

Sozietät HGA Rechtsanwälte ♦ August-Exter-Str.4 ♦ 81245 München

Berufsverband der Fachärzte für Kardiologie e.V  
Herrn Prof. Dr. med. Sigmund Silber

KARL HARTMANNSGRUBER\*  
FACHANWALT für MEDIZINRECHT

DR. GWENDOLYN GEMKE\*  
FACHANWÄLTIN für MEDIZINRECHT

NAUSIKAA ARGYRAKIS, M.M.\*  
FACHANWÄLTIN für MEDIZINRECHT  
WIRTSCHAFTSMEDIATORIN  
MASTER OF MEDIATION (MM)

FELIX SCHIFFNER, LL.M.\*\*  
FACHANWALT für MEDIZINRECHT  
MASTER OF LAWS (MEDIZINRECHT)

ANNA SCHWIBACH\*\*\*

RECHTSANWÄLTE

\*Partner \*\*Salary Partner \*\*\*Angestellt

AUGUST-EXTER-STR. 4

81245 MÜNCHEN

TEL. 089 / 82 99 56 - 0

FAX 089 / 82 99 56 26

kanzlei@med-recht.de

www.med-recht.de

USt-IdNr: DE198634977

**Datum: 13.04.2025**  
**Unser Zeichen: 167/19 (KH D1/3716)**  
**Betreff: Koalitionsvertrag der neuen Bundesregierung**  
**Einführung eines Primärarztsystems**

Sehr geehrter Herr Prof. Dr. Silber,

Sie haben mir die Frage gestellt, wie die im Koalitionsvertrag angekündigte Einführung eines verbindlichen Primärarztsystems rechtlich umgesetzt werden könnte, ob es dafür ein Gesetz braucht oder ob es auf untergesetzlicher Ebene möglich ist.

Im Koalitionsvertrag ist die Erwartung formuliert, dass durch ein Primärarztsystem eine zielgerichtete Versorgung von Patienten und eine schnellere Terminvergabe erreicht werden kann. Haus- und Kinderärzte in der hausarztzentrierten Versorgung und im Kollektivvertrag sollen Primärärzte werden. Ausnahmen soll es für Augenheilkunde und Gynäkologie geben und für Patienten mit spezifischen schweren chronischen Erkrankungen. Die Primärärzte oder die von den KVen betriebene Rufnummer 116117 sollen den medizinisch notwendigen Bedarf für einen Facharzttermin und den notwendigen Zeitkorridor festlegen. Die KVen sollen die Termine bei Fachärzten vermitteln. Dahinter steht offenbar die Vorstellung, dass sich jeder Patient zuerst an einen Primärarzt oder an die KV-Vermittlungsstelle wenden muss, um mittels Überweisung oder durch Terminbuchung der Terminservicestelle zu einem Facharzt zu gelangen. Der direkte Zugang von Patienten zum Facharzt würde damit in der Konsequenz erschwert oder verhindert werden.

Nach meiner Ansicht ist für die Ausgestaltung dieser Vorgaben eine gesetzliche Regelung erforderlich. Wie diese Regelung dann ausfallen wird, hängt von vielen Fragen ab. Lassen Sie mich deshalb ein paar grundsätzliche Bemerkungen zum Thema "Primärarztssystem" voranstellen.

Zunächst glaube ich nicht, dass mit der Einführung eines Primärarztsystems irgend ein aktuelles Problem im weithin als „marode“ empfundenen Gesundheitssystem gelöst wird.

Überlegungen in dieser Richtung sind schon seit geraumer Zeit unter dem Stichwort „Abbau der 2. Facharztschiene“ diskutiert worden. Gemeint sind die zwischen Hausärzten und Krankenhäusern ambulant tätigen Fachärzte. Das Ziel ist ganz klar Kosteneinsparung durch Verringerung der als teuer empfundenen fachärztlichen Behandlungen. Die dahinter stehende Philosophie hat mir als in der gesamten medizinischen Versorgung tätiger „Praktiker“ nie eingeleuchtet.

Offenkundig sehen die Koalitionsparteien auf der einen Seite ein Problem in einer vermeintlich vorschnellen Inanspruchnahme von Fachärzten, auf der anderen Seite hält man die Wartezeiten für einen Facharzttermin für zu lange. Wenn die vorschnelle und übermäßige Inanspruchnahme fachärztlicher Behandlungen die alleinige Ursache der langen Wartezeiten wäre, wäre die angedachte Steuerung über Primärärzte ein möglicher Lösungsansatz. Meiner Ansicht nach ist das aber zu kurz gedacht, weil es mindestens eine weitere Ursache für die langen Wartezeiten gibt, nämlich die Budgetierung der fachärztlichen Honorare. Diese wirkt nämlich vielerorts als Begrenzung der Behandlungskapazitäten.

