

Antrag

der Abgeordneten Dr. Armin Grau, Dr. Janosch Dahmen, Dr. Kirsten Kappert-Gonther, Linda Heitmann, Simone Fischer, Johannes Wagner, Misbah Khan und der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN

Primärversorgung gesetzlich verankern – Die Versorgung der Patientinnen und Patienten bedarfsgerecht steuern, Fachkräfte entlasten

Der Bundestag wolle beschließen:

I. Der Deutsche Bundestag stellt fest:

Ein leistungsfähiges und zukunftsfähiges Gesundheitssystem basiert auf einer starken, patientenzentrierten Primärversorgung. Eine leistungsfähige Primärversorgung setzt eine wohnortnahe, niedrighschwellige erste Anlaufstelle für Patientinnen und Patienten im Gesundheitssystem voraus. Die primärversorgende Stelle, bei Erwachsenen in der Regel die Hausarztpraxis, bei Kindern die Kinderarztpraxis, gewährleistet einen leicht erreichbaren Zugang und eine breite, falls erforderlich langfristige medizinische Grundversorgung, sie koordiniert weitere spezialisierte Behandlungen und stärkt Prävention sowie Gesundheitskompetenz. Primärversorgung ist damit die unverzichtbare Grundlage einer qualitativ hochwertigen, effizienten und patientenzentrierten Versorgung. Die Primärversorgung ist sowohl Rückgrat eines funktionierenden Versorgungssystems als auch ein zentraler Hebel, um die medizinische und pflegerische Versorgung qualitativ hochwertig, bedarfsgerecht und effizient zu gestalten.

Internationale (Hansen J, Groenewegen PP, Boerma GW, Kringos DS. Living in a country with a strong primary care system is beneficial for to people with chronic conditions. Health Aff. 2015;9:1531–7) sowie nationale Studien (Wensing, M., Szecsenyi, J., Stock, C. et al. Evaluation of a program to strengthen general practice care for patients with chronic disease in Germany. BMC Health Serv Res 17, 62 (2017). <https://doi.org/10.1186/s12913-017-2000-2>) belegen, dass eine koordinierte Patientenversorgung in einem Primärversorgungssystem etwa überflüssige Doppeluntersuchungen oder unerwünschte Wechselwirkungen von Medikamenten reduzieren und insgesamt Über-, Fehl- und Unterversorgung im Gesundheitswesen deutlich vermindern kann. Sie ermöglicht eine zielgenauere Versorgung in der richtigen Versorgungsebene und ist daher auch in der Lage, das Gesundheitssystem finanziell zu entlasten.

In ihrem Koalitionsvertrag setzt die aktuelle Bundesregierung „auf ein verbindliches Primärärztsystem bei freier Arztwahl durch Haus- und Kinderärzte in der Hausarztzentrierten Versorgung und im Kollektivvertrag.“ (Zitat: Koalitionsvertrag 2025 von CDU, CSU, SPD, S.106). Dabei verengt die Bundesregierung den Blick auf Ärztinnen und Ärzte und verkennet, dass angesichts der

demographischen Entwicklung und des Mangels an Hausärztinnen und Hausärzten eine Versorgung nur mit multiprofessionellen Teams von Medizinischen Fachangestellten (MFA), Versorgungsassistentinnen in der Hausarztpraxis (VERAH) unter Einschluss hochqualifizierter Pflegefachkräften und Angehörigen anderer nicht-ärztlicher Gesundheitsberufe wie Physician Assistants (PA) gelingen kann.

Zwischen 1999 und 2024 ist die Zahl an Hausärztinnen und Hausärzten um 4,8% gesunken (https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2025/08/PD25_N046_231.html); während die Zahl der Fachärztinnen und Fachärzte deutlich zunahm hat sich der Anteil der Hausärztinnen und Hausärzte an allen Ärztinnen und Ärzten von 47,5% auf 41,9% reduziert (ebd.). Dagegen ist zwischen 2020 und 2024 die Zahl der freien hausärztlichen Praxissitze um 34% auf 5181 angestiegen (ebd.). Diese letzte Zahl belegt die bereits heute bestehenden Versorgungsprobleme. Hinzu kommt, dass 41% der Hausärztinnen und Hausärzte 60 Jahre oder älter sind und damit in absehbarer Zeit aus dem Berufsleben ausscheiden werden (ebd.). Bis 2040 ist mit mehr Abgängen als Zugängen in den hausärztlichen Praxen zu rechnen, das aktuelle Versorgungsproblem wird sich dadurch und angesichts des zunehmenden Versorgungsbedarfs einer älter werdenden Bevölkerung deutlich verstärken.

Umso weniger wird das Konzept der Bundesregierung einer allein auf Ärztinnen und Ärzten fokussierten, einer primärärztlichen Versorgung greifen können.

Und um so mehr bedarf es einer Entlastung in den hausärztlichen Praxen, vor allem durch konsequente digitale Transformation der Praxisabläufe, durch nicht-ärztliche Gesundheitsberufe und durch teambasierte Vergütungssysteme, die wie international üblich auf einer Einschreibung beruhen, nicht zwingend die persönliche Leistungserbringung durch den Vertragsarzt erfordern und nicht quartalsgebunden sind. Die Ausbildungszeit liegt bei den nicht-ärztlichen Gesundheitsberufen deutlich unter der des Medizinstudiums plus Facharztausbildung, diese Gesundheitsfachkräfte stehen daher dem Arbeitsmarkt ab Ausbildungsbeginn viel zeitnäher zur Verfügung als Fachärztinnen und Fachärzte für Allgemeinmedizin. Insgesamt soll die Versorgung dem Grundsatz „digital vor ambulant vor stationär“ folgen.

