Gina Wittlinger MSc
Prof. Dr. rer. oec. Leonie Sundmacher

Primärarztsysteme im internationalen Vergleich: Wie gestalten andere Länder ihre Versorgung und was kann Deutschland davon lernen?

Zusammenfassung

Der Begriff Primärarztsystem subsumiert verschiedene Systeme, in denen ein festgelegter Primärarzt vor der Inanspruchnahme fachärztlicher Versorgung aufgesucht werden soll. Die Einführung eines verbindlichen, flächendeckenden Primärarztsystems zur Förderung einer zielgerichteten Versorgung und einer schnellen Terminvergabe für Deutschland wurde kürzlich im Rahmen des Koalitionsvertrages zur Legislaturperiode 2025–2029 beschlossen, wobei die konkrete Ausgestaltung noch diskutiert wird.

Im Folgenden vergleichen wir die Ausgestaltung von Primärarztsystemen in neun europäischen Ländern und in Israel und leiten hieraus Implikationen für Deutschland ab.

Schlüsselwörter

Primärarztsystem, Primärversorgung, Koordination, komparative Analyse

Crossref/doi

http://doi.org/10.24945/MVF.04.25.1866-0533.2731

Definition

Der Begriff Primärarztsystem subsumiert verschiedene Systeme, in denen ein festgelegter Primärarzt vor der Inanspruchnahme fachärztlicher Versorgung aufgesucht werden soll. Der Primärarzt übernimmt hier eine zentrale Rolle bei Koordination und Steuerung der Versorgung und der Pflege einer stabilen, vertrauensvollen Arzt-Patienten-Beziehung (Popert et al. 2018; Sachverständigenrat Gesundheit & Pflege 2024). Während sich die spezifischen Ausgestaltungsvarianten verschiedener Primärarztsysteme unterscheiden, gibt es doch einige zentrale Komponenten, die in fast allen dieser Systeme überschneidend vorkommen. Das sind die Registrierung bei einem festen Primärarzt, die Beschränkung des Zugangs zu Fachärzt:innen und Krankenhäusern sowie die Beschränkung der freien Arztwahl. Darüber hinaus wird die Primärversorgung in den meisten der betrachteten Systeme zunehmend in interprofessionellen und interdisziplinären Teams[1] erbracht (Orchard et al. 2005; IGES Institut 2020).

Im internationalen Vergleich stellen Primärarztsysteme eher die Regel als die Ausnahme dar. In Europa ist ein solches beispielsweise in Italien, Spanien, England, den Niederlanden und Frankreich, aber auch in den nordischen Ländern wie Dänemark, Finnland und Norwegen etabliert (Or et al. 2023; Keskimäki et al. 2019; Bernal-Delgado et al. 2024; Giulio de Belvis et al. 2022; Anderson et al. 2022; Kroneman et al. 2016; Birk et al. 2024; Saunes et al. 2020). Auch über den europäischen Kontext hinaus greift beispielsweise das israelische Gesundheitssystem auf Elemente eines Primärarztsystems zurück (Rosen et al. 2015). Deutschland hat mit dem Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenkassen im Jahr 2004 ebenfalls ein freiwilliges Primärarztsystem ermöglicht. Bei der sogenannten Hausarztzentrierten Versorgung verpflichten sich Patient:innen freiwillig, vor Inanspruchnahme der Sekundärversorgung einen festen Hausarzt aufzusuchen (Gerlach und Szecsenyi 2011). Die Einschreibequote liegt mit ca. 12% der Bevölkerung (Stand Mai 2025) deutlich unter den Werten in Dänemark, den Niederlanden oder Norwegen, wo trotz formaler Freiwilligkeit – jedoch unter anderen institutionellen Rahmenbedingungen und Anreizstrukturen – Quoten von über 90% erzielt werden (Kroneman et al. 2016; Birk et al. 2024; Saunes et al. 2020; Marchildon et al. 2021; Hausärztinnen- und Hausärzteverband 2025b).

Die Einführung eines verbindlichen, flächendeckenden Primärarztsystems zur Förderung einer zielgerichteten Versorgung und einer schnellen Terminvergabe für Deutschland wurde kürzlich im Rahmen des Koalitionsvertrages zur Legislaturperiode 2025 bis 2029 beschlossen, wobei die konkrete Ausgestaltung noch diskutiert wird (Popert et al. 2018; Laux et al. 2015; CDU 2025).

In diesem Artikel vergleichen wir die Bestandteile verschiedener Primärarztsysteme und beurteilen die Relevanz spezifisch für den deutschen Kontext.

>> Der demografische Wandel, steigende Zahlen multimorbider Patient:innen, Fachkräfteengpässe, aber auch wachsende Ansprüche an die medizinische Versorgung stellen Gesundheitssysteme und deren Finanzierung vor Herausforderungen (Sachverständigenrat Gesundheit & Pflege 2024; Glonti et al. 2019). Für Patient:innen ist die eigenständige Navigation in komplexen und zum Teil fragmentierten Gesundheitssystemen zeitaufwendig und mühsam (Griese et al. 2023).

Bereits im Jahr 2008 empfahl die Weltgesundheitsorganisation eine stärkere Ausrichtung der Gesundheitssysteme der Mitgliedsstaaten auf die Primärversorgung, um die Herausforderungen unserer Zeit effektiv, kosteneffizient und patientenzentriert bewältigen zu können (Robert Bosch Stiftung 2015; van Lerberghe 2008).

Das übergeordnete Ziel von Primärarztsystemen ist demnach eine Stärkung der Koordinierungs-, Betreuungs-, Dokumentations- und Integrationsfunktion der Primärversorgung. Dies kann im Idealfall zu Kosteneinsparungen durch die Vermeidung medizinisch nicht notwendiger Facharztbesuche und Doppeluntersuchungen

---

1: Interprofessionelle Zusammenarbeit im Gesundheitswesen ist definiert als eine Zusammenarbeit zwischen einem Team von Gesundheitsfachkräften unterschiedlicher Disziplinen und einer Patientin/einem Patienten, bei der gemeinsam und abgestimmt Entscheidungen zu gesundheitlichen und sozialen Themen getroffen werden (Orchard et al. 2005; World Health Organization 2010). Interdisziplinarität beschreibt dahin gehend die Zusammenarbeit verschiedener Disziplinen innerhalb einer Profession (bspw. die Zusammenarbeit von Ärzt:innen unterschiedlicher Fachrichtungen) (Gurtner und Wettstein 2019).

sowie der Elimination von Schnittstellenproblemen zwischen den Versorgungsstufen[2] führen (Klora et al. 2017).

Auch der Behandlungsverlauf kann durch die gestärkte, koordinierende Rolle der Primärversorgung positiv beeinflusst werden (Klora et al. 2017). In der Regel werden Überweisungen an Fachärzt:innen nur nach einer diagnostischen Erstanamnese durch den Primärversorger ausgestellt. So können Informationsasymmetrien zwischen Patient:innen und Fachärzt:innen abgemildert und Facharztkapazitäten bedarfsgerecht ausgeschöpft werden. Letzteres kann eine intensivierte Betreuung für Patient:innen mit hohem Versorgungsbedarf ermöglichen. In performanten Primärarztsystemen mit Registrierung werden die Primärärzte automatisch über den Behandlungsverlauf ihrer Patient:innen in anderen Versorgungsstufen benachrichtigt (Klora et al. 2017; Bodenheimer et al. 2014; Rotar et al. 2018). Die so verbesserte Kommunikation und Dokumentation kann Behandlungsfehler vermeiden, da bspw. Wechselwirkungen zwischen Medikamenten zuverlässiger detektiert werden (Sachverständigenrat Gesundheit & Pflege 2024; Klora et al. 2017).

Darüber hinaus können Primärarztsysteme mit Registrierung auch eine bessere Durchsetzbarkeit von Präventivmaßnahmen (bspw. Brustkrebsscreenings) und eine bessere Erreichbarkeit im Falle einer öffentlichen Gesundheitskrise gewährleisten (Sripa et al. 2019; Sachverständigenrat zur Begutachtung 2023). Vermeidbare Hospitalisierungen, etwa infolge akuter Verschlechterungen chronischer Erkrankungen, können sich durch eine intensivierte primärärztliche Betreuung und präventive Maßnahmen reduzieren (Laux et al. 2015; Garrido et al. 2011).

Vergleich der Primärarztsysteme in 10 Ländern

Registrierung zur Teilnahme am Primärarztsystem

Die Registrierung zur Teilnahme am Primärarztsystem ist in den betrachteten Ländern entweder als Verpflichtung oder freiwillig umgesetzt. Bei Freiwilligkeit werden positive und negative Anreizwirkungen genutzt, um die teilnehmenden Akteure zu incentivieren am Primärarztsystem teilzunehmen. In den meisten Primärarztsystemen wird die Registrierung von den Patient:innen initiiert und durch entsprechende Informationsangebote im Internet unterstützt. Nur in Spanien, Finnland und Norwegen erfolgt eine automatische Einschreibung bei einem Primärarzt auf Basis des Wohnorts. In Spanien und Finnland ist die Registrierung verpflichtend. In Norwegen gibt es die Möglichkeit, die Registrierung zu widerrufen und das Primärarztsystem zu verlassen (Bernal-Delgado et al. 2024; Shahaed et al. 2023).

In Italien und England ist die Registrierung formal freiwillig. Ohne Registrierung ist allerdings kein Zugang zu den Leistungen des staatlichen Gesundheitssystems möglich. Daher handelt es sich hier um eine faktische Verpflichtung (Marchildon et al. 2021).

