



Forderungspapier

zur **Einführung eines verbindlichen hausärztlichen Primärversorgungssystems**

Stand: August 2026



Zusammenfassung und Forderungen

Der Hausärztinnen- und Hausärzteverband begrüßt ausdrücklich die geplante **Einführung eines verbindlichen Primärversorgungssystems** bei freier Arztwahl in der Hausarztzentrierten Versorgung (HZV) wie auch im Kollektivvertrag. **Eine starke Primärversorgung bildet das Fundament eines leistungsfähigen Gesundheitssystems.** Es verbessert die Versorgung der Patientinnen und Patienten, entlastet das Gesundheitssystem und stärkt die hausärztliche Versorgung.¹

Im Zuge der Einführung eines hausärztlichen Primärversorgungssystems stellt der Hausärztinnen- und Hausärzteverband die folgenden **Forderungen** auf, die in diesem Papier ausführlicher erläutert und mit wissenschaftlicher Evidenz hinterlegt werden:

- Die in diesem Papier benannten **systematischen Mindestanforderungen an ein Primärversorgungssystem** müssen bei der Einführung eines hausärztlichen Primärversorgungssystems zwingend berücksichtigt werden. Andernfalls droht das entsprechende System zu einem reinen Überweisungssystem zu werden – ohne Mehrwerte für Patientinnen und Patienten sowie für die Zukunftsfähigkeit des Gesundheitssystems in Gänze. Zu den Mindestanforderungen zählt **insbesondere die Umsetzung der 4C nach Starfield**: eine niedrigschwellige erste Anlaufstelle (First Contact), eine zeitliche wie personelle Versorgungskontinuität (Continuity of care), eine umfassende und in weiten Teilen abschließende Versorgung (Comprehensiveness) sowie die gezielte Koordination von Behandlungsabläufen (Coordination).²
- Anlaufstellen sowie **zentrale steuernde Instanzen** müssen die **hausärztlichen Praxen** sein und nicht weitere Leistungserbringer wie Apotheken, fachärztliche Praxen oder selbstständig tätige Advanced Practice Nurses. Der **Einstieg** in die Versorgung der Patientinnen und Patienten muss regelhaft **über die hausärztlichen Praxen** erfolgen. Nur wenige, klar definierte Ausnahmen (Notfälle, Augenärztinnen und Augenärzte, Gynäkologinnen und Gynäkologen, Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten) können direkt in Anspruch genommen werden. Für die Weiter- und Mitversorgung durch fachärztliche Praxen werden für die Patientinnen und Patienten **einfache und bürokratiearme Wege** gefunden (Stichwort: Jahresüberweisung). Für die Wahrnehmung dieser Aufgaben müssen die **hausärztlichen Praxisteams konsequent finanziell und strukturell gestärkt und gefördert** werden.
- Die **Bestimmungen zur Hausarztzentrierten Versorgung nach § 73b SGB V (HZV) müssen** in ihrer aktuellen Form als selektivvertraglich organisierte „alternative Regelversorgung“³ **unverändert** beibehalten werden. Insbesondere der **Kontrahierungszwang** (inklusive Schiedsverfahren und Fortgeltungsregelungen) müssen erhalten bleiben, um auch in Zukunft **Vertragsverhandlungen auf Augenhöhe** zu ermöglichen. **Versorgungsnotwendige Ergänzungen**, wie z. B. die Teilnahme von Praxen neben der Teilnahme einzelner Ärztinnen und Ärzte, sollen gleichwohl ermöglicht werden. Wenn die Politik ein

¹WHO&Unicef 2020, Operational Framework for Primary Health care Kap.3.1 Models of care S.37-39

²WHO 2024 Implementing the Primary Health Care Approach: A Primer S. 290–293 (digitale Gesundheitsakten, Interoperabilität, Datenaustausch), ergänzend S. 286–296.

³OECD Building People-Centred Digital Health Systems – Lessons from PaRIS S. 6–9.

⁴WHO (2025)Strategy for Optimizing National Routine Health Information Systems: S. 7–15.

Starfield B, She L, Macintosh J. The contribution of primary care systems to health outcomes within Organization for Economic Cooperation and Development (OECD) countries, 1970-1998. Health Serv Res. 2003 Jun;38(3):831-65

² Starfield B. (1992): Primary Care: Concept, Evaluation, and Policy. Oxford University Press.

³ U.a. BSG vom 12.02.2020, B 6 KA 25/18 R, und 21.03.2018, B 6 KA 44/16 R



möglichst flächendeckendes Primärversorgungssystem zeitnah umsetzen will, muss sie vor allem auf die HZV auf Grundlage des § 73b SGB V setzen und diese weiter skalieren. **Krankenkassen, die viele Versicherte in der HZV eingeschrieben haben**, könnten dafür **finanziell** durch Umverteilungsmaßnahmen **belohnt** werden.

