kvt
Kassenärztliche
Vereinigung Thüringen

13. Sitzung der Vertreterversammlung der KV Thüringen 2023 - 2028

am 6. September 2025 in Weimar

Bericht des Vorstandes

Teil II

Berichterstatter:

Dr. med. Thomas Schröter

Liebe Kolleginnen und Kollegen, sehr geehrte Damen und Herren,

mein heutiger Beitrag konzentriert sich auf ein einziges, dafür recht komplexes Thema, zu welchem man angesichts der Fülle von Stellungnahmen und Einzelmeinungen leicht den Überblick verlieren kann.

Verpflichtendes Primärarztsystem

In den nächsten 15 Minuten will ich versuchen, Ihnen einen Überblick über die derzeit relevanten Vorstellungen bzw. Vorschläge zur Patientensteuerung zu geben. Es geht dabei um das Meinungsspektrum in der Öffentlichkeit, nachdem vor nunmehr vier Monaten im Koalitionsvertrag von CDU/CSU und SPD das Primärarztsystem als gesundheitspolitisches Großprojekt der Regierung verankert wurde.

Der Thüringer KV-Vorstand hatte sich unmittelbar nach der Bundestagswahl 2024 als Befürworter von mehr Patientensteuerung stark exponiert und auch in die Positionierung des KV-Systems zu den Plänen der neuen Regierungskoalition aktiv eingebracht. Ich beginne deshalb mit dem Mehrheitsbeschluss (ca. 50 : 7 : 3) der KBV-Vertreterversammlung in Leipzig vor dem Ärztetag im Mai, hinter dem wir als Thüringer KV-Vorstand unverändert stehen. Dieser Beschluss basierte auf der Prämisse, dass ein Primärarztsystem in Deutschland als Regierungskonsens politisch gesetzt ist und dass eine Fundamentalopposition gegen dieses Vorhaben ins politische Abseits führen würde. Es bestand große Einmütigkeit, dass sich die verfasste Ärzteschaft um aktive Mitwirkung an einer sinnvollen Gestaltung des Regelwerkes hinter dem Schlagwort „Primärarztsystem“ bemühen sollte, statt sich nur auf Kritik und Bedenken oder Ablehnung in toto zurückzuziehen.

Kurzgefasst beinhaltet das KBV-Beschlusspapier unter dem Titel „Ambulant passgenau versorgt“ folgende Punkte:

- Primärarztversorgung mit Erhalt der freien Arztwahl durch Hausärzte, Kinder-/Jugendärzte **und Frauenärzte** soll der Regelfall während der üblichen Sprechstundenzeiten sein.
- Der freie Zugang zur Augenärzten **und Psychotherapeuten** soll dabei erhalten bleiben.
- Der Zugang zu weiteren Fachärzten wird gesteuert: entweder durch Überweisung vom Primärarzt oder über eine telemedizinische Ersteinschätzung (116 117), dabei definieren Primärarzt oder ein standardisiertes Ersteinschätzungsverfahren die Notwendigkeit und Dringlichkeit des Facharzttermins. Dann folgt entweder freie Facharztwahl mit individueller Terminvereinbarung oder die Terminvermittlung über eine Plattform ohne Wunscharztwahl.

- Die Systemänderung erfordert implizit eine Entbudgetierung aller Fachärzte, die dieser neuen Zugangssteuerung unterliegen. Sonst würde absehbar in einen Budgetstau hinein gesteuert.
- Sonderregelung für definierte Chroniker-Gruppen: hier Bezugs(fach)arzt statt Primärarzt
- Das Konzept beinhaltet ein „Preisschild“ für die Leistung der primärärztlichen Steuerung, eine Vorhaltevergütung für Facharzttermine zur Vermittlung und eine Selbstbeteiligung der Patienten bei ungesteuerter Inanspruchnahme von Fachärzten.
- ambulante Notfall- und Akutversorgung außerhalb der Sprechzeiten: obligate Steuerung aller Konsultationen und Hausbesuche durch Vorschaltung der Ersteinschätzung (SmED)

Mit diesem **KBV-Konzept** werden einerseits die Eckpunkte aus dem Koalitionsvertrag umgesetzt, aber gleichzeitig das Problem einer drohenden Überforderung der absehbar lückenhafter werdenden hausärztlichen Versorgungsebene umschifft. Es ist mit der klaren Botschaft verbunden, dass es kein Geld einspart, weil es auch Geld kostet.