Dabei ist völlig klar, dass die unkoordinierte Inanspruchnahme von Ärzten und Krankenhäusern vor allem durch leicht und mittelschwer erkrankte Patienten enorme Kosten verursacht, die es gilt zu minimieren. Auf der anderen Seite führt der dramatische Rückgang der aktiven Ärzte in Kombination mit Personalmangel auf allen Ebenen inzwischen zu schweren Versorgungsdefiziten, die nicht ausgeglichen werden können, weil das gesamte auf einer verfehlten Bedarfsplanung beruhende Versorgungssystem (ambulant wie stationär) auf Leistungsverhinderung ausgelegt ist. Damit wollte man ursprünglich ein Überangebot auf der Ärzteseite bereinigen. Inzwischen haben wir aber Versorgungsdefizite auf der Patientenseite, wo die bekannten Steuerungsmechanismen (Zulassungssperren, Budgetierung, "Qualitätsanforderungen" etc.) kontraproduktiv wirken. Deswegen müsste man das System neu denken und nicht nur symptomatisch bei einer Leistungsgruppe wie den Fachärzten eingreifen.

Das angekündigte "Primärarztssystem" beruht auf der Vorstellung, jeder Patient soll sich an einen Hausarzt binden, der ihn und sein Umfeld kennt, ihn regelmäßig betreut und für den Patienten die Inanspruchnahme spezialisierter Leistungen steuert. Diese Idee ist primär nicht schlecht. Nur dazu haben wir in Deutschland weder ausreichend viele noch ausreichend qualifizierte Hausärzte, die eine flächendeckende Grundversorgung gewährleisten können. In vielen ländlichen Regionen ist der Patient deswegen gezwungen, sich den Zugang zu geeigneten Ärzten selbst zu suchen. Das hat auch damit zu tun, dass den Hausärzten mit der Aufspaltung der vertragsärztlichen Versorgung in eine hausärztliche und eine fachärztliche Versorgung durch das Gesundheitsreformgesetz vom 22.12.1999 aus Gründen der Qualitätssicherung viele technische und spezielle Leistungen genommen und den Fachärzten zugewiesen wurden. Die zum

Generalisten ausgebildeten Allgemeinmediziner dürfen als Hausärzte viele ihrer erworbenen Kenntnisse nicht am Patienten anwenden. Das hat der Attraktivität des Hausarztberufes geschadet. Die Zahlen der Weiterbildung zum Allgemeinmediziner lassen keine Änderung erwarten, auch weil es nicht genügend Weiterbildungsstellen gibt. Die durch die aktuelle Krankenhausreform erzwungene Transformierung bisher medizinisch definierter Versorgungsaufträge in abrechenbare Leistungsgruppen verbunden mit der Verpflichtung, einen bestimmten Facharzt-schlüssel vorzuhalten, könnte die Weiterbildung von Allgemeinärzten in Krankenhäusern vollständig zunichte machen. Dagegen helfen auch keine Förderprogramme, die die Ansiedlung von Hausärzten in ländlichen Regionen attraktiv machen sollen. An diesem strukturellen Problem müsste man meiner Meinung nach zuerst ansetzen, bevor man die etablierten und noch funktionierenden fachärztlichen Strukturen ändert.

Für die rechtlich Umsetzung eines Primärarztsystems kommt es darauf an, wie "scharf" dieses angelegt werden soll. Steuerungsmechanismen in dieser Richtung gibt es schon lange in Form von Überweisungsvorbehalten bei bestimmten Fachärzten (Radiologen Labor etc), durch Honorar- Zu- und Abschläge, wenn der Patient z.B. über die Terminservicestelle kommt u.ä. Man muss an dieser Stelle auch die zahlreichen qualifikationsgebundenen Leistungen und erforderlichen Gerätegenehmigungen nennen, die dazu dienen, bestimmte spezialisierte Leistungen auf entsprechend spezialisierte Praxen zu konzentrieren oder anders ausgedrückt, vermeintlich unzureichend qualifizierte Ärzte davon abzuhalten, diese Leistungen zu erbringen. Solche Regelungen gibt es im EBM oder in den Normsetzungsverträgen (Bundesmantelvertrag und Anlagen, Qualitätssicherungsvereinbarungen) zwischen KBV und SpiBu. Das meiner Erinnerung nach bisher wirksamste Instrument zur Steuerung der Patienten war die Praxisgebühr von 10,- €, die man aus politischen Gründen wieder abgeschafft hat. All diese Instrumente werden im Gesetz (SGB V) an verschiedenen Stellen angesprochen, z.B. im Leistungsrecht, indem die Inanspruchnahme durch den Versicherten von bestimmten Voraussetzungen abhängig gemacht werden oder bei den Vorgaben zum EBM, wo dem Bewertungsausschuss aufgegeben wird, bestimmte Gebühren zu schaffen, die der Steuerung auf der Ärzteseite dienen. Die Ausführungsdetails müssen dann von der gemeinsamen Selbstverwaltung in den Bundesmantelverträgen ausgestaltet werden, zum Beispiel bei den Überweisungsregelungen (§ 24).

