

Primärarztsystem: Zwei Seiten Einer Medaille



Zwei Seiten einer Medaille

Karsten Braun

Die Einführung eines Primärversorgungssystems gehört zu den meistdiskutierten gesundheitspolitischen Reformvorhaben. Solange man generell glaubt, ein solidarisches gesetzliches Krankenversicherungssystem in der derzeitigen Form erhalten zu können, erscheint der Wunsch nach einer besseren Patientensteuerung nachvollziehbar. Zu groß sind die Probleme Ressourcenknappheit, Demografie, steigender Behandlungsbedarf und auch der Kostenanstieg durch Innovation. Hausärztinnen und Hausärzte übernehmen bereits heute eine zentrale koordinierende Funktion und stellen für viele Patientinnen und Patienten die erste Anlaufstelle dar. Umso bemerkenswerter ist, dass die Politik derzeit nicht mehr von einem Primärarztsystem, sondern von einem Primärversorgungssystem spricht.

Voranstellen darf man die Frage, ob die Dramatik der Mehrfachinanspruchnahmen wirklich so groß ist, wie sie gerne dargestellt wird. Das Zentralinstitut für die Kassenärztliche Versorgung (ZI) konnte zeigen, dass der Anteil der Patienten, die im selben Kalenderjahr einen Hausarzt und mehr als drei Fachärzte aufsuchen, mit 22,5 Mio. (31 %) vergleichsweise gering ist. Die Summe fachgleicher Mehrfachinanspruchnahmen im fachärztlichen Bereich ist mit 3,5 Mio. Fällen gering, während der größte Teil der Mehrfachinanspruchnahmen mit 11,2 Mio. Fällen im hausärztlichen Bereich erfolgt. Die Summe dieser Mehrfachinanspruchnahmen in der hausärztlichen Versorgung entspräche rechnerisch etwa der Mehrbelastung der Hausarztpraxen in einem Primärversorgungssystem, das einen generellen hausärztlichen Überweisungsvorbehalt für den

ersten Facharztkontakt („Kettenmodell“) vorsehen würde. Drei und mehr Praxen einer Fachrichtung („doctor hopping“) werden in fast allen Fachrichtungen von weniger als 1 % der Versicherten in Anspruch genommen. Auch der Vorwurf regelmäßiger und vermeintlich unnötiger Wiedereinbestellungen durch Gebietsfachärzte lässt sich statistisch nicht belegen: Im Fachgebiet Chirurgie waren 80 % bzw. 66 % der behandelten Patienten Neupatienten, wenn man dafür die Grenze bei drei bzw. acht Quartalen zieht. Auch das zur Rechtfertigung von Primärarztsystemen gerne angeführte Argument vermeidbarer Doppeluntersuchungen relativiert sich, da nach einem IGES-Gutachten lediglich 0,1 % bis 0,2 % der gesamten Leistungsausgaben der GKV damit einhergehen.

Die aktuelle Diskussion darf nicht auf die scheinbar einfache Frage reduziert werden, ob künftig jeder Patient zunächst einen Hausarzt aufsuchen muss. Aus Sicht der Chirurgie bzw. Orthopädie und Unfallchirurgie geht es vielmehr darum, wie Patienten mit unterschiedlicher Dringlichkeit möglichst schnell den richtigen Behandler erreichen. Gerade operative Fachgebiete mit engem fachlichem Bezug zur Akut- und Notfallversorgung sind auf einen zeitgerechten Zugang zur spezialisierten Diagnostik und Therapie angewiesen. Auch zwischen dem akuten Notfall und einer Elektivbehandlung existiert ein breites Spektrum von Erkrankungen, bei denen Verzögerungen zwar nicht lebensbedrohlich, aber relevant sind.

