Gleiss Lutz

# ZUKUNFT DER HAUSARZTZENTRIERTEN VERSORGUNG NEBEN EINEM VERPFLICHTENDEN PRIMÄRARZTSYSTEM IN DER REGELVERSORGUNG

Dr. Reimar Buchner

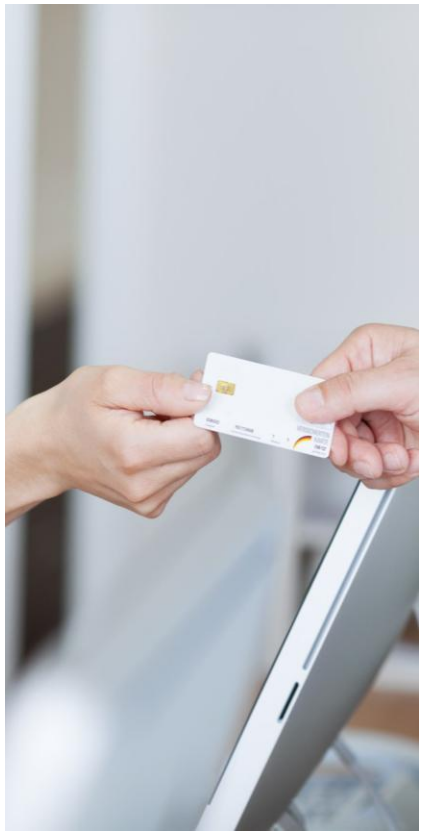
Deutsche Gesellschaft für Kassenarztrecht | 19.11.2026

# Ausgangsfrage

Gleiss Lutz

***Kann das Regelungsmodell des § 73b SGB V für die hausarztzentrierte Versorgung – Pflichtangebot, Vertragsabschlussanspruch und Schiedsverfahren – neben einem Primärarztsystem in der Regelversorgung fortbestehen?***

# Gliederung



| | |
|---|---|
| **I.** | **Ausgangspunkt: Verbindliches Primärarztsystem im Koalitionsvertrag und bestehende selektivvertragliche HzV**<br><br>1. Verpflichtendes Primärarztsystem bei freier Arztwahl<br>2. Vorhandene Regelung der HzV in § 73b SGB V<br>3. Kurzüberblick über Evaluation und Beurteilung der Hausarztverträge<br>4. Zwischenfazit und offene Fragen |
| **II.** | **Regelungsbedarf und Verhältnis von Regelversorgung und HzV bei Umsetzung eines verpflichtenden Primärarztsystems in der Regelversorgung**<br><br>1. Notwendige Regelungen für ein verpflichtendes Primärarztsystem<br>2. Folgen für die hausarztzentrierte Versorgung |
| **III.** | **Regelungsbedarf und Verhältnis von Regelversorgung und HzV bei Umsetzung eines bedarfsabhängigen Steuerungssystems ohne Pflicht zur Wahl eines Primärarztes für alle Versicherten**<br><br>1. Notwendige Regelungen für ein bedarfsabhängiges Steuerungssystem<br>2. Folgen für die hausarztzentrierte Versorgung |

# I. AUSGANGSPUNKT: VERBINDLICHES PRIMÄRARZTSYSTEM IM KOALITIONSVERTRAG UND BESTEHENDE SELEKTIVVERTRAGLICHE HZV

# 1. Verpflichtendes Primärarztsystem bei freier Arztwahl

## Primärarztsystem im Koalitionsvertrag

Gleiss Lutz

> *„Zu einer möglichst zielgerichteten Versorgung der Patientinnen und Patienten und für eine schnellere Terminvergabe setzen wir auf ein verbindliches Primärarztsystem bei freier Arztwahl durch Haus- und Kinderärzte in der Hausarztzentrierten Versorgung und im Kollektivvertrag. Ausnahmen gelten bei der Augenheilkunde und der Gynäkologie. Für Patientinnen und Patienten mit einer spezifischen schweren chronischen Erkrankung werden wir geeignete Lösungen erarbeiten (zum Beispiel Jahresüberweisungen oder Fachinternist als steuernder Primärarzt im Einzelfall). Die Primärärztinnen und Primärärzte oder die von den Kassenärztlichen Vereinigungen (KV) betriebene Rufnummer 116 117 stellen den medizinisch notwendigen Bedarf für einen Facharzttermin fest und legen den dafür notwendigen Zeitkorridor (Termingarantie) fest. Wir verpflichten die KV, diese Termine zu vermitteln. Gelingt dies nicht, wird der Facharztzugang im Krankenhaus ambulant für diese Patientinnen und Patienten ermöglicht. Zudem schaffen wir die flächendeckende Möglichkeit einer strukturierten Ersteinschätzung über digitale Wege in Verbindung mit Telemedizin.“*

