



Konsentierte Stellungnahme der Ärztekammer Westfalen-Lippe zum Thema Primärarztsystem

Die ambulante Versorgung in Deutschland steht vor erheblichen strukturellen Herausforderungen. Mit durchschnittlich 9,6 Arzt-Patienten-Kontakten pro Person und Jahr liegt Deutschland im internationalen Vergleich weiterhin in der Spitzengruppe der OECD-Staaten (OECD 2023). Diese hohe Inanspruchnahme ambulanter Leistungen führt zu einer zunehmenden personellen und finanziellen Belastung des Gesundheitssystems und bringt insbesondere die vertragsärztliche Versorgung vielerorts an ihre Belastungsgrenzen. Vor diesem Hintergrund besteht ein dringender gesetzgeberischer Handlungsbedarf, die Versorgungsstrukturen zielgerichteter zu organisieren. Eine verbesserte Steuerung im Gesundheitssystem ist daher im Sinne des Sicherstellungsauftrags nach § 75 SGB V zwingend erforderlich.

Ziel einer solchen Steuerung muss es sein, die begrenzten personellen und finanziellen Ressourcen im Gesundheitswesen effizienter und bedarfsgerechter einzusetzen. Um dieses Ziel erfolgreich zu erreichen, sind aus Sicht der Ärztekammer folgende Bedingungen unabdingbar:

- klare ärztliche Verantwortlichkeit und Koordination durch den Primärarzt,
- gesetzlich definierte Ausnahmen und bewährte Direktzugänge,
- Verbindlichkeit auf allen Ebenen der Versorgung,
- eine unterstützende digitale Vernetzung zur Sicherstellung eines strukturierten Informationsaustauschs.

Auf dieser Grundlage soll durch eine primärärztliche Steuerung mit klarer Priorisierung medizinischer Anliegen insbesondere Kapazitäten für medizinisch dringliche Behandlungsbedarfe in angemessenen

Zeitabständen vorgehalten werden können. Dies dient sowohl der Qualität der Versorgung als auch der Entlastung der Praxen und Kliniken.

Zentrale Voraussetzung eines Primärarztsystems ist die klare und verbindliche **Rolle des Primärarztes als erste Anlaufstelle im Gesundheitssystem. Diese Rolle wird von den Teilnehmern an der vertragsärztlichen hausärztlichen Versorgung [§ 73 (1) und (1a) SGB V] wahrgenommen.** In dieser Funktion übernimmt der Primärarzt die koordinierende Rolle und trägt die ärztliche Gesamtverantwortung für die Steuerung der weiteren Versorgung sowie für die damit verbundenen sozialmedizinische Aufgaben.

Unverzichtbarer Bestandteil eines ausgewogenen Primärarztsystems sind darüber hinaus gesetzlich definierte Ausnahmen. Diese betreffen insbesondere **Patientinnen und Patienten mit** hierfür klar definierten Zuständen **komplexer, schwer therapierbarer und/oder seltener Erkrankungen** sowie notwendige strukturierte **fachärztliche Weiterbehandlung im Anschluss an einen stationären Aufenthalt.**

Für diese definierten chronischen Erkrankungen übernimmt für eine vom jeweiligen Krankheitsbild abhängigen Zeitraum die behandelnde Fachärztin oder der behandelnde Facharzt die medizinische Gesamtverantwortung und Koordination der weiteren Versorgung. Voraussetzung hierfür ist eine enge und verbindliche Vernetzung mit der hausärztlichen Versorgung. Eine regelmäßige und strukturierte Rückmeldung an die Hausärztin oder den Hausarzt ist zwingend erforderlich, um eine kontinuierliche und abgestimmte Gesamt-

versorgung der Patientinnen und Patienten sicherzustellen. Vor diesem Hintergrund bedarf es klarer Regelungen, die gewährleisten, dass in diesen Fällen eine fachärztliche Weiterbetreuung auch künftig ohne zusätzliche Zugangshürden möglich bleibt.