Die OECD hat 2026 die bislang umfassendste Analyse der Modelle zur Patientensteuerung in verschiedenen Staaten vorgelegt. Dabei bestehen erhebliche Unterschiede hinsichtlich Ausgestaltung, Verbindlichkeit und Ausnahmeregelungen von Gatekeeping. Die Evidenz für Kosteneinsparungen, verbesserte Outcomes oder eine nachhaltige Entlastung des Gesundheitssystems wird heterogen bewertet. Die Ergebnisse hängen maßgeblich von den jeweiligen Rahmenbedingungen ab. Untersucht wurden überwiegend allgemeine Versorgungsindikatoren, spezifische Analysen zu den Fachgebieten Chirurgie bzw. O&U fehlen. Ebenso werden keine Aussagen zu Wartezeiten auf fachärztliche Diagnostik, OP-Verzögerungen oder funktionellen Behandlungsergebnissen getroffen. Zugleich zeigt die OECD, dass nahezu alle untersuchten Systeme Ausnahmeregelungen von der Überweisungserfordernis vorsehen, insbesondere für Notfälle. In zahlreichen Ländern bestehen direkte Zugänge zu bestimmten Fachgebieten. Damit erkennen auch Gatekeeping-Systeme generell an, dass eine starre Primärversorgungspflicht der Versorgungsrealität nicht gerecht werden kann.

Besondere Bedeutung kommt in diesem Kontext den deutschen Erfahrungen mit der Hausarztzentrierten Versorgung (HZV) zu. Die aktuelle Evaluation der bundesweiten HZV-Verträge der Techniker Krankenkasse zeigt keine Hinweise auf eine Reduktion stationärer Behandlungen oder eine Reduktion der Facharztkontakte bei Mehrkosten gegenüber der Regelversorgung. Diese Ergebnisse sprechen gegen die häufig vertretene Annahme, dass eine stärkere hausärztliche Steuerung automatisch zu einer Reduktion fachärztlicher Inanspruchnahme oder gar zu weniger Kosten führt. Gerade für chirurgische Fächer mit ihrer hohen Spezialisierung scheint daher fraglich, ob die Einführung zusätzlicher Steuerungsebenen automatisch eine effizientere und bessere Versorgung gewährleistet.

Befürworter eines Primärarztssystems verweisen regelmäßig auf die langjährig positiven Erfahrungen der HZV in Baden-Württemberg, die als Besonderheit bei zwei Krankenkassen für einen Teil der Versicherten durch spezialisierte Facharztverträge erweitert wird, auch für chirurgische Fächer. Die Lotsenfunktion des Hausarztes wird durch strukturierte Kooperation mit Facharztpraxen ergänzt. Diese Analysen berichten über bessere Koordination, geringere unkoordinierte Facharztkontakte bei ebenfalls gestiegener Gesamtzahl von Facharztkontakten und teilweise günstigere klinische Endpunkte. Es handelt sich also nicht um ein reines Gatekeeping-Modell, es kombiniert gering-restriktive hausärztliche Steuerung mit besonderen Vergütungsstrukturen, Qualitätsanforderungen und IT- und Praxismanagementelementen. Auch hier bleibt aber letztlich offen, welche der Komponenten die beobachteten Effekte tatsächlich erzeugen. Die Arbeitszufriedenheit – auch die der Fachärzte – in diesem System ist hoch bei besserer Vergütung als im KV-System.

Beim Studiendesign aller Studien zur HZV fehlen Aussagen, wie sich die fehlende Randomisierung auswirkt. Denn sowohl Patienten als auch Hausärzte nehmen freiwillig an der HZV teil. Der Vergleich mit Nichtteilnehmern könnte zu statistischem Bias führen, wenn etwa besonders engagierte oder besser organisierte Hausarztpraxen häufiger der HZV beitreten oder gesundheitsbewusstere oder chronisch kranke Patienten mit hohem Betreuungsbedarf öfter eingeschrieben werden.