Koalitionsvertrag von CDU, CSU und SPD (2025), Zeilen 3378–3389, Herv. nur hier

# 1. Verpflichtendes Primärarztsystem bei freier Arztwahl

## Unterschiedliche Modelle eines verbindlichen Primärarztsystems

Gleiss Lutz

### Modell 1

- **Verpflichtende Wahl** eines Primärarztes durch alle Versicherten
- Primärarzt ist vor Inanspruchnahme von Fachärzten zu konsultieren
- Freie Arztwahl nur noch bezogen auf die **Wahl des Primärarztes**

**I.1.1.1. Wahlpflicht**

### Modell 2

- **Bedarfsabhängiges Steuerungssystem** ohne Wahlpflicht
- Vermittlung organisiert Termine bei Haus- oder Fachärzten nach medizinischem Bedarf
- **Überweisungserfordernis** für Facharzttermine – ggf. ohne physischen Hausarztkontakt (116 117)

**I.1.1.2. Bedarfssteuerung**

# 2. Vorhandene Regelung der HzV in § 73b SGB V

## Streitpunkt: Fortbestand des § 73b SGB V

**HzV und Kollektivvertrag im Koalitionsvertrag nebeneinander – unveränderter Fortbestand nicht vorgegeben**

### Hausärzteverband

- HzV als selektivvertraglich organisierte **„alternative Regelversorgung“** unverändert beibehalten
- Einschließlich Kontrahierungszwang, Schiedsverfahren und Fortgeltungsregelungen
- Ablehnung einer zentralen Ersteinschätzung „an den Hausarztpraxen vorbei“

**Fortbestand**

### GKV-SV und TK

- GKV-SV: verpflichtendes Angebot von HzV-Verträgen **„klarer Widerspruch“** zu kollektivvertraglicher Primärversorgung
- TK: kein paralleles Steuerungssystem in Form der HzV mehr erforderlich
- TK: **Kontrahierungszwang** muss entfallen

**Wegfall des Pflichtangebots**

# 2. Vorhandene Regelung der HzV in § 73b SGB V

## Struktur des § 73b SGB V im Überblick

**1 – Abs. 1 – Angebotspflicht**

- Krankenkassen haben ihren Versicherten eine HzV **anzubieten**
- Seit GKV-OrgWG (1.1.2009): Vertragspflicht ggü. Gemeinschaften von mind. der Hälfte der Allgemeinärzte im KV-Bezirk

**2 – Abs. 2 – Qualitäts-anforderungen**

- Anforderungen **über** G-BA- und BMV-Vorgaben hinaus
- Qualitätszirkel Arzneimitteltherapie, evidenzbasierte Leitlinien, Fortbildung, Qualitätsmanagement

**3 – Abs. 3 – Teilnahme der Versicherten**

- Teilnahme **freiwillig**
- Bindung an den Hausarzt für mind. ein Jahr
- Fachärzte nur auf **Überweisung** (außer Augen- und Frauenärzte)

**4 – Abs. 4 S. 1, 2; Abs. 4a**

- **Kontrahierungs-zwang** gegenüber der qualifizierten Gemeinschaft
- **Schiedsverfahren**: Schiedsperson legt den Vertragsinhalt fest

**5 – Abs. 4 S. 6; Abs. 7**

- Einschränkung des **Sicherstellungs-auftrags** der KV
- **Bereinigung** der Gesamtvergütung

# 2. Vorhandene Regelung der HzV in § 73b SGB V

Gleiss Lutz

- Normzweck seit GMG (2004): Qualität und Wirtschaftlichkeit durch Stärkung der **Steuerungs- und Lotsenfunktion des Hausarztes sowie der kontinuierlichen Betreuung**