Die Bundesregierung will ein primärärztliches System in der Hausarztzentrierten Versorgung (HZV) und im Kollektivvertrag, also der Regelversorgung einführen. Die Bundesregierung verweist in ihrer Antwort auf eine kleine Anfrage dieser Fraktion auf Angaben des Hausärztinnen- und Hausärzteverbands (HÄV) (vgl. Drucksache 21/1315), wonach derzeit bundesweit 15.728 Hausärztinnen und Hausärzte an der HZV teilnehmen und sich knapp 10 Millionen Patientinnen und Patienten im Rahmen der HZV freiwillig in einer hausärztlichen Praxis eingeschrieben haben und diese in den meisten Fällen bei medizinischen Problemen zunächst aufsuchen. Die HZV stellt damit bereits heute eine wichtige Lösung im Bereich der Primärversorgung dar. Wichtige Informationen zur Versorgung mittels HZV hat sich die Regierung ausweislich ihrer Antworten jedoch bis heute nicht beschafft. Auch die Frage, welche Krankenkassen ihrer Pflicht zum Angebot der HZV gar nicht nachkommen, kann die Bundesregierung nicht beantworten (ebd.). In diesem Zusammenhang ist insgesamt eine unzureichende Informationslage der Bundesregierung in den Fragen der haus- und kinderärztlichen Versorgung in Deutschland zu konstatieren, wie der Antwort (vgl. Drucksache 21/1315) der Bundesregierung auf eine kleine Anfrage (vgl. Drucksache 21/1018) der Fraktion Bündnis 90/Die Grünen zu entnehmen ist. Zu vielen wichtigen Fragen fehlen nach Auskunft der Bundesregierung (vgl. Drucksache 21/1315) in Deutschland Daten, etwa zu verschiedenen nicht-ärztlichen Berufsgruppen oder zur Zahl hausärztlicher Praxen, die gar nicht an der hausärztlichen Versorgung teilnehmen. Die

Antwort macht jedoch deutlich, dass in einer Reihe der hausärztlichen Planungsbereiche Unterversorgung besteht oder droht. Diese Unterversorgung muss behoben werden, um eine flächendeckende Umsetzung eines Primärversorgungsmodells zu ermöglichen.

In Deutschland können nach Angabe des HÄV über 80 % der Behandlungsfälle abschließend in der Hausarztpraxis behandelt werden (https://www.haev.de/fileadmin/user_upload/News_Dateien/2025/2025_09_05_HAEV_Factsheet_Primaerarztsystem.pdf), Zahlen die durch eine aktuelle Studie untermauert werden (<https://www.aerzteblatt.de/news/hausarztpraxen-behandeln-grossteil-der-akutfalle-abschliessend-3334339c-a586-4ee8-a6f2-3700584efb53>). Eine Stärkung der hausärztlichen Praxen vermag daher auch die Zahl der Arzt- und Ärztinnenkontakte und die Zahl der Krankenhauseinweisungen zu reduzieren. So kommt etwa der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen und in der Pflege (SVR) in seinem Gutachten „Fachkräfte im Gesundheitswesen - Nachhaltiger Einsatz einer knappen Ressource“ (2024) zu dem Ergebnis, dass in einer Ausweitung des Primärarztsystems der hausarztzentrierten Versorgung auf die Regelversorgung ein Potential zur Reduktion der Krankenhausbelegungstage um 12,5 bis 20 Millionen liegt (DOI: 10.4126/FRL01-006400072, S.32). Das Gutachten verweist auf strukturelle Defizite im Gesundheitswesen, eine mangelnde Patientensteuerung, ineffiziente Ressourcennutzung und eine ausufernde Bürokratie – all dies seien Ursachen für Über-, Unter- und Fehlversorgung sowie eine zunehmende Belastung der Fachkräfte. Der Sachverständigenrat empfiehlt multiprofessionelle Einrichtungen der Primärversorgung und führt aus, dass eine klug strukturierte integrierte Primärversorgung auch die Notfallversorgung entlastet und es ermöglicht, Patientinnen und Patienten in der richtigen Versorgungsebene zu behandeln (ebd.).

Mit Blick auf die oben dargestellten Herausforderungen und die großen Chancen eines Primärversorgungssystems wäre es falsch, dieses Thema weiter zu vertagen. Die Bundesregierung bleibt jedoch bislang ein diesbezügliches Konzept schuldig. Es bedarf der raschen Implementierung eines umfassenden Primärversorgungssystems, das auf Digitalisierung, berufsgruppenübergreifende Teams, Koordination der Behandlung der Patientinnen und Patienten und Prävention setzt. Viele jüngere Menschen bevorzugen heute zudem eine Mitarbeit in multidisziplinären und interprofessionellen Teams im Gesundheitswesen und ließen sich für eine Mitarbeit in den Praxen gewinnen. Der Anteil erfolgreich absolvierter Abschlüsse neuer Fachärztinnen und Fachärzte für Allgemeinmedizin (2024: 2.141, 13,9 %) steigt seit Jahren kontinuierlich an, er reicht aber nicht aus, um den Ersatzbedarf zu decken, (Ärzttestatistik zum 31.12.2024 Bundesärztekammer 2025: https://www.bundesaeztekammer.de/fileadmin/user_upload/BAEK/Ueber_uns/Statistik/AErzttestatistik_2024.pdf). Anstrengungen in der Ausbildung (Umsetzung des lange überfälligen Masterplans Medizinstudium 2020) und in der Weiterbildung (Stärkung und Verstetigung der Kompetenzzentren Weiterbildung nach § 75 a SGB V) sollten daher intensiviert werden. Insgesamt wird klar: Ein modernes System der Primärversorgung muss die gesundheitliche Grundversorgung der Patientinnen und Patienten wohnortnah sowie qualitativ hochwertig sicherstellen und die weitere Betreuung effektiv und bedarfsgerecht koordinieren – als erste Anlaufstelle und Basis, verlässlich und kontinuierlich.