Die Diskussion um Primärversorgungssysteme wird häufig von chronisch-internistischen Erkrankungen geprägt. Die Versorgungsrealität typisch chirurgischer Patienten unterscheidet sich hiervon erheblich. Krankheitsbilder wie symptomatische Hernien, pAVK, Arthrosen, Meniskus- oder Bandverletzungen, Sehnenrupturen, Wunden oder postoperative Komplikationen stellen oft keine „echten“ Notfälle dar, profitieren aber erheblich von einer zeitnahen fachärztlichen Diagnostik und Therapieplanung. Verzögerungen im Versorgungspfad können zu längeren Leidenszeiten, Krankheitsprogression oder komplexeren Eingriffen führen. Die Vorstellung eines starren Gatekeeping scheint hier wenig überzeugend. Weniger Facharztkontakt muss nicht immer sinnvoll sein. Moderne Chirurgie basiert zunehmend auf interdisziplinären Behandlungspfaden in Tumor-, Gefäß- oder Adipositaszentren mit bereits heute klar definierten Zugangs- und Kooperationsstrukturen. Zusätzliche administrative Hürden könnten diese Prozesse erschweren. Wenn Patienten mit eindeutig chirurgischer Fragestellung zunächst mehrfach verschiedene Versorgungsebenen durchlaufen müssten, besteht die Gefahr verringerter Effizienz, erhöhter Kosten und größerer Patientenunzufriedenheit.

Die gegenwärtige Debatte sollte nicht als Konflikt zwischen Haus- und Fachärzten dargestellt werden. Alle Daten sprechen dafür, dass erfolgreiche Steuerungssysteme nicht auf einer Abschottung fachärztlicher Versorgung beruhen. Kooperation, Transparenz und klar definierte Behandlungspfade sind entscheidend. Vor diesem Hintergrund ist das von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) vorgeschlagene Steuerungsmodell besonders diskussionswürdig. Die KBV befürwortet ausdrücklich eine bessere Patientensteuerung, lehnt jedoch ein starres und ausnahmsloses Primärarztssystem ab. Vorgesehen sind koordinierende Primärärzte, definierte Ausnahmen für Chroniker, Direktzugang zu bestimmten Facharztgruppen sowie strukturierte Vermittlung über die 116 117 und deren digitale Angebote für Patienten ohne festen primären Ansprechpartner. Für die Fachgebiete der Chirurgie sind dabei bei realistischer Betrachtung umfassende Ausnahmen zu fordern ohne streng formalisiertes Überweisungssystem. Mit einer für Patienten verbindlichen Patientensteuerung im Sinne eines Ticket-Systems hätte der Gesetzgeber bei der Reform der Notfallversorgung gute Gelegenheit gehabt, Patientensteuerung in diesem kleinen Segment der Versorgung außerhalb der Sprechstundenzeiten der Praxen sinnvoll zu testen. Dies wurde leider bis dato versäumt.

Aus fachärztlich chirurgischer Sicht sollte bei einem künftigen Primärversorgungssystem nicht die Begrenzung von Zugangswegen das Ziel sein, sondern die intelligente Steuerung von Patientenpfaden. Hausärztinnen und Hausärzte bleiben dabei unverzichtbare Koordinatoren. Gleichzeitig muss für dringliche und fachspezifische Fragestellungen ein schneller, unbürokratischer Zugang zur gebietsfachärztlichen Versorgung gewährleistet bleiben. Hierfür ist gute kollegiale Zusammenarbeit gefragt. Entscheidend ist nicht, ob Patienten zunächst einen Primärarzt oder einen anderen Gesundheitsberuf kontaktieren müssen, sondern ob sie möglichst rasch beim richtigen Arzt ankommen. Hinzuweisen ist auch darauf, dass sich die Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung unter dem Aspekt der Versorgungsqualität und der schnellstmöglichen Rehabilitation von Arbeitsunfällen im Grunde genommen für den unfallchirurgisch besonders qualifizierten Durchgangsarzt als „steuernden Primärarzt“ entschieden hat. In einem obligaten Primärarztssystem benötigt immer umgekehrt auch jeder Versicherte die Garantie einer ihm verbindlich zur Verfügung stehenden Primärversorgungspraxis; eine solche zu realisieren könnte in Kenntnis aktueller Daten zur Versorgungslage und der Demografie der Ärzteschaft herausfordernd sein.