  → HzV ist schon heute ein auf Freiwilligkeit (‚Einschreibemodell') basierendes **Primärarztsystem**



# 3. Kurzüberblick über Evaluation und Beurteilung der Hausarztverträge

## Evaluation

### Uneinheitliche Evaluationslage

#### AOK Baden-Württemberg

*Univ. Heidelberg/Frankfurt, Evaluation über zwölf Jahre*

- 2022: über **1,36 Mio.** vermiedene unkoordinierte Facharztkontakte
- Rund **eine** vermiedene vermeidbare Krankenhausaufnahme je 100 Versicherte
- 2021: **–4,3 %** Gesamtausgaben bei rund +51 % hausärztlichen Ausgaben



#### TK-HzV-Bundesverträge

*HCHE Hamburg, April 2026*

- Keine wesentliche Verbesserung bei Steuerung, Wirtschaftlichkeit und Versorgungsqualität
- Mehrausgaben **186 €** (ITT) bzw. **122 €** (PP) je Teilnehmer und Jahr

### Einordnung

- Unterschiedliche **Vertragsmodelle** untersucht – AOK BW bindet zusätzlich Facharztverträge ein
- Positive Befunde überwiegend aus Beobachtungs- und Routinedaten; Evaluationen teils von Vertragspartnern mitfinanziert
- Forderung nach unabhängiger Gesamtbewertung

### Folgerungen

- Evaluationsergebnisse **uneinheitlich** – auch wegen unterschiedlicher Vertragsmodelle
- Konvergenz beider Studien: **bestimmte Patientengruppen** profitieren besonders: Ältere, chronisch kranke und multimorbide Versicherte, v. a. bei kardiovaskulären Erkrankungen, Diabetes, COPD

# 3. Kurzüberblick Evaluation und Beurteilung der Hausarztverträge

| | |
|---|---|
| **Inkonsistente Grundkonzeption** | ▪ Die eigentümliche, nur durch die Entstehungsgeschichte erklärbare Ausgestaltung der HzV in § 73b SGB V als Selektivvertrag mit durch Schiedsverfahren durchsetzbarem Vertragsabschlussanspruch qualifizierter Gemeinschaften ist inkonsistent.<br>▪ Der Wettbewerbsgedanke der selektivvertraglichen Gestaltung steht im Widerspruch zum Vertragsabschlussanspruch mit Quasi-Monopol qualifizierter Gemeinschaften. |
| **Folgeprobleme der Doppelstrukturen** | ▪ Die Gestaltung mit dem Aufbau von Doppelstrukturen löst zahlreiche Folgeprobleme aus, insbesondere:<br>– Notwendigkeit der **Bereinigung** der Gesamtvergütung bei Vollversorgungsverträgen<br>– Durch Bereinigung reduzierte MGV führt zu geringeren Mitteln des Strukturfonds nach § 105 SGB V<br>– Finanzierung der KVen aus der reduzierten Gesamtvergütung mit potentiell steigenden Beitragssätzen und ungleicher Belastung (s. Beschluss 99. GMK 10.06./11.06.26 TOP 7.05)<br>– Einschränkung des **Sicherstellungsauftrags** der KV<br>– Asymmetrie der Risikoverteilung des Schiedsverfahrens konterkariert Kompromisslösungen und provoziert Schiedsverfahren |

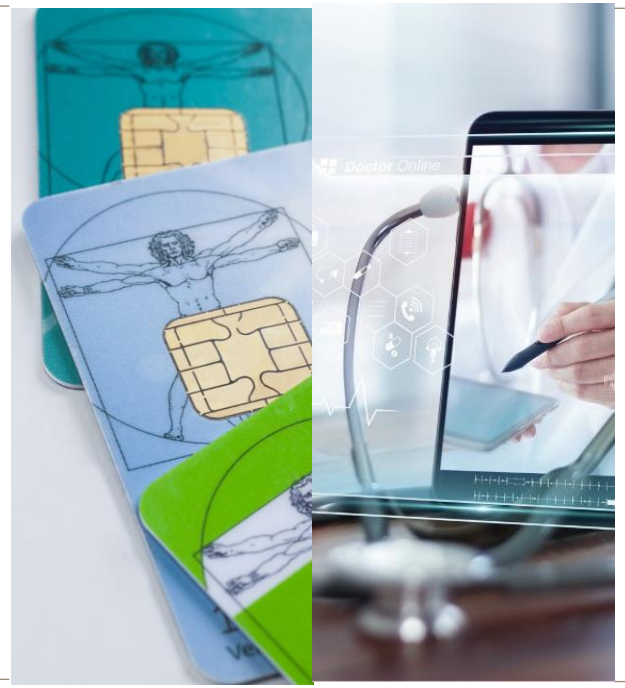
# 3. Kurzüberblick über Evaluation und Beurteilung der Hausarztverträge