In den Niederlanden, Frankreich und Norwegen ist die Registrierung freiwillig. In den Niederlanden und Frankreich ist eine fehlende Registrierung mit höheren Zuzahlungen bzw. Nachteilen bei der Terminvergabe verbunden. In Norwegen müssen nicht registrierte Bürger:innen Besuche bei Primärversorgern vollständig selbst bezahlen. In allen drei Ländern sind dementsprechend über 90% der Bevölkerung bei einem Primärarzt eingeschrieben (Or et al. 2023; Marchildon et al. 2021; Shahaed et al. 2023).

In Dänemark, der Schweiz und Israel können Patient:innen zwischen unterschiedlichen Tarifen bzw. Krankenkassen wählen und eine Festlegung auf einen Primärarzt ist nur für manche Kassen bzw. Tarife erforderlich. In der Schweiz gibt es abgesehen von der Standardversicherung mit freier Arztwahl noch alternative Tarife mit Hausarztbindung sowie telemedizinische Tarife. Nur in den Tarifen mit Hausarztbindung verpflichtet sich der Patient, zunächst einen festen Hausarzt aufzusuchen bevor er Fachärzt:innen in Anspruch nimmt. In telemedizinischen Tarifen muss zunächst ein Callcenter kontaktiert oder eine digitale Ersteinschätzung vorgenommen werden, bevor ein Versorger aufgesucht werden kann. Darüber hinaus gibt es in der Schweiz noch Versicherungen, die die Versorgung in sogenannten Health Maintenance Organizations selbst organisieren. In der Schweiz sind dies meist Gruppenpraxen oder Ärztenetze, die von den Versicherern betrieben werden. Die Incentivierung zur Wahl eines der alternativen Versicherungsmodelle erfolgt über Prämienersparnisse (IGES Institut 2020; Sturny 2020; Pietro et al. 2015).

Auch in Israel sind die vier Krankenkassen zugleich für die Finanzierung und die Erbringung der Versorgung zuständig. Ihnen gehören einige Krankenhäuser, Labore und Apotheken. Außerdem können sie medizinische Versorger direkt beschäftigen. Die Registrierung bei einem Primärarzt ist nur für zwei der vier Krankenkassen erforderlich. Die Beiträge für die vier Krankenkassen unterscheiden sich nicht (Rosen et al. 2015).

In Dänemark wird zwischen zwei Versicherungsgruppen unterschieden. In Gruppe 1 sind Patient:innen an einen Primärarzt gebunden, bei dem sie sich registrieren müssen. In Gruppe 2 können Patient:innen direkt auf die meisten Fachärzt:innen zugreifen. Sie müssen allerdings höhere Zuzahlungen bei Arztbesuchen tätigen. Die Gebühren werden von den Ärzt:innen festgelegt und nur bis zu den für Gruppe 1 festgelegten Gebühren erstattet. Die Zuordnung in eine der beiden Gruppen erfolgt automatisch bei Geburt auf Basis der Gruppe der Eltern. Dies ist in 98% der Fälle Gruppe 1. Ein Wechsel ist jederzeit online möglich (Birk et al. 2024; Vrangbæk 2020).

Eine Übersicht der genutzten Anreizwirkungen in den verschiedenen Ländern sowie der geschätzten Registrierungsquoten zeigt Tabelle 1.

Interprofessionelle Teams im Zentrum

In den meisten betrachteten Ländern wird die Primärversorgung zunehmend durch größere, stärker zentralisierte Einrichtungen oder durch Netzwerke verschiedener Versorger erbracht. Hier arbeiten nicht nur Hausärzt:innen, sondern auch (je nach regionalem Bedarf) Fachärzt:innen, Pflegefachkräfte, Psycholog:innen, Physiotherapeut:innen etc. in interprofessionellen Teams zusammen (IGES Institut 2020). Im Folgenden werden diese als Gesund-

---

2: Gemeint sind die Primärversorgung, i. d. R. die hausärztliche Versorgung, sowie die Sekundär- und Tertiärversorgung. Sekundärversorgung bezeichnet die Versorgung durch niedergelassene oder stationär tätige Fachärzt:innen, i. d. R. nach Überweisung aus der Primärversorgung. Tertiärversorgung beinhaltet hochkomplexe medizinische Leistungen, die in großen, spezialisierten Krankenhäusern erbracht werden. Tertiäre Leistungen werden meist nach Überweisung durch Fachärzte aus der Sekundärversorgung bzw. Verlegung aus einem Krankenhaus der Sekundärversorgung erbracht (Klauber et al. 2021).

 This article was published under the license CC BY 4.0 and can be used

Übersicht der Registrierungsquoten und Anreizwirkungen in den zehn Ländern										
	ES	FIN	I	GB	DK	CH	IL	NL	N	F
Ablauf der Registrierung										
Automatische Einschreibung	X	X							X[1]	
Patienteninitiiert			X	X	X	X	X	X[2]		X
Geschätzte Registrierungsquote	~100%[3]	~100%	~100%[4]	~100%[5]	~98%	~60%[6]	~60%	~95%	>99%	90-95%
Anreizwirkungen zur Teilnahme am Primärarztsystem										
Registrierung als Voraussetzung für Inanspruchnahme von Primärversorgern[7]	X	X	X	X					X	
Nachteile bei Terminvergabe durch Primärversorger ohne Registrierung								X		X
Überweisung als Voraussetzung für Inanspruchnahme von Spezialist:innen[7]	X	X	X	X			X		X	
Höhere Zuzahlungen bei Spezialistenbesuchen ohne Überweisung					X[8]			X (100%)		X (70% statt 30%)
Anreizwirkungen zum Abschluss von Tarifen mit Hausarztbindung										
Prämienersparnisse						X (bis 20%)				

Tab. 1: Übersicht der Registrierungsquoten und Anreizwirkungen in den zehn Ländern. Quellen: Spanien (Bernal-Delgado et al. 2024; Comunidad de madrid 2025), Finnland (Shahaed et al. 2023), Italien (Marchildon et al. 2021), England (Marchildon et al. 2021), Dänemark (Vrangbæk 2020), Schweiz (Marchildon et al. 2021; Federal Office of Public Health 2024; Presseportal Schweiz – Medienmitteilungen 2018; Schweizer Forum für Integrierte Versorgung 2023), Israel (Waitzberg und Rosen 2020; Medical Systems 2023; Leumit Health Services 2023), Niederlande (Marchildon et al. 2021; Shahaed et al. 2023; Patiëntenfederatie Nederland 2025), Norwegen (Saunes et al. 2020; Marchildon et al. 2021; Shahaed et al. 2023; Sperre Saunes 2020), Frankreich (Or et al. 2023; (Marchildon et al. 2021). Legende: 1 = Opt-out ist möglich; 2 = Sofern es Patient nicht gelingt, einen Primärarzt zu finden, ist seine Krankenkassen hierfür verantwortlich Marchildon et al. 2021; (Shahaed et al. 2023); 3 = Ausgenommen sind manche Beamtengruppen mit privater Versicherung; 4 = Auch hier gibt es wenige Ausnahmen wie bspw. Personen mit Schwierigkeiten einen Arzt zu finden; 5 = Ausnahmen sind zum Teil undokumentierte Migrant:innen; 6 = Ca. 60% der Bevölkerung haben ein Versicherungsmodell mit Hausarztbindung; 7 = Aufsuchen privatärztlicher Versorger bei privater Kostenübernahme ist in der Regel möglich; 8 = Gebühren werden für in Gruppe 2 Versicherte von den Ärzt:innen gesetzt und nur bis zum festgelegten Satz für Gruppe 1 erstattet (Birk et al. 2024).

heitszentren bzw. Praxisnetze bezeichnet. Viele der Zentren werden auf kommunaler Ebene betrieben und das Angebot richtet sich nach dem spezifischen regionalen Bedarf (Schaeffer et al. 2015). Mit dem interprofessionellen Team geht oft auch ein breites Leistungsspektrum der Primärversorgung einher, das zusätzlich zu den üblichen diagnostischen, kurativen, präventiven, pflegerischen und palliativen Leistungen zum Teil gynäkologische bzw. Aspekte der Familienplanung und kinderärztliche Tätigkeiten sowie kleinere chirurgische Eingriffe enthält. Leichtere psychische Erkrankungen werden in fast allen Ländern von den Primärärzten oder speziell hierfür ausgebildeten Fachkräften behandelt (Keskimäki et al. 2019; Bernal-Delgado et al. 2024; Anderson et al. 2022; Kroneman et al. 2016; Birk et al. 2024).

Die Delegation und Substitution medizinischer Leistungen an akademisch meist auf Masterniveau weitergebildete Pflegefachkräfte, im Folgenden als Advanced Practice Nurses (APN)[3] bezeichnet, spielt in den Gesundheitszentren eine zentrale Rolle. In England, Israel, Finnland, Norwegen, Spanien und Frankreich können diese eine Bandbreite medizinischer Leistungen weitgehend selbstständig erbringen, bspw. Verschreibung von manchen Medikamenten (Brownwood und Lafortune 2024; Lenz 2022). Oft funktioniert dies über ein Modell, in dem Ärzt:innen Diagnosen stellen und den weiteren Versorgungsverlauf festlegen. In manchen Ländern, beispielsweise England, können Patient:innen die APN auch direkt aufsuchen. Patient:innen werden dann abhängig von ihrer Erkrankung einem Modul zugewiesen und von den Advanced Practice Nurses weiterbehandelt. Eine Vorstellung beim Arzt erfolgt im weiteren Verlauf punktuell (Robert Bosch Stiftung 2015). In den restlichen Ländern ist der Leistungsumfang der Advanced Practice Nurses begrenzter und vieles ist nur unter ärztlicher Supervision gestattet (Brownwood und Lafortune 2024).

