KBV
KASSENÄRZTLICHE
BUNDESVEREINIGUNG

PRIMÄRVERSORGUNG – ÄRZTLICHE AUFGABE ODER NEUES VERWALTUNGSUNGETÜM?

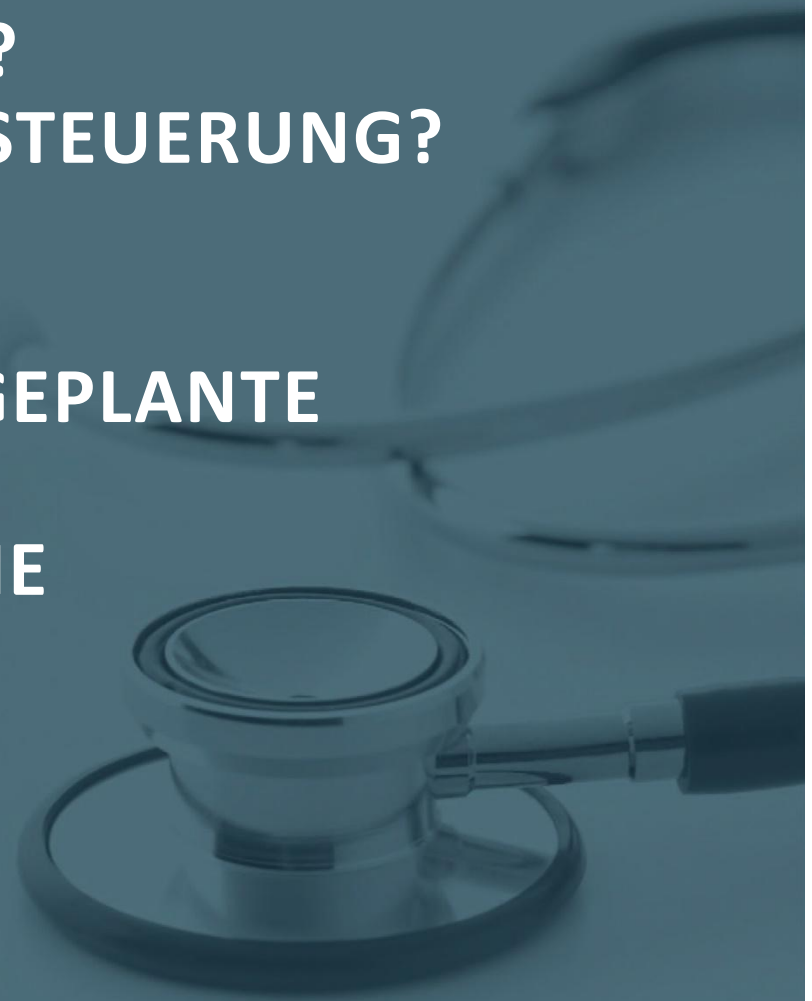
HERBSTSYMPOSIUM DER DEUTSCHEN GESELLSCHAFT FÜR KASSENARZTRECHT
19. NOVEMBER 2026



DR. ANDREAS GASSEN
VORSITZENDER DES VORSTANDS

Intern

- ↗ PRIMÄRVERSORGUNG: WAS IST DAS ZIEL?
- ↗ WENIGER ARZTKONTAKTE DURCH MEHR STEUERUNG?
- ↗ PRIMÄRVERSORGUNG VS. PRIMÄRARZT
- ↗ DAS KBV-MODELL
- ↗ (NICHT NUR) RECHTLICH FRAGWÜRDIG: GEPLANTE TERMINMELDEPFLICHT
- ↗ FRAGEN FÜR DIE DISKUSSION: RECHTLICHE SOLLBRUCHSTELLEN



Primärversorgung: Was ist das Ziel?

- Zugangsbegrenzung/Gatekeeping?
- Schnellere Termine/kürzere Wartezeiten?
- Weniger Kosten?
- Bessere Versorgung?
- …?

Am liebsten:



Qualität statt Quote muss das Ziel sein

- Starre Quoten oder Zeitvorgaben gehen am eigentlichen Thema vorbei.
- Beispiel: Was heißt politisches Schlagwort „Termingarantie“?
  - „Garantie“ für wen?
  - Was passiert bei fachärztlicher Inanspruchnahme ohne Überweisung?
  - Öffnung der Krankenhäuser als „Überlaufbecken“?
  - Verbindlichkeit?
  - Umgang mit „No-Shows“?
  - Vergütung?