- Der **Ausbau moderner, interprofessioneller Primärversorgungsstrukturen** muss **konsequent gefördert** werden. Hierzu gehören verlässliche **Transformationszuschläge** sowie dauerhafte **Zuschläge für den Einsatz zusätzlich qualifizierter Gesundheitsberufe**. Die **Vergütung** muss sich an der Versorgung **durch das gesamte Praxisteam** orientieren und auf den in der HZV bewährten **pauschalierten Vergütungsstrukturen** aufbauen.
- Der Hausärztinnen- und Hausärzteverband befürwortet eine **Stärkung der digitalen Infrastruktur** der hausärztlichen Praxen. Eine **zentrale digitale/telefonische Ersteinschätzung an den Hausarztpraxen vorbei lehnen wir ab!** Patientinnen und Patienten müssen **während der regulären Praxisöffnungszeiten immer zuerst ihre Hausarztpraxis** kontaktieren (digital, telefonisch oder physisch). Dort findet durch entsprechend qualifiziertes Praxispersonal (MFA, VERAH, PCM/PA, Ärztin/Arzt), unterstützt durch digitale Anwendungen, eine individuelle Einschätzung der Situation der Patientin / des Patienten statt. Anders verhält es sich im **Notdienst** außerhalb der regulären Sprechzeiten. Voraussetzung für eine performante Koordination und Steuerung im Rahmen der Primärversorgung ist ein **digitales Primärversorgungskennzeichen** (Teilnahme + Praxis).
- **Patientinnen und Patienten** müssen sich **freiwillig aktiv für oder gegen eine Teilnahme** an einem Primärversorgungssystem entscheiden können. Teilnehmende müssen **spürbare Vorteile** in der Versorgung erleben. Teilnehmende an der Primärversorgung, die von den **Versorgungspfaden abweichen**, müssen **angemessen sanktioniert** werden.



Hintergrund

Im Koalitionsvertrag haben sich die aktuellen Regierungsparteien mit Blick auf die Einführung eines verbindlichen Primärversorgungssystems auf folgende Formulierung geeinigt:

„Zu einer möglichst zielgerichteten Versorgung der Patientinnen und Patienten und für eine schnellere Terminvergabe setzen wir auf ein verbindliches Primärarztsystem bei freier Arztwahl durch Haus- und Kinderärzte/-innen in der Hausarztzentrierten Versorgung und im Kollektivvertrag.“

Dieser Reformgedanke wird vom Hausärztinnen- und Hausärzteverband ausdrücklich begrüßt. Er entspricht den expliziten Empfehlungen der WHO und der gelebten Versorgungspraxis in vielen OECD-Ländern, in denen Primärversorgungssysteme etablierte Praxis sind.

Als Impuls für die weiteren Diskussionen hat der Hausärztinnen- und Hausärzteverband das folgende „*Forderungspapier zur Einführung eines verbindlichen hausärztlichen Primärversorgungssystems*“ erarbeitet.

1. Ein hausärztliches Primärversorgungssystem muss qualitative Mindeststandards erfüllen

Ein echtes Primärversorgungssystem darf kein simples „Überweisungssystem“ sein. Stattdessen müssen qualitative Mindeststandards erfüllt sein, damit Patientinnen und Patienten von einem Primärversorgungssystem profitieren und Hausärztinnen und Hausärzte in diesem System sinnvoll arbeiten können. Eine Steuerung über die Primärversorgungsebene ist kein Selbstzweck. Sie funktioniert nur, wenn Primärversorgung gleichzeitig strukturell gestärkt wird. Eine wirksame Steuerungsfunktion in der Primärversorgung kann nur erfolgreich sein, wenn die dafür erforderlichen Rahmenbedingungen geschaffen werden. Die Evidenz aus der nationalen und internationalen Versorgungsforschung zeigt, dass Primärversorgung ihre Steuerungswirkung nur entfalten kann, wenn die sogenannten 4C nach Barbara Starfield – First **C**ontact, **C**ontinuity of care, **C**omprehensiveness und **C**oordination – erfüllt sind. Primärversorgung muss also niedrigschwellig zugänglich, kontinuierlich, umfassend und koordinierend ausgestaltet sein sowie über die notwendigen personellen, finanziellen und digitalen Ressourcen verfügen. Dafür müssen insbesondere die folgenden Punkte adressiert sein:

- Die Qualität eines Primärversorgungssystems hängt maßgeblich von der Continuity of care ab. Es muss sichergestellt sein, dass nicht nur immer zuerst hausärztliche Praxen, sondern immer dieselbe hausärztliche Praxis (bzw. deren Vertretung) von den Versicherten aufgesucht wird.⁴
- Hausärztliche Primärversorgungspraxen können die überwiegende Mehrheit der Versorgungsanlässe der Patientinnen und Patienten abschließend versorgen (90 %) und stellen so die „Comprehensiveness“ der Primärversorgung sicher.⁵ Nur in wenigen, komplexen bzw. spezifischen Fällen erfolgt das Einbinden und die Abstimmung mit der fachärztlichen Versorgungsebene. Die abschließende Versorgung der Mehrheit der Fälle, die Abnahme schwerer Fälle durch fachärztliche Praxen ebenso wie die Rückführung leichter Fälle aus den fachärztlichen Praxen müssen strukturell abgesichert werden.