Tabelle 2 zeigt eine Übersicht der Gesundheitszentren der jeweiligen Länder und des dort praktizierenden medizinischen Personals.

Wahl des Primärarztes

In Spanien, Finnland und Norwegen werden Bürger:innen zunächst auf Basis ihres Wohnorts automatisch einem Primärarzt bzw. einem Gesundheitszentrum zugeteilt. Sie haben im Anschluss das Recht, diesen zu wechseln (Bernal-Delgado et al. 2024; Shahaed et al. 2023; Comunidad de Madrid 2025).

In den restlichen betrachteten Systemen besteht meist Wahlfreiheit. Leicht eingeschränkt wird diese Wahlfreiheit in Italien und Dänemark auf die Gemeinde, in der man lebt, bzw. auf einen Umkreis von 15 km. Je nach gewähltem Versicherungsmodell kann man in der Schweiz, den Niederlanden und Israel nur durch die

3: Der International Council of Nurses, ICN, definiert APN als generalistisch oder spezialisiert ausgebildete Pflegefachkräfte, die durch weiterführende akademische Bildung (mindestens auf Master-Niveau) über ein umfassendes Fachwissen, komplexe Entscheidungsfähigkeiten und klinische Kompetenzen für die erweiterte Pflegepraxis (Advanced Nursing Practice) verfügen. Die beiden am häufigsten benannten Rollen im Bereich der Advanced Practice Nursing sind die Pflegeexpertin / der Pflegeexperte für ein bestimmtes Fachgebiet (Clinical Nurse Specialist, CNS) und die Pflegefachkräfte mit erweiterten Aufgaben (Nurse Practitioner, NP) (Brownwood und Lafortune 2024).

Übersicht der Gesundheitszentren und des dort tätigen medizinischen Personals[9]								
	ES	FIN	I	GB	IL	NL	N	F
Lokale Bezeichnung Gesundheitszentren (Übersetzung aus Landessprache)	**Primärversor-gungs-zentren / Gesund-heitszentren**	**Kommunale Gesund-heitszentren**	**Häuser der Gesundheit, Häuser der Gemein-schaft**	**Netzwerke der Primär-versorgung[10]**	**Primärver-sorgungs-kliniken**	**Gesund-heitszentren**	**Bezirksge-sundheits-zentren**	**Zentren für interpro-fessionelle Gesund-heitsversor-gung**
Personal in den interprofessionellen Teams (kann regional variieren)								
General Practitioner[11]	X	X	X	X	X	X	X	X
Fachärzt:innen für Geriatrie		X						
Ernährungsberater:innen								X
Kinderärzt:innen	X		X					X
Pflegefachkräfte[12]	X	X	X	X	X	X	X	X
Pharmazeut:innen				X				
Physiotherapeut:innen	X	X		X			X	X
Podolog:innen								X
Psycholog:innen	X	X		X		X		X
Sozialarbeiter:innen	X			X				
Zahnärzt:innen	X	X						
Weitere Fachärzt:innen[13]	X	X	X		X	X	X	

Tab. 2: Übersicht der Gesundheitszentren und des dort tätigen medizinischen Personals[9]**.** Quellen: Spanien (Bernal-Delgado et al. 2024), Finnland (Deutsches Ärzteblatt 2024; Schmitt-Sausen 2010), Italien (Brownwood und Lafortune 2024), England (Anderson et al. 2022; NHS England 2025; McDermott et al. 2022 May), Israel (Waitzberg und Rosen 2020), Niederlande (Tikkanen et al. 2020), Norwegen (Sperre Saunes 2020; Ministry of Health and Care Services 2024), Frankreich (Or et al. 2023). Legende: 9 = In Spanien und Finnland wird die Primärversorgung fast ausschließlich über die Gesundheitszentren erbracht. In den restlichen Ländern sind diese ein ergänzendes Angebot zur hausärztlichen (Gruppen-)praxis; 10 = Überwiegend General Practitioner, die in Netzwerken zusammenarbeiten; 11 = In der Regel Allgemeinmediziner:innen oder Internist:innen (im Deutschen als Hausärzte bezeichnet); 12 = Meist auf Masterniveau weitergebildet (auch als Advanced Practice Nurse bezeichnet); 13 = Ausgewählt nach regionalem Bedarf.

eigene Versicherung kontrahierte Ärzte ohne höhere Zuzahlungen aufsuchen (Or et al. 2023; Giulio de Belvis et al. 2022; Birk et al. 2024; Rosen et al. 2015; Shahaed et al. 2023; Pietro et al. 2015; Tikkanen et al. 2020). In England ist es möglich, den Primärversorger zu wechseln, aber diese haben das Recht, die Registrierung abzulehnen, wenn man nicht in ihrem Einzugsgebiet wohnt.

Ersteinschätzungsmechanismen in der Primärversorgung

Eine weitere zentrale Aufgabe der Primärversorgung als erster Anlaufstelle für Patient:innen ist eine Erstberatung und Einschätzung sowie eine Festlegung und Koordination nachfolgender Behandlungsschritte (World Health Organization). In England, Finnland und der Schweiz kommen hierfür strukturierte Ersteinschätzungstools zum Einsatz. Die Patient:innen können online oder telefonisch begleitet von medizinischem Fachpersonal (meist einer Pflegefachkraft) eine Reihe von Fragen zu ihren Symptomen beantworten. Das Tool liefert eine Einschätzung hinsichtlich Dringlichkeit, leitet sie dann entweder zu einer Terminvergabestelle weiter, sie erhalten einen Rückruf vom medizinischen Fachpersonal oder Hinweise zur Selbstversorgung. Bei einem Notfall wird sofort Hilfe zur Verfügung gestellt (DigiFinland; The Wellbeing Services County of Ostrobothnia; Liu et al. 2023; National Health Service 2022; NHS England 2023a). In Finnland und England ist die Nutzung dieser Tools freiwillig (NHS England 2022). In der Schweiz gibt es Versicherungstarife, in denen die Nutzung eines Ersteinschätzungstools ein notwendiger erster Schritt ist, bevor ein Versorger aufgesucht werden kann (KPT: Die Krankenkasse mit dem Plus 2025; Helsana).

Zugang zu Fachärzt:innen und Krankenhäusern

In fast allen Ländern ist für den Zugang zu den meisten Fachärzt:innen und Krankenhäusern (ausgenommen von Notfällen) eine Überweisung des Primärarztes erforderlich. Ohne Überweisung vergeben Fachärzt:innen in der Regel keine Termine bzw. es erfolgt keine Erstattung der Kosten (Keskimäki et al. 2019; Bernal-Delgado et al. 2024; Giulio de Belvis et al. 2022; Anderson et al. 2022; Waitzberg und Rosen 2020; Sperre Saunes 2020; Tikkanen et al. 2020; NHS England 2023b). Ausgewählte Spezialisierungen können oft ohne Überweisung aufgesucht werden (s. Tab. 3 für eine Übersicht).

Ausnahmen hiervon sind die Schweiz, Dänemark und Frankreich. In der Schweiz ist der Zugang zu Fachärzt:innen und Krankenhäusern grundsätzlich frei; es sei denn, man hat sich für eins der alternativen Versicherungsmodelle entschieden (Pietro et al. 2015). In Dänemark sind Fachärzt:innen für Versicherte in Gruppe 1 mit Primärarztbindung nur mit Überweisung zugänglich (mit wenigen Ausnahmen, s. Tabelle 3). Versicherte in Gruppe 2 haben freien Zugang zu fast allen Spezialisierungen. Hierfür tragen sie einen höheren Eigenanteil. Für den Zugang zu Krankenhäusern ist in Dänemark (außer bei Notfällen) immer eine Überweisung erforderlich (Vrangbæk 2020). In Frankreich ist die Überweisung für den Facharzt- bzw. elektiven Krankenhausbesuch freiwillig. Ohne Überweisung werden nur 30% (statt sonst 70%) der Kosten für den Besuch erstattet (Or et al. 2023).