II. Der Deutsche Bundestag fordert die Bundesregierung daher auf, noch in diesem Jahr einen Gesetzentwurf vorzulegen, in dem

- a) in Zusammenwirken mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) und den Kassenärztlichen Vereinigungen sowie dem Deutschen Hausärztinnen- und Hausärzteverband in Vorbereitung zur Einführung eines verbindlichen Primärversorgungssystems kurzfristig Maßnahmen ergriffen werden, um sicher zu stellen, dass allen Versicherten innerhalb von 20 PKW-Minuten vom Wohnort (vgl. §35 Bedarfsplanungsrichtlinie Gemeinsamer Bundesausschuss) eine hausärztliche Praxis und für Kinder und Jugendliche eine kinderärztliche Praxis zur Verfügung steht und einer regionalen Unterversorgung im hausärztlichen und kinderärztlichen Versorgungsbereich entgegengewirkt wird,

und ein Primärversorgungssystem eingeführt wird, in dem

- b) haus- bzw. kinderärztliche Praxen Erstansprechpartner der gesundheitlichen Versorgung für Erwachsene bzw. Kinder und Jugendliche sind, die koordinierende Funktion innerhalb des Versorgungssystems übernehmen und Patientinnen und Patienten dort, wo es möglich ist, fallabschließend behandeln und wenn medizinisch erforderlich qualifizierte, nach Dringlichkeit gestaffelte Überweisungen an Fachärztinnen und Fachärzte vornehmen,
- c) bei Menschen mit chronischen Erkrankungen und einem kontinuierlichen Behandlungsbedarf soll durch Jahres- oder Dauerüberweisungen und durch elektronische Konsile (eKonsile), das heißt digitale Fachanfragen, eine kontinuierliche Mitbetreuung durch spezialisierte Fachärztinnen oder Fachärzte sichergestellt werden,
- d) sich die Versicherten unter Wahrung des Rechts auf freie Arztwahl nach §76 SGB V bei einer primärversorgenden Praxis einschreiben, diese Einschreibung jederzeit widerrufen und eine andere primärversorgende Praxis wählen können, mit der Einschreibung die koordinierende Rolle der primärversorgenden Praxis und einen verbindlichen Überweisungsvorbehalt für fachärztliche Behandlungen zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung anerkennen, der für alle Behandlungsfälle gilt außer für akute schwere Notfälle und für Behandlungen auf dem Gebiet der Augenheilkunde, der Gynäkologie und Geburtshilfe, sowie der Psychiatrie und Psychotherapie und der bei chronischen Erkrankungen mit einem kontinuierlichen fachärztlichen Versorgungsbedarf zukünftig Jahresüberweisungen durch die primärversorgende Praxis beinhaltet,
- e) für die Einschreibung bei einer primärversorgenden Praxis Anreize geschaffen werden, etwa durch Boni oder verminderte Zuzahlungen, und die koordinierte Primärversorgung sowohl im Rahmen der hausarztzentrierten Versorgung nach §73b SGB V als auch im kollektivvertraglichen Rahmen nach §72 SGB V erfolgen kann,
- f) folgende konstitutive Elemente für Primärversorgungspraxen beinhaltet sind:
- ein multiprofessionelles Praxisteam aus Ärztinnen und Ärzten und Angehörige nicht-ärztlicher akademischer und nicht-akademischer

Gesundheitsfachberufe wie Physician Assistants, Advanced practice nurses und Primary Care Manager, Versorgungsassistentinnen in der Hausarztpraxis (VerAHs) und Nicht-ärztliche Praxisangestellte (NäPas), d.h. Medizinische Fachangestellte mit Zusatzqualifikationen, die in strukturierter Form zusammenarbeiten und ihrer Qualifikation entsprechend Versorgungsaufgaben im Team übernehmen mit dem Ziel einer Entlastung der Ärztinnen und Ärzte,

- eine konsequente Anwendung digitaler Werkzeuge, einschließlich Künstlicher Intelligenz und Angeboten zur digitalen Kontaktaufnahme mit der Praxis mit dem Ziel rascher, digital unterstützter Ersteinschätzungen, der Vermeidung von Wartezeiten und weiter Fahrwege und einer Entlastung der Praxisteams

- eine strukturierte Erstversorgung von akuten Erkrankungen mittels digitaler Kontaktaufnahme oder am Tresen der Hausarztpraxis mit dem Ziel einer fallabschließenden Behandlung oder einer raschen Weiterleitung an die erforderliche Versorgungsebene und

- Angebote zu Hausbesuchen und zur Versorgung vulnerabler Gruppen, z.B. Bewohnerinnen und Bewohner von Alten- und Pflegeheimen

- g) die Primärversorgungspraxis Folgendes gewährleistet:
1. eine bedarfsgerechte, koordinierte Versorgung,
 2. eine priorisierte, nach Dringlichkeit gestaffelte und ggf. über eine geeignete Terminvermittlungsplattform erfolgende Terminvermittlung bei Überweisungen an Fachärztinnen und Fachärzte, wobei fachärztliche Praxen eingeschriebenen Patientinnen und Patienten im Rahmen von Terminkontingenten bevorzugte Termine zur Verfügung stellen,
 3. eine ganzheitliche und Mobilitätseinschränkungen berücksichtigende Versorgung vulnerabler Gruppen wie Bewohnerinnen von Pflege- und Altenheimen,
 4. das Angebot von Videosprechstunden und zertifizierten TI-Messenger-Systemen zur Kontaktaufnahme der Patientinnen und Patienten mit der Praxis und von Hausbesuchen durch das Praxisteam,
 5. Maßnahmen zur Prävention und zur Förderung der Gesundheitskompetenz,
 6. Verbindliche Zusammenarbeit mit Pflegeberaterinnen und Pflegeberatern nach §7a SGB XI und Case-Managerinnen und Case-Managern um pflegerische und soziale Bedarfe und Angebote in koordinierender Weise besser zu steuern,
- h) durch eine Änderung in §15 SGB V festgelegt wird, dass weitere Gesundheitsberufe an der Leistungserbringung im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) beteiligt werden und der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) mit geeigneter Fristsetzung beauftragt wird, die Aufgabenprofile, Kompetenzen und Befugnisse der nicht-ärztlichen Gesundheitsberufe in den Primärversorgungspraxen festzulegen,
- i) die Primärversorgungspraxen, unterstützt durch digitale und telemedizinische Vernetzungen, strukturiert mit anderen ambulanten und stationären Gesundheits- und Pflegeeinrichtungen ihrer Region kooperieren, um Patientinnen und Patienten eine schnelle und unkomplizierte Versorgung zu ermöglichen und zum Teil lange Anfahrtswege zu vermeiden, der Ausbau telemedizinischer Behandlungsmöglichkeiten und