⁴ Marije T. te Winkel, Annemarie A. Uijen, Birgit I. Lissenberg-Witte, Rob J. van Marum, Henk J. Schers, Pauline Slottje, Jettie Bont and Otto R. Maarsingh, Association of General Practice Continuity With Hospital Admissions and Costs: A Retrospective Study, The Annals of Family Medicine July 2026, 24 (4) 321–328;

⁵ Popert UW, Egidi G, Eras J, Kühlein T, Baum E: „Warum wir ein Primärarztsystem brauchen“. Zeitschrift für Allgemeinmedizin (ZfA) 2018; 94(6):250-254.



- Der **Zugang zur Versorgung (First Contact) muss einheitlich und stringent über die hausärztlichen Primärversorgungspraxen** erfolgen. Unzählige Ausnahmen, Sonderregelungen und Einzelfallentscheidungen bei den Zugangswegen durchbrechen diese Stringenz, Chaotisieren das Versorgungssystem, schaffen Unsicherheit bei Patientinnen und Patienten und verschlechtern so die Versorgung. Der direkte Zugang zur gynäkologischen, augenärztlichen und psychotherapeutischen Versorgung bleibt davon unbenommen.
- Die **Koordination (Coordination) der Versorgung muss über die hausärztlichen Primärversorgungspraxen** als erste Anlaufstellen für alle Versorgungsanliegen erfolgen. Nur dort besteht ein hinreichend umfassendes Bild zur gesundheitlichen Situation der Patientinnen und Patienten, das eine Beurteilung erlaubt, ob und welche weiteren Versorgungsmaßnahmen ggf. erforderlich sind und mit welcher Priorität diese verfolgt werden müssen.
- Hausärztliche Primärversorgungspraxen müssen **für die Arbeit im Niedrigprävalenzbereich qualifiziert** sein, d. h. Erfahrung im Umgang mit unsortiertem, nicht vorstrukturiertem Patientinnen-/Patienten-Klientel haben, verbunden mit klinischen Tests sowie abwartendem Offenlassen in Verbindung mit kurzfristigen Folgeterminen.
- Das Honorarsystem muss so ausgestaltet sein, dass es der hausärztlichen Arbeitsweise in einem Primärversorgungssystem entspricht. International wie auch im Rahmen der HZV haben sich hier „Blended-Payment-Modelle“ etabliert, in denen die Vergütung der Grundversorgung sowie die Vorhaltung der Versorgungsstrukturen maßgeblich über **Pauschalen** erfolgt und nur wenige sehr spezifische Einzelleistungen gesondert vergütet werden.⁶
- Die **Hausärztinnen und Hausärzte müssen** bei den für sie maßgeblichen Struktur- und Prozessentscheidungen zum Primärversorgungssystem **angemessen vertreten sein**. In den derzeitigen Mehrheitsverhältnissen in den Kassenärztlichen Vereinigungen, die die Ausgestaltung des Kollektivvertrages maßgeblich bestimmen, findet die hausärztliche Perspektive nur unzureichend Berücksichtigung. Eine erfolgreiche Reform der Primärversorgung kann nur gelingen, wenn die Expertise der Hausärztinnen und Hausärzte sowie ihrer Verbände eine zentrale Rolle bei ihrer Ausgestaltung spielt.
- Die hausärztliche Praxis muss jederzeit über **sämtliche für die Versorgung relevanten Informationen** verfügen können. Dazu gehören insbesondere Befunde, Arztbriefe, Medikationsänderungen sowie Krankenhausentlassungen. Digitale Anwendungen müssen die Koordinationsfunktion der Hausarztpraxis unterstützen und dürfen keine parallelen Informationswege schaffen.
- Mit der Einführung eines hausärztlichen Primärversorgungssystems ist **eine klare Definition der haus- wie fachärztlichen Versorgungsaufträge erforderlich**. Fachärztliche Behandlung erfolgt auftragsbezogen. Nach Abschluss des jeweiligen Behandlungsauftrages wird die weitere Versorgung wieder an die koordinierende Hausarztpraxis zurückgegeben. Für durch die Hausarztpraxis veranlasste Überweisungen müssen verbindliche Termin- und Rückmeldeprozesse geschaffen werden. Nur so kann die koordinierende Funktion der hausärztlichen Praxis tatsächlich wahrgenommen werden.



