



Vorteile eines flächendeckenden Ausbaus der Hausarztzentrierten Versorgung (HZV)

Executive Summary

Mit etwa 10 Mio. freiwillig teilnehmenden Versicherten ist die Hausarztzentrierte Versorgung (HZV) ein bundesweit etabliertes, innovatives und bewährtes Versorgungssystem. Versicherte entscheiden sich dabei freiwillig für eine Hausärztin / einen Hausarzt ihrer Wahl, der die Koordination und Steuerung ihrer Versorgung übernimmt. International ist eine starke primärärztliche Versorgung als entscheidender Faktor für eine qualitativ hochwertige und gerechte Gesundheitsversorgung anerkannt. Die Vorteile der HZV für die Versorgung der Patientinnen und Patienten in Deutschland, für das Gesundheitssystem insgesamt und für die teilnehmenden Hausärztinnen und Hausärzte sind umfassend wissenschaftlich untersucht und belegt. Unter anderem konnten folgende positive Effekte nachgewiesen werden:

- | | |
|--------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|
| 1 Verbesserung der Patientenorientierung | 6 Förderung der Prävention und Steigerung der Impfquoten |
| 2 Vermeidung von Überversorgung | 7 Optimierung der Versorgung chronisch Erkrankter |
| 3 Reduzierung von Krankenhauseinweisungen | 8 Förderung von Disease Management Programmen (DMP) |
| 4 Wirtschaftliche Effizienz | 9 Verbesserung der Langzeitprognose |
| 5 Digitalisierung und Innovation | 10 Nachhaltigkeit der Versorgungseffekte |

Jegliche Versuche und Überlegungen eine primärärztliche Steuerung in der Regelversorgung in Deutschland zu etablieren sind gescheitert und auf absehbare Zeit nicht erfolversprechend. Alle Erfahrungen sowie die fehlenden strukturellen Voraussetzungen in der gemeinsamen Selbstverwaltung, die für die Umsetzung notwendig wären, lassen erwarten, dass die Einführung einer primärärztlichen Steuerung im Kollektivvertrag außerordentlich komplex, maximal konfliktiv und mit hohen Investitionskosten bei gleichzeitig niedriger Gesamtqualität und -effektivität verbunden wäre.

Demgegenüber stellt die HZV eine etablierte und von breiten Teilen der Bevölkerung in Deutschland bereits rege genutzte Versorgungsstruktur dar, die ohne größere Aufwände oder fundamentale strukturelle Änderungen durch einfache Fördermaßnahmen für die Krankenkassen sowie Anreize für die Versicherten zeitnah und effizient skaliert werden könnte. Ergänzt um weitere innovative Konzepte, wie HÄPPI, oder um sogenannte Facharztverträge könnten mit der HZV eine patientenorientierte Weiterentwicklung hin zu einer besser gesteuerten Versorgung zeitnah umgesetzt und der Zugang zur Versorgung verbessert werden.



Hintergrund

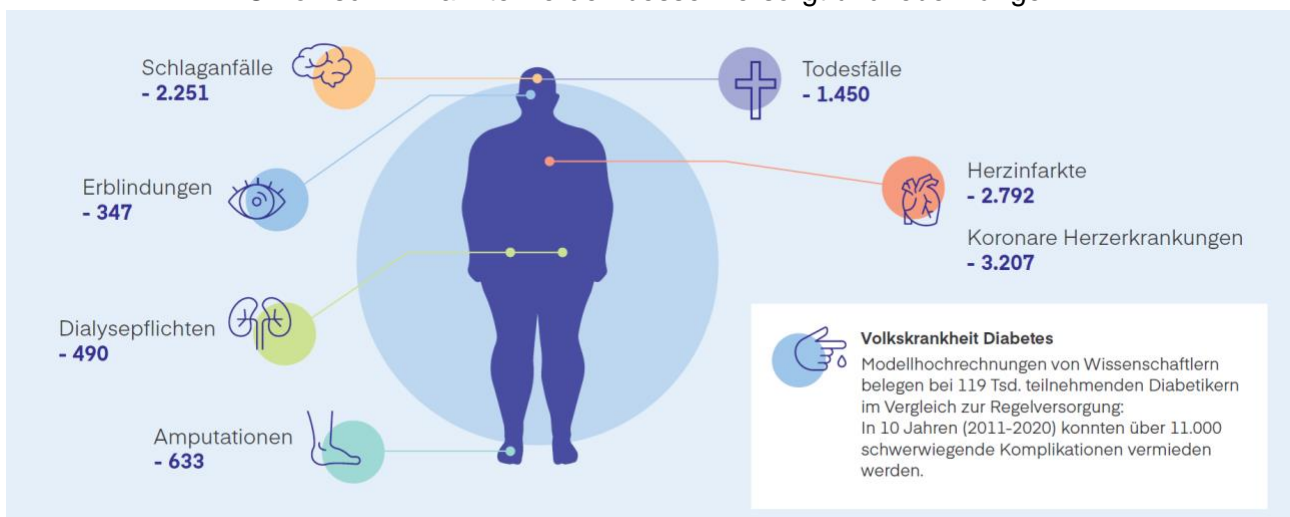
Die HZV ist ein bundesweit etabliertes, innovatives Versorgungssystem, an dem in Deutschland bereits rund 10 Mio. Versicherte freiwillig teilnehmen. In der Altersgruppe der 65 bis 89-Jährigen ist heute bereits etwa jeder fünfte GKV-Versicherte freiwillig in die HZV eingeschrieben.

