

5. Februar 2026

## **Genug Hausärztinnen & Hausärzte? Ja, in einem hausärztlich geleiteten Primärversorgungssystem!**

Im aktuellen Koalitionsvertrag wird die Einführung eines Primärarztsystems gefordert. Erfahrungen mit hausärztlich geleiteten Primärversorgungssystemen zeigen, dass diese zu geringeren Kosten, weniger Krankenhaustagen / Notaufnahmekontakten und zu höherer Versorgungsqualität führen (1-4).

Neu sind diese Argumente nicht, auch eine konkrete Umsetzung gibt es bereits: In Deutschland wird in zahlreichen Bundesländern die Hausarztzentrierte Versorgung (HZV) mit insgesamt mehr als 10 Millionen Versicherten erfolgreich umgesetzt. Die HZV führt zu insgesamt geringeren Kosten bei hoher Versorgungsqualität (5). Die Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM) hat sich schon im Januar 2025 mit einem Positionspapier „Mehr Qualität durch hausärztliche Steuerung in der Gesundheitsversorgung“ für ein hausärztlich geleitetes Primärversorgungssystem eingesetzt (6).

### **Ausreichend Ressourcen für ein Primärversorgungssystem?**

In die laufende öffentliche Debatte über die hausärztlich zentrierte Versorgung mischen sich auch kritische Töne. So wird immer wieder bezweifelt, dass die Umsetzung in Deutschland gelingen kann – mit dem Argument, es gebe jetzt und künftig nicht ausreichend Hausärztinnen und Hausärzte.

Die DEGAM sieht das anders: Es sind genug Hausärzt:innen vorhanden – aber nur, wenn wir unnötige Arbeitsbelastungen reduzieren, die ärztliche Arbeitszeit sinnvoll für eine patientenorientierte qualitativ hochwertige Versorgung („High Value Care“) nutzen und außerdem klar definierte Aufgaben an andere Gesundheitsberufe abgeben. Davon profitiert auch der Nachwuchs: Eine zentrale Position der Hausarztpraxis im Gesundheitssystem trägt zu einem attraktiven Berufsbild bei und führt zusammen mit der Förderung der Allgemeinmedizin in Studium und Weiterbildung zu erfolgreicher Nachwuchsgewinnung (7).

### **Empfehlungen der DEGAM:**

#### **1. Effiziente Nutzung der Arzt-Zeit - für patientenorientierte und qualitativ hochwertige Versorgung („High Value Care“).**

Der Blick auf den Status quo zeigt: Aktuell verbringen Ärzt:innen und Praxisteams aus wirtschaftlichen und administrativen Gründen zu viel Zeit mit Leistungen, die für Patient:innen und die Bevölkerung allgemein keinen nachweisbaren Nutzen haben („Low Value Care“). Beispiele für Tätigkeiten, die wenig Nutzen für die gesundheitliche Versorgung haben und aktuell vergleichsweise viel Arzt-Zeit binden sind: (zu) viele Konsultationen zur Bescheinigung der Arbeitsunfähigkeit (AU) bei banalen Erkrankungen, quartalsbezogene Wiedervorstellungen ohne eigentlichen Behandlungsanlass, engmaschige Präventionsleistungen ohne Nutznachweis bei im Wesentlichen gesunder Bevölkerung.

#### **Die DEGAM fordert:**

- Aufhebung der Quartalisierung
- Systematische Identifikation von Leistungen mit wenig Nutzen für die Gesundheit der Patienten
- Vergütungsanreize für evidenzbasierte „High Value Care“-Versorgung
- Obligatorer Nutznachweis für Präventionsleistungen und entsprechende Anpassung der Präventionsrichtlinien

#### **2. Effektive Nutzung der Arzt-Zeit – durch interprofessionelle Zusammenarbeit im Praxisteam**

In der Hausarztpraxis arbeiten Hausärztinnen und Hausärzte bereits heute im Team mit anderen

Gesundheitsberufen zusammen. Bisher ist dies vorwiegend beschränkt auf Medizinische Fachangestellte, z. T. mit spezifischen Weiterbildungen zu sog. VERAH / NÄPa. Weitere Berufsgruppen wie die Pflege stehen ebenfalls bereit, um mehr Verantwortung zu übernehmen, oder sind im Kommen wie Physician Assistants und Primary Care Manager. Die Möglichkeiten zur Neugestaltung bisher ärztlicher Aufgabenbereiche nehmen zu und benötigen einen formalen und inhaltlichen Rahmen. Damit können andere Gesundheitsberufe Aufgaben übernehmen, die nicht zwingend eine ärztliche Expertise erfordern. Mehr Arbeitszeit wird frei für ärztliche Kern-Aufgaben.