Forderung

Die benannten systematischen Mindestanforderungen an ein Primärversorgungssystem müssen bei der Einführung eines hausärztlichen Primärversorgungssystems zwingend berücksichtigt werden. Andernfalls droht das entsprechende System zu einem reinen

⁶ OECD Health Working Paper No. 154, 2023



Überweisungssystem zu werden – ohne Mehrwerte für Patientinnen und Patienten sowie für die Zukunftsfähigkeit des Gesundheitssystems in Gänze. Zu den Mindestanforderungen zählt insbesondere die Umsetzung der 4C nach Starfield: Eine niedrigschwellige erste Anlaufstelle (First Contact), eine zeitliche wie personelle Versorgungskontinuität (Continuity of care), eine umfassende und in weiten Teilen abschließende Versorgung (Comprehensiveness) sowie die gezielte Koordination von Behandlungsabläufen (Coordination)⁷

2. Der Zugang zur Primärversorgung erfolgt über die hausärztlichen Praxen

Ziel der Einführung eines verbindlichen Primärversorgungssystems ist es, die Zugangswege in die Versorgung verbindlich festzulegen sowie innerhalb des Systems eine verbindliche Steuerung zu verankern. Nur, wenn in der ersten Anlaufstelle im Gesundheitswesen Symptome und Erkrankungen umfassend und fachübergreifend eingeordnet werden, kann ein Primärversorgungssystem seine Wirkung entfalten. Das wird auch durch internationale Expertenempfehlungen unterstützt: „Gesundheitssysteme müssen sicherstellen, dass die Primärversorgung sowohl die erste als auch die regelmäßige Anlaufstelle im Zentrum des Gesundheitssystems ist.“⁸

Komplexität reduzieren, Verbindlichkeit und Nachvollziehbarkeit stärken: In der aktuellen Debatte zur Einführung eines Primärversorgungssystems werden unterschiedlichste Zugangswege diskutiert: Telefonisch über die 116 117, digital über die ePA-App der Krankenkassen, für Chroniker/-innen über bestimmte Facharztpraxen usw. Auch Apotheken und eigenständig tätige Advanced Practice Nurses sollen in der Primärversorgung eine größere Rolle einnehmen. Eine Umsetzung dieser Ideen würde nicht zu einer Strukturierung, sondern vielmehr zu einer weiteren Chaotisierung der Versorgung führen und widerspricht klar den o. g. Expertenempfehlungen! Die Komplexität wird so nicht reduziert, sondern eher noch erhöht. Patientinnen und Patienten droht eher Schaden statt besserer Versorgung.⁹ Gute Primärversorgungssysteme stellen sicher, dass der Zugang zum System (First Contact) – einheitlich, einfach und nachvollziehbar – ausschließlich über die hausärztlichen Praxen erfolgt. Im weiteren Versorgungsverlauf muss dann eine enge und unbürokratische Zusammenarbeit mit anderen ärztlichen und nicht-ärztlichen Gesundheitsfachberufen sichergestellt sein. So können die hausärztlichen Praxen die Koordination der Versorgung der Patientinnen und Patienten als wesentliches Merkmal von Primärversorgungssystemen (Coordination) effizient und niederschwellig gewährleisten.

Erwartungen der Patientinnen und Patienten managen: Heterogene Zugangswege zur Versorgung führen bei Patientinnen und Patienten zu unkoordinierten Versorgungspfaden. Mit der Grundregel „Immer zuerst zur hausärztlichen Praxis!“ besteht für die Patientinnen und Patienten eine klare, einfache und nachvollziehbare Erwartung hinsichtlich des Zugangs zur Versorgung. Eine Gesetzgebung, die zu viel Energie in die Definition von Ausnahmetatbeständen steckt, verliert den Fokus der Reform.

⁷ Starfield B. (1992): Primary Care: Concept, Evaluation, and Policy. Oxford University Press.

⁸ WHO und Unicef S.38 Operational Framework of Primary health care, 2020

⁹ Zu den Gefahren einer fragmentierten Versorgung siehe u. a. Prior A, Vestergaard CH, Vedsted P, Smith SM, Virgilsen LF, Rasmussen LA, et al. Healthcare fragmentation, multimorbidity, potentially inappropriate medication, and mortality: a Danish nationwide cohort study. BMC Medicine. 2023;21(1):305.



Hausärztliche Praxen können Primärversorgung leisten: Als Begründung für die stetige Ausweitung der Zugangswege wird regelhaft auf die dadurch vermeintlich resultierende Entlastung der hausärztlichen Praxen verwiesen. Laut Zentralinstitut für kassenärztliche Versorgung ist bei der Umsetzung eines flächendeckenden Primärversorgungssystems mit zwei bis fünf zusätzlichen Patientenkontakten pro Hausarztpraxis und Tag zu rechnen.¹⁰ Demgegenüber stehen zeitliche Einsparungen: So entfällt die zeitraubende Nachrecherche, um notwendige Unterlagen zu erhalten und unkoordinierte Versorgungsprozesse nachzuvollziehen. Doppeluntersuchungen werden vermieden und durch eine direkte und schnellere Koordination in die fachärztliche Praxis entfällt in den Hausarztpraxen die zeitaufwändige Interimsversorgung, die aktuell aufgrund langer Wartezeiten auf Facharzttermine notwendig ist. Durch eine konsequente Nutzung der primärärztlichen Überweisung zur Steuerung des Zugangs zur fachärztlichen Versorgungsebene werden nicht indizierte Facharzttermine verringert und dadurch zeitnahe Termine für relevante Patientinnen und Patienten ermöglicht. So entstehen effizientere Versorgungsprozesse, die auch in den Hausarztpraxen Zeit einsparen. Unter dem Strich ist so die Umsetzung eines Primärversorgungssystems stemmbar.