GKV-Versicherte	Versicherte, die an der HZV teilnehmen	PKV
74,3 Mio.	Mehr als 10 Mio.	8,7 Mio.

Unter Wahrung der freien Arztwahl übernehmen Hausärztinnen und Hausärzte in der HZV die zentrale Steuerungsrolle im Gesundheitssystem. Diese kontinuierliche und vertrauensvolle Betreuung führt zu einer besseren und ressourcenschonenden Inanspruchnahme von Vorsorge-maßnahmen und erhöht die Patientenzufriedenheit. Die Vorteile der Koordinationsfunktion der HZV in Deutschland ist wissenschaftlich mehrfach belegt worden.ⁱ

Vor diesem Hintergrund empfehlen der Sachverständigenrat ebenso wie der Deutsche Ärztetag im Jahr 2024 einen Ausbau der HZVⁱⁱ ⁱⁱⁱ. Die Steuerungsleistung der HZV verhindert bereits heute millionfach unkoordinierte Facharztkontakte und spart der GKV allein im Bereich Krankenhaus-einweisungen nachweislich Millionen Euro an Ausgaben jährlich^{iv}. Bei entsprechender Skalierung der HZV auf noch mehr Patientinnen und Patienten erwarten GesundheitsökonomInnen noch deutlich höhere Einsparungen^v.

15 Jahre AOK-Hausarztvertrag in Baden-Württemberg Chronisch Erkrankte werden besser versorgt und leben länger



Quelle: https://neueversorgung.de/images/2023/DatenKunde/04_Info-Grafik_10-Jahresergebnisse_bei_Diabetikern.pdf



Neben der besseren Steuerung und gesteigerten Effizienz des Gesundheitssystems stärkt die HZV auch die zentrale Rolle der Hausärztinnen und Hausärzte im Gesundheitssystem insgesamt. Dies steigert die Attraktivität des Berufsbildes und stärkt somit die Weiterbildung zur Fachärztin / zum Facharzt für Allgemeinmedizin.^{vi}

Eine **starke Primärversorgung**, wie sie nur in der HZV verankert ist, wird international als Schlüsselfaktor für eine qualitativ hochwertige und gerechte Gesundheitsversorgung anerkannt.^{vii} Bereits 1978 hat die WHO die internationale Staatengemeinschaft aufgefordert, die Orientierung ihrer Gesundheitssysteme stärker auf die gesundheitliche Primärversorgung auszurichten.^{viii} Ohne eine grundlegende Neuorientierung sei es wahrscheinlich, dass die Gesundheitssysteme durch zunehmende Herausforderungen, unter anderem bedingt durch alternde Bevölkerungen, die starke Zunahme chronischer Erkrankungen, neu auftretende Erkrankungen sowie den Auswirkungen des Klimawandels überfordert würden.

Für Deutschland lässt sich allerdings in den letzten Jahren ein gegenteiliger Trend beobachten. Der Anteil der Hausärztinnen und Hausärzte an allen an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärztinnen und Ärzten sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten ist im Jahr 2023 auf 29 % gesunken (55.127 Hausärztinnen und Hausärzte gegenüber 132.314 Fachärztinnen und Fachärzten sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten).^{ix} Es fehlt zunehmend hausärztlicher Nachwuchs, während die Zahl der Gebietsärztinnen/-ärzte stetig ansteigt

Infolgedessen ist die Regelversorgung im Kollektivvertrag von einer zunehmenden Komplexität geprägt, ohne dass eine Strukturierung und Steuerung im „Labyrinth der Versorgung“ erfolgt. Insbesondere multimorbide Patientinnen und Patienten leiden in der Regelversorgung unter überflüssigen und zum Teil schädlichen Mehrfachuntersuchungen sowie den Folgen mangelnder Koordination der Versorgung unterschiedlicher Fachärztinnen und Fachärzte und Krankenhäusern. Dies schadet massiv der Qualität der Versorgung und produziert hohe, aber prinzipiell vermeidbare Kosten. Gleichzeitig bestehen im Kollektivvertrag kaum Gestaltungsmöglichkeiten hin zu einer funktionierenden hausärztlichen Steuerung.