Maximal drei Wochen Wartezeit

Miersch fordert Recht auf schnelle Facharzt-Termine


CSU legt Vorschläge zur Primärversorgung vor

Hausärzte sollen 80 Prozent der Fälle selbst behandeln

Nach der SPD-Bundestagsfraktion positioniert sich auch die CSU zum geplanten Primärversorgungssystem. Hausärzte sollen künftig rund 80 Prozent der Behandlungsfälle abschließend versorgen. Zugleich fordert die Partei Ausnahmen vom

Weniger Facharztkontakte durch hausärztliche Steuerung?

- Mehr als zwei Drittel der hausärztlich versorgten Patienten werden im Jahresverlauf auch fachärztlich behandelt. (Quelle: Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung)
- Auch die HZV ändert daran nichts.
  - Evaluation HZV Baden-Württemberg: keine Verringerung der Gesamtzahl fachärztlicher Kontakte im Vergleich zur Regelversorgung.
  - Aber: Fachärztliche Inanspruchnahme wird besser koordiniert.
- Internationale Studien zeigen, dass in anderen Primärversorgungssystemen je nach Ausgestaltung mindestens ein Drittel und bis zwei Drittel der Patienten eine fachärztliche Mitversorgung benötigen.
- Mehrfach-Inanspruchnahme einer Fachrichtung findet vor allem im hausärztlichen Bereich statt:
  - Rund 30 % der Versicherten waren bei zwei Hausarztpraxen,
  - rund 10 % bei drei und mehr Hausarztpraxen.

Wie hoch ist der tatsächliche Steuerungsbedarf?

Fachärztliche Inanspruchnahme

- 21 Mio. GKV-Versicherte (29 %) verhalten sich aktuell komplett gesteuert im Sinne des Koalitionsvertrages.*
- 4,7 Mio. (6,4 %) sind ausschließlich beim Facharzt und dies ohne Überweisung.

  Dies betrifft 11 Mio. Behandlungsfälle.
- 30 Mio. GKV-Versicherte (41 %) haben zwar einen Hausarzt, sind aber auch ohne Überweisung in fachärztlicher Behandlung.

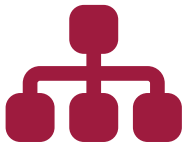
  Dies betrifft 91,4 Mio. Behandlungsfälle.
- Im fachärztlichen Bereich zeigen sich insgesamt 102 Mio. Behandlungsfälle ohne Überweisung.
- Bei den meisten FA-Gruppen gibt es nur wenig fachgleiche Mehrinanspruchnahme.

* 8,5 Mio. nur beim HA + 6 Mio. nur auf Überweisung beim FA + 6,8 Mio. nur bei Gyn. und Augen ohne Überweisung

Quelle: Zi

Primärversorgung oder primärärztliche Steuerung?

PRIMÄRVERSORGUNG



- ⚠ breiter Zugangsbegriff
- ⚠ digitale und nichtärztliche Instanzen möglich
- ⚠ Gefahr paralleler Verantwortungs-strukturen (und dadurch Mehr-Inanspruchnahme)

PRIMÄRÄRZTLICHE STEUERUNG



- ✓ Haus- und Kinderarztpraxen als Regelfall
- ✓ 116117 für Akutversorgung und Patienten ohne feste Praxis
- ✓ qualifizierte Überweisung und definierte Direktzugänge

Ersteinschätzung: Digital ersetzt nicht den Arzt

DIGITALE ERSTEINSCHÄTZUNG

- ✓ Symptomangaben
- ✓ strukturierte Fragen
- ✓ ePA-Daten
- ✓ Regel- oder Risikopfad

Ersteinschätzung: digital möglich

ÄRZTLICHE BEURTEILUNG

- ✓ Krankheitsverlauf
- ✓ nonverbale Hinweise
- ✓ Komorbidität und Kontext
- ✓ Abweichung vom Schema

Diagnose: ärztliche Aufgabe

› Navigation ohne Verantwortung ist nur Routing.

› Versorgung braucht Kontext und eine zurechenbare Entscheidung – nicht nur einen digitalen Pfad.

Selbstständige Praxis als Auftragnehmer?



› Wer trägt die Folgen einer Fehlsteuerung?