Richtig ist aber auch, dass durch die Kürzungen im Rahmen des GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetzes die Umsetzung eines flächendeckenden Primärversorgungssystems erschwert wird. Daher ist die klare Erwartung, dass mit der Reform auch eine finanzielle, strukturelle und konzeptionelle Stärkung der hausärztlichen Versorgung einhergeht.

Darüber hinaus schafft eine Ausweitung von Delegation (Stichwort: hausärztliche Primärversorgungszentren mit multiprofessionellen Teams analog zum HÄPPI-Konzept des Hausärztinnen- und Hausärzteverbandes) die notwendigen Versorgungskapazitäten in den hausärztlichen Praxen, um die steigende Versorgungslast durch den demografischen Wandel bewältigen zu können.¹¹ Weitere konkrete Maßnahmen zur Entlastung der hausärztlichen Praxen von Bürokratie tragen zu effizienteren Versorgungsprozessen bei, beispielsweise das Anheben der Bagatellgrenze für Wirtschaftlichkeitsprüfungen von Arznei- und Heilmittelverordnungen auf 500 Euro.



Forderung

Anlaufstelle sowie zentrale steuernde Instanz müssen die hausärztlichen Praxen sein und nicht weitere Leistungserbringer wie Apotheken, fachärztliche Praxen oder selbstständig tätige Advanced Practice Nurses. Der Einstieg in die Versorgung der Patientinnen und Patienten muss regelhaft über die hausärztlichen Praxen erfolgen. Nur wenige, klar definierte Ausnahmen (Notfälle, Augenärztinnen und Augenärzte, Gynäkologinnen und Gynäkologen, Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten) können direkt in Anspruch genommen werden. Für die Weiter- und Mitversorgung durch fachärztliche Praxen werden für die Patientinnen und Patienten einfache und bürokratiearme Wege gefunden (Stichwort: Jahresüberweisung). Für die Wahrnehmung dieser Aufgaben müssen die hausärztlichen Praxisteam konsequent finanziell und strukturell gestärkt und gefördert werden.

¹⁰ <https://www.zi.de/das-zi/medien/grafik-des-monats/detailansicht/mai-2025>

¹¹ Altiner A. et al. Evaluation der HÄPPI-Pilotierung Baden-Württemberg 2024/2025



3. HZV als bewährtes Primärversorgungssystem

Im Koalitionsvertrag bekennt sich die Bundesregierung aus guten Gründen ausdrücklich zur HZV als Primärversorgungssystem. Der Mehrwert der HZV wurde wiederholt wissenschaftlich belegt.¹² Sie verbessert die Versorgung der Patientinnen und Patienten – insbesondere der multimorbid Erkrankten. Sie senkt die Kosten – allem voran im stationären Sektor. Patientinnen und Patienten, die an ihr teilnehmen, nehmen häufiger Präventionsangebote (z. B. Impfungen) wahr, die Arzneimitteltherapie erfolgt deutlich zielgerichteter. Bundesweit nehmen bereits rund elf Millionen Versicherte freiwillig teil. Sämtliche Innovationen der vergangenen Jahre sind aus der HZV hervorgegangen – von der Weiterqualifikation und Akademisierung der MFA (→ VERAH, PCM usw.) über den Teampraxisansatz in Primärversorgungszentren mit interprofessionellem und hybridem Versorgungsansatz (HÄPPI) bis hin zur Modernisierung des Vergütungssystems.

Die HZV setzt bereits alle wesentlichen Punkte eines erfolgreichen Primärversorgungssystems um:

- Die HZV ist ein Einschreibesystem. Die langfristige und feste Bindung zwischen der Hausarztpraxis und der Patientin / dem Patienten (Continuity of care) ist so sichergestellt.
- Die HZV fußt auf einem bürokratieärmeren Vergütungssystem, in welchem ein Großteil des Honorars über Pauschalen ausgeschüttet wird. Dies entspricht der hausärztlichen Arbeitslogik und schützt sowohl vor Unter- als auch Überversorgung.
- Die HZV-Verträge werden direkt zwischen den Hausärztinnen und Hausärzten – vertreten durch ihre Verbände – und den Krankenkassen verhandelt. Dadurch können Neuerungen, aber auch Antworten auf regionale Herausforderungen zielgerichtet in die Versorgung integriert und Innovationen schnell und effizient umgesetzt und ausgerollt werden.
- Die Teilnahme an der HZV ist für Ärztinnen und Ärzte mit klaren Qualitätskriterien wie beispielsweise speziellen Fortbildungen oder bestimmten Praxisausstattungen verbunden.

In der HZV sind somit viele Aspekte bereits umgesetzt, deren Implementierung im Kollektivvertrag viel Zeit benötigen wird. Die schnelle Skalierung der HZV ist ohne weitere Anlaufphase möglich. Wenn die Krankenkassen (finanzielle) Anreize erhalten, mehr Versicherte in die HZV einzuschreiben, ist ein schnelles und starkes Wachstum der Teilnehmenden absolut realistisch.