Das Konzeptpapier der **Bundesärztekammer** „Koordination und Orientierung in der Versorgung“ sieht ungefähr die gleichen Zugangswege zur fachärztlichen Versorgung vor. Der entscheidende Unterschied zum KBV-Papier ist hier der Vorschlag eines Einschreibemodells: „Alle Patientinnen und Patienten in Deutschland sollen für die primäre Inanspruchnahme ärztlicher Versorgung eine Arztpraxis verbindlich wählen.“

Aus den ärztlichen Verbänden kommen ganz unterschiedliche Positionen. Der **Hausärzt/innenverband** begrüßt das Primärarztsystem und hält die Hausarztzentrierte Versorgung nach § 73b SGB V (HzV) für den Königsweg. Er fordert, die HzV verpflichtend für alle einzuführen. Das bedeutet für Patienten: immer zuerst zum Hausarzt, ohne dessen Überweisung gibt es nur kinderärztliche, frauenärztliche oder augenärztliche Behandlung. Dem häufigen Verweis auf den Hausärztemangel in vielen Regionen mit der Gefahr von Engpässen begegnete man seitens der Vorsitzenden des Hausärzteverbandes mit der Ansage, es handele sich nur um zwei bis fünf zusätzliche Patienten pro Tag (das sind bis 300 im Quartal). Und sie gab in der BILD das „Versprechen: Das machen wir!“. Gynäkologen, die laut KBV-Vorschlag auch Primärärzte sein könnten, sind nach Auffassung des Verbandes als Koordinatoren nicht geeignet. Die Ersteinschätzung der 116 117 möchte der HÄV auf die Patientensteuerung im Notdienst beschränken und nicht als Alternative zur Hausarztpraxis in der Regelversorgung haben.
Unterstützung kommt aus der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin (DEGAM), die sich besonders vehement gegen Ausnahmen von der verpflichtenden hausärztlichen Steuerung ausspricht, hier insbesondere gegen den freien Zugang zur Psychotherapie und Psychiatrie.

Postwendend reagierte der **Spitzenverband der Fachärzte** mit gewohnter Polemik. „Niemand braucht in unserem Gesundheitssystem Hausärzte als Türsteher“ für den Zugang zur fachärztlichen Versorgung – lässt sich der Vorsitzende Dr. Heinrich zitieren. Gefordert wird der Erhalt des freien Zugangs ohne vorgeschaltete Primärversorgung z. B. zu Chirurgen, HNO-Ärzten und zur Psychotherapie. Bei Patienten, die einer fachärztlichen Behandlung über die Dauer von drei Monaten hinaus bedürfen, sollten Fachärzte eine koordinierende Betreuung übernehmen können. In diesem Sinne argumentieren auch zahlreiche **fachärztliche Einzelverbände** und Fachgesellschaften. Die Verbände der psychologischen **Psychotherapeuten** sehen ebenfalls für ihren Versorgungsbereich in einem zwingend vorgeschalteten Primärarzt keinen Sinn und verweisen auf die psychotherapeutische Sprechstunde als qualifiziertes Steuerungsinstrument. Ihr Netzwerk hat sogar eine Bundestagspetition dazu auf den Weg gebracht, die das nötige 30.000-Unterschriften-Quorum erreicht hat.

Und was sagen die Krankenkassen zu all dem? Der **GKV-Spitzenverband** hat schon mal sehr deutlich erklärt, was er nicht will: nämlich die HzV als Pflicht für alle Versicherten. Im Gegenteil: Es soll im Gesetz gestrichen werden, dass Krankenkassen verpflichtend HzV-Verträge abschließen müssen. Diese seien nur teuer und würden keine wirkliche Patientensteuerung

bewirken. Daneben hat der GKV-Verwaltungsrat ein Papier veröffentlicht, in welchem das Prinzip „digital vor ambulant“ die erste Hürde für Patienten vor den Zugang zum Hausarzt in das Primärversorgungsteam verlagert.