KBV-Konzept: Ambulant UND digital

PATIENT → In der Regel HAUS-/ KINDERARZTPRAXIS → QUALIFIZIERTE eÜBERWEISUNG → FACHARZT

› Direktzugang bleibt sinnvoll, insbesondere: Gynäkologie · Augenheilkunde · Psychotherapie



Akut / keine feste Praxis: 116117

medizinische Ersteinschätzung + Vermittlung
(oder alternative Lösung, z. B. Selbstbehandlung)

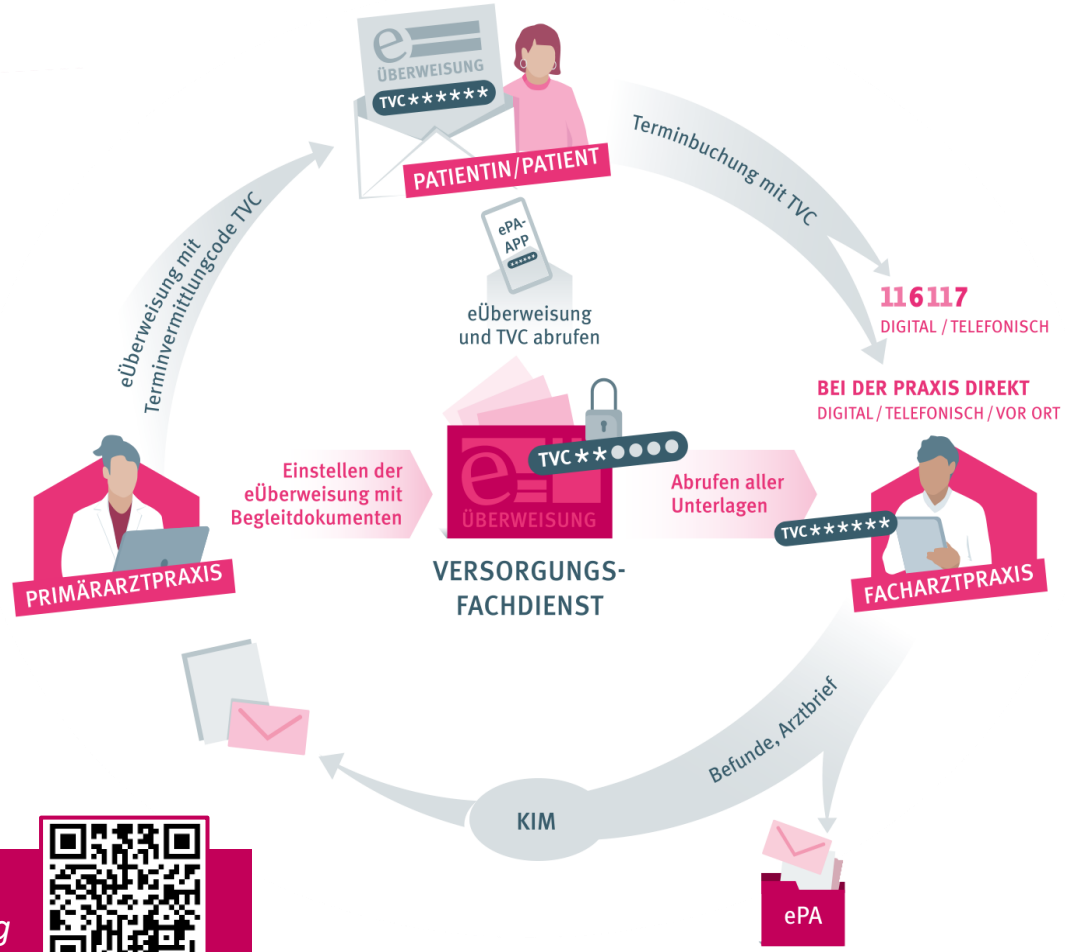


› Digitalisierung als unterstützende Infrastruktur – nicht Instanz.

eÜberweisung: zentrales Tool in einem gesteuerten System

- Heute ca. 70 Mio. Überweisungen/Jahr
- In primärärztlichem System perspektivisch ca. 170 Mio. Überweisungen/Jahr
- Zentrales Instrument: qualifizierte (elektronische) Überweisung
- Mehr als „digitalisierte Version“ von Muster 6: Informationsfluss HA => FA
- Unabhängig von ePA: eigener „Versorgungsfachdienst“ in der TI
- Terminvermittlung per Code (TVC)

➡ zentrales Instrument zur **bedarfsorientierten Patientensteuerung**



Weitere Informationen: KBV-Themenseite eÜberweisung

(Nicht nur) Rechtlich fragwürdig: die geplante Terminmeldepflicht

- Geplante Änderung im Rahmen der Notfallreform: verpflichtende Meldung von Terminen
  - KV legt Umfang im Einvernehmen mit Krankenkassen fest.
  - Frist 1. März 2027 – ohne Festlegung entscheidet Schiedsamt; bisherige Vorgaben gelten zunächst fort.
  - Gesetzlich keine Obergrenze (theoretisch 100 Prozent möglich mit Folgen für Bestandspatienten)
  - Keine geregelte Ausfallvergütung; TSS-Zuschläge entfallen.
- Juristische Bewertung der KBV: Eingriff in verfassungsrechtlich garantierte Berufsausübungsfreiheit

