



Factsheet

Primärärztsystem

Kontakt

Hausärztinnen- und Hausärzteverband
Bleibtreustr. 24 · 10707 Berlin

☎ 030 887 143 73-60

✉ pressestelle@haev.de

🌐 www.haev.de



ca. **55.000** Hausärztinnen und Hausärzte praktizieren in Deutschland

<https://gesundheitsdaten.kbv.de/cms/html/16393.php>



Über **80 %** der Fälle können abschließend in der Hausarztpraxis behandelt werden

Popert UW, Egidi G, Eras J, Kühlein T, Baum E: Warum wir ein Primärarztssystem brauchen. Z Allg Med 2018; 94 (6), 250-254 DOI 10.3238/zfa.2018.0250-0254



Mit **2 bis 5** Patientinnen- und Patientenkontakten mehr pro Tag und Hausarztpraxis wird bei einem verbindlichen Primärarztssystem gerechnet

www.zi.de/das-zi/medien/grafik-des-monats/detailansicht/mai-2025



Seit **17 Jahren** ist mit der Hausarztzentrierten Versorgung (HZV) ein freiwilliges Primärarztssystem gesetzlich verankert



Über **10 Millionen Menschen** in Deutschland nehmen bereits freiwillig an der Hausarztzentrierten Versorgung teil



Rund **40 Euro** pro Patientin oder Patient liegen die Kosten für HZV-Versicherte niedriger als in der Regelversorgung

https://neueversorgung.de/images/2023/DatenKunde/01_Pressemitteilung.pdf



12,5 bis 20 Millionen Krankenhausbelegungstage könnten bundesweit eingespart werden durch eine Ausweitung der HZV

https://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/Gutachten/Gutachten_2024/Gutachten_2024_barrierefrei.pdf



Über **11.000** schwerwiegende Komplikationen bei 119.000 Diabetikern konnten laut Hochrechnungen von 2011 bis 2020 in der HZV vermieden werden

https://neueversorgung.de/images/2023/DatenKunde/01_Pressemitteilung.pdf



1 Worum handelt es sich bei einem Primärarztssystem?

In einem Primärarztssystem gehen die Patientinnen und Patienten bei nahezu allen gesundheitlichen Beschwerden und Fragen zuallererst in die eigene Hausarztpraxis, die die Versorgung und die Koordination der Weiterbehandlung übernimmt.

Dabei handelt es sich nicht um ein einfaches Überweisungssystem, wie es etwa im Rahmen der Praxisgebühr bis 2012 umgesetzt wurde. Kern eines Primärarzt-systems ist, dass die Versorgung primär in der Hausarztpraxis stattfindet, sprich, dass die Hausärztinnen und Hausärzte einen Großteil der Patientenversorgung übernehmen. Nur für den Fall, dass es einer Weiterbehandlung durch Fachärztinnen und Fachärzte oder andere Gesundheitsfachberufe bedarf, erfolgt eine strukturierte Koordination. Hierdurch sollen die Versorgungsprozesse systematischer und effizienter stattfinden sowie die Qualität der Behandlung erhöht werden.

In vielen Ländern hat sich dieses System bereits erfolgreich etabliert. Auch in Deutschland gibt es ein freiwilliges Primärarztmodell, die Hausarztzentrierte Versorgung (HZV), auch als Hausarztprogramm bekannt. Bereits über 10 Millionen Versicherte lassen sich über diese Verträge deutschlandweit steuern.

2 Wie bewertet der Hausärztinnen- und Hausärzteverband den Plan der Politik, ein verbindliches Primärarztssystem einzuführen?

Der Hausärztinnen- und Hausärzteverband unterstützt das politische Vorhaben, die Patientenversorgung durch ein Primärarztssystem besser zu strukturieren und effizienter zu gestalten.

Das deutsche Gesundheitssystem ist überkomplex, was es für Patientinnen und Patienten sehr schwierig macht, die richtige Anlaufstelle für ihre jeweiligen Beschwerden zu finden. Folge sind unter anderem Über-, Fehl- und Unterversorgung, Terminstau durch „Ärzte-hopping“ und riskante, unerwünschte Wechselwirkungen bei Medikamenten.

Als Verband setzen wir uns bereits seit Jahren für ein freiwilliges Primärarztssystem ein. Gemeinsam mit den Krankenkassen setzen die Hausärztinnen- und Hausärzteverbände die Hausarztzentrierte Versorgung (HZV) um. Daran teilnehmende Versicherte entscheiden sich freiwillig, bei allen gesundheitlichen Fragen zuerst ihre selbst gewählte Hausarztpraxis zu besuchen – Ausnahmen sind Termine in gynäkologischen und augenärztlichen Praxen sowie Notfälle. Evaluationen zeigen, dass die Verträge die Effizienz und die Qualität der Versorgung verbessern. Auch der hausärztliche Beruf gewinnt dadurch wieder an Attraktivität (siehe auch [IGES-Gutachten](#)).