Literatur

[1] Stillfried D, Mangiapane S (2025) Primärarztssystem in Deutschland: Hoffnung auf schnellere Facharzttermine durch Patientensteuerung. *Gesundheits- und Sozialpolitik (G&S)* 5/2025, Seite 30 – 35. DOI:10.5771/1611-5821-2025-5-30

[2] Mangiapane S, Czihal T, Hu E, Stillfried D (2025) Implikationen eines Primärarztssystems in Deutschland. *Innere Medizin* (2025) doi: 10.1007/s00108-025-02028-7

[3] https://link.springer.com/epdf/10.1007/s00108-025-02028-7?sharing_token=njWrpwMKY1GK0f5UEFNZ9Pe4RwIQNchNByi7wbcMAY401yXDM-RQfKbc1supbHh7e9QofsiAP8GwXcQc6qD1IO_yUzfoDDWgkbvSRZobM5iAG0ajTSRrqPeUdXJAAltWO8f0T2MVu3gv8rrThUcR18QU1aZvxNfgnkHF55D0Juc%3D

[4] von Stillfried, D., Mangiapane, S.: „Überlegungen zur Einführung eines Primärarztssystems“, in „Monitor Versorgungsforschung“ (01/26), S. 50–52. <http://doi.org/10.24945/MVF.01.26.1866-0533.2798>

[5] Albrecht, M., Freytag, A., Gottberg, A., Storz, P. (2008) *Effiziente Strukturen ärztlicher Versorgung*, Baden-Baden: Nomos, 2008. <https://doi.org/10.5771/9783845206622>

[6] Hämmerli, M., R. Milstein und M. Mueller (2026), „Anreize zur Steuerung von Versorgungspfaden in der ambulanten Versorgung: Ein Überblick über Gatekeeping- und Kostenbeteiligungsregelungen in der OECD“, No. 196, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/5578297c-de>.

[7] <https://www.tk.de/presse/themen/medizinische-versorgung/ambulante-versorgung/hzv-evaluation-der-tk-2217612?tkcm=aaus>

[8] https://www.haebvw.de/01-Content/Aktuelles/News/2026_01_22_HZV%20Evaluation%20Ergebnisse/2025-11-05_HZV-Evaluation-Broschue.pdf

Zwei Seiten einer Medaille

Monika Schliffke

Ist die Entscheidung der Berliner Koalition [1], auch in Deutschland analog zu den meisten europäischen Ländern ein Primärarztssystem zu etablieren, eine auf Langfrist angelegte Patienten-, Qualitäts- und Effizienzzentrierung der ambulanten Versorgung? Oder wird eher ein medienstarkes Zielbild gesetzt, zu dessen effektiver Umsetzung Deutschland kaum in der Lage sein wird und eine systemische Neuordnung sich somit auf ein Facharztbesuch-Verhinderungsprogramm reduziert?

Diese Fragen werden seit Längerem teils sachlich abwägend, teils hoch emotional diskutiert, wobei Detailvorstellungen zu einem Gesetzesentwurf zum Zeitpunkt der Erstellung dieses Artikels noch nicht vorliegen. Ebenso offen sind die Ergebnisse der Finanzkommission Gesundheit, die auftragsgemäß Vorschläge für eine strukturelle Änderung bis Dezember 2026 vorlegen wird.

Gestaltung eines Primärversorgungssystems

Die systemischen Grundzüge eines Primärversorgungssystems gleichen sich in allen OECD-Ländern, die dieses entsprechend der WHO-Empfehlung 2005 umsetzen. [2] Die erste Anlaufstelle für Akutbehandlungen und in der Chronikerbetreuung ist eine hausärztliche Praxis, die bei medizinischem Bedarf eine Behandlung durch weitere Fachärzt:innen, Kliniken oder Spezialambulanzen koordiniert, per Überweisung einleitet und im Idealfall sogar direkt terminiert. Daneben besteht meist ein freier Zugang zu den Fachgebieten Gynäkologie, Augenheilkunde und Pädiatrie sowie zu Früherkennungsmaßnahmen. In der Regel haben Patient:innen ein Wahlrecht zwischen hausärztlichen Praxen ihrer Region, in denen sie sich verbindlich einschreiben. Es unterscheiden sich Parameter wie Registrierungsmodalitäten, Wechseloptionen und finanzielle Selbstbeteiligungs- oder Bonus-Malus-Systeme [3].