## Asymmetrie der Risikoverteilung im Schiedsverfahren

### Krankenkasse

- **Umfassender Zwang**: Rechtsanspruch der Gemeinschaft auf Vertragsabschluss
- Durchsetzung im von der Gemeinschaft angestrengten Schiedsverfahren
- KK trägt das Risiko eines ungünstigen Schiedsspruchs mit Bindung an den festgesetzten Vertrag **vollständig**

**Bindung an Schiedsspruch**



### Ärzteseite

- Gemeinschaft entscheidet allein über das „Ob“ (**§ 73b Abs. 4 Satz 2 SGB V**)
- Ärzte an das Ergebnis **nicht gebunden** – „Vertreten“ nicht im Rechtssinne, „Mandatierung“ genügt (BSG, 25.03.2015 – B 6 KA 9/14 R, Rn. 64 ff.), „soziale Mächtigkeit“ der Gemeinschaft
- Ungünstiger Schiedsspruch wird durch **Nichtteilnahme** neutralisiert

**Faktisch keine Bindung an Schiedsspruch**

Ungleiche Risikoverteilung reduziert Einigungsbereitschaft und provoziert Schiedsverfahren

# 4. Zwischenfazit und offene Frage



## Befund

- HzV ist ein **freiwilliges Primärarztsystem** mit gesetzlichem Angebotszwang und Vertragsabschlussanspruch
- Nutzen **vertragsabhängig**, für bestimmte Patientengruppen belegt
- Rechtliche Ausgestaltung führt zu **Doppelstrukturen mit Folgeproblemen**

## Maßstab

- Fortbestand des Regelungsmodells entscheidet sich an der **Ausgestaltung der Regelversorgung**
- Modell 1: Wahlpflicht für alle Versicherten – Modell 2: bedarfsabhängige Steuerung

## Offene Frage

- Nicht „HzV ja oder nein“, sondern: **Welche Funktion bleibt der HzV in welchem Modell?**

# II. REGELUNGSBEDARF UND VERHÄLTNIS VON REGELVERSORGUNG UND HZV BEI UMSETZUNG EINES VERPFLICHTENDEN PRIMÄRARZTSYSTEMS IN DER REGELVERSORGUNG

Gleiss Lutz

# 1. Notwendige Regelungen für ein verpflichtendes Primärarztsystem

## Drei Regelungskomplexe des Primärarztsystems



### Wahlpflicht der Versicherten

Freie Wahl, aber verpflichtende Zuordnung zu einem betreuenden Primärarzt

II.1.1



### Materielle Mindeststandards

Gesetzlich definierter Inhalt der primärärztlichen Versorgung

II.1.2



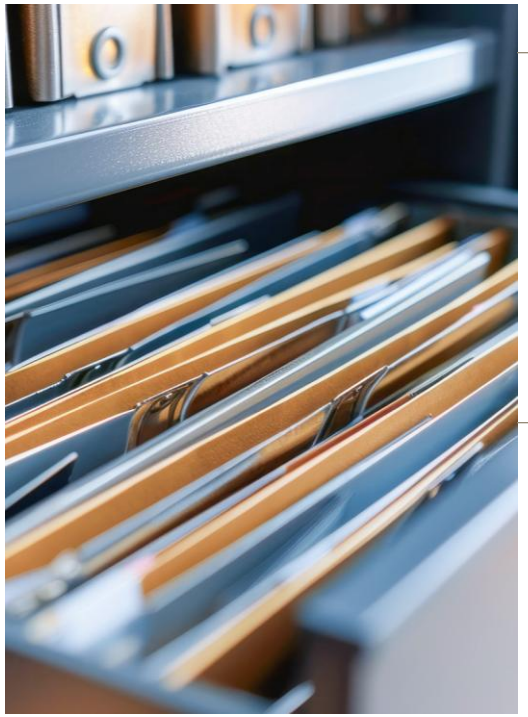
### Angebotspflicht der Ärzte

Hausärztliche Vertragsärzte müssen die Koordinierungs- und Steuerungsfunktion anbieten