Der **AOK-Bundesverband** hat ein eigenes Zielbild für ein Primärversorgungssystem entwickelt. Dies setzt auf einer fundamentalen Neuordnung auf, nämlich der Definition von Mindeststandards für die Primärversorgung durch den Gemeinsamen Bundesausschuss. Das Wort Primärarzt wird vermieden, Leistungen und Vergütungen sollen auf Teams ausgerichtet werden, die übrigens auch von Krankenhäusern bereit gestellt sein können. Die Versorgungssteuerung ist hier ähnlich wie im KBV-Konzept organisiert, wobei nicht nur in den sogenannten „Akutleitstellen“ (116 117), sondern auch in den Primärpraxen digitale Einschätzungssysteme vor jeder Facharztüberweisung verwendet werden sollen.

Davon weicht das Modell des **Ersatzkassenverbandes** deutlich ab. Der vdek stellt dem Ansatz des Primärarztmodells im Koalitionsvertrag sein Modell „Persönliches Ärzteteam“ gegenüber. Hiernach soll jede/r Versicherte neben einem Hausarzt weitere drei individuell gewählte Fachärzte für die Dauer eines Jahres verbindlich wählen können. Einer davon könne auch Psychotherapeut sein. Aus diesem Quartett oder aus einem telemedizinischen Ersteinschätzungsverfahren muss eine Überweisung vorliegen, um Zugang zu weiteren Fachärzten zu bekommen. Konsultationen ohne diese vorgeschaltete Steuerung wären nach dem vdek-Modell nicht mehr Bestandteil der GKV-Versorgung, sondern privat zu liquidieren.

Interessant sind auch die Meinungsäußerungen von relevanten Unbeteiligten an der ambulanten Versorgung. So äußerte sich Prof. Hallek, Vorsitzender des **Sachverständigenrates** für das Gesundheitswesen, positiv zur Patientensteuerung aber skeptisch zur Akzeptanz eines verpflichtenden Primärarztsystems in der deutschen Bevölkerung. Er plädierte für Anreizsysteme, die insbesondere eine Senkung der hohen Nachfrage zum Ziel haben sollten. In das gleiche Horn stößt Prof. Häusler, Leiter der **IGES-Gruppe** von Forschungs- und Beratungsunternehmen. Seiner Meinung nach sollte das Primärarztmodell als preisgünstiger Wahltarif zur Steuerung des Versichertenverhaltens umgesetzt werden. Auch Prof. Hecken, Vorsitzender des **Gemeinsamen Bundesausschusses** ist uns durch sein Eintreten sowohl für ein Primärarztsystem als Wahltarif als auch für digital gestützte medizinische Voreinschätzungen sowie Selbstbeteiligungsmodelle bekannt. In seiner unverwechselbar hemdsärmeligen Art sagte er beim diesjährigen Hauptstadtkongress: „Einfach mal sagen, wir schicken jeden zuerst zum Hausarzt, wird der Flop des Jahres“. Und dann schilderte er, wie er nach dem Lesen des von der Koalition erhofften Einsparpotentials von 2 Milliarden Euro im BMG angerufen habe: „seid ihr besoffen, wo kommt denn diese Zahl her?“.

Um das Bild abzurunden, möchte ich noch an den Aufreger erinnern, den der Geschäftsführer der Bundesvereinigung der Deutschen **Arbeitgeberverbände** auslöste, als er kürzlich in einem Podcast die Einführung einer Kontaktgebühr bei jedem Arztbesuch forderte. Dem erwartungsgemäßen Aufschrei quer durch die Szene der Sozialverbände und links orientierten Politiker/innen schlossen sich auch die **Verbraucherzentralen** und die Deutsche **Stiftung Patientenschutz** an. Diese beiden erwähne ich exemplarisch, weil sie sich darüber hinaus auch zum verpflichtenden Primärarztsystem skeptisch geäußert haben. Und zwar deshalb, weil sie von den Regierungsplänen keine Verbesserung der Terminsituation für GKV-Versicherte erwarten.