Die Intention ist stets eine dem individuellen medizinischen Bedarf angepasste Behandlung inklusive einer Steuerung durch immer komplexer und spezialisierter werdende Gesundheitssysteme. Diese überfordern inzwischen in ihrer Struktur Teile der Bevölkerung und führen zu Mehrfachkontakten, Fehlbeanspruchungen, Doppeluntersuchungen und vermeidbaren stationären Aufenthalten. Die hinzukommende demographische Entwicklung mit zu erwartender Zunahme von Multimorbidität erzwingt somit auch in Deutschland eine strukturierte Lotsenfunktion, die nach einer repräsentativen Umfrage 2025 [4] von 57 % der deutschen Bevölkerung sehr oder eher begrüßt würde.

Die Wartezeiten als Elefant im Raum

Im Mittelpunkt der Debatte steht die Frage, ob ein Primärversorgungssystem auch für Deutschland die höhere Chance bietet, die medizinische Versorgung bei gleichbleibend hoher Qualität durch strukturierte Koordination effizienter zu gestalten. Bereits heute werden mehr als 70 % aller Akutfälle fallabschließend in einer hausärztlichen Praxis behandelt. [5] Die sog. Gatekeeping-Funktion beträfe somit die Patient:innen, für die entweder akut oder intermittierend eine fachärztliche Einschätzung mit ggf. spezifischer gerätetechnischer Untersuchung erforderlich ist, zusätzlich diejenigen, die heute primär fachärztliche Praxen oder spontan ohne Notfallindikation klinische Notaufnahmen aufsuchen. So legen Erkenntnisse aus Abrechnungsdaten nahe, dass zahlenmäßig die hausärztlichen Praxen mit einer Mehrbelastung zwischen 300 und 2.000 Patient:innen pro Jahr rechnen müssten [6]. Diese große Spannweite zeigt die erhebliche Unsicherheit jeder ex ante Aussage, vor allem, wenn nicht klar ist, an welchen Stellen das System angepasst wird.

Dominiert wird die öffentliche Debatte allerdings nicht zu Kapazitätsfragen hausärztlicher Praxen, auch nicht zur partiellen Abschaffung der freien Arztwahl durch ein verbindliches Primärversorgungssystem. Die Wartezeiten auf fachärztliche Behandlung stehen im Vordergrund und nehmen in der politischen und medialen Wertung teils extreme Formen an. Sie übersteigen in der Wahrnehmung vieler bei weitem die Umfragewerte des GKV-SV 2025, die für 50 % der Versicherten eine Erstkonsultation innerhalb von 10 Tagen zeigt, auch wenn in 25 % aller Nachfragen Termine zu gerätetechnischen oder spezialisierteren Untersuchungen durchaus 30 Tage und mehr betragen können. [7]

Die Kopfseite der Medaille

Hausärztinnen und Hausärzte kennen zumeist über Jahre nicht nur die Krankengeschichte ihrer Patient:innen, sie kennen die Familien- und Arbeitsplatzsituation, die persönlichen Risikofaktoren, das Präventionsverhalten oder den Umgang mit Medikationen. Sie schätzen ebenso ein, was heute mit dem Begriff persönliche Resilienz belegt wird, die Fähigkeit, Stress und Krisen zu bewältigen, Selbstverantwortung zu übernehmen und krankheitsbedingte Situationen nicht nur zu akzeptieren, sondern auch an deren Lösung mitzuarbeiten. Insbesondere in der Versorgung chronisch Erkrankter sind dies entscheidende Faktoren, die im Kontext evidenzbasierter Leitlinien aufzeigen, wie eine Behandlung in der primären Ebene geführt und welche Spezialarzttrichtung ggf. wann zu Rate gezogen wird, um die Therapie zu justieren oder Neuerkrankungen frühzeitig abzuklären. Ein funktionierendes Facharzt-Netzwerk um eine Hausarztpraxis ist somit keine Terminverteilungsplattform, sondern ein wesentlicher Faktor einer qualitativ hochwertigen Patientenversorgung.