➡ **bedarfsgerecht, praxistauglich und rechtlich tragfähig?**

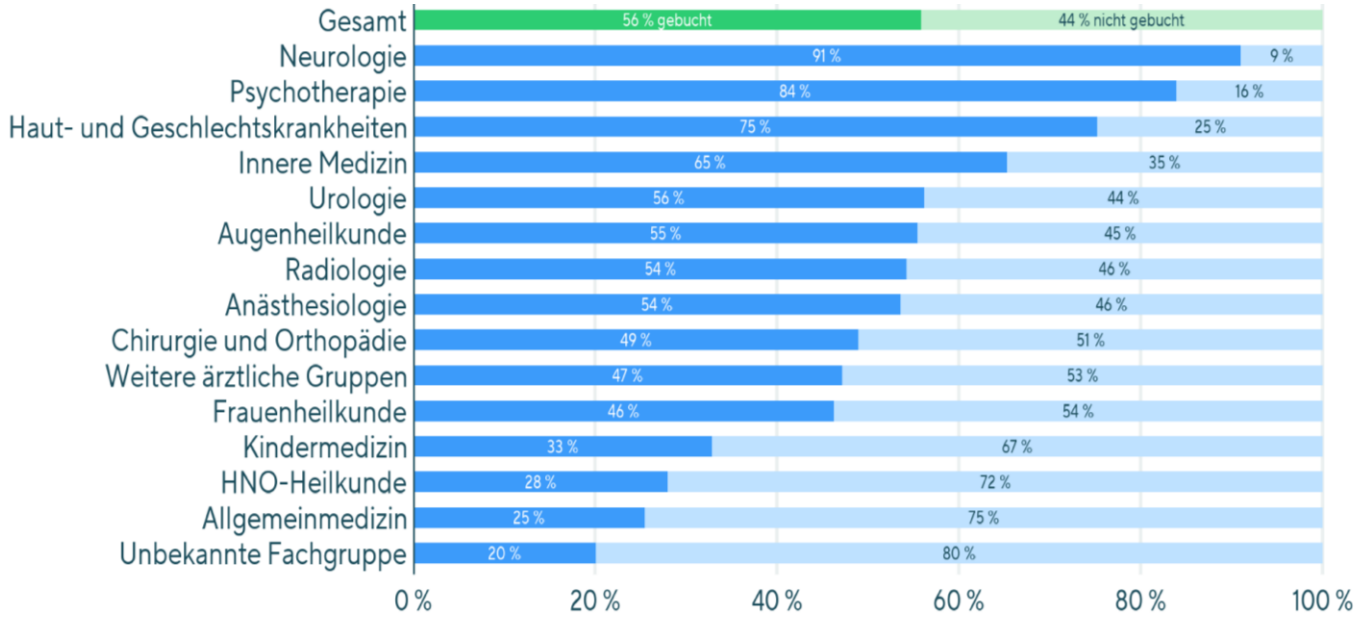


© KBV/magnific

Terminmeldungen: Schon heute nur gut die Hälfte vergeben

› Nutzung der über die Terminservicestellen (TSS) angebotenen Arzttermine nach Fachgruppen (zwischen Oktober 2025 und September 2026)

- › 3,58 Mio. angebotene Termine, davon 2,00 Mio. gebucht
- › 44 Prozent der angebotenen TSS-Termine bleiben ungenutzt.
- › Davon 75 % in der Allgemeinmedizin.



Datenbasis: 116117-Terminservice der Kassenärztlichen Vereinigungen (10/2025 bis 09/2026) Quelle: Zi

Die rechtlichen Sollbruchstellen

1 ENTSCHEIDUNG

Wer nimmt eine medizinische Bewertung vor – und auf welcher Rechtsgrundlage?

2 VERANTWORTUNG

Wer trägt das Risiko einer Fehlpriorisierung oder Fehlzuweisung?

3 SICHERSTELLUNG

Wie verhalten sich zentrale Plattformen zum Auftrag der KVen?

4 DATEN

Welche ePA-Daten dürfen für Navigation und Priorisierung genutzt werden?

5 BINDUNG

Welche Folgen hat es, wenn Patienten den Steuerungsweg umgehen?

6 VERGÜTUNG

Wie werden Koordination, Vorhaltung und zusätzliche Kontakte finanziert?



Je zentraler die Steuerung, desto präziser muss die Verantwortung gesetzlich zugeordnet werden.

DEUTSCHLAND MUSS #PRAXENLAND BLEIBEN

Praxenland.de