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

der Ausbau standardisierter digitaler Schnittstellen und interoperabler Systeme finanziell gefördert und die Vergütung von telemedizinischen Leistungen adäquat angepasst wird,

- j) die Einrichtung von Primärversorgungszentren ermöglicht wird, die über die übrigen primärversorgenden Praxen hinaus sozialraumbezogene Bedarfe berücksichtigen und zunächst bevorzugt in sozial benachteiligten oder strukturschwachen Regionen gegründet werden, mit dem öffentlichen Gesundheitsdienst und den Kommunen auf vertraglicher Basis kooperieren, die Beratungen in gesundheitlichen Fragen und an den Schnittstellen zu anderen sozialrechtlichen Gebieten (Sozialberatung) anbieten, eine Gemeindegesundheitspflegerin oder einen Gemeindegesundheitspfleger (Community Health Nurse) oder andere Fachkräfte beschäftigen, die quartiersbezogene Arbeit leisten und Gesundheitsförderung und Prävention im Quartier stärken, die sich in regionale Netzwerke integrieren, die wie MVZ auch von Kommunen gegründet werden können, Fördermittel aus dem Strukturfonds nach §105 SGB V und kommunale Fördermittel für die Daseinsfürsorge erhalten können und in denen mindestens drei, in drohend unterversorgten und unterversorgten Regionen mindestens zwei, primärversorgende Fachärztinnen und Fachärzte und darüber hinaus fakultativ andere Fachärztinnen und -ärzte zusammenarbeiten,
- k) geregelt wird, dass sektorübergreifende Versorgungseinrichtungen nach §115g SGB V Primärversorgungspraxen und Primärversorgungszentren betreiben können,
- l) unter Vermeidung von Ausgabensteigerungen und bürokratischen Aufwänden ein gestuftes neues Vergütungssystem eingeführt wird mit 1) einer kontaktunabhängigen Einschreibepauschale, die ca. 80% des Aufwands abdecken und Komplexität und Betreuungsaufwand berücksichtigen soll und 2) zusätzlichen Pauschalen, die besondere Leistungen und das Erreichen von Qualitätszielen (z.B. die Durchführung indizierter Impfungen, patientenberichtete Ergebnismaße (PROMs) und patientenberichtete Erfahrungserhebungen (PREMs), besondere Innovationen und besondere koordinativen Leistungen) berücksichtigen und mit einer schrittweisen Überführung der quartalsbezogenen Abrechnung in Jahrespauschalen, wobei das Vergütungssystem Teamleistungen fördern, starke Vergütungsabwertungen von delegierten Leistungen im Team vermeiden, insgesamt Einzelabrechnungsziffern zugunsten von Pauschalen reduzieren, ausreichende Zeit für ärztliche Patientenkontakte honorieren, das Erreichen von patientenorientierten Zielen fördern, präventive Maßnahmen und eine ganzheitliche Patientenversorgung sowie die Vergütung eigenständig von Pflegefachpersonen erbrachten Leistungen durch diese ermöglichen soll,
- m) der G-BA und das IQTIG damit beauftragt werden, ein Qualitätssicherungssystem für die Primärversorgung zu entwickeln, in dem patientenberichtete Ergebnismaße (PROMs) und patientenberichtete Erfahrungserhebungen (PREMs) eine zentrale Rolle spielen und pflegewissenschaftliche Expertise in die Entwicklung und Bewertung der Qualitätsindikatoren einfließt,

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

- n) der G-BA damit beauftragt wird, ein Verzeichnis der Leistungen und Aufgaben zu entwickeln, die von den hausärztlichen und den kinderärztlichen Primärversorgungspraxen jeweils angeboten bzw. erfüllt werden sollen einschließlich der Krankheitsbilder, die in der Regel fallabschließend in der haus- und kinderärztlichen Primärversorgungspraxis behandelt werden sollen,
- o) geregelt wird, dass im Bundesmantelvertrag die Qualitätskriterien, Aufgabenprofile, Kooperationspflichten und Mindestanforderungen für Primärversorgungspraxen und Primärversorgungszentren übernommen und wo erforderlich weitere Details der Umsetzung durch die Partner des Bundesmantelvertrags in Rahmenvereinbarungen festgelegt werden,
- p) für die hausarztzentrierte Versorgung (HZV) nach §73b deutschlandweit gültige Rahmenregelungen geschaffen werden, die ihre weitere Verbreitung vereinfachen und fördern und auch Facharztverträge im Rahmen der HZV erleichtern sollen und die gesetzliche Pflicht zu einem Angebot einer HZV durch alle gesetzlichen Krankenkassen faktisch durchsetzen,
- q) näher bezifferbare Einsparungen durch Effizienzsteigerungen erreicht werden können und diese Einsparmöglichkeiten ausgewiesen werden,
- r) zur Akzeptanzsteigerung des neuen Versorgungsmodells eine bundesweite Informationskampagne durchgeführt wird, um die Möglichkeit zur Einschreibung bekannt zu machen und ihre Vorteile darzustellen.