Übersicht der Primärärzte mit Koordinations- und Steuerungsfunktion sowie weiterer Fachgruppen, die ohne Überweisung aufgesucht werden können[14]								
	I	GB[15]	DK[16]	CH	IL	NL	N	F
Primärärzte mit Koordinations- und Steuerungsfunktion								
General Practitioner[17]	X	X	X	X	X	X	X	X
Kinderärzt:innen	X			X	X			X
Alle Fachärzt:innen								X[18]
Medizinisches Personal, das ebenfalls ohne Überweisung aufgesucht werden kann[19]								
Augenärzt:innen	Überweisung immer erforderlich		X	Kann sich je nach Krankenkasse unterscheiden (Helveticare 2023)	X[20]		Überweisung immer erforderlich	X
Chiropraktiker:innen		X	X					
Dermatolog:innen					X[20]			
Gynäkolog:innen					X			X
Hals-Nasen-Ohren-Ärzt:innen			X		X[20]			
Hebammen		X				X		
Hörakustiker:innen		X						
Internist:innen					X			
Kinderärzt:innen					X			
Neurolog:innen								X
Orthopäd:innen					X[20]			
Physiotherapeut:innen		X				X		
Podolog:innen		X						
Psychiater:innen								X
Zahnärzt:innen		X	X			X		X

Tab. 3: Übersicht der Primärärzte mit Koordinations- und Steuerungsfunktion sowie weiterer Fachgruppen, die ohne Überweisung aufgesucht werden können[14]. Quellen: Italien (Giulio de Belvis et al. 2022), England (Anderson et al. 2022; NHS England 2024; Jefferies 2024), Dänemark (Birk et al. 2024), Schweiz (KPT – Die Krankenkasse mit dem Plus 2024), Israel (Waitzberg und Rosen 2020), Niederlande (Kroneman et al. 2024), Norwegen (Sperre Saunes 2020), Frankreich (L'assurance maladie 2025). Legende: 14 = In Spanien und Finnland wird die Primärversorgung fast ausschließlich in Gesundheitszentren erbracht; s. Tabelle 2; 15 = Seit 2024 sind lokale Dienste in der Lage, die Möglichkeit der Selbstüberweisung auf weitere Leistungen auszuweiten – basierend auf den Bedürfnissen der Bevölkerung; 16 = Bezieht sich nur auf Versicherte in Gruppe 1. Versicherte in Gruppe 2 haben freien Zugang zu allen Spezialisierungen außer Physiotherapie, Psychologie und Podologie; 17 = In der Regel Allgemeinmediziner oder Internist:innen (im Deutschen als Hausärzte bezeichnet); 18 = In Frankreich ist die Registrierung bei allen Spezialisierungen möglich. In der Praxis ist der Großteil der Bevölkerung bei einem General Practitioner registriert (Durand-Zaleski 2020); 19 = Aufgezählte Fachrichtungen werden zum Teil zu den Primärversorgern (Zahnärzt:innen, Kinderärzt:innen, Internist:innen, Hebammen, Chiropraktiker:innen) und zum Teil zu den Sekundärversorgern (Augenärzt:innen, Dermatolog:innen, HNO, Psychiater:innen), die ohne Überweisung aufgesucht werden können, gezählt. Gynäkolog:innen gehören nur in Israel zu den Primärversorgern; 20 = Für Versicherte der Krankenkasse Clalit ist eine Überweisung zu diesen Versorgern erforderlich.

Wahl des Facharztes und Krankenhauses

Die Wahlfreiheit von Fachärzt:innen und Krankenhäusern wird in den meisten Primärarztsystemen nur leicht eingeschränkt. Da Fachärzt:innen in Spanien, Italien, Israel, Finnland, England, Dänemark sowie in den Niederlanden mehrheitlich Angestellte von Kliniken und anderen größeren Einrichtungen sind, ist die Wahlfreiheit hier meist auf diese Einrichtung beschränkt (IGES Institut 2020; Keskimäki et al. 2019; Bernal-Delgado et al. 2024; Giulio de Belvis et al. 2022; Anderson et al. 2022). In England gibt es seit 2012 die Möglichkeit, Versorger von einer Liste qualifizierter Anbieter zu wählen (NHS Confederation 2011).

In der Schweiz, den Niederlanden und Israel wird die Wahlfreiheit je nach gewähltem Tarif auch durch die Krankenkassen beschränkt. Die Krankenkassen schließen in der Regel selektive Verträge mit verschiedenen Versorgern oder organisieren die Versorgung selbst in Health Maintenance Organizations (HMOs). Die bei ihnen versicherten Personen können dann in der Regel nur diese aufsuchen oder müssen höhere Zuzahlungen tätigen, wenn sie einen nicht kontrahierten Versorger in Anspruch nehmen (IGES Institut 2020; Rosen et al. 2015; Government of the Netherlands 2025). In den restlichen Ländern wird die Wahlfreiheit der Patient:innen nicht gesetzlich oder durch die Krankenkassen beschränkt (Or et al. 2023; Birk et al. 2024; Saunes et al. 2020).

Das Einholen einer Zweitmeinung ist in den meisten Systemen grundsätzlich möglich (Or et al. 2023; Keskimäki et al. 2019; Giulio de Belvis et al. 2022; Kroneman et al. 2016; Saunes et al. 2020; Helsana; Ministry of Health Israel 2024). In Spanien gibt es regionale Unterschiede und in Dänemark ist das Recht auf Zweitmeinung auf schwerkranke Patient:innen beschränkt (Bernal-Delgado et al. 2024; Birk et al. 2024).

Weiterbehandlung und Informationsaustausch

Nach Krankenhausaufenthalten und Behandlungen durch Fachärzt:innen ist in der Regel der Primärarzt für die Weiterbehandlung bzw. die Koordination der nächsten Schritte (bspw. Physiotherapie) verantwortlich (Keskimäki et al. 2019; Bernal-Delgado et al. 2024; Kroneman et al. 2016; Birk et al. 2024; Saunes et al. 2020). In Dänemark ist das Krankenhaus für die ersten 96

Stunden nach Entlassung verpflichtet, den Primärarzt und das kommunale Gesundheitspersonal bei der Weiterbehandlung zu unterstützen (Region Syddanmark 2025). In Frankreich obliegt es oft noch den Patient:innen, die Koordination des weiteren Behandlungsverlaufs zu übernehmen.

Eine wichtige Voraussetzung für eine gute Zusammenarbeit zwischen Primärversorgung, Fachärzt:innen und Krankenhäusern ist informationelle Kontinuität, also präziser Informationsaustausch zwischen verschiedenen Versorgern (Saultz 2003). Im Großteil der betrachteten Systeme werden Informationen zum Behandlungsverlauf automatisch und digital geteilt und in einer elektronischen Patientenakte konsolidiert (SBK 2024; Fascicolo Sanitario Elettronico 2025; Healthcare Denmark; Sturm et al. 2025; eHealth Suisse: Kompetenz- und Koordinationsstelle von Bund und Kantonen 2025; Thiel et al. 2018; Hägglund et al. 2024). In manchen Ländern ist der Nutzungsgrad der elektronischen Patientenakte noch zu gering oder es existieren unterschiedliche Systeme, die noch nicht vollständig integriert sind (Or et al. 2023; Mon espace santé: Un service de l'assurance maladie ministère de la santé et de l'accès aux soins, santé famille retraite service 2025).

Grafik 1 gibt einen Überblick über die zentralen Elemente der Patientenpfade in den betrachteten Primärarztsystemen – von der Registrierung bei einer Primärärztin oder einem Primärarzt bis hin zum Zugang zu und zur Auswahl von Fachärzt:innen und Krankenhäusern.

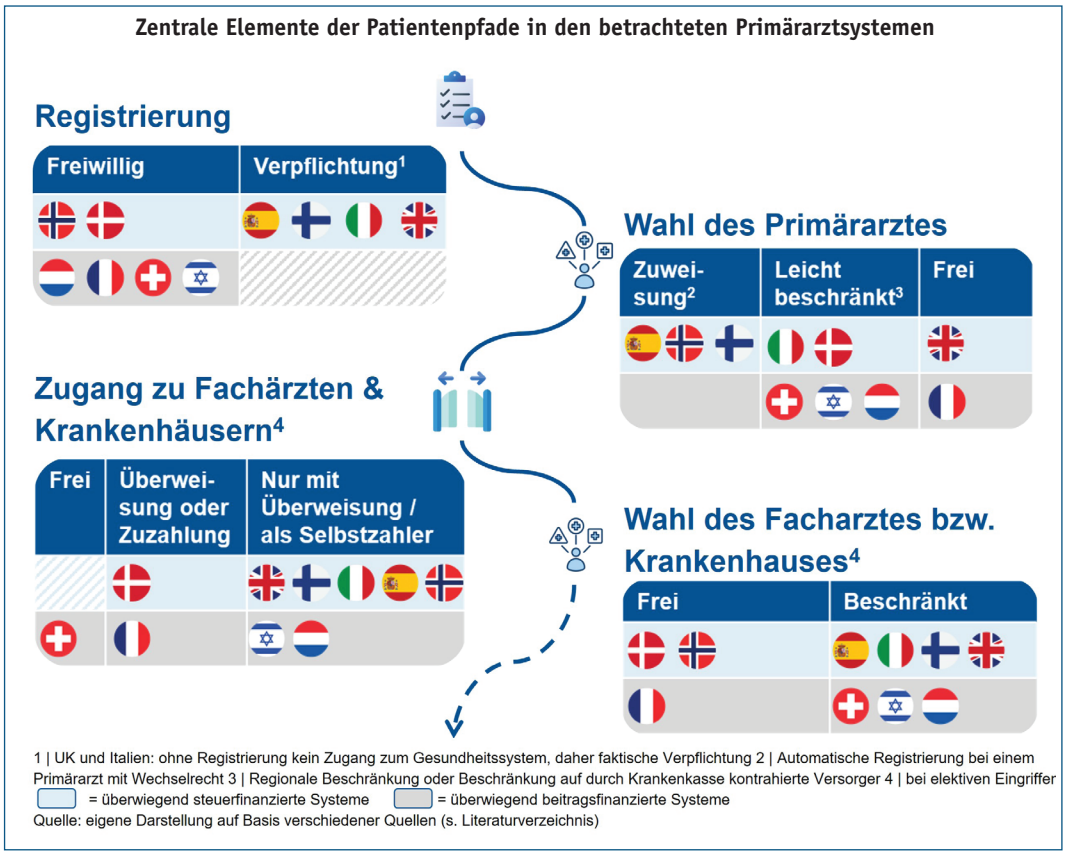


Abb. 1: Zentrale Elemente der Patientenpfade in den betrachteten Primärarztsystemen. Quelle: Eigene Darstellung.