II.1.3

# 1.1. Wahlpflicht des Versicherten für einen betreuenden Primärarzt

## Modifikation des § 76 SGB V



- Freie Arztwahl konzentriert auf die **Wahl des Primärarztes** (Modifikation § 76 SGB V); Fachärzte nur auf dessen Überweisung – Vereinbarkeit mit Art. 2 Abs. 1, 3 Abs. 1 GG der Versicherten sowie Art. 12 Abs. 1 GG der Fachärzte dürfte gegeben sein

- Ausnahmen sachgerecht **durch den Gesetzgeber** zu regeln, z.B. für Augenheilkunde, Gynäkologie, Erkrankungen mit dauerhaftem fachärztlichem Behandlungsbedarf, nach überwiegender Forderung Psychotherapie sowie Notfälle

**Zu regeln: Bindungsdauer, Wechselrecht aus wichtigem Grund, Rechtsfolgen von Pfadabweichungen**

Gleiss Lutz

# 1.2. Materielle Mindeststandards der primärärztlichen Versorgung

## Regelungsauftrag an den Gesetzgeber

## Materielle Mindeststandards der primärärztlichen Versorgung



### Gesetzliche Festlegung

- Der Gesetzgeber sollte die **Mindestinhalte des Primärarztauftrags** selbst festlegen

### Mindestinhalte

- **Koordinationsfunktion**, **Überweisungsbindung** und Ausnahmen, Ausgestaltung der **Termingarantie**
- Überführung der Anforderungen des § 73b Abs. 2 SGB V (Qualitätszirkel, Leitlinien, Fortbildung, QM); Rückmelde- und Terminprozesse; Jahrespauschalen

# 1.3. Angebotspflicht der Vertragsärzte

## Pflicht der hausärztlichen Vertragsärzte zum Primärarztangebot



### Adressaten

- Hausärztlich tätige Vertragsärzte nach **§ 73 Abs. 1a SGB V**: Allgemeinärzte, Kinder- und Jugendärzte, hausärztlich tätige Internisten
- Müssen die **Koordinierungs- und Steuerungsfunktion** verpflichtend anbieten

### Folgen

- Zulassung zur hausärztlichen Versorgung muss den **Primärarztauftrag** umfassen
- Fachärzte: Inanspruchnahme ohne Überweisung außerhalb der Ausnahmen nicht mehr Teil der Regelversorgung

### Offene Fragen

- Ist ein Primärarztsystem mit Verpflichtung aller Versicherten zur Wahl eines Primärarztes und strikter Überweisungsbindung tatsächlich angesichts der absehbar verfügbaren Allgemeinärzte realisierbar?
  - Allein in Baden-Württemberg fehlen nach Angaben der KV rund **1.000 Hausärzte**
  - Flankierende Regelungen zu Kapazität, Delegation und Teampraxis; Sicherstellungsverantwortung der KV (§ 75 SGB V)?

# 2. Folgen für die hausarztzentrierte Versorgung

## 2.1. Probleme einer Parallelstruktur



### 1. Abgrenzung

- Zwei funktional gleiche Steuerungssysteme
- Kein versorgungsrechtlicher Grund, wohl aber ein **Kostengrund**



### 2. Doppelung

- Zwei Vergütungs-, Abrechnungs- und QS-Systeme
- **Bereinigung** nach § 73b Abs. 7 SGB V
- Widerspruch zum Bürokratieabbau



### 3. Sicherstellung

- Einschränkung nach **§ 73b Abs. 4 Satz 6 SGB V** ohne Rechtfertigung, wenn kein Mehrwert