Systematisierung

Abschließend möchte ich zu dem Versuch kommen, die ganze Diskussion mal in ein Schema zu bringen, mit dem man sich selbst immer wieder klar machen kann, welche Relevanz die Einzelaspekte eigentlich im Gesamtzusammenhang haben. Abgesehen von der Illusion, dass

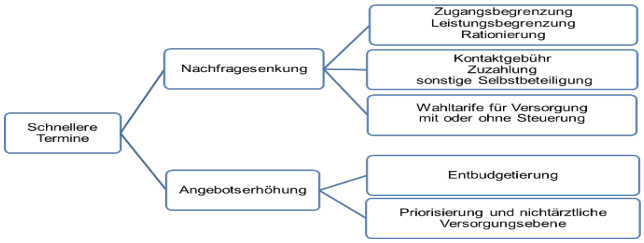
sich mit einer primär gesteuerten Versorgung Geld sparen ließe, geht es der Politik ja vor allem um einen verbesserten Zugang zur ambulanten ärztlichen Versorgung hinsichtlich der Terminverfügbarkeit. Und dafür gibt es ganz rational-abstrakt ja nur zwei Möglichkeiten: die Senkung der Nachfrage nach Arztterminen und die Erhöhung des Angebots an Arztterminen.

Wie aber ließe sich die Nachfrage in einer Bevölkerung senken, die seit Jahrzehnten ein Vielfaches an Arztzeitressourcen im Vergleich zu anderen Ländern Westeuropas konsumiert?

- Da ist zuerst ein Ende des unbegrenzten Leistungsversprechens in der GKV zu nennen. Leistungs- und Zugangsbegrenzungen sind natürlich nicht populär. Trotzdem gibt es Politikerinnen wie Frau Britta Müller (BSW), Gesundheitsministerin in Brandenburg, die eine Rationierungsdebatte im Gesundheitswesen für unvermeidlich und ein Primärarztsystem wegen des Hausärztemangels für untauglich hält.
- Ein anderer Weg zur Nachfragesenkung nach Terminen ist die Zuzahlungspflicht bei Arztbesuchen - darauf basiert der Vorschlag der Arbeitgebervereinigung. Oder eine andere Art von Selbstbeteiligung als Hürde gegen unnötige Inanspruchnahmen.
- Wir Thüringer stehen dem Konzept von Wahltarifen für GKV-Versicherte nahe, bei denen ein Tarif mit verpflichtend primärarztzentrierter Versorgung begünstigt und ein Tarif mit Option zur gänzlich ungesteuerten Inanspruchnahme mit Aufschlägen versehen würde.

Um das Terminangebot insgesamt aufzustocken, gibt es zwei Wege.

- Eine substantielle Kapazitätserhöhung, die übrigens auch schon allein auf Grund der Weiterentwicklung der medizinischen Leitlinien nötig wäre, ist nur über eine echte Entbudgetierung der Fachärzte erreichbar. Diese Strategie verfolgen wir aktuell bei den Thüringer Augenärzten.
- Der andere Weg ist die Freisetzung von Terminen durch Priorisierung des Zugangs nach medizinischen Dringlichkeitskriterien. Darauf läuft das verbindliche Primärarztsystem hinaus. Sie sehen an dieser Stelle hoffentlich genauso wie ich, dass eine bessere Patientensteuerung nur <u>ein</u> Teil der Strategie zu schnelleren Terminen sein kann und ohne Nutzung der anderen Einflussmöglichkeiten auf Angebot und Nachfrage nicht ausreicht. Außerdem muss in einem Primärarztsystem die Frage beantwortet werden, wie die Behandlung der Menschen realisiert werden soll, die auf Grund der Voreinschätzungsverfahren gar keine Arztkonsultation benötigen.



Nur beim ersten und letzten dieser fünf Wege geht es um die konkreten Fragen zur Gestaltung von Patientensteuerung, die in ärztlichen Gruppierungen derzeit die Gemüter erregen.

Was muss überhaupt stärker gesteuert werden als bisher?

Jeder Arztkontakt? Jeder Facharztkontakt? Nur in bestimmten Fachgebieten?
Nur Akut- und Notfälle oder auch die Regelversorgung zu den Sprechzeiten?