Zur Stärkung der hausärztlichen Versorgung ergreift die Bundesregierung darüber hinaus folgende Maßnahmen:

- s) Zur Verbesserung der Erreichbarkeit der primärversorgenden Praxen beauftragt die Bundesregierung den GBA, die Bedarfsplanungsrichtlinie in §11 zu ändern und anstelle der Mittelbereiche kleinere Planungseinheiten für die hausärztliche Versorgung einzuführen.
- t) Die Bundesregierung stärkt entsprechend den Festlegungen des Masterplans Medizinstudium 2020 die Allgemeinmedizin im gesamten Medizinstudium, verabschiedet die neue Approbationsordnung für Ärztinnen und Ärzte zeitnah, wirkt auf eine Zustimmung zur neuen Approbationsordnung durch die Länder hin und ergreift in Zusammenarbeit mit den Ländern weitere Maßnahmen, um die Allgemeinmedizin zu stärken und den Anteil der hausärztlich tätigen Ärztinnen an der Gesamtzahl der Ärztinnen und Ärzte, die rückläufig ist, wieder zu erhöhen. Zur Förderung der Weiterbildung von Fachärztinnen und Fachärzten für Allgemeinmedizin sollten die sehr wirksamen, bereits mehrfach positiv evaluierten Kompetenzzentren Weiterbildung in § 75 a SGB V explizit benannt, gestärkt und verstetigt werden.

- u) Die Bundesregierung implementiert bei der Einführung des geplanten Pflege- und Gesundheitsexperten-Einführungsgesetzes das Community Health Nursing als eine Ausprägung des Advanced Practice Nursing (erweiterte Pflegepraxis) für die Primärversorgung, um pflegerische Expertise und Karrierewege in der Primärversorgung dauerhaft zu sichern.

Berlin, den 14. November 2025

Katharina Dröge, Britta Haßelmann und Fraktion

Begründung:

Die Einführung eines Primärversorgungssystems mit interdisziplinären Praxisteams und digitalen und telemedizinischen Unterstützungselementen ermöglicht eine verlässliche wohnortnahe Grundversorgung, eine bessere und bedarfsgerechte Koordination der Patientenversorgung und eine Vermeidung von Überversorgung wie Doppeluntersuchungen, sie eröffnet die Möglichkeit zu Kosteneinsparungen durch eine effizientere Versorgung und entlastet die grundversorgenden Ärztinnen und Ärzte sowie ihre Praxisteams.

Heute sind bereits rund 5000 hausärztliche Sitze nicht besetzt und ein hoher Anteil der Hausärztinnen und Hausärzte wird in den nächsten Jahren das Renteneintrittsalter erreichen. Gleichzeitig steigt aufgrund der demographischen Entwicklung der Versorgungsbedarf der Bevölkerung. Vor diesem Hintergrund ergeben sich vor allem im ländlichen Raum Versorgungsprobleme. Lösungswege beinhalten Maßnahmen zur Steigerung der Attraktivität der allgemeinmedizinischen Tätigkeit insbesondere im ländlichen Raum, etwa durch mehr Anstellungsmöglichkeiten jüngerer Ärztinnen und Ärzte in MVZs, Landarztquoten, die Stärkung der Allgemeinmedizin in der universitären Ausbildung und die Anwerbung ausländischer Ärztinnen und Ärzte. Die wichtigste Maßnahme ist jedoch, dem Beispiel anderer Länder zu folgen und die starke Arztzentrierung im deutschen Gesundheitswesen zu verlassen und nicht-ärztlichen Gesundheitsberufen mehr Kompetenzen einzuräumen. Nur über diese Maßnahme wird eine gute flächendeckende ambulante Versorgung in Deutschland aufrecht zu erhalten sein. Daher besteht die Lösung nicht in einem „Primärarztsystem“, wie es die Bundesregierung vorschlägt, sondern in einem „Primärversorgungssystem“, in dem nicht-ärztliche Gesundheitsberufe, insbesondere qualifizierte Pflegefachkräfte eine herausragende Rolle spielen. Außerdem muss durch digitale Lösungen eine deutliche Entlastung geschaffen und der Grundsatz „digital vor ambulant vor stationär“ umgesetzt werden.

Zu a) Die flächendeckende Einführung eines Primärversorgungssystems setzt voraus, dass überall in Deutschland haus- und kinderärztliche Praxen zur Verfügung stehen, in denen sich die Versicherten eintragen können. Laut der Antwort vgl. Drucksache 21/1315) der Bundesregierung auf die kleine Anfrage der Bundestagsfraktion Bündnis 90/Die Grünen (vgl. Drucksache 21/1018) bestand zum 31.12.2024 in 15 von 985 Planungsbereichen für die Arztgruppe Hausärzte, den sogenannten Mittelbereichen, eine Unterversorgung, in 87 Mittelbereichen war eine drohende Unterversorgung gemeldet. Dies zeigt, dass die hausärztliche Versorgung nicht überall ausreichend gesichert ist. Hinzu kommt, dass auch in formal ausreichend versorgten Regionen hausärztliche Praxen zum Teil keine neuen Patientinnen und Patienten mehr aufnehmen. Daher ist es in Vorbereitung auf eine flächendeckende Umsetzung eines Primärversorgungssystems erforderlich, dass in Zusammenarbeit mit den kassenärztlichen Vereinigungen und dem Deutschen Hausärztinnen und Hausärzteverband Maßnahmen ergriffen werden, um den Versicherten überall in guter Erreichbarkeit eine Möglichkeit zur Einschreibung in eine primärversorgende Praxis machen zu können. Dabei sind eine Reihe von Maßnahmen denkbar wie die Ausgründung von Zweigpraxen oder der Einsatz mobiler Praxen, die etwa von den KVen selbst organisiert werden.