Dagegen kann jetzt schon in der HZV, im Selektivvertrag, eine funktionierende hausärztliche Steuerung und Stärkung der zentralen Rolle der Hausärztinnen und Hausärzte erreicht werden. Nun gilt es, das Erreichte auszubauen. Dieses Papier präsentiert die zentralen Vorteile der HZV und verdeutlicht, warum ihre flächendeckende Umsetzung und politische Unterstützung unerlässlich sind.



Für eine bessere Versorgung der Patientinnen und Patienten

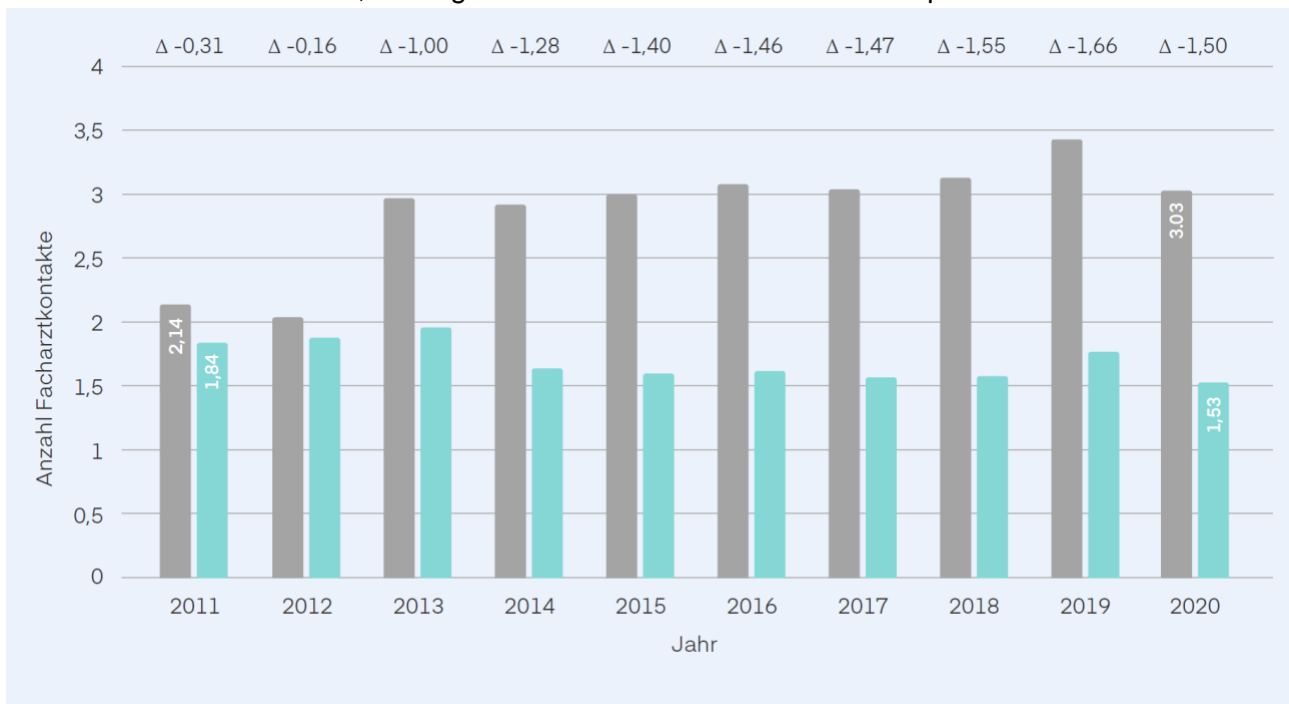
1 Verbesserung der Patientenorientierung

Ein zentrales Ziel der HZV ist es, die Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten in den Mittelpunkt zu stellen. Durch individuelle Beratung und eine enge Betreuung wird die Gesundheitskompetenz der Versicherten gestärkt, was ihnen ermöglicht, informierte Entscheidungen zu treffen und ihre Gesundheit aktiv mitzugestalten. Die HZV trägt somit zu einer patientenzentrierten Versorgung bei, die auf die individuellen Bedürfnisse der Versicherten abgestimmt ist.^x

2 Vermeidung von Überversorgung

Die HZV trägt dazu bei, unkoordinierte Facharztbesuche und die Verordnung potenziell inadäquater Medikamente zu reduzieren.^{xi} Studien zeigen, dass HZV-Patientinnen und -Patienten seltener unkoordinierte Facharztkontakte haben und weniger psychiatrische Fachärztinnen und Fachärzte aufsuchen. Dies minimiert das Risiko von Überversorgung und unnötigen medizinischen Eingriffen, was sowohl die Patientinnen und Patienten entlastet als auch die Gesamtkosten der Versorgung senkt.

