientenberichtete Ergebnisse und Erfahrungen als Teil der Versorgungsqualität etablieren

Der Nutzen medizinischer Versorgung lässt sich nicht allein anhand von Prozess- und Leistungsindikatoren beurteilen. Für eine wertorientierte Versorgung ist entscheidend, ob sich der Gesundheitszustand und die Lebensqualität der Patientinnen und Patienten tatsächlich verbessern und wie sie die erhaltene Versorgung erleben. Patient Reported Outcome Measures (PROMs) und Patient Reported Experience Measures (PREMs) ermöglichen es, dies systematisch zu erfassen und als Qualitätsdimension sichtbar zu machen.

In der Primärversorgung umfassen relevante Ergebnisse bspw. Symptomlast, Funktionsfähigkeit, gesundheitsbezogene Lebensqualität sowie den sicheren Umgang mit Erkrankungen und Behandlungsentscheidungen. Ebenso wichtig sind Erfahrungen mit Erreichbarkeit, Kommunikation, Koordination und Beteiligung an Entscheidungen.

Die Erhebung von PROMs und PREMs sollte zielgerichtet über relevante Indikatoren für definierte Fragestellungen und Populationen entwickelt, digital erhoben und sinnvoll in die Versorgungsprozesse integriert werden.

Die DEGAM fordert:

1. Entwicklung eines High-Value-Care-Modells für Qualitätssteuerung und -Vergütung im künftigen Versorgungssystem

Die DEGAM fordert die Entwicklung eines sektorenübergreifenden High-Value-Care-Modells als Grundlage für Qualitätssteuerung und Vergütung im künftigen Gesundheitssystem. Ziel ist ein gemeinsamer Rahmen für Qualitätssteuerung und Vergütung in der Primärversorgung, der fachärztlichen Versorgung und im Krankenhausbereich, um sektorale Brüche zu vermeiden und eine konsequente Ausrichtung am patientenrelevanten Nutzen zu ermöglichen.

Für die Primärversorgung sollte das Modell insbesondere folgende Elemente umfassen:

- Definition patientenrelevanter Outcomes für zentrale Patientengruppen, insbesondere Menschen mit Multimorbidität, psychischen Erkrankungen und chronischen Schmerzen.
- Gezielter Einsatz eines schlanken, wissenschaftlich validierten Sets von Patient Reported Outcome Measures (PROMs) und Patient Reported Experience Measures (PREMs) für geeignete Patientengruppen und Fragestellungen.
- Verankerung von Kontinuität, Koordination und der Vermeidung von Unter-, Über- und Fehlversorgung als zentrale Dimensionen von Versorgungsqualität.
- Orientierung von Qualitätsmessung und Vergütung am nachgewiesenen Nutzen für Patientinnen und Patienten

2. Pilotierung möglicher Vergütungsmodelle in „Transferräumen“

Die DEGAM fordert die Schaffung eines Transferraums zur Pilotierung wertorientierter Vergütungsmodelle in der Primärversorgung. Auf der Grundlage klar definierter Versorgungsaufträge sollen populationsbezogene Pauschalen, qualitätsorientierte Vergütungselemente und patientenrelevante Qualitätsindikatoren erprobt und wissenschaftlich evaluiert werden. Bewährte Elemente der Hausarztzentrierten Versorgung und anderer integrierter Versorgungsmodelle sind in die Regelversorgung zu überführen.

Kernelemente der Pilotierung sind:

- eine Kombination aus populationsbezogenen, risikoadjustierten Pauschalen und qualitäts- bzw. ergebnisorientierten Vergütungskomponenten für definierte Patientengruppen, Präventionsanliegen und Krankheitsbilder,
- die Berücksichtigung sozialer und struktureller Risikofaktoren zur Vermeidung von Selektionsanreizen,
- eine breite Qualitätsmessung auf Basis von Routinedaten, ergänzt durch gezielt und stichprobenartig erhobene PROMs und PREMs,
- die systematische Einbindung von Versorgungsforschung, Gesundheitsökonomie, hausärztlichen Praxen sowie Bürgerinnen- und Bürgerbeiräten in die Entwicklung und Bewertung der Modelle.

3. Systematische Qualitätsentwicklung

Die DEGAM fordert die Entwicklung geeigneter Qualitätsindikatoren für eine nachhaltige Qualitätsentwicklung in der Gesundheitsversorgung. Grundlage sollten über Routinedaten messbare Indikatoren sein, ergänzt durch gezielte und stichprobenartige Erhebungen von Patient Reported Outcome Measures (PROMs) und Patient Reported Experience Measures (PREMs).

Kernelemente sind:

- die Definition, wissenschaftliche Prüfung und Weiterentwicklung relevanter Qualitätsindikatoren
- die Erhebung von Qualitätsindikatoren über Routinedaten aus Praxissoftware und digitalen Patientenakten
- die primäre Nutzung der Daten für Qualitätsverbesserung, Versorgungsplanung und Versorgungsforschung sowie deren sekundäre Verwendung zur Evaluation von Pilotprojekten und qualitätsorientierten Vergütungsmodellen
- die Entwicklung von Verfahren zur Erfassung direkter und indirekter Versorgungs- und Gesundheitskosten sowie geeigneter gesundheitsökonomischer Outcome-Maße,
- die kontinuierliche Evaluation und Anpassung der eingesetzten Indikatoren und Messverfahren auf Basis wissenschaftlicher Evidenz und praktischer Erfahrungen.

Literatur

- 1) Berwick DM, Nolan TW, Whittington J. The Triple Aim: Care, Health, and Cost. Health Affairs. 2008;27(3):759-769.
- 2) Starfield B, Shi L, Macinko J. Contribution of primary care to health systems and health. Milbank Q. 2005;83:457-502. doi: 10.1111/j.1468-0009.2005.00409.
- 3) Hone T, Macinko J, Millett C. Revisiting Alma-Ata: what is the role of primary health care in achieving the Sustainable Development Goals? Lancet. 2018;392:1461-1472. doi: 10.1016/S0140-6736(18)31829-4.
- 4) Levine DM, Landon BE, Linder JA. Quality and Experience of Outpatient Care in the United States for Adults With or Without Primary Care. JAMA Intern Med. 2019;179:363-372. doi: 10.1001/jamainternmed.2018.6716
- 5) AOK-Bundesverband, Deutsches Krebsforschungszentrum (2025) Public Health Index. Gesundheitsschutz im europäischen Vergleich
- 6) Primärversorgung: stark, verlässlich, patientennah. 5 + 5 Eckpunkte für eine zukunftsfähige Primärversorgung Eckpunkte. DEGAM 2026 [Primärversorgungssystem - DEGAM](#)
- 7) Porter ME. What ist value in health care? N Engl J Med. 2010 Dec 23;363(26) :2477-81. <https://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NEJMp1011024>

Kontakt:

DEGAM-Bundesgeschäftsstelle
Schumannstraße 9
10117 Berlin
Tel.: 030-20 966 9800
geschaeftsstelle@degam.de