Zu b) Den Angaben des Hausärztinnen und Hausärzteverbands zufolge können die gesundheitlichen Probleme der Versicherten in mehr als 80% der Fälle durch die hausärztliche Praxis gelöst werden, ohne dass eine Überweisung zu Fachärztinnen und Fachärzten erforderlich ist (vgl. https://www.haev.de/fileadmin/user_upload/News_Dateien/2025/2025_09_05_HAEV_Factsheet_Primaerarztsystem.pdf). Die Etablierung einer verbindlichen

koordinierenden Rolle der Haus- und Kinderärztinnen und -ärzte kann unnötige Facharztüberweisungen verhindern und die hohe Zahl an Arztbesuchen in Deutschland reduzieren. Die Überweisung an Facharztpraxen soll nach Dringlichkeit gestuft werden, um für die vordringlichen Behandlungsfälle rasche Terminvergaben zu ermöglichen. Dabei kann etwa ein Ampelsystem (rot, gelb, grün) verwendet werden.

Zu c) Bei Menschen mit chronischen Erkrankungen, die eine kontinuierliche fachärztliche Behandlung erforderlich machen, sind Dauer- oder Jahresüberweisungen sowie eKonsile wichtige ergänzende Optionen. Bei Menschen mit Diabetes mellitus kann zum Beispiel die enge Kooperation mit einer diabetologischen Praxis sinnvoll sein, bei Krebspatientinnen und -patienten wird eine enge Kooperation mit einer Onkologin/ einem Onkologen in Betracht kommen. Ergänzende Facharztverträge, wie sie in der HZV in Baden-Württemberg mit rund einem Dutzend Fachdisziplinen vereinbart wurden, sind dabei eine wirksame, erfolgreich evaluierte Option.

Zu d) Die Versicherten schreiben sich im Primärversorgungssystem bei der Praxis ihrer Wahl unter Wahrung der freien Arztwahl ein und können diese Entscheidung etwa bei Umzug oder Verlust des Vertrauensverhältnisses jederzeit widerrufen. Mit der Einschreibung akzeptieren die Versicherten, dass sie zu Lasten der Gesetzlichen Krankenversicherung nur nach Überweisung durch ihre primärversorgende Ärztin oder Arzt fachärztliche Praxen aufsuchen können. Ausnahmen sind Behandlungen im Bereich der Gynäkologie und Geburtshilfe, der Augenheilkunde, der Psychiatrie, Psychosomatik oder Psychotherapie und akute schwerere Notfallversorgungen. Außerhalb dieser Ausnahmen besteht für Fachärztinnen und Fachärzte ohne vorliegende Überweisung keine Möglichkeit zur Abrechnung mit den Krankenkassen. Es ist die Aufgabe der primärversorgenden Praxis, in jedem neuen Behandlungsfall zu prüfen, ob sie die Diagnostik und Therapie fallabschließend selber durchführen kann oder ob eine Überweisung erforderlich ist.

Zu e) Die Einschreibung in eine Primärversorgungspraxis ist freiwillig. Boni oder verminderte Zuzahlungen sollen neben dem Vorteil schnellerer und gezielterer Facharztterminvermittlungen Anreize zu einer Einschreibung setzen. Die Einschreibung kann sowohl im Rahmen der HZV als auch in der Regelversorgung erfolgen. Für die HZV als bisherigem primärversorgendem System liegen vor allem aus Baden-Württemberg gute Nachweise für ihre Wirksamkeit und Effizienz vor. Analysen der AOK Niedersachsen, der AOK Thüringen, der AOK Rheinland-Hamburg und der Ersatzkassen zeigten heterogene Ergebnisse. Dies kann auf Unterschiede in den Vertragskonstellationen (Vollversorgungs- vs. Add-on-Verträge), den Vertragsinhalten sowie in der jeweiligen regionalen Umsetzung zurückzuführen sein. Insgesamt kann die HZV aber als erfolgreiches Modell der Primärversorgung betrachtet werden, das gilt insbesondere für sogenannte Vollversorgungsverträge wie in Baden-Württemberg, die dort auch mit zusätzlichen Facharztverträgen verknüpft sind. Die Bundesregierung hat ausweislich der Antwort auf die Kleine Anfrage (s.o.) keine Kenntnisse, welche Krankenkassen trotz bestehender gesetzlicher Verpflichtung keine HZV-Verträge anbieten. Die Bundesregierung muss den Krankenkassen gegenüber auf die Einhaltung ihrer gesetzlichen Aufgaben dringen und für ein vollumfängliches Angebot an HZV für alle Versicherten sorgen.

Zu f und i) Primärversorgungspraxen zeichnen sich durch interprofessionelle Teams aus, in denen Ärztinnen und Ärzte soweit wie möglich von Routinearbeiten entlastet werden. So kann eine größere Zahl von Versicherten versorgt werden und die Ärztinnen und Ärzte gewinnen Zeit für die schwierigeren medizinische Probleme. Dies erhöht die Zufriedenheit beim Praxispersonal und bei Patientinnen und Patienten. Eine wichtige weitere Entlastungsoption für das gesamte Praxisteam ergibt sich durch eine konsequente Anwendung digitaler Werkzeuge (z.B. automatischer „check-in“, Verwendung von Spracherkennung und KI-basierter Zusammenfassung von Elementen der Krankengeschichte, Nutzung der ePA, Videosprechstunden, zertifizierte TI-Messenger-Dienste für Patientinnen und Patienten,...). Diese Optionen vermindern Wartezeiten in der Praxis, reduzieren die Zahl unnötiger persönlicher Kontakte in der Praxis und können die Patientenzufriedenheit erhöhen. Eine strukturierte physische oder digitale Notfallversorgung und das Angebot zu Hausbesuchen sind weitere konstitutive Elemente primärversorgender Praxen. Digitale Werkzeuge dienen auch der regionalen Vernetzung zwischen den Gesundheitsdienstleistern, etwa bei der raschen Terminvereinbarung über eine Terminserviceplattform.