Die Einführung eines verbindlichen Primärarztsystems müsste aus meiner Sicht im SGB V verankert werden, und zwar in § 76. Diese Vorschrift garantiert den Versicherten das Recht der freien Arztwahl, schränkt es aber gleichzeitig in vielerlei Hinsicht wieder ein (Abs. 2 bis 5).

Es gibt verschiedene technische Möglichkeiten, wie man das Primärarztsystem hier verankern könnte. Die einfachste Möglichkeit wäre, im Abs. 1 den Satz 1, wonach die Versicherten unter den zugelassenen Ärzten frei wählen können, auf Haus- und Kinderärzte als Primärärzte einzuschränken und um die Aussage zu ergänzen, dass alle anderen Fachärzte nur nach auf Überweisung durch einen Primärarzt oder einen anderen Facharzt in Anspruch genommen werden dürfen. So einfach wird es aber nicht gehen, weil das Recht auf freie Arztwahl ein verfassungsrechtlich verbürgtes Grundrecht ist, das nur eingeschränkt werden darf, soweit dies durch überlegende Gründe des Gemeinwohls gerechtfertigt ist. Deswegen wird der Gesetzgeber gezwungen sein, entweder zahlreiche Ausnahmen vom Primärarztsystem zu definieren, oder eine "softe" Regelung zu wählen, die formal nicht das Recht auf freie Arztwahl einschränkt. Das würde

dann so gehen, dass man das Recht "auf dem Papier stehen" lässt, aber im Hintergrund die Konditionen für die erstmalige Inanspruchnahme eines Facharztes für die Fachärzte und Patienten so verschlechtert, dass freiwillig der Weg über den Hausarzt gegangen wird. Diese Variante wäre theoretisch einfach zu regeln, indem man den Versicherungsanspruch für die Patienten im Leistungsrecht bei der Inanspruchnahme von Fachärzten einschränkt, und z.B. bestimmte Kosten oder ganze fachärztliche Behandlungen aus der Vollversorgung über die Gesundheitskarte ausnimmt. Da man dann aber den Patienten (Wählern) erklären müsste, dass man ihren über hohe Beiträge erkaufte Krankenversicherungsschutz einschränkt, wird man sich erfahrungsgemäß dafür entscheiden, die Sache „auf der Arztseite“ zu regeln. Dies könnte man machen, indem man die Gebühren für die fachärztlichen Leistungen abwertet, wenn sie ohne Überweisung durch den Hausarzt erbracht werden. Dadurch würde man die Fachärzte zwingen, Patienten ohne Überweisung entweder abzulehnen oder defizitär zu behandeln. Wenn man stattdessen die fachärztlichen Leistungen, die ohne Überweisung eines Primärarztes nicht erbracht werden dürfen, ganz aus dem Leistungskatalog der GKV herausnehmen würde, dürften die Fachärzte diese als IGEL nach der GOÄ abrechnen. Dieses "Zuckerl" wird man aber erfahrungsgemäß den Fachärzten nicht gönnen.