HZV-Patientinnen und -Patienten werden nachhaltig koordinierter versorgt: Rund 1,5 weniger unkoordinierte Facharztkontakte pro Jahr



Quelle: https://neueversorgung.de/images/2023/DatenKunde/03_Evaluationsdaten_der_Universitt_Heidelberg.pdf



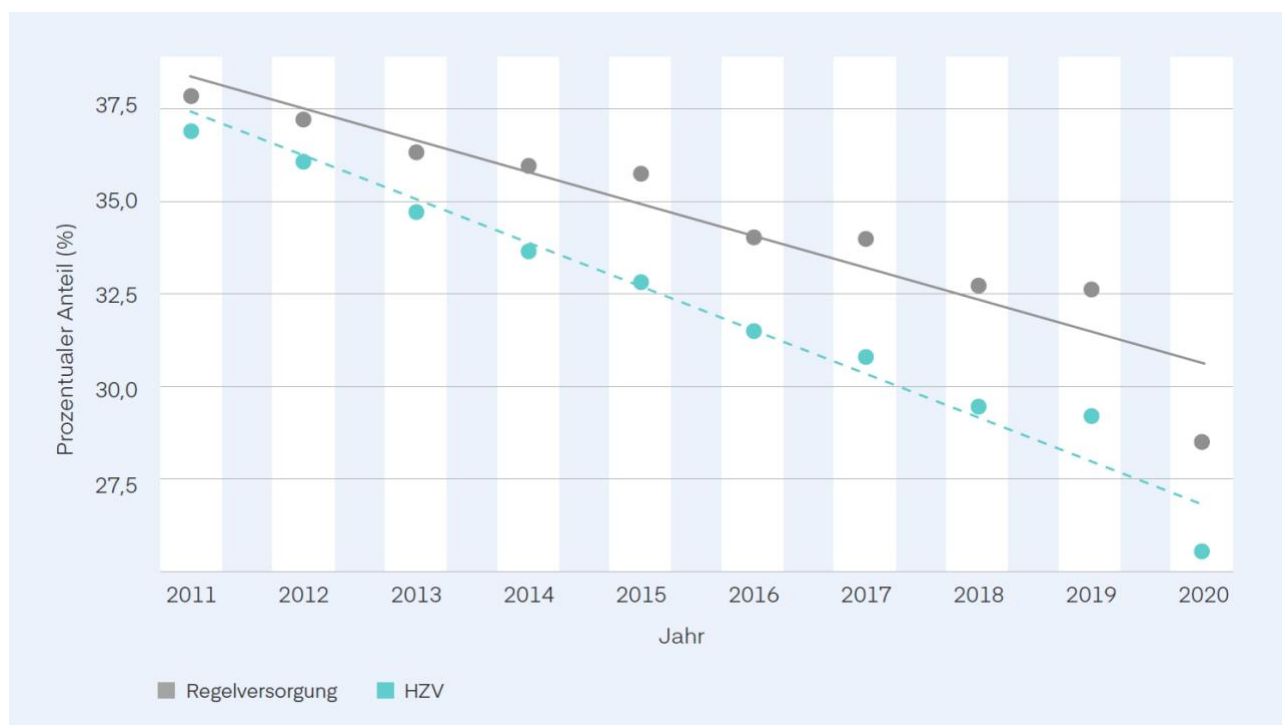
3 Reduzierung von Krankenhauseinweisungen

Die HZV trägt signifikant zur Reduzierung von Krankenhauseinweisungen bei. Laut dem Gutachten des Sachverständigenrats zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR) ist die Teilnahme an der HZV mit einer um 9,1 % geringeren Rate an Krankenhausaufenthalten verbunden. Zudem wurden niedrigere Wiederaufnahmeraten und eine höhere Vermeidung potenziell vermeidbarer Krankenhausaufnahmen bei HZV-Versicherten festgestellt.^{xii} Bei einer bundesweiten Einführung des HZV-Modells könnten durch die verringerte Hospitalisierungsrate und kürzere Liegezeiten jährlich rund 8 Mio. Krankenhaustage eingespart werden.^{xiii} Diese Ergebnisse verdeutlichen, dass die HZV nicht nur die Versorgungsqualität verbessert, sondern auch die Belastung des stationären Sektors reduziert und damit zur Effizienzsteigerung im Gesundheitssystem beiträgt.^{xiv}

Patientinnen und Patienten profitieren von Jahr zu Jahr mehr von der HZV

Krankenhausaufnahmen mit kardiovaskulärer Hauptdiagnose bei KHK-Patienten

(basierend auf Regressionsmodellen, bei denen die Entwicklung der Indikatoren von 2011 bis 2020 abgebildet wurde)