Implikationen für die Umsetzung eines Primärarztsystems in Deutschland

Erster Schritt in Richtung Primärarztsystem: Hausarztzentrierte Versorgung

In Deutschland ist bisher in der Regelversorgung noch kein Primärarztsystem implementiert (Popert et al. 2018; Laux et al. 2015; CDU 2025). Die HZV existiert aktuell als Wahltarif, den die Krankenkassen gemäß § 73b Abs. 1 SGB V verpflichtend anbieten müssen. Die Umsetzung erfolgt über Selektivverträge; nahezu ausschließlich zwischen Krankenkassen und den regionalen Hausärzt:innen- und Hausärzteverbänden. Die Teilnahme ist für Patient:innen und Ärzt:innen bislang freiwillig (Sachverständigenrat Gesundheit & Pflege 2024; AOK Baden-Württemberg; Bundesamt für Justiz; Hausärztinnen- und Hausärzteverband 2025a).

Entscheiden sich Patient:innen für die HZV, besteht eine Registrierungspflicht bei einem teilnehmenden Primärarzt. Für den Zugang zu Fachärzt:innen und Krankenhäusern ist ausgenommen einiger weniger Ausnahmen eine Überweisung des Primärarztes erforderlich. Damit beinhaltet die HZV bereits einige der zentralen Bestandteile eines Primärarztsystems (Bundesamt für Justiz).

Ein zentraler Unterschied zu den betrachteten Ländern liegt allerdings im Grad der Incentivierung. Während für die HZV auf kleinere Boni und zusätzliche Leistungen wie die Zuzahlungsbefreiung bei Arzneimitteln und Gesundheits-Check-ups gesetzt wird, nutzt der Großteil der betrachteten Primärarztsysteme Zuzahlungen bei Arztbesuchen von bis zu 100% der Kosten oder nennenswerte Prämieneinsparungen (Techniker Krankenkasse 2025). In der Schweiz können Versicherte ihre Prämie um bis zu 20% senken, wenn sie sich für eins der alternativen Versicherungsmodelle entscheiden (Federal Office of Public Health 2024).

Stärkung der Primärversorgung erforderlich

Die hausärztliche Versorgung erfüllt in Deutschland wesentliche Aufgaben der primärärztlichen Versorgung. Seit den 2000er-Jahren manifestiert sich allerdings ein Nachwuchsmangel an Hausärzt:innen und regionale Engpässe gefährden die Sicherstellung der hausärztlichen Versorgung, insbesondere in ländlichen Regionen (Sachverständigenrat Gesundheit & Pflege 2024; Laux et al. 2015; Robert Bosch Stiftung 2015). Ein Primärarztsystem

ist in den meisten Ländern mit einer stärkeren Inanspruchnahme und erweiterten Leistungserbringung der ambulanten Primärversorgung verbunden (Laux et al. 2015; Sripa et al. 2019; Shahaed et al. 2023). Eine Stärkung der Primärversorgung und strukturelle Reformen sind daher notwendig, um ein flächendeckendes Primärarztsystem in Deutschland zu ermöglichen.

Akademisch qualifizierte Pflegefachkräfte, die arztentlastend tätig werden, spielen in Deutschland in der Primärversorgung im Vergleich mit den betrachteten Ländern beispielsweise noch keine entscheidende Rolle. Die ambulante primärärztliche Versorgung in Deutschland basiert noch stark auf dem Modell der hausärztlichen Einzelpraxis. Im Zentrum der betrachteten Primärarztsysteme stehen dahingegen meist interprofessionelle Teams, die die Versorgung für eine bestimmte Region bedarfsgerecht planen, koordinieren und erbringen (Robert Bosch Stiftung 2015).

Der Sachverständigenrat Gesundheit & Pflege empfiehlt in seinem Gutachten für die Bundesregierung zur Fachkräftesituation im Gesundheitswesen den Aufbau interprofessioneller Teams und die Bildung von Gesundheitszentren in Abhängigkeit vom lokalen Bedarf und von den lokalen Gegebenheiten. Der Rat befürwortet die

Literatur (Tabellen)

Anderson, Michael; Pitchforth, Emma; Edwards, Nigel; Alderwick, Hugh; McGuire, Alistair; Mossialos, Elias (2022): United Kingdom: health system review. In: Health Systems in Transition 24 (1), S. 1–194.
Bernal-Delgado, Enrique; Angulo-Pueyo, Ester; Ridao-López, Manuel; Urbanos-Garrido, Rosa M.; Oliva-Moreno, Juan; García-Abiétar, Daniel; Hernández-Quevedo, Cristina (2024): Spain: health system review 2024. In: Health Systems in Transition 26 (3), S. 1–187.
Birk, Hans Okkels; Vrangbæk, Karsten; Rudkjøbing, Andreas; Krasnik, Allan; Eriksen, Astrid; Richardson, Erica; Jervelund, Signe Smith (2024): Denmark: Health System Review. In: Health Systems in Transition 26 (1), S. 1–186.
Brownwood, I.; Lafortune, G. (2024): Advanced practice nursing in primary care in OECD countries: Recent developments and persisting implementation challenges. Hg. v. OECD Publishing. Paris (OECD Health Working Papers, 165). Online verfügbar unter https://doi.org/10.1787/8e10af16-en, zuletzt geprüft am 08.04.2025.
Comunidad de madrid (2025): Tarjeta Sanitaria. Online verfügbar unter https://www.comunidad.madrid/servicios/salud/tarjeta-sanitaria, zuletzt geprüft am 04.04.2025.
Deutsches Ärzteblatt (2024): Was Deutschland vom finnischen Gesundheitssystem lernen könnte. Online verfügbar unter https://www.aerzteblatt.de/news/was-deutschland-vom-finnischen-gesundheitssystem-lernen-koennte-44f6148a-03bf-43b7-b994-2613210cd1bb, zuletzt geprüft am 04.04.2025.
Durand-Zaleski, Isabelle (2020): International Health Care System Profiles: France. Hg. v. The Commonwealth Fund. Online verfügbar unter https://www.commonwealthfund.org/international-health-policy-center/countries/france, zuletzt geprüft am 21.02.2025.
Federal Office of Public Health (2024): Health insurance: Restricted choice of providers. Online verfügbar unter https://www.bag.admin.ch/bag/en/home/versicherungen/krankenversicherung/krankenversicherung-versicherte-mit-wohnsitz-in-der-schweiz/besondere-versicherungsformen/modelle-eingeschraenkte-wahl.html, zuletzt aktualisiert am 27.06.2024, zuletzt geprüft am 14.04.2025.
Giulio de Belvis, Antonio; Meregaglia, Michela; Morsella, Alisha; Adduci, Andrea; Perilli, Alessio; Cascini, Fidelia et al. (2022): Italy: Health System Review. In: Health Systems in Transition 24 (4), S. 1–236.
Helveticare (2023): Alternative Versicherungsmodelle: Ihre Bedürfnisse sind wichtiger als Prämienrabatte. Online verfügbar unter https://www.helveticcare.ch/alternative-versicherungsmodelle-ihre-bedeurfnisse-sind-wichtiger-als-praemienrabatte, zuletzt aktualisiert am 09.10.2023, zuletzt geprüft am 07.05.2025.