### 4. Vertragsmacht

- Privater Verband lässt Inhalte eines Ersatz-Regelsystems per **Schiedsperson** festsetzen
- Asymmetrie würde fortgeschrieben



### 5. Orientierung

- „KV-Primärarzt“ vs. „HzV-Hausarzt“
- HÄV warnt vor „**Chaotisierung**“

# 2.2 Fakultative HzV als Add-on-Vertrag

Fakultatives Selektivvertragsangebot ohne Vertragsabschlussanspruch und Schiedsverfahren

## 1 Zusätzliche Inhalte

- **§ 73b Abs. 2 SGB V** als Tatbestandsvoraussetzung: Anforderungen über die **Mindeststandards des Primärarztsystems** hinaus
- Wer dasselbe zweimal anbietet, bietet nur einen zweiten Abrechnungsweg

## 2 Leitbild Add-on-Vertrag

- Baut auf dem Primärarztauftrag auf und vergütet den **Mehrwert**
- Keine Bereinigung bei Add-on-Leistungen; Einschränkung Sicherstellungsauftrag nach § 73b Abs. 4 Satz 6 SGB V entbehrlich
- Verantwortung bleibt bei der **KV**

## 3 Dreifache Freiwilligkeit

- Freiwillig für **Versicherte**, **Ärzte** und **Krankenkassen**
- Entfall des § 73b Abs. 1, Abs. 4 Satz 1, Abs. 4a und Abs. 5a SGB V
- Systematisch vergleichbar mit **§ 140a SGB V**

# 2.2 Fakultative HzV als Add-on-Vertrag

## Mögliche Mehrwerte der HzV; Fakultative HzV – Beispiele

Gleiss Lutz

**Facharztanbindung**

Garantierte Terminfristen und verbindliche Rückmeldungen (Baden-Württemberg)

**Prävention und Vorsorge**

Check-ups in kürzeren Intervallen, Früherkennungsmodule bei Diabetes

**VERAH und Praxisteams**

Hausbesuche, Case-Management für multimorbide und geriatrische Patienten

**Mehrwert liegt in den Zusatzinhalten**

**Erreichbarkeit**

Erweiterte Sprechzeiten, Abendsprechstunden, Videosprechstunde, Telemonitoring

**AMTS**

Strukturierte Arzneimitteltherapiesicherheit mit Medikationsanalyse bei Polypharmazie

**Finanzielle Vorteile**

Zuzahlungsermäßigungen oder Prämien

# III. REGELUNGSBEDARF UND VERHÄLTNIS VON REGELVERSORGUNG UND HZV BEI UMSETZUNG EINES BEDARFSABHÄNGIGEN STEUERUNGSSYSTEMS OHNE PFLICHT ZUR WAHL EINES PRIMÄRARZTES FÜR ALLE VERSICHERTEN

# 1. Notwendige Regelungen für ein bedarfsabhängiges Steuerungssystem

Keine Wahlpflicht – nach Diskussionsstand das wahrscheinlichere Modell

## Vermittlungspflicht

- Vor fachärztlicher Inanspruchnahme Primärarzt aufsuchen oder **standardisiertes Vermittlungssystem** nutzen (116 117, Hausarztpraxis)



## Überweisungserfordernis (?)

- Überweisung durch Hausarzt oder Vermittlungssystem, ggf. also keine ärztliche Überweisung, sondern Terminvergabe durch Vermittlungssystem als Zugangsvoraussetzung zum Facharzt
- Z.B. Vorschlag KBV: Strukturierte medizinische Ersteinschätzung, analoges Verfahren mit Termingarantie

# 2. Folgen für die hausarztzentrierte Versorgung

## 2.1. Pflichtangebot grundsätzlich weiterhin begründbar

| | |
|---|---|
| **Funktion** | ▪ **Kontinuierliche Betreuung** durch einen gewählten Hausarzt bleibt der HzV überlassen<br>▪ Vermittlungssystem steuert Behandlungsanlässe, **begleitet aber keine Patienten** |
| **Kontinuität** | ▪ Kontinuierliche Betreuung leistet nur **Primärarztbindung**<br>▪ Diese Funktion erfüllt die Regelversorgung in diesem Modell gerade nicht |
| **Folge** | ▪ **Angebotspflicht** behält ihren sachlichen Grund<br>▪ Auch **Kontrahierungszwang und Schiedsverfahren**, soweit sie die flächendeckende Verfügbarkeit des Betreuungsangebots sichern |