Daher halten wir es für den richtigen Schritt, dass die Politik sich zu einem Primärarzt-system bekennt und dabei auch auf die HZV setzt.



3 Laut Koalitionsvertrag soll ein verbindliches Primärarztssystem sowohl in der Hausarztzentrierten Versorgung als auch im Kollektivvertragssystem umgesetzt werden. Was ist darunter zu verstehen?

In Kollektivverträgen ist die „Standardversorgung“ der Versicherten geregelt, heißt: Alle gesetzlich Versicherten, die sich nicht aktiv für einen Selektivvertrag entschieden haben, werden automatisch im Kollektivvertragssystem versorgt. Die Rahmenbedingungen für diese Versorgung werden zwischen der Vertretung der Gesetzlichen Krankenkassen und den Kassenärztlichen Vereinigungen auf Landes- und Bundesebene geschlossen.

Demgegenüber bieten Selektivverträge – zu denen auch die Hausarztzentrierte Versorgung (HZV) zählt – (Zahn-)Ärztinnen und Ärzten oder anderen Leistungserbringern die Möglichkeit, die Rahmenbedingungen, zu denen sie ihre Patientinnen und Patienten versorgen, individuell mit einzelnen Krankenkassen auszuhandeln.

Die Verträge zur Hausarztzentrierten Versorgung sind der größte Selektivvertrag in Deutschland. Sie sind gesetzlich im § 73b SGB V geregelt und werden seit über 17 Jahren umgesetzt. Teilnehmende Versicherte entscheiden sich freiwillig, bei allen gesundheitlichen Fragen zuerst ihre selbst gewählte Hausarztpraxis zu besuchen – Ausnahmen sind Termine in gynäkologischen und augenärztlichen Praxen sowie Notfälle. Mittlerweile nehmen über 10 Millionen Menschen an der HZV teil. Im Koalitionsvertrag werden nun beide Strukturen gleichberechtigt nebeneinandergestellt.

4 Wie bewertet der Hausärztinnen- und Hausärzteverband, dass die Politik auf zwei Systeme setzen will?

Dass die Politik bei dieser wichtigen Reform auch auf die Hausarztzentrierte Versorgung (HZV) setzt, ist für den Hausärztinnen- und Hausärzteverband entscheidend. Diese hat sich in den vergangenen Jahren mit über 10 Millionen teilnehmenden Versicherten flächendeckend etabliert. In dieser Zeit konnten auf Grundlage der Verträge gezielt und schnell neue Versorgungsansätze in die Patientenversorgung gebracht und gefördert werden. Damit ist sie ein zentraler Treiber innovativer Versorgungsansätze im Gesundheitssystem – gerade auch im Vergleich zu dem stark regulierten und trägen System der Regelversorgung. Konkrete Versorgungselemente, wie etwa die Versorgungsassistenz in der Hausarztpraxis (VERAH), die mittlerweile mit rund 18.000 Fachkräften deutschlandweit im Einsatz sind, konnten nur aufgrund des selektivvertraglichen Rahmens der HZV schnell in der Versorgung etabliert werden. Gleiches gilt für das Teampraxenkonzept HÄPPI, das multiprofessionelle Teamarbeit mit dem Einsatz digitaler Anwendungen verbindet und aktuell in drei HZV-Regionen pilotiert bzw. ausgerollt wird.

Aus Sicht des Hausärztinnen- und Hausärzteverbandes bestehen dagegen erhebliche Zweifel daran, dass ein Primärarztssystem im Kollektivvertragssystem umgesetzt werden kann. Auch die ärztliche Vertretung des Kollektivvertrags hatte sich mehrfach skeptisch zu den Plänen der Koalitionäre geäußert.



Im Kollektivvertragssystem gibt es aktuell noch kein Primärarztmodell. Die entsprechenden Voraussetzungen (Qualität, Vergütung, Struktur) sind also weder ausgehandelt noch umgesetzt. Eine Umsetzung würde einer enormen Reform bedürfen, mit grundlegender Umgestaltung des Kollektivvertragssystems, die einige Jahre in Anspruch nehmen würde.

Weil zudem viele Beteiligte im Kollektivvertrag ein Primärarztssystem ablehnen, besteht das Risiko, dass die gesetzlichen Vorgaben letztlich nur in ein einfaches Überweisungssystem münden – ohne besondere Anforderungen an die Ärztinnen und Ärzte, ohne klare Strukturen, ohne ein geeignetes Vergütungssystem und ohne Anreiz zur Umsetzung innovativer Versorgungsansätze. Ein solches Überweisungssystem würde das Gesundheitssystem und die Hausarztpraxen zusätzlich belasten, ohne konkreten Nutzen für die Patientinnen und Patienten.