Ein Primärversorgungssystem schließt nicht aus, dass der Primärversorger in Fällen eines dominierenden chronischen Krankheitsbildes auch eine Facharztpraxis sein kann. Dialysepflichtigkeit, Autoimmunerkrankungen, psychiatrische Dauerbehandlungen oder komplexe Frakturfolgen können hier nur beispielhaft genannt sein. Aktuell ist analog anderer OECD-Primärversorgungssysteme eine formale Langzeitüberweisung in der Diskussion. Es bleibt abzuwarten, für welchen Weg sich die Politik entscheidet.

Die Zahlseite der Medaille

In überwiegend ländlichen Regionen sind heute fast 4.500 hausärztliche Sitze unbesetzt, 56.000 Ärzte und Ärztinnen stehen durch Teilzeittätigkeit 51.400 Vollzeitäquivalente gegenüber [8]. Hochrechnungen bis 2035+ inkludieren die zusätzlich kommende Ruhestandswelle, sodass sich bis zu 12.000 fehlende Ärzte und Ärztinnen ergeben. [9] Dabei ist jedoch nicht berücksichtigt, dass das Fach Allgemeinmedizin für die sich in Ausbildung befindliche Arztgeneration in den letzten Jahren attraktiver wird, zudem liegen ihnen die Beibehaltung der jetzt systemimmanenten Arztzentrierung zugrunde, die sich von Ärzte-ZV über EBM bis Qualitätssicherung hinzieht. Bereits 2018 und insbesondere 2024 [10] hat der Sachverständigenrat Gesundheit zur Bildung größerer organisatorischer Arzt-Einheiten aufgefordert, um unter Einbindung weiterer Gesundheitsberufe mit attraktiver Aufgabenteilung und Spezialisierung der Beschäftigten Skaleneffekte zu erreichen. Etwa 40 % der heute ärztlichen Arbeitszeit einer Hausarztpraxis stellen keine essentiellen ärztlichen Kernleistungen dar. Die Zahl steigt sich auf über 60%, wenn Delegationsoptionen erweitert werden auf weitergebildete MFA und akademisch qualifizierte Gesundheitsberufe wie Physician Assistants oder Advanced Practise Nurses. Diese werden in steigender Zahl ausgebildet und stehen in schnellerer Zeit als Ärzte und Ärztinnen zur Verfügung, [11] sodass sich das hausärztliche Rollenverständnis zeitsparend in Richtung mehr Supervision bewegen kann.

Trotz sicher zu erwartender weiterer Wege für Patient:innen in dünner besiedelten Räumen wird nach Expertenaussagen die Versorgungskapazität weiterhin ausreichend sein [12], wenn begleitende Rahmenbedingungen seitens Politik und Selbstverwaltung entsprechend justiert werden. Dazu bietet sich momentan eine Chance.

Digital first – eine Forderung der Krankenkassen

Ein Navigationstool als vorgeschaltete Zugangsvoraussetzung und eine bundesweite Plattform mit verpflichtender Einstellung aller offenen Facharzttermine sind Wünsche der Krankenkassen an ein innovatives Primärversorgungssystem [13]. Beides ist weder im Sinne eines möglichst barrierearmen Zugangs jedes Patienten, noch fördert es die regionale Koordination zwischen Generalisten und Spezialisten. So wichtig in der Notfallversorgung eine digitale Ersteinschätzung mit entsprechender Steuerung in die angemessene Versorgungsebene ist, so überflüssig ist sie als Vorgabe für die Primärversorgung. Patient:innen suchen in der Regel eine/n Ansprechpartner:in, kommen eher selten mit einem Problem allein und wollen auch nicht als gesteuerter Fall, sondern als Person wahrgenommen werden.

Dennoch sind eine Reihe digitaler Tools notwendig und hilfreich. Vieles ist bereits im Einsatz, noch mehr bedarf der Entwicklung und der Kompatibilität mit den Praxisverwaltungssystemen. Zweifelsfrei würde ein breiter Einsatz der ePA viele sektorübergreifende Koordinations- und Kommunikationsprobleme lösen, wenn die spezifisch deutsche Ausgestaltung dazu geeignet wäre. Offen bleibt, warum sich aktuell 67 % aller 16- bis 74-Jährigen problemlos im Online-Banking mit ihren hochsensiblen Daten bewegen [14], dagegen kaum 4 % in der ePA.