Quelle: https://neueversorgung.de/images/2023/DatenKunde/02_Evaluationsdaten_der_Universitt_Frankfurt.pdf

4 Wirtschaftliche Effizienz

Die HZV bietet nicht nur medizinische Vorteile, sondern ist auch ökonomisch sinnvoll. Durch die Vermeidung unnötiger Krankenhausaufenthalte und Facharztbesuche sowie durch eine effizientere Nutzung der Gesundheitsressourcen können erhebliche Kosten eingespart werden. Studien zeigen, dass die Gesamtausgaben in der HZV unter denen der Regelversorgung liegen, was zu einer nachhaltigen Entlastung des Gesundheitssystems beiträgt.^{xv}



5 Digitalisierung und Innovation

Die HZV stärkt **sinnvolle Digitalisierung der Versorgung**. Sie fördert den Einsatz digitaler Gesundheitstools. Diese Innovationsfähigkeit ist entscheidend, um den Herausforderungen eines modernen Gesundheitssystems gerecht zu werden. Digitale Tools wie Videosprechstunden, digitales Impfmanagement oder digitales Shared-Decision-Making (arriba) werden in die HZV integriert, um den Zugang zur Gesundheitsversorgung zu erleichtern und die Qualität der Versorgung zu steigern.^{xvi}

Die HZV hat sich als Motor für Innovationen in der Versorgung erwiesen. Eine ganze Reihe an Versorgungsinnovationen der vergangenen Jahre wurde in der HZV entwickelt und umgesetzt. Zum Beispiel das VERAH-Modell: VERAH sind speziell weitergebildete Medizinische Fachangestellte, die im Rahmen der HZV zusätzliche Aufgaben im Praxismanagement sowie in der Patientenversorgung übernehmen können – beispielsweise an sie delegierte Hausbesuche oder die umfassende Unterstützung der Hausärztin / des Hausarztes bei Diagnose-, Therapie- und Präventionsmaßnahmen. Bundesweit sind circa 18.000 VERAH in den Hausarztpraxen tätig. Mit HÄPPI wurde das Konzept eines hausärztlichen Primärversorgungszentrums zur interprofessionellen Versorgung bereits erfolgreich in der HZV pilotiert. Mit HÄPPI steht damit innerhalb der HZV erneut ein Ansatz für zukunftsfähige Strukturen und Prozesse in der hausärztlichen Versorgung kurz vor der Implementierung. Das HÄPPI-Konzept folgt der Prämisse: Präventiv vor digital vor ambulant vor stationär – hausärztlich gesteuert.^{xvii}

6 Förderung der Prävention und Steigerung der Impfquoten

Die HZV legt einen starken Fokus auf präventive Maßnahmen. Durch strukturierte Gesundheits-Check-Ups und gezielte Präventionsprogramme können Krankheiten frühzeitig erkannt und behandelt werden, bevor sie zu schwerwiegenden Komplikationen führen. Dies reduziert nicht nur die Krankheitslast, sondern senkt auch die Kosten im Gesundheitssystem durch die Vermeidung teurer Behandlungen.^{xviii} Erfolgreiche und nachhaltige Prävention ist besonders auf Continuity of Care angewiesen und diese wird einzig in der HZV abgebildet.

Ein bedeutender Erfolg der HZV ist die Steigerung der Impfquoten, insbesondere bei älteren und chronisch Erkrankten. Untersuchungen im Rahmen des HausarztPlus-Programms der GWQ zeigen, dass die Einschreibung in die HZV zu einer durchschnittlichen Erhöhung der Impfquote um 10,2 Prozent im Vergleich zur Regelversorgung führt. Dieser positive Effekt ist nicht nur zeitlich stabil, sondern verstärkt sich bei längerer Teilnahme. Besonders bemerkenswert ist der Anstieg der Gripeschutzimpfungen bei über 60-Jährigen um bis zu 8,5 Prozentpunkte. Auch bei der Schutzimpfung vor Gürtelrose konnte ein Anstieg von 2,9 Prozentpunkten beobachtet werden.^{xix}

Diese Ergebnisse verdeutlichen, dass die HZV nicht nur zur individuellen Gesundheitsförderung beiträgt, sondern auch die öffentliche Gesundheit nachhaltig stärkt.