5 Ein Primärarztssystem würde ein deutlich höheres Patienten- aufkommen in den Hausarztpraxen bedeuten. Können die Hausärztinnen und Hausärzte das angesichts von 5.000 unbesetzten Hausarztsitzen überhaupt leisten?

Die Hausarztpraxen können ein gut umgesetztes Primärarztssystem erfolgreich stemmen. Nach aktuellen Berechnungen fallen bei einem gut umgesetzten Primärarztssystem pro Hausarztpraxis zwei bis fünf zusätzliche Patientenkontakte pro Tag an. Dem gegenüber stehen Einsparungen durch eine strukturiertere Versorgung, sprich, weniger vermeidbare Doppeluntersuchungen, klarere Abläufe und eine schnellere Diagnostik, da alle Gesundheitsdaten in der Hausarztpraxis vorliegen. Heißt: Mit den richtigen Rahmenbedingungen (Qualität, Struktur, Vergütung etc.) kann ein Primärarztmodell alle im Gesundheitssystem entlasten, nicht nur die Facharztpraxen.

Fakt ist aber auch: Es braucht mehr Investitionen in die hausärztliche Versorgung. Daher fordert der Hausärztinnen- und Hausärzteverband eine hausärztliche Nachwuchsinitiative, eine funktionierende Digitalisierung sowie den Ausbau und die Stärkung multiprofessioneller Teamarbeit, wie dies bereits im HÄPPI-Konzept umgesetzt wird. HÄPPI baut auf effizienteren Arbeitsprozessen auf und setzt dafür auf Delegationskonzepte für neue Gesundheitsfachberufe (Primary Care Manager, Physician Assistant etc.) und stärkere digitale Prozesse (hybride Sprechstunden, digitale Ersteinschätzung etc.). Dadurch können Patientinnen und Patienten bereits mit Terminvereinbarung in ihrer Hausarztpraxis an die richtige Fachkräfteebene in der hausärztlichen Teampraxis gelenkt werden. Hausärztinnen und Hausärzte werden so von weniger komplexen Aufgaben entlastet und der Zugang zur Versorgung für die Patientinnen und Patienten kann schneller erfolgen.



6 Was würde ein solches System bei Verletzungen oder Erkrankungen bedeuten, die eindeutig einer Facharzttrichtung zugeordnet werden können – etwa bei einer Zerrung, Hautauffälligkeiten oder wenn der Patient oder die Patientin eine Zweitmeinung benötigt?

In einem Primärarztsystem ist die Hausarztpraxis die erste Anlaufstelle der Patientinnen und Patienten – auch im Falle von Erkrankungen, die scheinbar klar der fachärztlichen Ebene zuzuordnen sind. Das ist aus medizinischer Sicht sinnvoll. Viele Anliegen, die aus Patientensicht einer direkten Facharztbehandlung bedürfen, können auch direkt in der Hausarztpraxis behandelt werden. Ein Beispiel sind plötzlich auftretende, ziehende Schmerzen im Unterschenkel nach dem Sport. In den häufigsten Fällen handelt es sich hierbei um eine Muskelzerrung oder einen Muskelfaserriss, die in den meisten Fällen von alleine ausheilen – es braucht in der Regel kein MRT oder ähnliches. Entsprechend ist kein Besuch in einer Facharztpraxis notwendig. Der Hausarzt / die Hausärztin untersucht den betroffenen Bereich, schließt andere Verletzungen aus und klärt über unterstützende Maßnahmen auf (Verband, Kühlung, Schmerzmittel etc.). Nur im Falle einer deutlich schwereren Verletzung, beispielsweise einem Muskelbündelriss, wird der entsprechende Spezialist von der Hausarztpraxis hinzugezogen. Durch die koordinierte Versorgung kann dann eine Weiterbehandlung zügiger vermittelt werden.

7 Wie kann ein solches Versorgungsmodell helfen, das System günstiger und effizienter zu machen?

Ein gut umgesetztes Primärarztsystem trägt nachweislich zu einer effizienteren Patientenversorgung bei. Indem unkoordinierte Facharztbesuche entfallen, haben Fachärztinnen und Fachärzte mehr Kapazitäten, sich auf die medizinischen Fälle zu konzentrieren, die ihr spezielles Fachwissen erfordern. Gleichzeitig kann der Versorgungsprozess besser nach medizinischer Dringlichkeit gesteuert werden.