**Die DEGAM fordert:**

- Vergütung / finanzielle Anreize für Aufgabenverteilung im Praxisteam, über Einführung des Praxis-Patient-Kontaktes anstelle des Arzt-Patient-Kontaktes im Abrechnungssystem (wie in der HZV bereits umgesetzt)
- Entwicklung formaler und inhaltlicher Rahmenbedingungen für die Ausführung von Tätigkeiten durch nichtärztliches Fachpersonal.

**3. Effektive Nutzung der Arzt-Zeit – durch konsequenten Bürokratie-Abbau im Praxisalltag**

Dokumentationspflichten und Verwaltungsaufgaben nehmen einen unverhältnismäßig großen Anteil der Arbeitszeit ein – durch umständliches Formularwesen, wenig effiziente Schnittstellen, unzureichende Digitalisierung.

**Die DEGAM fordert:**

- Dauerhafte Anpassung der Arbeitsunfähigkeits-Regelungen
- Abschaffung unnötiger Informationspflichten (Muster M52, Chronikerbescheinigungen, Langzeit-Arbeitsunfähigkeit)
- Pragmatische rechtssichere Lösung für digitale Arzt-Patienten-Kontakte und Dokumentation
- Konsequente strukturierte Digitalisierung – im diagnostischen Bereich, an den Schnittstellen zu stationärer Versorgung und Pflegeheim

**4. Bessere Nutzung der Arzt-Zeit durch effiziente Kommunikation**

Informationsaustausch an Schnittstellen zu Fachgebietspraxen oder stationären Einrichtungen ist häufig mühsam und zeitaufwändig. Arztbriefe, die die Hausarztpraxis erst nach Wochen erreichen oder fehlende Informationen bei Entlassung nach stationärer Behandlung, verursachen hohen Arbeitsaufwand.

**Die DEGAM fordert:**

- Verpflichtende zeitnahe digitale Befundübermittlung durch spezialisierte Facharztpraxen und bei Entlassung aus stationärer Behandlung
- Schaffung von Kommunikationsstrukturen bzw. deren Vergütung an den Schnittstellen zwischen Hausarztpraxen, Facharztpraxen, Kliniken und therapeutischen Einrichtungen

**Fazit**

Es gibt genug Hausärztinnen und Hausärzte für eine bedarfsgerechte, flächendeckende und hochwertige Gesundheitsversorgung in Deutschland – heute und in Zukunft, in einem *hausärztlich geleiteten Primärversorgungssystem* basierend auf High Value Care, schlanker Bürokratie und interprofessioneller Zusammenarbeit.

## Literatur

- 1) Wittlinger, G., Sundmacher, L.: „Primärarztssysteme im internationalen Vergleich: Wie gestalten andere Länder ihre Versorgung und was kann Deutschland davon lernen?“, in: „Online First zu Monitor Versorgungsforschung“ (MVF 04/25), S. 57–66. <http://doi.org/10.24945/MVF.04.25.1866-0533.2732>
- 2) Karimova K, Friedmacher C, Lemke D, Glushan A, Klaaßen-Mielke R, Pantel J. Reduction of adverse clinical outcomes among older patients within a structured primary care programme: findings from a 12-year cohort study in Germany (2010-22). *Age Ageing*. 2025 Aug 29;54(10):afaf310. doi: 10.1093/ageing/afaf310. PMID: 41143860
- 3) Sripa, Poompong; Hayhoe, Benedict; Garg, Priya; Majeed, Azeem; Greenfield, Geva (2019): Impact of GP gatekeeping on quality of care, and health outcomes, use, and expenditure: a systematic review. In: *British Journal of General Practice* 69 (682), e294-e303. DOI: 10.3399/bjgp19X702209
- 4) Barker I, Steventon A, Deeny SR. Association between continuity of care in general practice and hospital admissions for ambulatory care sensitive conditions: cross sectional study of routinely collected, person level data. *BMJ*. 2017 Feb 1;356:j84. doi: 10.1136/bmj.j84. PMID: 28148478.
- 5) [https://www.neueversorgung.de/images/2023/08\\_23/Ergebnisbericht\\_21-22\\_Universitt\\_Heidelberg\\_Teil\\_1.pdf](https://www.neueversorgung.de/images/2023/08_23/Ergebnisbericht_21-22_Universitt_Heidelberg_Teil_1.pdf)
- 6) [https://www.degam.de/files/inhalt/pdf/positionspapiere\\_stellungnahmen/positionspapier\\_neues\\_verzeichnis\\_2025\\_positionspapier\\_hae\\_steuerung.pdf](https://www.degam.de/files/inhalt/pdf/positionspapiere_stellungnahmen/positionspapier_neues_verzeichnis_2025_positionspapier_hae_steuerung.pdf)
- 7) Untersuchung zur Förderung der Weiterbildung Allgemeinmedizin im internationalen Vergleich (2023): *IGES\_FrderungderWBAMimint.Vergleich\_2023\_11\_29\_pubc\_ger.pdf*