Fazit

Mit Etablierung eines verbindlichen Primärversorgungssystems öffnet sich die Chance, die positiven Erfahrungen europäischer Gesundheitssysteme für Deutschland adaptiert umzusetzen. Noch fehlen definitive Zielbestimmung, Rechts- und Umsetzungsgrundlagen. Mit einem Primärarztssystem könnte Deutschland ein übersichtlicheres, effizienteres und patientenfreundlicheres Gesundheitswesen erreichen. Entscheidend wird sein, dass die hausärztliche Versorgung sich insbesondere in ländlich strukturierten Bereichen stärker zentriert, attraktive Konditionen für junge Ärztinnen und Ärzte bietet und Voraussetzungen geschaffen werden, dass nichtärztliche Gesundheitsberufe eingebunden und Teamleistung ausreichend ausgebaut und anerkannt wird. So können die zusätzlichen Aufgaben zuverlässig bewältigt werden.

Literatur

- [1] <https://www.koalitionsvertrag2025.de>
- [2] Hämmerli M, Milstein R, Mueller M. Incentivising patient pathways in outpatient care: A review of gatekeeping and cost-sharing policies across the OECD. <https://dx.doi.org/10.1787/349dcf1c-en>
- [3] Wittlinger G, Sundmacher L. Primärarztssysteme in internationalen Vergleich: Wie gestalten andere Länder ihre Versorgung und was kann Deutschland davon lernen? <https://doi.org/10.24945/MVF.04.25.1866-0533.2732>
- [4] <https://www.aok.de/pp/bv/pm/umfrage-zur-primaerversorgung/>
- [5] Strumann C, Steinhäuser J. Inanspruchnahme von ambulanten akutmedizinischen Leistungen in der hausärztlichen Versorgung. Abschlussbericht August 2025. www.zi.de
- [6] Mangiapane S, Czihal T, Hu E, von Stillfried D. Implikationen eines Primärarztssystems in Deutschland. <https://doi.org/10.1007/s00108-025-020228-7>
- [7] https://www.gkv-spitzenverband.de/gkv_spitzenverband/presse/pressemittelungen_und_statements/pressemittteilung_2181888.jsp
- [8] <https://www.kbv.de/infothek/zahlen-und-fakten/bundesarztregister>
- [9] www.iges.com/Ergebnisse/projekte/2026/promaerversorgung/index.ger.html
- [10] Sachverständigenrat Gesundheit: Fachkräfte im Gesundheitswesen. https://www.svr-gesundheit.de/publikationen/Gutachten_2024/
- [11] Hildebrandt H, Schliffke M, Renner S, Sturm H, Wendel P 2026. Delegation im Praxisteam. Ein starker Hebel für die Sicherung der Versorgung. Potentialanalyse zum Einsatz weitergebildeter und akademisierter Praxisassistentenberufe in der hausärztlichen Versorgung. Bertelsmann Stiftung. DOI 10.11586/2026026
- [12] <https://www.sciencemediacenter.de/angebote/zuerst-zum-hausarzt-so-wirkt-ein-primararztssystem-auf-die-versorgung-26161>
- [13] www.gkv-spitzenverband.de/gkv_spitzenverband/presse/fokus/primaerversorgung.jsp
- [14] www.destatis.de/DE/Presse/Pressemittelungen/Zahl_der_Woche/2025/PD25_38_p002.html



Dr. med. Karsten Braun, LL. M.

Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie
Vorstandsvorsitzender der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg



Dr. med. Monika Schliffke

Fachärztin für Allgemeinmedizin
Dipl. Gesundheitsökonomin
ehem. Vorstandsvorsitzende der Kassenärztlichen Vereinigung Schleswig-Holstein (KVSH)

 [Kontakt](#)

Braun K, Schliffke M: Primärarztssystem – zwei Seiten einer Medaille. Passion Chirurgie. 2026 Oktober; 16(10): Artikel 03_01.