Internationale wie nationale Studien zeigen, dass durch eine koordinierte Patientenversorgung Über-, Fehl- und Unterversorgung, die das Gesundheitssystem auch finanziell sehr belasten, reduziert werden können. So werden in einem Primärarztsystem seltener Medikamente verschrieben, die zu unerwünschten Wechselwirkungen führen könnten, überflüssige Doppeluntersuchungen vermieden und Krankenhauseinweisungen reduziert.

Diese positiven Effekte belegen auch die wissenschaftlichen Evaluationen der Hausarztzentrierten Versorgung (HZV). Sie zeigen, dass sowohl die Zahl der Krankenhauseinweisungen als auch die Verordnung potenziell inadäquater Medikamente in der HZV spürbar reduziert werden können.



Das führt auch zu Einsparungen: Laut [AOK Baden-Württemberg](#) sind etwa die jährlichen Kosten pro HZV-Patienten um rund 40 Euro niedriger als bei einem vergleichbaren Versicherten in der Regelversorgung.

Auch im [Sachverständigengutachten](#) wird ausgeführt, dass auf Grundlage der HZV-Zahlen aus Baden-Württemberg bundesweit 12,5 - 20 Millionen Krankenhausbelegungstage durch eine Ausweitung der HZV eingespart werden könnten. Dies entspricht einer Kostenersparnis von ca. 15 Milliarden Euro jährlich.

8 Was ist der Vorteil eines Primärarztsystems für Patientinnen und Patienten?

In einem Primärarztsystem werden die Patientinnen und Patienten durch ein immer komplexer werdendes Gesundheitssystem begleitet. Sie profitieren allem voran von einer qualitativ hochwertigeren, weil koordinierten Versorgung, durch die Über-, Unter- und Fehlversorgung vermieden werden kann. Für die HZV konnte etwa gezeigt werden, dass teilnehmende Patientinnen und Patienten deutlich weniger schwerwiegende Komplikationen (z. B. weniger Amputationen, Dialysen oder Erblindungen bei Diabetikerinnen und Diabetiker) erleiden und eine längere Lebenserwartung haben.

Darüber hinaus führen besser strukturierte Versorgungsprozesse dazu, dass Wartezeiten auf Facharzttermine verkürzt und die Terminvergabe besser nach jeweiliger Dringlichkeit ausgerichtet werden kann. Laut Umfragen der AOK Baden-Württemberg sehen 9 von 10 HZV-Patienten die koordinierte Betreuung durch ihre Hausarztpraxis als äußerst wichtig an.

9 Welche Stellschrauben braucht es aus der Sicht des Hausärztinnen- und Hausärzteverbandes, bevor ein solches System umgesetzt werden kann?

Es ist der richtige Schritt, dass die Politik bei der Umsetzung dieser großen Reform mit der Hausarztzentrierte Versorgung (HZV) auf ein bereits etabliertes System setzt. Das Rad muss also nicht neu erfunden werden, denn die HZV ist bereits flächendeckend umgesetzt, mit über 10 Millionen teilnehmenden Versicherten. Durch entsprechende Anreize – etwa für Krankenkassen oder Versicherte – kann die HZV in der notwendigen Geschwindigkeit schnell skaliert werden.

Der Hausärztinnen- und Hausärzteverband sieht zudem folgende Stellschrauben zur Stärkung der hausärztlichen Versorgung als unverzichtbar an: Eine hausärztliche Nachwuchsinitiative, eine funktionierende und praxistaugliche Digitalisierung im Gesundheitswesen sowie eine stärkere Übertragung von Aufgaben an die Praxisteams, wie es bereits im HÄPPI-Konzept ausgearbeitet ist.



10 Sollten Patientinnen und Patienten, die sich nicht steuern lassen wollen, höhere Beiträge zahlen?

Bei der Einführung eines Primärarzt-systems wird natürlich auch die Frage diskutiert werden müssen, wie damit umgegangen wird, wenn sich Menschen nicht steuern lassen wollen.

Der Hausärztinnen- und Hausärzteverband steht klar für Belohnungen statt Sanktionen. Sinnvoll wären etwa Anreize für Krankenkassen und/oder ihre Versicherten, sodass sich mehr Patientinnen und Patienten freiwillig für ein solches Steuerungsmodell entscheiden.

Die Erfahrungen in der Hausarztzentrierten Versorgung (HZV) zeigen, dass die teilnehmenden Patientinnen und Patienten sehr zufrieden mit der Versorgung und der Koordination durch ihre Hausarztpraxis sind. So erachten, laut Umfragen der AOK Baden-Württemberg, 9 von 10 HZV-Patienten die koordinierte Betreuung durch ihre Hausarztpraxis als äußerst wichtig.