7 Optimierung der Versorgung chronisch Erkrankter

Chronisch kranke Patientinnen und Patienten profitieren besonders von der HZV. Durch frühzeitige Diagnosen und eine kontinuierliche Betreuung werden Krankheiten besser kontrolliert und das Risiko schwerwiegender Komplikationen verringert. Beispielsweise zeigt eine Querschnittsanalyse, dass bei Diabetikern in der HZV weniger schwerwiegende Komplikationen wie Amputationen, Dialysen und Erblindungen auftreten.^{xx}

Klinischer Endpunkt bei Diabetikern (n=217.964) 2011-2013	HZV unadjustiert (n=119.355)	Nicht-HZV unadjustiert (n=98.609)	Adjustierte Differenz (HZV – Nicht- HZV), p-Wert	Modellhochrechnung Anzahl Versicherte, die profitieren (95 %-KI)
Dialysepflicht	1,10 %	1,10 %	-0,26 %, p<0,0001	-389 (-582; -215)
Erblindung	0,80 %	0,90 %	-0,11 %, p<0,0001	-139 (-283; -14)
Amputation	0,70 %	0,90 %	-0,17 %, p<0,0001	-260 (-412; -127)
Herzinfarkt	4,20 %	4,40 %	-0,36 %, p<0,0001	-450 (-763; -155)
Schlaganfall	5,60 %	6,00 %	-0,41 %, p<0,0001	-500 (-857; -162)

Quelle: HZV_Bericht 2016_Version_Februar 2017, Seite 316

8 Förderung von Disease Management Programmen (DMP)

Die HZV fördert die Teilnahme an Disease Management Programmen (DMP), die eine strukturierte und kontinuierliche Betreuung von chronisch Kranken gewährleisten. Diese Programme tragen dazu bei, die Behandlungsergebnisse zu verbessern und die Lebensqualität der Betroffenen erheblich zu steigern. In der HZV werden DMP besonders intensiv genutzt, was zu besseren Versorgungs- und Gesundheitsoutcomes führt.^{xxi}

9 Verbesserung der Langzeitprognose

Die Teilnahme an der HZV ist mit einer signifikant besseren Langzeitprognose verbunden. Studien zeigen, dass die Sterblichkeitsrate bei chronisch kranken Patientinnen und Patienten, die kontinuierlich betreut werden, wie es in der HZV der Fall ist, deutlich niedriger ist als in der Regelversorgung. Diese positiven Effekte sind auf die intensive und koordinierte Betreuung durch die Hausärztinnen und Hausärzte zurückzuführen.^{xxii}



10 Nachhaltigkeit der Versorgungseffekte

Ein entscheidender Vorteil der HZV ist ihre Nachhaltigkeit. Langzeitstudien belegen, dass die positiven Effekte der HZV auf die Versorgungsqualität und die Kostenkontrolle über mehrere Jahre hinweg konstant geblieben sind oder sich sogar verstärkt haben. Dies zeigt, dass die strukturellen Verbesserungen, die durch die HZV erreicht wurden, nicht nur kurzfristige Effekte sind, sondern eine langfristige Verbesserung der Gesundheitsversorgung ermöglichen. Beispielsweise blieben die Qualitätsindikatoren für die Versorgung chronisch Erkrankter in der HZV über mehrere Jahre hinweg stabil oder verbesserten sich sogar im Vergleich zur Regelversorgung.^{xxiii}



Warum die HZV nicht „einfach“ im Kollektivvertrag umgesetzt werden kann?

Die Einführung eines Primärarztsystems im Kollektivvertrag wäre eine Mammutaufgabe, deren Umsetzung – sofern sie überhaupt erfolgreich ist – mehrere Jahre in Anspruch nehmen würde. Eine solche Reform wäre mit umfassenden innerärztlichen Auseinandersetzungen, Konflikten zwischen den Krankenkassen und dem KV-System sowie zwischen den KVen untereinander verbunden. Sie brächte überdies hohe Investitionskosten und sehr komplexe Verhandlungen mit ungewissem Ausgang für die Politik mit sich. Mit der Einführung wäre die Etablierung umfassender Qualitätssicherungsmechanismen erforderlich, um sicherzustellen, dass ein „koordinierender Arzt“ – gemäß aktuellen Überlegungen des KV-Systems ist dies nicht zwangsläufig ein Hausarzt – überhaupt fähig und gewillt ist, Steuerungs- und Koordinationsfunktionen wahrzunehmen, die dann auch angemessen zu vergüten wären. Bei einer erwartbar defizitären Umsetzung wäre ein solches Modell für die teilnehmenden hausärztlichen Praxen vollkommen unattraktiv, sodass die Teilnehmeraten gering wären.

Demgegenüber steht mit der HZV nach §73b SGB V bereits ein etabliertes, wissenschaftlich evaluiertes System zur Verfügung, das von der Hausärzteschaft gewünscht und gelebt wird. Durch die Bonifizierung der Teilnahme an diesem freiwilligen System ist eine risikofreie und funktionierende Umsetzung des „Steuerungsgedankens“ möglich.