Jefferies, Danielle (2024): Primary care services in a nutshell. Online verfügbar unter https://www.kingsfund.org.uk/insight-and-analysis/data-and-charts/primary-care-nutshell, zuletzt aktualisiert am 29.04.2024, zuletzt geprüft am 16.05.2025.
KPT - Die Krankenkasse mit dem Plus (2024): Hausarztmodell: Wie funktioniert es und was sind die Vor- und Nachteile? Online verfügbar unter https://www.kpt.ch/de/magazin/was-ist-das-hausarztmodell, zuletzt geprüft am 04.04.2025.
Kroneman, Madelon; Jong, Judith de; Polin, Kate; Webb, Erin (2024): The Netherlands: health system summary 2024. Hg. v. European Observatory on Health Systems and Policies. Online verfügbar unter https://eurohealthobservatory.who.int/publications/i/the-netherlands-health-system-summary-2024, zuletzt geprüft am 08.04.2025.
L'assurance maladie (2025): Consultations en métropole: vos remboursements. Online verfügbar unter https://www.ameli.fr/paris/assure/remboursements/rembourse/consultations-telemedecine/metropole, zuletzt aktualisiert am 08.04.2025, zuletzt geprüft am 14.04.2025.
Leumit Health Services (2023): Your Health. Online verfügbar unter https://www.leumit.co.il › eng, zuletzt geprüft am 11.03.2025.
Marchildon, Gregory P.; Brammli-Greenberg, Shuli; Dayan, Mark; Belvis, Antonio Giulio de; Gandré, Coralie; Isaksson, David et al. (2021): Achieving higher performing primary care through patient registration: A review of twelve high-income countries. In: Health Policy 125 (12), S. 1507–1516. DOI: 10.1016/j.healthpol.2021.09.001.
McDermott, Imelda; Spooner, Sharon; Goff, Mhorag; Gibson, Jon; Dalgarno, Elizabeth; Francetic, Igor et al. (2022 May): Scale, scope and impact of skill mix change in primary care in England: a mixed-methods study. National Institute for Health and Care Research. Southampton (UK) (Health and Social Care Delivery Research).
Medical Systems (2023): Israel's largest healthcare provider to use Sectra's digital pathology solution for improved cancer diagnostics. Online verfügbar unter https://medical.sectra.com/news-press-releases/news-item/C4370CC351B503BB/, zuletzt geprüft am 11.03.2025.
Ministry of Health and Care Services (2024): The Basic Structure of the Norwegian health service. Online verfügbar unter https://www.regjeringen.no/en/topics/health-and-care/innsikt/the-basic-structure-of-the-norwegian-health-service/id227440/, zuletzt aktualisiert am 15.10.2024, zuletzt geprüft am 08.04.2025.
NHS England (2024): NHS self-referral for tests and appointments for hundreds of thousands of patients. Online verfügbar unter https://www.england.nhs.uk/2024/04/nhs-self-referral-for-tests-and-appointments-for-hundreds-of-thousands-of-patients/, zuletzt aktualisiert am 09.04.2024, zuletzt geprüft am 12.02.2025.
NHS England (2025): Building a team with the skills to boost primary care in West Leeds Primary Care Network. Online verfügbar unter https://www.england.nhs.uk/gp/case-studies/building-a-team/, zuletzt geprüft am 07.04.2025.
Or, Zeynep; Gandré, Coralie; Seppänen, Anna-Veera; Hernández-Quevedo, Cristina; Webb, Erin; Michel, Morgane; Chevreul, Karine (2023): France: health system review. In: Health Systems in Transition 25 (3), S. 1–276.
Patiëntenfederatie Nederland (2025): Niet inschrijven bij huisarts. Online verfügbar unter https://kennisbank.patientenfederatie.nl/app/answers/detail/a_id/1431/~/niet-inschrijven-bij-huisarts, zuletzt aktualisiert am 14.01.2025, zuletzt geprüft am 12.05.2025.
Presseportal Schweiz - Medienmitteilungen (2018): Über 60 Prozent sind im Hausarztmodell versichert / Medienmitteilung zum 20-Jahre-Jubiläum der hawadoc AG. Online verfügbar unter https://www.presseportal-schweiz.ch/pressemeldungen/ueber-60-prozent-sind-im-hausarztmodell-versichert-medienmitteilung-zum-20-jahre, zuletzt aktualisiert am 16.07.2018, zuletzt geprüft am 07.05.2025.
Saunes, Ingrid Sperre; Karanikolos, Marina; Sagan, Anna (2020): Norway: Health System Review. In: Health Systems in Transition 22 (1), S. 1–163.
Schmitt-Sausen, Nora (2010): Finnisches Gesundheitssystem: Durchorganisiert, effizient, gut? In: Dtsch Arztebl International 9 (9), -399-. Online verfügbar unter https://www.aerzteblatt.de/archiv/finnisches-gesundheitssystem-durchorganisiert-effizient-gut-4db822ef-170e-402c-84cd-eb77d15f2f10, zuletzt geprüft am 14.04.2024.
Schweizer Forum für Integrierte Versorgung (2023): Alternative Versicherungsmodellmodelle (AVM) mit einer vertraglichen Regelung zwischen Krankenversicherern und ärztlichen Leistungserbringern sind das häufigste Versicherungsprodukt – Beeindruckendes kontinuierliches Wachstum. Online verfügbar unter https://fmc.ch/wp-content/uploads/2023/10/AVM-Versicherte-2022_fmc-Impuls-01.2023.pdf, zuletzt aktualisiert am 01-2023, zuletzt geprüft am 07.05.2025.
Shahaed, Heba; Glazier, Richard H.; Anderson, Michael; Barbazza, Erica; Bos, Véronique LLC; Saunes, Ingrid S. et al. (2023): Primary care for all: lessons for Canada from peer countries with high primary care attachment. In: CMAJ 195 (47), E1628-E1636.
Sperre Saunes, Ingrid (2020): International Health Care System Profiles: Norway. Hg. v. The Commonwealth Fund. Online verfügbar unter https://www.commonwealthfund.org/international-health-policy-center/countries/norway, zuletzt geprüft am 21.02.2025.
Tikkanen, Roosa; Osborn, Robin; Mossialos, Elias; Djordjevic, Ana; Wharton George A. (2020): International Health Care System Profiles: Netherlands. Hg. v. The Commonwealth Fund. Online verfügbar unter https://www.commonwealthfund.org/international-health-policy-center/countries/netherlands, zuletzt geprüft am 21.02.2025.
Vrangbæk, Karsten (2020): International Health Care System Profiles: Denmark. Hg. v. The Commonwealth Fund. Online verfügbar unter https://www.commonwealthfund.org/international-health-policy-center/countries/denmark, zuletzt geprüft am 21.02.2025.
Waitzberg, Ruth; Rosen, Bruce (2020): International Health Care System Profiles: Israel. Hg. v. The Commonwealth Fund. Online verfügbar unter https://www.commonwealthfund.org/international-health-policy-center/countries/israel, zuletzt geprüft am 21.02.2025.