Gleichzeitig hat sich die Regelversorgung im Kollektivvertrag zunehmend als dysfunktional erwiesen. Das System muss innerhalb sehr enger Grenzen und unterschiedlicher Interessenlagen agieren – und hat dabei oftmals lediglich veraltete Werkzeuge zur Hand. Selbst übersichtliche Reformen wie die Einführung der Vorhalte- und Versorgungspauschale konnten so nicht zielführend umgesetzt werden. Mit den komplexen Veränderungen insbesondere im EBM, die mit der Etablierung eines Primärversorgungssystems (beispielsweise beim Honorarsystem sowohl der Haus- als auch der Fachärztinnen und -ärzte) einhergehen, werden die Institutionen der Selbstverwaltung überfordert sein.

Die aktuelle Diskussion überschätzt massiv die Reformfähigkeit der Regelversorgung und unterschätzt den versorgungspolitischen Mehrwert der HZV. Die Etablierung eines flächendeckenden Primärversorgungssystems ist ohne die HZV nicht denkbar.

¹² U. a. Evaluation der Hausarztzentrierten Versorgung (HZV) nach § 73b SGB V in Baden-Württemberg (2011–2022), Studienphase 2023–2024 (<https://neueversorgung.de/images/PDF/HZV-Abschlussbericht-AllgmedVF-HD.pdf>)



Forderung

Die Bestimmungen zur Hausarztzentrierten Versorgung nach § 73b SGB V (HZV) müssen in ihrer aktuellen Form als selektivvertraglich organisierte „alternative Regelversorgung“¹³ unverändert beibehalten werden. Insbesondere der Kontrahierungszwang (inklusive Schiedsverfahren und Fortgeltungsregelungen) muss erhalten bleiben, um auch in Zukunft Vertragsverhandlungen auf Augenhöhe zu ermöglichen. Versorgungsnotwendige Ergänzungen, wie z. B. die Teilnahme von Praxen neben der Teilnahme einzelner Ärztinnen und Ärzte, sollen gleichwohl ermöglicht werden. Wenn die Politik ein möglichst flächendeckendes Primärversorgungssystem zeitnah umsetzen will, muss sie vor allem auf die HZV auf Grundlage des § 73b SGB V setzen und diese weiter skalieren. Krankenkassen, die viele Versicherte in der HZV eingeschrieben haben, könnten dafür finanziell durch Umverteilungsmaßnahmen belohnt werden.



4. Zukunftsfähige moderne Versorgung im Team

Die steigende Zahl älterer, chronisch kranker und multimorbider Patientinnen und Patienten kann langfristig nur bewältigt werden, wenn die hausärztliche Versorgung konsequent als Teamversorgung weiterentwickelt wird. Entscheidend ist, dass das multiprofessionelle Team (Medizinische Fachangestellte, VERAH sowie weitere qualifizierte Gesundheitsberufe wie PA, PCM oder CHN) fest in die hausärztliche Praxis eingebunden ist. Die medizinische Gesamtverantwortung und die Koordination der Versorgung verbleiben bei der Hausärztin oder dem Hausarzt.

Mit den *Hausärztlichen Primärversorgungszentren – Patientenversorgung interprofessionell* (HÄPPI) – hat der Hausärztinnen- und Hausärzteverband bereits ein innovatives und praxiserprobtes Konzept entwickelt, das zeigt, wie moderne Primärversorgung in bestehenden Hausarztpraxen umgesetzt werden kann. Dabei bietet HÄPPI den Praxen Strukturen und Rahmenbedingungen für eine effiziente, hochwertige Delegation, unterstützt durch digitale Tools, die eine automatisierte Zuweisung innerhalb der Praxis ermöglichen.

Maßgeblich ist dabei nicht mehr ausschließlich der Arzt-Patienten-Kontakt, sondern der Praxis-Patienten-Kontakt: Die Patientinnen und Patienten werden durch das gesamte Praxisteam betreut, während die Hausärztin bzw. der Hausarzt jederzeit die medizinische Verantwortung, die Koordination der Versorgung und die Einordnung der vorliegenden Befunde in den Gesamtkontext sicherstellt.

Die bisherigen Erfahrungen belegen, dass es aufbauend auf der HZV gelingen kann, solche innovativen Teampraxismodelle in der hausärztlichen Versorgung erfolgreich umzusetzen und schnell zu verankern.¹⁴ Voraussetzung hierfür sind verlässliche Vertrags- und Vergütungsstrukturen, die den Wandel in den Hausarztpraxen gezielt unterstützen.

Erforderlich ist dafür eine Honorarsystematik, die das Vorhalten qualifizierter Praxisteams, die Koordinationsleistung der Hausarztpraxis und die kontinuierliche Betreuung der Patientinnen und Patienten angemessen berücksichtigt. Dieser Transformationsprozess muss politisch gewollt sein und finanziell unterstützt werden.