Wer soll die Steuerung übernehmen?

Nur Hausärzte? Mehrere Primärarztgruppen? Mit Sonderregelung für Chroniker?
Digital gestützte Ersteinschätzungsverfahren? SmED als Alternative oder immer?

Wohin wird die Reise gehen?

Die Bundesgesundheitsministerin Nina Warken blieb bisher immer im Vagen, wenn sie nach dem Reformgesetz zur Einführung des Primärarztsystems gefragt wurde. Aber sie betonte auch bei jeder Gelegenheit, dass dies ein wichtiges Projekt der Regierung sei und auf jeden Fall komme. Die konkretesten Anhaltspunkte findet man bisher in der Antwort des BMG vom 19.08.2025 auf eine kleine Anfrage der Grünen. In deren Vorbemerkung wird der Koalitionsvertrag zitiert:

„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 oder Primärärzte oder die von den KVen betriebene Rufnummer 116117 stellen den medizinisch notwendigen Bedarf fest und legen den dafür notwendigen Zeitkorridor (Termingarantie) fest. Wir verpflichten die KV, diese Termine zu vermitteln […]“.

Aus den Antworten auf insgesamt 64 Fragen der Abgeordneten lassen sich folgende Erkenntnisse zum Stand der Überlegungen im BMG gewinnen.

- Es geht der Bundesregierung um eine „zielgerichtete Versorgung … sowie eine schnellere Terminvergabe mit kürzeren Wartezeiten“. Von Einsparzielen ist nicht (mehr) die Rede. Zitat: „Zu den Mehr- oder Minderausgaben in einem Primärversorgungssystem kann die Bundesregierung derzeit keine Aussage treffen, da diese von der konkreten Ausgestaltung des Systems abhängen.“ Da gibt es also schon einen Lerneffekt.

- Geplant wird die Gestaltung eines „bedarfsgerechten und strukturierten Zugangs zu Fachärztinnen und Fachärzten“. Das bedeutet: Einschränkungen des bisherigen freien und ungesteuerten Zugangs zu Fachärzten werden trotz einiger Proteste kommen. Aber: Zitat: „Die Festlegungen von Facharztgruppen, zu denen weiterhin ein Direktzugang möglich ist, wird im weiteren Erarbeitungsprozess diskutiert und geklärt.“ Alles ist offen.

- Bei der Ausgestaltung des Primärarztsystems gilt es, „vor dem Hintergrund der bereits heute knappen personellen Kapazitäten im hausärztlichen und kinderärztlichen Bereich eine Überlastung der für die Primärversorgung noch vorzusehenden Arztgruppen zu verhindern“. Die diesbezüglichen Bedenken vieler Experten sind also aufgegriffen worden, auch die Analysen des Sachverständigengutachtens 2024 zur Gefährdung der flächendeckenden hausärztlichen Versorgung in bestimmten Planungsbereichen sollen in die Gesetzgebung einfließen. Die Definition, wer letztendlich zu den Primärärzten gehören soll, könnte also möglicherweise vom Wortlaut des Koalitionsvertrages abweichen.

Am Ende meines Berichtes zum Sachstand der Diskussionen über ein verbindliches Primärarztsystem werden Sie sich mit uns die Frage stellen, wie es jetzt wohl in Berlin weiterlaufen wird. Wird eins der „rund durchdachten“ Konzepte das Rennen machen?
Oder wird der Koalitionsvertrag im BMG an die Pinnwand geheftet und alle eingehenden Vorschläge werden mit bunten Zettelchen an die zugehörige Stelle geklebt? Dann könnten die Gesundheitspolitiker der Regierungskoalition ihre Wichtung von Pro und Kontra zu den Einzelaspekten eingeben - und am Ende könnte aus allen Daten mittels künstlicher Intelligenz ein in sich stimmiger Referentenentwurf für das Primärversorgungsgesetz erstellt werden.
Wir werden es erleben. Es kann eigentlich nur besser werden als die autistische Gesetzentwurfschreibung unter dem Amtsvorgänger der Ministerin.