Völlig an der Realität vorbei geht in dem Zusammenhang die nächste Überlegung der Verhandlungsgruppe: wenn der vom Primärarzt überwiesene Patient nicht schnell einen Facharzttermin bekommt, will man ihm die Möglichkeit einer ambulanten fachärztlichen Behandlung im Krankenhaus eröffnen. Andererseits sollen sich nach der aktuellen Krankenhausreform die Krankenhäuser mehr spezialisieren, was dazu führen wird, dass bisher vorgehaltene Randleistungen wegfallen werden, möglicherweise ganze Fachgebiete, deren Aufkommen nicht für die Bildung einer Leistungsgruppe reicht (siehe oben). Das führt zur Frage, welche Fachärzte in den ohnehin oft personell unterbesetzten Krankenhäusern ambulante fachärztliche Behandlungen übernehmen sollen. In vielen Regionen, wo die Fachärzte „dünn gesät“ sind, gibt es auch keine Krankenhäuser, die einspringen können. Erklärtes Ziel der Krankenhausreform ist es, unwirtschaftlich arbeitende Krankenhäuser zum Aufgeben zu zwingen und die verbleibenden Krankenhäuser durch Spezialisierung und Fokussierung effizienter zu machen. Konsequenz dessen müsste nach meinem Verständnis sein, die niedergelassenen Fachärzte soweit zu stärken, dass sie den Krankenhäusern Leistungen abnehmen können, die nicht zwingend stationär erbracht werden müssen. Eine entsprechende Entwicklung wurde mit Ambulantisierung der operativen Eingriffe angestoßen. Die angedachte Öffnung der Krankenhäuser für ambulante fachärztliche Behandlungen steht dazu meiner Meinung nach im Widerspruch.

An anderer Stelle steht im Koalitionsvertrag, dass man die Notfallversorgung reformieren möchte, was wohl richtig ist, weil sie phasenweise nicht mehr funktioniert und ambulante Bereitschaftspraxen und Notfallambulanzen der Krankenhäuser unkoordiniert aneinander arbeiten. Viele Krankenhäuser wollen die Patienten nicht in den Notfallambulanzen haben, weil sie dafür kein Personal und keine Infrastruktur haben. Wie sollen sie dann die ambulanten Facharztpatienten aufnehmen, die bei den niedergelassenen Fachärzten keine Termine bekommen. Hier passt vieles nicht zusammen, was der Gesetzgeber spätestens dann merken wird, wenn er seine Ideen umsetzen will.

Wenn es dann nicht funktioniert, wird es von der nächsten Regierung wieder zurückgedreht. Was immer bleibt, sind die kranken Patienten, die versorgt werden müssen. Die Frage ist dann, wie man die Versorgung sicherstellt, was in einem freiheitlichen Wirtschaftssystem wie dem unseren nur funktionieren kann, wenn sich die Patientenversorgung auch für die Behandlerseite rentiert. Nur dann wird es genügend Interessenten geben, die sich dieser Aufgabe annehmen. Das wird leider im ständigen Bestreben, Kosten zu sparen, nicht berücksichtigt. Wir haben unter den Medizinstudenten an den Universitäten Frauenquoten bis zu 80 %. Viele von dieser angehenden weiblichen Ärztinnen werden wegen Kindern und Familie bestenfalls für Teilzeitstellen zur Verfügung stehen. Wenn der Facharztberuf zusätzlich auch noch ökonomisch unattraktiv gemacht wird, würde sich das "Primärarztssystem" durch mangelnden Nachwuchs bei den Fachärzten quasi von selbst einführen. Nur wird es die Primärärzte aus anderen Gründen auch nicht in ausreichender Zahl geben.

Der richtige Weg wäre nach meiner Einschätzung die Auflösung der Trennung von Haus- und Fachärzten, um größeren Versorgerpraxen zu ermöglichen, wo Generalisten und Spezialisten zusammenarbeiten. Der Gesetzgeber hat wohl eine ähnliche Vorstellung. Er kommt aber von einer anderen Seite dazu, indem er im Rahmen der Krankenhausreform den als stationäre Einrichtungen nicht überlebensfähigen Häusern die Möglichkeit geben will, als sogenannte sektorenübergreifende Versorgungseinrichtung (Level-II-Krankenhäuser) eine wohnortnahe stationäre Krankenhausbehandlung mit ambulanten und pflegerischen Leistungen zu verbinden. Wie das dann zu einem Primärarztssystem passt, kann ich mir nicht vorstellen.

Nachdem ich in 30 Berufsjahren als Rechtsanwalt im Medizinrecht unzählige Reformversuche erlebt und begleitet habe, die weder die erhofften Einsparungen noch die erhofften Qualitätsverbesserungen gebracht haben, bin ich zum ersten mal auch besorgt, dass sowohl die ambulante wie auch die stationäre Krankenversorgung zeitgleich kollabieren, weil der Gesetzgeber das programmatische Problem des Nachwuchsmangels nicht angeht. Ich hoffe, Sie sehen mir deshalb meine Kritik wie auch Polemik nach.

Mit freundlichen Grüßen

Karl Hartmannsgruber  
Rechtsanwalt  
Fachanwalt für Medizinrecht