Zusammenfassung und Ausblick

Die selektivvertragliche Hausarztzentrierte Versorgung ist der wesentliche Baustein für die Zukunft der Gesundheitsversorgung in Deutschland. Die umfassenden Vorteile, die sie für Patientinnen und Patienten sowie das Gesundheitssystem insgesamt bietet, machen deutlich, dass nur die HZV eine valide Grundlage für ein gesteuertes und hausärztliches koordiniertes Gesundheitssystem bietet.

Die HZV bietet eine Struktur, die durch Schaffung geeigneter Anreize und ohne eine massive Umgestaltung des Gesundheitssystems (z. B. Verzicht auf die freie Arztwahl, komplexe Umgestaltung des Kollektivvertrags) sofort flächendeckend skaliert werden könnte. Aus heute etwa 10 Mio. Versicherten in einer gesteuerten Versorgung könnten in den nächsten zwei Jahren bei entsprechenden Förderungen schnell deutlich mehr werden. Dies würde zu einer deutlichen Entlastung des Gesundheitssystems durch hausärztlich gesteuerte Versorgung führen. Neben möglichen Anreizen für Patientinnen und Patienten sollten auch die Krankenkassen unmittelbar davon profitieren, beispielsweise wenn sich ein vom Gesetzgeber noch zu definierender Anteil ihrer Versicherten in der HZV steuern lässt.



Durch eine wie bereits in Baden-Württemberg vorhandene bessere Verschränkung mit der fachärztlichen Versorgung (Hausarzt-Facharztverträge) ist außerdem eine koordinierte Weitervermittlung in die gebietsärztliche Versorgung möglich. Die Hausarzt-Facharztverträge bieten teilnehmenden Versicherten die Möglichkeit, nach hausärztlicher Überweisung, einen schnelleren Zugang zur gebietsärztlichen Ebene zu erhalten, der sich am medizinischen Bedarf orientiert. Hierfür existieren bereits fertige und übertragbare Konzepte, die bei entsprechenden Anreizen bundesweit flächendeckend ausgebaut werden könnten.

Die kurzfristige Umsetzung einer flächendeckenden Steuerung in einem Primärarztssystem im Kollektivvertrag ist demgegenüber illusorisch. Neben erheblichen Konflikten zwischen den beteiligten Stakeholdern, komplexen Verhandlungen mit ungewissem Ergebnis und erheblichen Investitionskosten wäre ein solcher Schritt auch gegenüber den Bürgerinnen und Bürgern schwer vermittelbar. Demgegenüber bietet die freiwillige Einschreibung in die HZV verbunden mit dem HZV-Versprechen einer kontinuierlichen hausärztlichen Begleitung und Koordination ein deutlich attraktiveres Angebot.

Mit der HZV verfügt das deutsche Gesundheitswesen über eine geeignete Struktur, die vergleichsweise einfach kurzfristig skalierbar ist, ohne dass dies massive strukturelle Reformen innerhalb der Selbstverwaltung mit ungewissem Ausgang erforderlich machen würde.



Ihre Ansprechpartnerinnen und Ansprechpartner

Bundvorsitzende: markus.beier@haev.de, nicola.buhlinger-goepfarth@haev.de
☎ 030 88 71 43 73-30

Hauptgeschäftsführer und Justiziar: joachim.schuetz@haev.de
☎ 02203 97 788-03

Geschäftsführer: sebastian.john@haev.de
☎ 030 88 71 43 73-34

Hausärztinnen- und Hausärzteverband e. V.
Edmund-Rumpler-Straße 2 · 51149 Köln
🌐 www.haev.de