¹³ u.a. BSG vom 12.02.2020, B 6 KA 25/18 R, und 21.03.2018, B 6 KA 44/16 R

¹⁴ <https://www.haev.de/themen/haepi>



Forderung

Der Aufbau moderner, interprofessioneller Primärversorgungsstrukturen muss konsequent gefördert werden. Hierzu gehören verlässliche Transformationszuschläge sowie dauerhafte Zuschläge für den Einsatz zusätzlich qualifizierter Gesundheitsberufe. Die Vergütung muss sich an der Versorgung durch das gesamte Praxisteam orientieren und auf den in der Hausarztzentrierten Versorgung bewährten pauschalierten Vergütungsstrukturen aufbauen.



5. Stärkung der digitalen Infrastruktur für die und in den Hausarztpraxen anstelle zentraler digitaler Ersteinschätzung

Digitale Anwendungen können die hausärztliche Primärversorgung sinnvoll unterstützen – beispielsweise können sie im Zuge einer dem Praxisbesuch vorgeschalteten digitalen Interaktion bei der Terminorganisation, der Kommunikation, der Vorbereitung von Konsultationen oder der Übermittlung medizinischer Informationen das Praxisteam entlasten. Sie können aber auch helfen, den Zugang zur Praxis für die Patientinnen und Patienten zu vereinfachen, weil deren Versorgungsanliegen durch die Praxis schnell und niederschwellig erfasst, eingeordnet und ggf. auch nach Dringlichkeit priorisiert werden können. Dies gibt Patientinnen und Patienten Sicherheit und stärkt deren Compliance zum geplanten Versorgungspfad. Digitale Anwendung dürfen jedoch nicht an den hausärztlichen Praxen vorbei die individuelle hausärztliche Bedarfs-einschätzung und Koordination der Versorgung ersetzen.

Als Voraussetzung für einen Facharztbesuch oder sogar den Besuch einer hausärztlichen Praxis wird vielfach eine vorgeschaltete zentrale digitale / telefonische Ersteinschätzung gefordert. Der Hausärztinnen- und Hausärzteverband befürwortet zwar eine Stärkung der digitalen Infrastruktur in den hausärztlichen Praxen, die ihnen eine bessere Koordination der Patienten Anliegen ermöglicht. Eine zentrale digitale Ersteinschätzung über die Krankenkassen oder die 116 117 an den hausärztlichen Praxen vorbei lehnt der Verband klar ab! Auch internationale Empfehlungen stärken diese Position: *„Gesundheitssysteme müssen sicherstellen, dass die Primärversorgung sowohl die erste als auch die regelmäßige Anlaufstelle im Zentrum des Gesundheitssystems ist.“*¹⁵

Eine zentrale digitale Ersteinschätzung durch die Krankenkassen oder die 116 117 bildet Versorgungsanliegen der Patientinnen und Patienten nicht ab: Mittels einer digitalen / telefonischen Ersteinschätzung können keine (Folge-)Rezepte und keine AU-Bescheinigungen ausgestellt werden. Ein Großteil der Akutpatientinnen und -patienten wird aber genau aus diesen Gründen vorstellig. Bei all diesen Patientinnen und Patienten führt die digitale/telefonische Ersteinschätzung durch die Krankenkassen oder die 116 117 zu zusätzlichen, unnötigen Kontakten! Eine Entlastung ist hier nicht gegeben, stattdessen wird die unkoordinierte Terminnachfrage weiter steigen.

Keine Steuerungs- und Entlastungswirkung: Die Steuerungswirkung einer digitalen / telefonischen Ersteinschätzung wird massiv überschätzt. Bisher liegt keinerlei Evidenz vor, dass digitale/telefonische Ersteinschätzungen einen spürbaren Mehrwert oder Entlastung für die ambulante Versorgung bringen würden. Die Steuerung in die richtige Versorgungsebene ist mithilfe einer telefonischen/digitalen Ersteinschätzung nur unzuverlässig möglich. Dies gilt

¹⁵ WHO und Unicef S.38 Operational Framework of Primary health care, 2020



insbesondere dann, wenn mehrere Versorgungsanlässe gleichzeitig gegeben sind. Eine Patientin / ein Patient in der hausärztlichen Praxis hat i. d. R. im Durchschnitt 3,5 Versorgungsanliegen. Es steht zu befürchten, dass Patientinnen und Patienten tendenziell noch mehr in die nicht zuständigen fachärztlichen Praxen gesteuert werden als aktuell, sodass der Termindruck auf die fachärztliche Versorgung sogar steigen würde.¹⁶

Primärversorgung im digitalen Raum kenntlich machen: Wenn ein verbindliches Primärversorgungssystem im Kollektivvertrag und in der Hausarztzentrierten Versorgung eingeführt werden soll, muss dies auch im digitalen Raum klar abgebildet werden. Als zentrale strukturelle Voraussetzung für eine gesteuerte Primärversorgung bedarf es deshalb eines digitalen Kennzeichens, ob und in welcher Praxis Patientinnen und Patienten an der hausärztlichen Primärversorgung teilnehmen. Für die HZV lässt sich dies über ein verpflichtendes HZV-Kennzeichen (inklusive der hausärztlichen Praxis) in den Versichertenstammdaten leicht abbilden. Diese Implementierung ist Voraussetzung für eine performante Steuerung in der Primärversorgung und bildet damit auch das Fundament jeglicher Plattform zur digitalen Versorgungssteuerung innerhalb der HZV.