# 2. Folgen für die hausarztzentrierte Versorgung

## 2.1. Beschränkung auf geeignete Patientengruppen

### 1 Zweckreduktion

- Steuerung übernimmt das Vermittlungssystem; der HzV verbleibt die **dauerhafte Betreuung**
- Pflichtkern dort, wo die Betreuungsfunktion **nachweislich wirkt**: Chroniker, Multimorbide, Hochbetagte

### 2 Evidenz

- Positive Effekte bei **Diabetes, COPD, Herzinsuffizienz, KHK** und über 80-Jährigen
- TK-Evaluation: Mehrausgaben ohne messbaren Nutzen in der Gesamtpopulation
- Einbindung der DMP (§ 73b Abs. 5 SGB V) belegt Verzahnung mit Chronikerversorgung

### 3 Gegenposition

- De lege lata keine Diagnose- oder Morbiditätsvoraussetzung der Teilnahme
- De lege ferenda: Reichweite der Rechtfertigung eines **Pflichtangebots**
- Freiwilliges Angebot für alle Versicherten bleibt möglich

# ZUSAMMENFASSUNG

# Ergebnisse

## Zukunft der HzV als Folgefrage der Systementscheidung des Gesetzgebers

### Ausgangspunkt

- HzV ist ein **auf Freiwilligkeit beruhendes Primärarztsystem**; Fortbestand hängt von der Ausgestaltung der Regelversorgung ab
- Nutzen vor allem für ältere, chronisch kranke und multimorbide Versicherte

### Modell 1

- Wahlpflicht für alle: **sachliche Rechtfertigung des Pflichtangebots entfällt**
- § 73b SGB V als freiwilliges Selektivvertragsangebot - idealtypisch als **Add-on-Vereinbarung**

### Modell 2

- Bedarfsabhängige Steuerung: Regelungsmodell **grundsätzlich aufrechtzuerhalten – Pflichtangebot beschränkt auf bestimmte Patientengruppen**

# VIELEN DANK

für Ihre Aufmerksamkeit

# Standorte

Gleiss Lutz

## Berlin

Washingtonplatz 3
10557 Berlin
Deutschland

T +49 30 800979-0
F +49 30 800979-979

## Frankfurt

Taunusanlage 11
60329 Frankfurt
Deutschland

T +49 69 95514-0
F +49 69 95514-198

## München

Karl-Scharnagl-Ring 6
80539 München
Deutschland

T +49 89 21667-0
F +49 89 21667-111

## Brüssel

Rue de Loxum 25
1000 Brüssel
Belgien

T +32 2 551-1020
F +32 2 551-1039

## Düsseldorf

Dreischeibenhaus 1
40211 Düsseldorf
Deutschland

T +49 211 54061-0
F +49 211 54061-111

## Hamburg

Görtz-Palais
Neuer Wall 86
20354 Hamburg
Deutschland

T +49 40 460017-0
F +49 40 460017-28

## Stuttgart

Lautenschlagerstraße 21
70173 Stuttgart
Deutschland

T +49 711 8997-0
F +49 711 855096

## London

125 Old Broad Street
London EC2N 1AR
Vereinigtes Königreich

T +44 20 71709-800



*Disclaimer | Die Inhalte in dieser Präsentation sind vertraulich und ausschließlich für den internen Gebrauch bestimmt. Sie dienen lediglich zu Informationszwecken. Wir übernehmen keine Gewähr für die Richtigkeit, Vollständigkeit oder Aktualität der dargestellten Inhalte. Die Verwendung der Inhalte erfolgt auf eigene Verantwortung des Nutzers. Die Darstellung der Inhalte in der Präsentation zu Seminarzwecken erfolgt nicht öffentlich. Gleiss Lutz behält sich sämtliche Nutzungsrechte an den Inhalten vor. Die Vervielfältigung, Verbreitung und/oder öffentliche Wiedergabe der Inhalte ist untersagt.*