Quellenangaben

- ⁱ Evaluation auf der Basis von Routinedaten der AOK Baden-Württemberg, 2.1.1 Hausarztkontakte und Facharztkontakte, https://www.neueversorgung.de/images/2023/08_23/Ergebnisbericht_21-22_Universitt_Heidelberg_Teil_1.pdf.
- ⁱⁱ Fachkräfte im Gesundheitswesen, Ziffer 612., https://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/Gutachten/Gutachten_2024/2_durchgesehene_Auflage_Gutachten_2024_Gesamt_bf_2.pdf.
- ⁱⁱⁱ Beschlussprotokoll des 124. Deutschen Ärztetage, S. 266
https://www.bundesaeztekammer.de/fileadmin/user_upload/BAEK/Aerztetag/128.DAET/2024-05-10_Beschlussprotokoll_neu.pdf.
- ^{iv} Evaluation der Hausarztzentrierten Versorgung (HZV) nach § 73b SGB V in Baden-Württemberg (2013-2016), Seite XI, https://neueversorgung.de/images/PDF/HZV_Bericht2016_Version_Februar2017.pdf.
- ^v Fachkräfte im Gesundheitswesen, Ziffer 625., https://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/Gutachten/Gutachten_2024/2_durchgesehene_Auflage_Gutachten_2024_Gesamt_bf_2.pdf.
- ^{vi} Untersuchung zur Förderung der Weiterbildung Allgemeinmedizin im internationalen Vergleich, Seite 86 Kapitel 4.4.2., www.iges.com/sites/igesgroup/iges.de/myzms/content/e6/e1621/e10211/e29580/e57361/e57362/e57364/attr_objjs57366/IGES_FrderungWBAMimint.Vergleich_2023_11_29_pubc_ger.pdf.
- ^{vii} Starfield, B., Shi, L., & Macinko, J. (2005) Contribution of primary care to health systems and health. *Milbank Quarterly*, 83(3), 457-502. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2690145/>.
- ^{viii} WHO 2019, Declaration of Alma-Ata, https://cdn.who.int/media/docs/default-source/documents/almaata-declaration-en.pdf?sfvrsn=7b3c2167_2.
- ^{ix} Statistische Informationen aus dem Bundesarztregister zum 31.12.2023, https://www.kbv.de/media/sp/2023-12-31_BAR_Statistik.pdf.
- ^x So für die kontinuierliche Versorgung durch Allgemeinmediziner Sandvik, H., Hetlevik, Ø., Blinkenberg, J., & Hunskaar, S. (2022) in *Continuity in general practice as predictor of mortality, acute hospitalisation and use of out-of-hours care: A registry-based observational study in Norway*. *British Journal of General Practice*, 72(715), e84-e90, <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34607797/>.
- ^{xi} Evaluation der Hausarztzentrierten Versorgung (HZV) nach § 73b SGB V in Baden-Württemberg (2013-2016), Universität Heidelberg, https://neueversorgung.de/images/PDF/HZV_Bericht2016_Version_Februar2017.pdf.
- ^{xii} Gutachten des SVR, 2024, Rn. 625, https://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/Gutachten/Gutachten_2024/2_durchgesehene_Auflage_Gutachten_2024_Gesamt_bf_2.pdf.
- ^{xiii} Gutachten des SVR, 2024, Rn. 625 am Ende, https://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/Gutachten/Gutachten_2024/2_durchgesehene_Auflage_Gutachten_2024_Gesamt_bf_2.pdf.
- ^{xiv} Evaluation der Hausarztzentrierten Versorgung (HZV) nach § 73b SGB V in Baden-Württemberg (2013-2016), Universität Heidelberg, https://neueversorgung.de/images/PDF/HZV_Bericht2016_Version_Februar2017.pdf.
- ^{xv} Evaluation der Hausarztzentrierten Versorgung (HZV) nach § 73b SGB V in Baden-Württemberg (2013-2016), Universität Heidelberg, https://neueversorgung.de/images/PDF/HZV_Bericht2016_Version_Februar2017.pdf.
- ^{xvi} <https://www.hausaerztlichepraxis.digital/politik/hausarztverband/neue-arriba-module-in-der-hzv-139428.html>
- ^{xvii} www.haev.de/HÄPPI
- ^{xviii} Friedberg, M. W., Hussey, P. S., & Schneider, E. C. (2010). Primary care: A critical review of the evidence on quality and costs of health care. *Health Affairs*, 29(5), 766-772, <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20439859/>.
- ^{xix} GWQ-ServicePlus AG, Geschäftsbericht 2023, Kapitel: HzV – Hausarztzentrierte Versorgung https://www.gwq-serviceplus.de/pdfs/geschaeftsbericht/geschaeftsbericht_gwq_2023.pdf.
- ^{xx} Evaluation der Hausarztzentrierten Versorgung in Baden-Württemberg, Berichtsjahre 2019-2020, Tabelle 1 Ziffer 7, https://neueversorgung.de/images/PDF/Evaluation_2016/2021-04-13_HZV-Abschlussbericht.pdf.
- ^{xxi} Evaluation der Hausarztzentrierten Versorgung (HZV) nach § 73b SGB V in Baden-Württemberg (2013-2016), Seite XI, https://neueversorgung.de/images/PDF/HZV_Bericht2016_Version_Februar2017.pdf.
- ^{xxii} Pereira Gray, D. J., Sidaway-Lee, K., White, E., Thorne, A., & Evans, P. H. (2018). Continuity of care with doctors - a matter of life and death? A systematic review of continuity of care and mortality. *BMJ Open*, 8(6), e021161, <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29959146/>.
- ^{xxiii} Ergebnisbericht der Hausarztzentrierten Versorgung 2022, https://neueversorgung.de/images/2023/08_23/Ergebnisbericht_21-22_Universitt_Frankfurt_am_Main_Teil_2A.pdf.