Forderung

Der Hausärztinnen- und Hausärzteverband befürwortet eine Stärkung der digitalen Infrastruktur der hausärztlichen Praxen. Eine zentrale digitale / telefonische Ersteinschätzung an den Hausarztpraxen vorbei lehnen wir ab! Patientinnen und Patienten müssen während der regulären Praxisöffnungszeiten immer zuerst ihre Hausarztpraxis kontaktieren (digital, telefonisch oder physisch). Dort findet durch entsprechend qualifiziertes Praxispersonal (MFA, VERAH, PCM/PA, Ärztin/Arzt), unterstützt durch digitale Anwendungen, eine individuelle Einschätzung der Situation der Patientin / des Patienten statt. Anders verhält es sich im Notdienst außerhalb der regulären Sprechzeiten. Voraussetzung für eine performante Koordination und Steuerung im Rahmen der Primärversorgung ist ein digitales Primärversorgungskennzeichen (Teilnahme + Praxis).



6. Verbindlichkeit für Patientinnen und Patienten

Auch in Zukunft soll ein Primärversorgungssystem auf **Freiwilligkeit** bauen. Patientinnen und Patienten können sich – wie heute auch – freiwillig entscheiden, ob sie sich im Rahmen der HZV durch eine hausärztliche Praxis steuern und begleiten lassen wollen. Sofern es gelingt, im Kollektivvertrag ein hausärztliches Primärversorgungssystem zu etablieren, können Patientinnen und Patienten auch dort freiwillig teilnehmen. Sie müssen sich aber auch gegen ein Primärversorgungssystem entscheiden können („Unkoordiniertes Versorgungssystem“). Das „Unkoordinierte Versorgungssystem“ wird dabei wie gewohnt im Kollektivvertrag angeboten.

Patientinnen und Patienten, die an einem **gesteuerten Primärversorgungssystem teilnehmen**, sollten in der Regel **schnellere Termine in der fachärztlichen Versorgungsebene** erhalten als solche, die nicht an einem Primärversorgungssystem teilnehmen. Fachärztliche Praxen müssen angehalten werden, Teilnehmende in einem gesteuerten Primärversorgungssystem prioritär zu

¹⁶ Quelle: Kopka, M., von Kalckreuth, N., & Feufel, M.A. (2025). Accuracy of online symptom assessment applications, large language models, and laypeople for self-triage decisions. npj Digital Medicine, 8, 178.



versorgen. Dies stellt einen starken Anreiz dar, an einem gesteuerten Primärversorgungssystem teilzunehmen, und ist vor allem versorgungspolitisch sinnvoll, da die Steuerung über die Hausarztpraxis eine bedarfsgerechtere Konsultation von fachärztlichen Praxen sichert. Die Hausarzt- und Facharztverträge in Baden-Württemberg bilden dieses Zielbild einer gesteuerten Versorgung bereits heute exemplarisch ab.

Versicherte, die sich gegen eine koordinierte Versorgung in einem der beiden Primärversorgungssysteme entscheiden, müssen also Nachteile in Kauf nehmen (z. B. erschwelter Zugang zur fachärztlichen Versorgungsebene) oder/und sollten an den Mehrkosten dieser unwirtschaftlicheren Inanspruchnahme angemessen beteiligt werden.

Notfälle oder die Direktinanspruchnahme der Gebiete Augenheilkunde, Gynäkologie und Psychotherapie sind davon ausgenommen. Die gesteuerte Primärversorgung für Kinder erfolgt (auch) durch Kinder- und Jugendärztinnen und -ärzte.

Ein zukünftiges Primärversorgungssystem muss – wie bereits im Koalitionsvertrag formuliert – **verbindlich (nicht verpflichtend) für alle gesetzlich Versicherten** ausgestaltet werden. Sollten diese sich für die Teilnahme an einem Primärversorgungssystem und die entsprechenden Vorteile entscheiden, sich aber dann nicht an die Versorgungsabläufe halten (z. B. direkt eine fachärztliche Praxis aufsuchen), müssen die Patientinnen und Patienten beispielsweise an den Kosten des jeweiligen Arzttermins angemessen beteiligt werden.



Forderung

Patientinnen und Patienten müssen sich freiwillig aktiv für oder gegen eine Teilnahme an einem Primärversorgungssystem entscheiden können. Teilnehmende müssen spürbare Vorteile in der Versorgung erleben. Teilnehmende an der Primärversorgung, die von den Versorgungspfaden abweichen, müssen angemessen sanktioniert werden.