Dr. Reimar Buchner
Fachanwalt für Verwaltungsrecht und für Medizinrecht, Berlin

Zukunft der hausarztzentrierten Versorgung neben einem verpflichtenden Primärarztsystem in der Regelversorgung

Herbstsymposium der Deutschen Gesellschaft für Kassenarztrecht, Berlin, 19.11.2026

Thesen

1. CDU, CSU und SPD haben im Koalitionsvertrag ein verbindliches Primärarztsystem bei freier Arztwahl in der hausarztzentrierten Versorgung und im Kollektivvertrag vereinbart. Es soll die Patienten zielgerichteter versorgen und die Terminvergabe beschleunigen. Ein Gesetzentwurf des BMG zur Umsetzung steht noch aus.

2. Ein Primärarztsystem in der Regelversorgung wirft – wie die Stellungnahmen der Interessenverbände belegen – die Frage auf, ob das bestehende Regelungsmodell des § 73b SGB V für die hausarztzentrierte Versorgung (HzV) daneben fortbestehen soll.

3. Die Vereinbarung eines „verbindlichen Primärarztsystems bei freier Arztwahl“ ist naturgemäß auslegungs- und konkretisierungsbedürftig. Denkbar ist einerseits, alle GKV-Versicherten zur Wahl eines betreuenden Primärarztes zu verpflichten, dessen Überweisung Voraussetzung für die Inanspruchnahme von Fachärzten ist. Andererseits kommt ein bloß bedarfsabhängiges Steuerungssystem – ggf. ohne physischen Arztkontakt – als Zugangsvoraussetzung zur fachärztlichen Versorgung in Betracht, ohne dass eine ärztliche Überweisung zwingend ist. Ob das Regelungsmodell des § 73b SGB V beibehalten werden kann und sollte, hängt von der Ausgestaltung des Primärarztsystems in der Regelversorgung ab.

4. Mit der Verpflichtung der Krankenkassen, die HzV anzubieten, sollten nach dem Willen des Gesetzgebers Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung verbessert werden, und zwar durch eine Stärkung der Steuerungsfunktion und der kontinuierlichen Betreuung durch den Hausarzt. Nach § 73b SGB V aktueller Fassung soll dies durch ein flächendeckendes Pflichtangebot einer hausarztzentrierten Versorgung erreicht werden, die Mindeststandards einhält, an der Versicherte und Allgemeinärzte freiwillig teilnehmen (Einschreibemodell) und auf deren selektivvertragliche Vereinbarung qualifizierte Gemeinschaften einen Anspruch haben. Der Versicherte ist an den gewählten Hausarzt gebunden und darf Fachärzte – von Ausnahmen abgesehen – nur auf dessen Überweisung in Anspruch nehmen. Die HzV ist damit ein auf Freiwilligkeit beruhendes Primärarztsystem.

5. Die Evaluationsergebnisse der HzV sind uneinheitlich, was auch dadurch begründet ist, dass unterschiedliche Vertragsmodelle im Rahmen des § 73b SGB V untersucht wurden. Es gibt immerhin deutliche Anhaltspunkte dafür, dass bestimmte Patientengruppen besonders von der hausarztzentrierten Versorgung profitieren, vor allem ältere, chronisch kranke und multimorbide Versicherte sowie Versicherte mit bestimmten Erkrankungen, z. B. kardiovaskulären Erkrankungen, Diabetes oder COPD.

6. Rechtlich stehen der Wettbewerb über Selektivverträge und das Quasi-Monopol qualifizierter Gemeinschaften in einem ungelösten Widerspruch. Die entstandenen Doppelstrukturen führen zu zahlreichen Folgeproblemen, insbesondere mit der Bereinigung der Gesamtvergütung und daraus resultierend der Finanzierung der KVen sowie mit der Einschränkung des Sicherstellungsauftrags.

7. Das vereinbarte Primärarztsystem in der GKV-Regelversorgung kann dahingehend ausgestaltet werden, dass alle Versicherten einen Hausarzt wählen müssen, dessen Überweisung Voraussetzung für einen Facharztbesuch ist.

   a) Neben einem solchen Primärarztsystem der Regelversorgung entfällt die sachliche Rechtfertigung für die Pflicht der Krankenkassen, eine selektivvertragliche HzV mit freiwilliger Teilnahme von Versicherten und Ärzten anzubieten. Denn in dieser Konstellation erfüllt das Primärarztsystem die Steuerungs- und Betreuungsfunktion der HzV vollständig.

   b) § 73b SGB V wäre in diesem Fall zu einem freiwilligen Selektivvertragsangebot umzugestalten, dessen Inhalte notwendigerweise über die Regelversorgung hinausgehen – idealtypisch als Add-on-Vereinbarung.

8. Anders sind die Folgen für das bisherige HzV-Regelungsmodell zu beurteilen, wenn das Primärarztsystem als bedarfsabhängiges Steuerungssystem ohne Pflicht zur Wahl eines Primärarztes umgesetzt wird. In der Regelversorgung wäre dann die Inanspruchnahme einer qualifizierten Vermittlung vorgeschrieben, die je nach medizinischem Bedarf Termine bei Haus- oder Fachärzten organisiert. Die Inanspruchnahme der qualifizierten Vermittlung wäre Voraussetzung für einen Facharzttermin; ein Hausarztkontakt und eine Überweisung wären dagegen nicht erforderlich.

   a) Bei einer solchen Ausgestaltung kann das Regelungsmodell des § 73b SGB V jedenfalls dem Grunde nach beibehalten werden. Denn die kontinuierliche Betreuung durch einen gewählten Hausarzt bleibt weiterhin der HzV vorbehalten.

   b) Beschränkt sich damit aber die spezifische Funktion der HzV auf die dauerhafte Betreuung durch den Hausarzt, spricht dies dafür, das gesetzliche Pflichtangebot inhaltlich auf bestimmte Patientengruppen (z. B. chronisch Kranke mit bestimmten Erkrankungen) zu begrenzen.

   c) Weniger bürokratisch und effizienter, weil Doppelstrukturen vermieden würden, wäre es, die hausarztzentrierte Versorgung in die Regelversorgung zurückzuführen und für die geeigneten Patientengruppen die Wahl eines betreuenden Primärarztes verpflichtend vorzusehen.