Die Primärversorgung – Konsequenzen eines Überweisungsvorbehaltes für Patienten und Leistungserbringer

Herbstsymposium der Deutschen Gesellschaft für Kassenarztrecht, Berlin, 19. November 2026; Dr. Anne Barbara Lungstras, Richterin am LSG Berlin-Brandenburg

Überweisung als Steuerungsinstrument: Ein Überweisungsvorbehalt steuert die Versorgung gesetzlich Versicherter: Vor der Inanspruchnahme der Leistung steht die ärztliche Prüfung ihrer Erforderlichkeit durch eine Überweisung (§ 24 BMV-Ä). Die Versicherten können die betroffenen Leistungen damit in diesen Fällen nicht unmittelbar nach eigener Einschätzung in Anspruch nehmen.

Eingeschränkte Arztwahl und Vergütungsrisiko: Der Überweisungsvorbehalt schränkt die freie Arztwahl ein (§ 76 SGB V, § 13 Abs. 3 BMV-Ä). Ohne erforderliche Überweisung besteht – im Fall eines Überweisungsvorbehalts – außer bei akuter Behandlungsbedürftigkeit keine Behandlungspflicht („begründeter Fall“ i. S. d. § 13 Abs. 7 BMV-Ä). Behandeln die Vertragsärztinnen und Vertragsärzte dennoch im Rahmen der Sachleistung, riskieren sie eine ausbleibende Vergütung, unabhängig von der medizinischen Notwendigkeit der erbrachten Leistung.

Schon bestehende Überweisungsvorbehalte: Überweisungsvorbehalte sind in Teilbereichen der Versorgung bereits etablierte Steuerungselemente: Diagnostische Leistungen: § 13 Abs. 4 BMV-Ä (vgl. zur Vereinbarkeit mit der Verfassung BVerfG, Kammerbeschluss vom 17. Juni 1999 – 1 BvR 1500/97); hausarztzentrierte Versorgung: § 73b Abs. 3 Satz 2 SGB V. Ermächtigungen: Nach § 31 Abs. 7 Ärzte-ZV kann der Zulassungsausschuss einen Überweisungsvorbehalt festlegen und zusätzlich den überweisungsberechtigten Ärztekreis beschränken („Facharztfilter“). U. a. auch die Inanspruchnahme der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung (§ 116b SGB V) oder der Hochschulambulanzen (§ 117 SGB V) kann unter einem Überweisungsvorbehalt stehen.

Geplanter Zugang zur fachärztlichen Versorgung: Im geplanten Primärversorgungssystem soll der Facharztzugang grundsätzlich eine Überweisung oder eine anderweitige medizinische Ersteinschätzung (z. B. über die „116117“ oder eine ePA-App) voraussetzen. Geplante Ausnahmen betreffen die Fachbereiche der Gynäkologie, Augenheilkunde, Zahnheilkunde sowie Notfälle und Vorsorgeleistungen.

Behandlung ohne Überweisung: Trotz der geplanten weiteren Zugangswege wird es nicht auszuschließen sein, dass Versicherte auch ohne Überweisung in fachärztlichen Praxen erscheinen. Die Vertragsärztinnen und Vertragsärzte haben dann – außerhalb der Fälle der akuten Behandlungsbedürftigkeit – letztlich drei Möglichkeiten: Sie können eine

Behandlung ablehnen, im Rahmen der Sachleistung behandeln oder die Versicherten auf die Selbstzahlersprechstunde verweisen. Behandeln sie die Versicherten im Rahmen der Sachleistung, tragen sie das Vergütungsrisiko. Erfolgt die Behandlung als Selbstzahlerleistung, müssen die Voraussetzungen des § 18 Abs. 8 BMV-Ä erfüllt sein. Eine Einflussnahme zugunsten einer privaten statt einer zustehenden GKV-Leistung ist unzulässig (§ 18 Abs. 8 Satz 2 BMV-Ä; § 128 Abs. 5a SGB V). Weitere Beschränkungen der Selbstzahlerleistungen müssten ausdrücklich geregelt werden.

Grenzen der Kostenerstattung: Bei fehlender Überweisung ist die Kostenerstattung nach § 13 Abs. 3 SGB V kein verlässlicher Ausweg. Ein geltend gemachtes „Systemversagen“ und zumutbare Zugangsbemühungen sind im Einzelfall zu prüfen. Auch § 13 Abs. 2 SGB V beseitigt den Überweisungsvorbehalt nicht.

Primärversorgende Praxen entlasten: Primärversorgende Praxen dürfen nicht zum Flaschenhals des Systems werden. Dafür sind mehrere Ansätze wichtig: Neben alternativen Zugängen (z. B. über die „116117“ oder die ePA-Apps) sind auch mögliche Delegationen und Substitutionen (Stichwort: „Verahs“) innerhalb der Praxen weiter zu diskutieren. Auch Video-Überweisungssprechstunden können, abhängig von der Ausstattung der Praxis, hilfreich sein. Ihre Vereinbarkeit mit § 9 Abs. 3 der Anlage 31c BMV-Ä bleibt zu prüfen. Die bisher erfolgten finanziellen Anreize oder Entlastungen (Zuschläge zur Vorhaltepauschale, Entbudgetierung hausärztlicher Leistungen seit Oktober 2025 und quartalsübergreifende Chronikerpauschale) garantieren kein größeres Terminangebot. Zur Entlastung könnte die Reduzierung von Wiederholungskontakten bei chronischen Erkrankungen führen, z. B. mit einer bis zu einem Jahr gültigen Überweisung. Eine weitere Gestaltungsoption kann bei bestimmten chronischen Erkrankungen z. B. auch die Einbeziehung fachärztlich tätiger Internistinnen und Internisten in den Kreis der primärversorgenden Ärztinnen und Ärzte sein.