Ausweitung der Delegation von originär ärztlichen Aufgaben an speziell qualifiziertes Pflegepersonal innerhalb von bestehenden Hausarztpraxen bzw. Praxisnetzen, um der Fachkräftesituation zu begegnen (Sachverständigenrat Gesundheit & Pflege 2024). Auch eine gut digital gestützte Ersteinschätzung, wie sie beispielsweise in England, Finnland und der Schweiz zum Einsatz kommt, könnte – sofern sie gut eingebettet ist – zusätzlich entlasten und die Primärversorgung in Deutschland stärken. <<

Literatur (Text)

Anderson, Michael; Pitchforth, Emma; Edwards, Nigel; Alderwick, Hugh; McGuire, Alistair; Mossialos, Elias (2022): United Kingdom: health system review. In: Health Systems in Transition 24 (1), S. 1–194.
AOK Baden-Württemberg: Vertrag zur Hausarztzentrierten Versorgung in Baden-Württemberg vom 08.05.2008 i.d.F. vom 01.11.2024 gemäß § 73 b SGB V. 2024. Online verfügbar unter https://www.aok.de/gp/fileadmin/user_upload/Arzt_Praxis/Aerzte_Psychotherapeuten/Vertraege_Vereinbarungen/Hausarztzentrierte_Versorgung/Baden-Wuerttemberg/bw_gesamtvertrag_hzv_ohne_anlage_17.pdf, zuletzt geprüft am 18.03.2025.
Bernal-Delgado, Enrique; Angulo-Pueyo, Ester; Ridao-López, Manuel; Urbanos-Garrido, Rosa M.; Oliva-Moreno, Juan; García-Abiétar, Daniel; Hernández-Quevedo, Cristina (2024): Spain: health system review 2024. In: Health Systems in Transition 26 (3), S. 1–187.
Birk, Hans Okkels; Vrangbæk, Karsten; Rudkjøbing, Andreas; Krasnik, Allan; Eriksen, Astrid; Richardson, Erica; Jervelund, Signe Smith (2024): Denmark: Health System Review. In: Health Systems in Transition 26 (1), S. 1–186.
Bodenheimer, Thomas; Ghorob, Amireh; Willard-Grace, Rachel; Grumbach, Kevin (2014): The 10 Building Blocks of High-Performing Primary Care. In: The Annals of Family Medicine 12 (2), S. 166–171. DOI: 10.1370/afm.1616.
Brownwood, I.; Lafortune, G. (2024): Advanced practice nursing in primary care in OECD countries: Recent developments and persisting implementation challenges. Hg. v. OECD Publishing. Paris (OECD Health Working Papers, 165). Online verfügbar unter https://doi.org/10.1787/8e10af16-en, zuletzt geprüft am 08.04.2025.
Bundesamt für Justiz: Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V) - Gesetzliche Krankenversicherung - (Artikel 1 des Gesetzes v. 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477) § 73b Hausarztzentrierte Versorgung. Online verfügbar unter https://www.gesetze-im-internet.de/sgb_5/__73b.html, zuletzt geprüft am 18.03.2025.
CDU (2025): Koalitionsvertrag 2025: Verantwortungsvolle Außenpolitik. Online verfügbar unter https://www.cdu.de/aktuelles/koalitionsvertrag-2025-verantwortungsvolle-aussenpolitik/, zuletzt aktualisiert am 17.04.2025, zuletzt geprüft am 22.04.2025.
Comunidad de Madrid (2025): Tarjeta Sanitaria. Online verfügbar unter https://www.comunidad.madrid/servicios/salud/tarjeta-sanitaria, zuletzt geprüft am 04.04.2025.
DigiFinland: Omaolo. How are you feeling? Online verfügbar unter https://www.omaolo.fi/, zuletzt geprüft am 15.04.2025.
eHealth Suisse: Kompetenz- und Koordinationsstelle von Bund und Kantonen (2025): EPD: Eletronisches Patientendossier. Online verfügbar unter https://www.patientendossier.ch/fachpersonen, zuletzt aktualisiert am 09.04.2025.
Fascicolo Sanitario Elettronico (2025): The Electronic Health Record (EHR). Online verfügbar unter https://www.fascicolosanitario.gov.it/en/electronic-health-record-ehr.html, zuletzt geprüft am 09.04.2025.
Federal Office of Public Health (2024): Health insurance: Restricted choice of providers. Online verfügbar unter https://www.bag.admin.ch/bag/en/home/versicherungen/krankenversicherung/krankenversicherung-versicherte-mit-wohnsitz-in-der-schweiz/besondere-versicherungsformen/modelle-eingeschraenkte-wahl.html, zuletzt aktualisiert am 27.06.2024, zuletzt geprüft am 14.04.2025.
Garrido, Marcial Velasco; Zentner, Annette; Busse, Reinhard (2011): The effects of gatekeeping: A systematic review of the literature. In: Scandinavian Journal of Primary Health Care 29 (1), S. 28–38. DOI: 10.3109/02813432.2010.537015.
Gerlach, Ferdinand M.; Szecsenyi, Joachim (2011): Hausarztzentrierte Versorgung. Inhalte und Qualität sind entscheidend. In: Deutsches Ärzteblatt 108, S. 996–998.
Giulio de Belvis, Antonio; Meregaglia, Michela; Morsella, Alisha; Adduci, Andrea; Perilli, Alessio; Cascini, Fidelia et al. (2022): Italy: Health System Review. In: Health Systems in Transition 24 (4), S. 1–236.
Glonti, Ketevan; Struckmann, Verena; Alconada, Alvaro; Pettigrew, Luisa M.; Hernandez-Santiago, Virginia; Minue, Sergio et al. (2019): Exploring the training and scope of practice of GPs in England, Germany and Spain. In: Gaceta sanitaria 33 (2), S. 148–155. DOI: 10.1016/j.gaceta.2017.10.011.
Government of the Netherlands (2025): More Q&As about health insurance in the Netherlands. Online verfügbar unter https://www.government.nl/topics/health-insurance/question-and-answer/more-qas-about-health-insurance-in-the-netherlands, zuletzt geprüft am 02.04.2025.
Griese, Lennert; Schaeffer, Doris; Berens, Eva-Maria (2023): Navigational health literacy among people with chronic illness. In: Chronic Illness 19 (1), S. 172–183.
Gurtner, Sebastian; Wettstein, Miriam (2019): Interprofessionelle Zusammenarbeit im Gesundheitswesen – Anreize und Hindernisse in der Berufsausübung. In: Berner Fachhochschule Departement Wirtschaft Institut Unternehmensentwicklung: Published online.
Hägglund, Maria; Kharko, Anna; Bärkås, Annika; Blease, Charlotte; Cajander, Åsa; DesRoches, Catherine et al. (2024): A nordic perspective on patient online record access and the european health data space. In: Journal of Medical Internet Research 26, e49084.
Hausärztinnen- und Hausärzteverband (2025a): Hausarztverträge. Online verfügbar unter https://www.haev.de/themen/hausarztvertraege, zuletzt geprüft am 22.04.2025.
Hausärztinnen- und Hausärzteverband (2025b): HZV durchbricht 10 Millionen-Marke – „Wenn die neue Regierung ein Primärarztmodell will, dann muss sie auf die HZV setzen.“. Online verfügbar unter https://www.haev.de/presse-medien/pressemitteilungen/nachrichten-detailansicht/hzv-durchbricht-10-millionen-marke-wenn-die-neue-regierung-ein-primaerarztmodell-will-dann-muss-sie-auf-die-hzv-setzen, zuletzt aktualisiert am 09.05.2025, zuletzt geprüft am 04.06.2025.
Healthcare Denmark: General Practitioners. Online verfügbar unter https://healthcaredenmark.dk/national-strongholds/population-health/general-practitioners/, zuletzt geprüft am 14.04.2025.
Helsana: BeneFit PLUS Flexmed. Online verfügbar unter https://www.helsana.ch/de/private/versicherungen/grundversicherung/benefit-plus-flexmed.html, zuletzt geprüft am 15.04.2025.
Helsana: Experten-Zweitmeinung für mehr Sicherheit. Online verfügbar unter https://www.helsana.ch/de/private/wissen/spital/experten-zweitmeinung.html#:~:text=erste%20Anlaufstelle%20immer%20Ihre%20Haus%C3%A4rztin, zuletzt geprüft am 09.04.2025.
IGES Institut (2020): Internationaler Vergleich ambulanter Vergütung. Gutachten zu einem internationalen Vergleich der ambulanten ärztlichen Vergütung aus gesundheitsökonomischer Perspektive. Online verfügbar unter https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/publikationen/details/internationaler-vergleich-der-ambulanten-aerztlichen-verguetung-aus-gesundheitsoekonomischer-perspektive.html, zuletzt geprüft am 26.02.2025.
Keskimäki, Ilmo; Tynkkynen, Liina-Kaisa; Reissell, Eeva; Koivusalo, Meri; Syrjä, Vesa; Vuorenkoski, Lauri et al. (2019): Finland: Health System Review. In: Health Systems in Transition 21 (2), S. 1–166.
Klauber, Jürgen; Wasem, Jürgen; Beivers, Andreas; Mostert, Carina (2021): Krankenhaus-Report 2021: Versorgungsketten – Der Patient im Mittelpunkt: Springer Nature.
Klora, Mike; Zeidler, Jan; May, Melanie; Raabe, Nils; von der Schulenburg, J-Matthias Graf (2017): Evaluation of family doctor-centred health care in Germany based on AOK Rheinland/Hamburg claims data. In: Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen 120, S. 21–30. DOI: 10.1016/j.zefq.2016.12.005.
KPT: Die Krankenkasse mit dem Plus (2025): Symptome online checken: praktisch und zeitsparend. Online verfügbar unter https://www.kpt.ch/de/magazin/symptome-online-checken, zuletzt aktualisiert am 26.03.2025, zuletzt geprüft am 15.04.2025.
Kroneman, Madelon; Boerma, Wienke; van den Berg, Michael; Groenewegen, Peter; Jong, Judith de; van Ginneken, Ewout; World Health Organization (2016): Netherlands: health system review. In: Health Systems in Transition 18 (2), S. 1–240.
Laux, Gunter; Szecsenyi, J.; Mergenthal, K.; Beyer, M.; Gerlach, F.; Stock, C. et al. (2015): Hausarztzentrierte Versorgung in Baden-Württemberg. In: Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz 58 (4-5), S. 398–407.
Lenz, Katharina (2022): Finnland: eHealth und Gesundheitszentren. Hg. v. KBV klartext. Online verfügbar unter https://www.kbv-klartext.de/gesundheit-anderswo/finnland-ehealth-und-gesundheitszentren.html, zuletzt geprüft am 27.03.2025.