Zu g) Die koordinierende Rolle der primärversorgenden Praxis hat für die Patientinnen und Patienten eine Reihe von Vorteilen wie die Vermeidung unnötiger Doppeluntersuchungen, die Garantie für rasche fachärztliche Termine bei konkretem Bedarf, Möglichkeiten der raschen Kontaktaufnahme mit dem Praxisteam und ein Schwerpunkt auf Gesundheitsförderung und Prävention einschließlich wichtiger Früherkennungsuntersuchungen.

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Zu h) Delegationen ärztlicher Tätigkeiten an qualifiziertes nicht-ärztliches Personal sind heute bereits rechtssicher möglich (s. § 28 Abs. 1 Satz 3 SGB V; Anlagen 8 und 24 zum Bundesmanteltarifvertrag Ärzte). Aufgrund zahlreicher neuer Gesundheitsberufe ist es jedoch wichtig, die Teilnahme nicht-ärztlicher Gesundheitsberufe an der Versorgung auch in § 15 SGB V zu verankern und der Selbstverwaltung die Aufgabe zu übertragen, Aufgabenprofile, Kompetenzen und Befugnisse der einzelnen nicht-ärztlichen Gesundheitsberufe zu umreißen und voneinander abzugrenzen.

Zu j) Primärversorgungszentren (PVZ) erweitern das Spektrum der Primärversorgungspraxen, indem sie in den Sozialraum um das Zentrum hineinwirken und ihre Arbeit durch masterqualifizierte Pflegefachkräfte (insbesondere Community Health Nurses) ergänzt wird, die Gesundheitsförderung und Prävention, aber auch aufsuchend einfachere gesundheitliche Versorgung anbieten. PVZ sollen eng mit dem öffentlichen Gesundheitsdienst und den Kommunen zusammenarbeiten und neben gesundheitlicher Beratung auch Sozialberatung anbieten. Kommunen und PVZ schließen dabei Verträge, in denen auch der kommunale Kostenanteil geregelt wird, der den Anteil der Sozialberatungen, die nicht zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherungen finanziert werden darf, berücksichtigt. PVZ sollen zunächst in sozial benachteiligten oder strukturschwachen Stadtteilen oder Kommunen gegründet werden. Gründungsberechtigt sollen wie bei MVZ auch Kommunen sein. PVZ sollen durch Mittel aus dem Strukturfonds nach § 105 und durch kommunale Fördermittel zur Daseinsfürsorge gefördert werden. PVZ sollen größere Versorgungseinheiten mit mindestens drei, in drohend unterversorgten oder unterversorgten Regionen mindestens zwei primärversorgenden Fachärztinnen und -ärzten darstellen, idealerweise sollte darunter mindestens eine Fachärztin, ein Facharzt für Kinderheilkunde sein. Weitere Fachärztinnen und Fachärzte anderer Fächer, z.B. Gynäkologie und Geburtshilfe können das PVZ sinnvoll ergänzen.

Zu k) Mit dem Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz wurden sogenannte „Sektorübergreifenden Versorgungseinrichtungen“ (SÜV) eingeführt (§ 115g SGB V), die wohnortnah grundversorgende ambulante und stationäre Leistungen erbringen. Entsprechend ihrem Versorgungsauftrag sollen die SÜV auch Primärversorgungspraxen und Primärversorgungszentren betreiben können.

Zu l) Die Einführung eines Primärversorgungssystems macht auch Reformen im Vergütungssystem, dem Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM), erforderlich. Dabei ist ein gestuftes System von auf den Einschreibungen beruhenden Pauschalen zu bevorzugen, in dem die Arbeit nicht-ärztlicher Gesundheitsfachkräfte im Vergleich zum Status quo deutlich weniger gegenüber der Vergütung ärztlicher Leistungen abgewertet werden darf und eine tarifliche Bezahlung in den Praxen ermöglicht wird. Für viele Leistungen soll ein Jahresbezug die quartalsweise Abrechnung ablösen.

Zu m) Die Einführung eines Primärversorgungssystems soll von einem unbürokratischen, aufwandsarmen und im Wesentlichen auf Routinedaten beruhenden Qualitätssicherungssystem begleitet werden, das auf anonymisierten Patientendaten und wissenschaftlich validierten Qualitätsindikatoren und Zielvorgaben beruht, in deren Definition internationale Erfahrungen einfließen. Das Primärversorgungssystem soll als Teil einer patientenzentrierten Versorgung patientenberichtete Ergebnismaße (PROMs) und patientenberichtete Erfahrungserhebungen (PREMs) einbeziehen. Auch Patientinnen und Patienten, die sich nicht durch eine Einschreibung an der Primärversorgung beteiligen, sollen in die Qualitätssicherung mit anonymisierten Daten einbezogen werden, um Vergleiche zwischen den unterschiedlichen Versorgungsformen zu ermöglichen.

Zu n) Ein Ziel des Primärversorgungsteams ist es, möglichst viele Behandlungen fallabschließend in der primärversorgenden Praxis durchzuführen. In diesem Zusammenhang ist es wichtig, eine die wesentlichen Versorgungsaufgaben und -elemente umfassenden Leistungskatalog bzw. Versorgungsauftrag zu erstellen, um eine klare Aufgabenbenennung zu ermöglichen und darauf basierend sowohl die Bedarfsplanung als auch die Vergütung weiterzuentwickeln. Mit dieser Aufgabe wird der GBA betraut.