Liu, Ville; Koskela, Tuomas H.; Kaila, Minna (2023): User-Initiated Symptom Assessment With an Electronic Symptom Checker: Protocol for a Mixed Methods Validation Study. In: JMIR research protocols 12, e41423. DOI: 10.2196/41423.
Marchildon, Gregory P.; Brammli-Greenberg, Shuli; Dayan, Mark; Belvis, Antonio Giulio de; Gandré, Coralie; Isaksson, David et al. (2021): Achieving higher performing primary care through patient registration: A review of twelve high-income countries. In: Health Policy 125 (12), S. 1507–1516. DOI: 10.1016/j.healthpol.2021.09.001.
Ministry of Health Israel (2024): Second Medical Opinion. Online verfügbar unter https://me.health.gov.il/en/older-adult/services-rights/diagnoses/second-opinion/, zuletzt aktualisiert am 02.01.2024, zuletzt geprüft am 09.04.2025.
Mon espace santé: Un service de l'assurance maladie ministère de la santé et de l'accès aux soins, santé famille retraite service (2025): Le service public pour gérer sa santé: Vous avez la main sur votre santé. Online verfügbar unter https://www.monespacesante.fr/, zuletzt geprüft am 09.04.2025.
National Health Service (2022): How NHS 111 online works. Online verfügbar unter https://www.nhs.uk/nhs-services/urgent-and-emergency-care-services/when-to-use-111/how-nhs-111-online-works/?_id=111Website, zuletzt aktualisiert am 14.11.2022, zuletzt geprüft am 15.04.2025.
NHS Confederation (2011): Any Qualified Provider. Online verfügbar unter https://www.nhsconfed.org/system/files/2021-05/Any-qualified-provider.pdf, zuletzt aktualisiert im Juli 2011, zuletzt geprüft am 19.05.2025.
NHS England (2022): When to use NHS 111 online or call 111. Online verfügbar unter https://www.nhs.uk/nhs-services/urgent-and-emergency-care-services/when-to-use-111/, zuletzt aktualisiert am 14.11.2022.
NHS England (2023a): How it works: Find out how the NHS Pathways service works. Online verfügbar unter https://digital.nhs.uk/services/nhs-pathways/how-it-works, zuletzt aktualisiert am 22.06.2023, zuletzt geprüft am 15.04.2025.
NHS England (2023b): Referrals for specialist care. Online verfügbar unter https://www.nhs.uk/nhs-services/hospitals/referrals-for-specialist-care/, zuletzt aktualisiert am 12.04.2023, zuletzt geprüft am 16.05.2025.
Or, Zeynep; Gandré, Coralie; Seppänen, Anna-Veera; Hernández-Quevedo, Cristina; Webb, Erin; Michel, Morgane; Chevreul, Karine (2023): France: health system review. In: Health Systems in Transition 25 (3), S. 1–276.
Orchard, Carole A.; Curran, Vernon; Kabene, Stefane (2005): Creating a culture for interdisciplinary collaborative professional practice. In: Medical Education Online 10 (1), S. 4387.
Pietro, Carlo de; Camenzind, Paul; Sturny, Isabelle; Crivelli, Luca; Edwards-Garavoglia, Suzanne; Spranger, Anne et al. (2015): Switzerland: Health System Review. In: Health Systems in Transition 17 (4), S. 1–288.
Popert, Uwe W.; Egidi, Günther; Eras, Johanna; Kühlein, Thomas; Baum, Erika (2018): Warum wir ein Primärarztsystem brauchen. In: Zeitschrift für Allgemeinmedizin 94 (6), S. 250–254. DOI: 10.3238/zfa.2018.0250-0254.
Region Syddanmark, Praksisinformation (2025): Sygehusenes 96 timers behandlingsansvar. Online verfügbar unter https://www.sundhed.dk/sundhedsfaglig/information-til-praksis/syddanmark/almen-praksis/regionalt/nyheder/regionale-nyheder/nyt-fra-regionen/nyt-2025-januar-sygehusenes-96-timers-behandlingsansvar/, zuletzt aktualisiert am 14.01.2025, zuletzt geprüft am 22.04.2025.
Robert Bosch Stiftung (2015): Gesundheitszentren für Deutschland: Wie ein Neustart in der Primärversorgung gelingen kann. Online verfügbar unter https://www.bosch-stiftung.de/sites/default/files/publications/pdf/2021-05/Studie_Primaerversorgung_Gesundheitszentren-fuer-Deutschland.pdf, zuletzt geprüft am 25.03.2025.
Rosen, Bruce; Waitzberg, Ruth; Merkur, Sherry (2015): Israel: health system review. In: Health Systems in Transition 17 (6), S. 1–212.
Rotar, Alexandru M.; Van Den Berg, Michael J; Schäfer, Willemijn; Kringos, Dionne S.; Klazinga, Niek S. (2018): Shared decision making between patient and GP about referrals from primary care: Does gatekeeping make a difference? In: PloS one 13 (6), e0198729. DOI: 10.1371/journal.pone.0198729.
Sachverständigenrat Gesundheit & Pflege (2024): Fachkräfte im Gesundheitswesen. Nachhaltiger Einsatz einer knappen Ressource. Online verfügbar unter https://www.svr-gesundheit.de/, zuletzt geprüft am 17.02.2025.
Sachverständigenrat zur Begutachtung (2023): Resilienz im Gesundheitswesen. Wege zur Bewältigung künftiger Krisen. Gutachten 2023. Online verfügbar unter https://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/Gutachten/Gutachten_2023/Gesamtgutachten_ePDF_Final.pdf, zuletzt geprüft am 18.02.2025.
Saultz, John W. (2003): Defining and measuring interpersonal continuity of care. In: The Annals of Family Medicine 1 (3), S. 134–143.
Saunes, Ingrid Sperre; Karanikolos, Marina; Sagan, Anna (2020): Norway: Health System Review. In: Health Systems in Transition 22 (1), S. 1–163.
SBK (2024): Von Finnland lernen. Online verfügbar unter https://www.sbk.org/presse/von-finnland-lernen/, zuletzt geprüft am 04.04.2025.
Schaeffer, Doris; Hämel, Kerstin; Ewers, Michael; Frühstück, Parlamentarisches (2015): Versorgungsmodelle für ländliche und strukturschwache Regionen: Beltz Juventa.
Shahaed, Heba; Glazier, Richard H.; Anderson, Michael; Barbazza, Erica; Bos, Véronique LLC; Saunes, Ingrid S. et al. (2023): Primary care for all: lessons for Canada from peer countries with high primary care attachment. In: CMAJ 195 (47), E1628-E1636.
Sperre Saunes, Ingrid (2020): International Health Care System Profiles: Norway. Hg. v. The Commonwealth Fund. Online verfügbar unter https://www.commonwealthfund.org/international-health-policy-center/countries/norway, zuletzt geprüft am 21.02.2025.
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.
Sturm, Heidrun; Julia, Weber; Tonaco Borges, Fabiano; Dickinson, Andrew; Sottas, Beat; Wennerholm, Carina et al. (2025): Patient's Perception of Primary Health Care Provision With Respect to Access, Continuity and Coordination—InCept: An International Qualitative Perspective. In: The International Journal of Health Planning and Management.
Sturny, Isabelle (2020): International Health Care System Profiles: Switzerland. Hg. v. The Commonwealth Fund. Online verfügbar unter https://www.commonwealthfund.org/international-health-policy-center/countries/switzerland, zuletzt geprüft am 21.02.2025.
Techniker Krankenkasse (2025): Ist das Hausarztprogramm der TK das Richtige für mich? Online verfügbar unter https://www.tk.de/techniker/versicherung/tk-leistungen/arzt-und-krankenhausbesuch/hausarztprogramm/tk-hausarztprogramm-teilnahmebedingungen-2076690, zuletzt geprüft am 18.03.2025.
The Wellbeing Services County of Ostrobothnia: Assess your symptoms online (Omaolo). Online verfügbar unter https://en.osterbottensvalfard.fi/our-services/emergency-care-and-ae/omaolo/, zuletzt geprüft am 15.04.2025.
Thiel, Rainer; Deimel, Lucas; Schmidtmann, Daniel; Piesche, Klaus; Hüsing, Tobias; Rennoch, Jonas et al. (2018): #SmartHealthSystems. Hg. v. Bertelsmann Stiftung. Online verfügbar unter https://www.bertelsmann-stiftung.de/de/publikationen/publikation/did/smarthealthsystems, zuletzt geprüft am 08.04.2025.
Tikkanen, Roosa; Osborn, Robin; Mossialos, Elias; Djordjevic, Ana; Wharton George A. (2020): International Health Care System Profiles: Netherlands. Hg. v. The Commonwealth Fund. Online verfügbar unter https://www.commonwealthfund.org/international-health-policy-center/countries/netherlands, zuletzt geprüft am 21.02.2025.
van Lerberghe, Wim (2008): The world health report 2008: primary health care: now more than ever: World Health Organization.
Vrangbæk, Karsten (2020): International Health Care System Profiles: Denmark. Hg. v. The Commonwealth Fund. Online verfügbar unter https://www.commonwealthfund.org/international-health-policy-center/countries/denmark, zuletzt geprüft am 21.02.2025.
Waitzberg, Ruth; Rosen, Bruce (2020): International Health Care System Profiles: Israel. Hg. v. The Commonwealth Fund. Online verfügbar unter https://www.commonwealthfund.org/international-health-policy-center/countries/israel, zuletzt geprüft am 21.02.2025.
World Health Organization: Integrated primary care for UHC. Online verfügbar unter https://www.who.int/teams/integrated-health-services/clinical-services-and-systems/primary-care, zuletzt geprüft am 23.04.2025.
World Health Organization (2010): Framework for action on interprofessional education and collaborative practice. Online verfügbar unter https://www.who.int/publications/i/item/framework-for-action-on-interprofessional-education-collaborative-practice, zuletzt geprüft am 03.06.2025.

Primary Care Coordination: International Insights and Policy Options for Germany

In health systems where primary care has a coordinating and gatekeeping function, patients are typically required to consult a designated primary care physician before accessing specialist services. The introduction of a primary care system with a coordinating and gatekeeping role to promote targeted care and fast appointment allocation for Germany was recently agreed politically for the 2025-2029 legislative period. The implementation specifics are still being discussed.

In this article, we analyse components of nine European healthcare systems and Israel, with a focus on the coordinating and gatekeeping function of primary care, and derive implications for the German context.

Keywords

Primary care, gatekeeping, coordination, comparative country analysis

Danksagung

Unser besonderer Dank gilt Andrea Donatini, Prof. Antonio de Belvis, Ingrid Sperre Saunes, Prof. Isabelle Durand-Zaleski, Isabelle Sturny, Prof. Karsten Vrangbæk, Lauri Vuorenkoski, Dr. Madelon Kroneman, Dr. Michael Anderson, Dr. Rosa María Urbanos Garrido, Ruth Thorlby, Dr. Ruth Waitzberg und Prof. Zeynep Or für ihre fachkundige Unterstützung bei der Einordnung länderspezifischer Besonderheiten, für die Validierung der Aktualität der Informationen sowie für ihre hilfreichen Hinweise zu den jeweiligen Versorgungssystemen.

Autorenerklärung

Die Autorinnen erklären, dass keine Interessenkonflikte vorliegen.

Zitationshinweis

Wittlinger, G., Sundmacher, L.: „Primärarztsysteme im internationalen Vergleich: Wie gestalten andere Länder ihre Versorgung und was kann Deutschland davon lernen?“, in: „Monitor Versorgungsforschung“ (MVF 04/25), S. 53–62. http://doi.org/10.24945/MVF.04.25.1866-0533.2731

Gina Wittlinger MSc ORCID: 0009-0004-8304-7214



ist wissenschaftliche Mitarbeiterin am Fachgebiet für Gesundheitsökonomie der Technischen Universität München von Prof. Sundmacher. Sie hat im Bachelor Betriebswirtschaftslehre an der Ludwig-Maximilians-Universität München sowie im Master Management & Technology an der Technischen Universität München studiert.
Kontakt: Gina.Wittlinger@tum.de

Prof. Dr. rer. oec. Leonie Sundmacher ORCID: 0000-0001-6057-8363



leitet das Fachgebiet für Gesundheitsökonomie an der TUM School of Medicine and Health und das Munich Center for Health Economics and Policy. Sie studierte Volkswirtschaftslehre, Gesundheitsökonomie und Politikwissenschaft an der University of York und an der Freien Universität Berlin. Leonie Sundmacher ist seit 2023 Mitglied des Sachverständigenrats für Gesundheit & Pflege beim Bundesministerium für Gesundheit.
Kontakt: Leonie.Sundmacher@tum.de