Zu o) Die Partner des Bundesmantelvertrags übernehmen die einzelnen Anforderungen an die primärversorgenden Praxen in den Bundesmantelvertrag und spezifizieren sie, wo erforderlich dort.

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Zu p) Das Primärversorgungssystem soll innerhalb der HZV und im Regelversorgungssystem umgesetzt werden. Die HZV stellt heute bereits eine wichtige und erfolgreiche Form eines Primärversorgungssystems dar, ihre Verbreitung in Deutschland ist jedoch regional sehr unterschiedlich ausgeprägt. Dabei kommt nicht jede Krankenkasse ihrem gesetzlichen Auftrag nach, die Einschreibung in die HZV ihren Versicherten anzubieten. Gemäß ihrer Antwort auf die kleine Anfrage der Bundestagsfraktion Bündnis 90/Die Grünen (s.o.) hat die Bundesregierung aktuell keine Kenntnisse, wie viele Krankenkassen in Deutschland keinen HZV-Vertrag anbieten. Die Bundesregierung muss sich diese Informationen rasch beschaffen und die Angebotspflicht faktisch umsetzen. Außerdem sollen für eine erleichterte Umsetzung der HZV, deutschlandweit gültige Rahmenregelungen geschaffen werden, die auch darauf basierende Facharztverträge miteinbeziehen.

Zu q) Die Einführung eines Primärversorgungssystems soll die Versorgung für die Patientinnen und Patienten spürbar verbessern; durch die Effizienzverbesserungen, insbesondere durch die Reduktion vermeidbarer stationärer Einweisungen und Facharztüberweisungen und durch die Vermeidung von Komplikationen etwa durch unerwünschte Arzneimittelinteraktionen sollen jedoch auch unnötige Ausgaben vermieden werden. Hierzu sollen belastbare Schätzungen angestellt werden und durch gesundheitsökonomische Begleitforschung die tatsächlichen Einsparungen im Verlauf erfasst werden

Zu r) Um hohe Einschreiberaten im Primärversorgungssystem zu erreichen, ist es erforderlich, dass die Bundesregierung in Zusammenarbeit mit den Selbstverwaltungspartnern Informationskampagnen durchführt.

Zu s) Planungsbereich für die hausärztliche Versorgung ist der Mittelbereich in der Abgrenzung des Bundesinstituts für Bau, Stadt- und Raumforschung (Bedarfsplanungs-Richtlinie §11). Die Einwohnerzahl der Mittelbereiche schwankt in einem weiten Rahmen, sie haben meist zwischen 80.000 und 150.000 Einwohner. Mittelbereiche stellen nicht selten eine zu großräumige Planungsgrundlage dar und innerhalb der Mittelbereiche besteht eine durchaus heterogene Verteilung der hausärztlichen Sitze mit einer Konzentration in Mittel- und Oberzentrumsstädten und weniger stark im Umland. Insbesondere dort, wo der öffentliche Personennahverkehr schlecht ausgebaut ist, kann es für Menschen in Ortschaften ohne eigene Hausarztpraxis Probleme bei der hausärztlichen Versorgung geben. Zum Zweck einer „homogenen und stabilen Versorgung“ (Bedarfsplanungs-Richtlinie §11, Abs.3) kann zwar „eine abweichende Raumgliederung (Zusammenlegung oder weitere Untergliederungen in Stadtteile, Ortsbereiche) nach § 99 Absatz 1 Satz 3 SGB V vorgenommen werden“, um eine tatsächlich gut erreichbare Versorgung zu ermöglichen, sind jedoch verbindlichere Vorgaben zu entwickeln.

Die allgemeine Verhältniszahl für die Arztgruppe der Hausärzte ist mit dem Verhältnis eine Hausärztin /ein Hausarzt zu 1.633 Einwohnerinnen und Einwohnern festgelegt. Eine kleinräumigere Planung sollte in Betracht ziehen, dass dort wo rechnerisch mindestens drei hausärztliche Sitze vorhanden sein sollten, tatsächlich mindestens ein hausärztlicher Vollsitz zur Verfügung steht, d.h. Gemeinden ab rund 5000 Einwohnerinnen und Einwohner sollten immer mindestens einen hausärztlichen Sitz haben.

Zu t) Gemäß der Antwort der Bundesregierung auf die kleine Anfrage (s.o.) der Bundestagsfraktion Bündnis 90/Die Grünen ist es „Ziel einer reformierten Approbationsordnung für Ärzte (ÄApprO) – entsprechend der Festlegungen des „Masterplans Medizinstudium 2020“ – die Allgemeinmedizin im gesamten Studium zu verankern und auch die praktische Ausbildung der Studierenden in hausärztlichen sowie in kinderärztlichen Praxen verpflichtend aufzunehmen“. Gerade vor dem Hintergrund der erforderlichen Implementierung eines Primärversorgungssystems ist es wichtig, die neue Approbationsordnung zeitnah zu verabschieden und für eine Zustimmung der Länder zu sorgen. Der Anteil der Hausärztinnen und Hausärzte an allen Ärztinnen und Ärzten in der vertragsärztlichen Versorgung ist von 47,5 Prozent im Jahr 1999 auf 41,9 Prozent im Jahr 2024 gesunken (s.o.). Zur Stärkung der hausärztlichen Versorgung ist eine Bund-Länder-Strategie erforderlich.

Zu u) Community Health Nurses sind Teil eines international bewährten Konzeptes. Im geplanten Pflege- und Gesundheitsexperten-Einführungsgesetz sollen die Bachelor- und Masterstudiengänge und damit verbundenen Rollen und Einsatzgebiete nach international gängigen Standards weiterentwickelt werden. Das Community Health Nursing sollte entsprechend der Spezialisierung in der Primärversorgung als Abschluss auf Masterniveau bei der Schaffung neuer Rechtsrahmen direkt mitgedacht werden.

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.