Darüber hinaus sind bewährte **Direktzugänge** für ein funktionsfähiges Primärarztsystem von wesentlicher Bedeutung und müssen als gezielt begrenzte Ausnahmen dauerhaft erhalten bleiben. Dies gilt insbesondere **für fachärztliche Früherkennungsuntersuchungen** sowie für die **Fachgebiete der Augenheilkunde, der Psychiatrie und Psychotherapie sowie der Frauenheilkunde und Geburtshilfe.**

Bewährte Steuerungsinstrumente wie die **ambulante spezialfachärztliche Versorgung** nach § 116b SGB V (ASV) zeigen, dass eine koordinierte und qualitätsgesicherte Versorgung auch innerhalb der bestehenden Strukturen bereits jetzt erfolgreich umgesetzt werden. Die ASV ermöglicht eine zeitlich begrenzte, strukturierte und fachübergreifende Betreuung durch verschiedene ärztliche Disziplinen – häufig im Anschluss an einen stationären Aufenthalt oder bezogen auf ein spezifisches Krankheitsbild – und erfüllt damit zentrale Anforderungen an eine fachärztliche Patientensteuerung. Vor diesem Hintergrund besteht weder ein fachlicher noch ein struktureller Bedarf für den Aufbau zusätzlicher Steuerungsinstanzen; vielmehr gilt es, bewährte Versorgungsstrukturen konsequent zu stärken und weiterzuentwickeln.

Gemeinsames Merkmal der bestehenden Steuerungsinstrumente ist



die klare **ärztliche Verantwortlichkeit**. Eine wirksame Steuerung von Patientinnen und Patienten setzt diese zwingend voraus. Objektiv medizinischer Behandlungsbedarf und individuelle Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten müssen bereits zu Beginn einer Behandlung klar unterschieden werden und Überweisungen durch den Primärarzt nach Dringlichkeit kategorisiert werden. Dadurch kann sichergestellt werden, dass medizinisch dringliche Fälle priorisiert und zeitnah einer entsprechenden fachärztlichen Behandlung zugeführt werden.

Unter Wahrung der Gesamtverantwortung kann **die Umsetzung** – soweit medizinisch sinnvoll – an speziell qualifiziertes Praxispersonal, insbesondere Entlastende Versorgungsassistentinnen (EVA), Nicht-ärztliche Praxisassistentinnen (NäPa) oder vergleichbare Berufsgruppen **delegiert werden**.

Darüber hinaus gewinnt eine sozial- und versorgungsbezogene Steuerung zunehmend an Bedeutung, etwa bei komplexen sozialen Problemlagen. Diese muss eng mit dem medizinischen Versorgungssystem verzahnt sein. Entsprechende Aufgaben können ebenfalls durch Praxismitarbeiterinnen und Praxismitarbeiter mit Zusatzqualifikationen übernommen werden. Die Finanzierung dieser sozialsteuernden Leistungen sollte jedoch nicht zulasten der gesetzlichen Krankenversicherung erfolgen, sondern ist aus anderen Bereichen des Sozialgesetzbuches sicherzustellen.

Ein funktionierendes Primärarztssystem erfordert zudem **Verbindlichkeit auf allen Ebenen der Versorgung**. Diese muss sowohl von Patientinnen und Patienten als auch von den an der Versorgung beteiligten Leistungserbringern eingehalten werden. Dazu gehört

insbesondere die Einhaltung vereinbarter Behandlungstermine seitens der Patientinnen und Patienten, um eine verlässliche Planung und Nutzung der vorhandenen Versorgungskapazitäten zu ermöglichen. Zugleich umfasst Verbindlichkeit auch einen strukturierten und verlässlichen fachlichen Informationsaustausch zwischen Hausärztinnen und Hausärzten sowie Fachärztinnen und Fachärzten. Klare, transparente und rechtlich abgesicherte Regelungen sind notwendig, um Terminverlässlichkeit, Koordination und Planungssicherheit sowie eine kontinuierliche und abgestimmte Patientenversorgung im vertragsärztlichen Bereich zu gewährleisten. Zur Sicherstellung der Wirksamkeit sollten die Regelungen zudem kontinuierlich evaluiert und bei Bedarf nachjustiert werden.

Technisch sollte die Patientensteuerung durch eine zentrale, sektorenübergreifende Dokumentation aller relevanten Untersuchungsbefunde und Behandlungen unterstützt werden. Die Nutzung der elektronischen Gesundheitskarte und der elektronischen Patientenakte nach den Vorgaben des SGB V kann dazu beitragen, Mehrfachuntersuchungen und unnötige Arztkontakte zu vermeiden. Voraussetzung hierfür ist jedoch eine leistungsfähige, sichere und zuverlässige Telematikinfrastruktur.

Für die erfolgreiche Umsetzung eines Primärarztssystems sind daher der **konsequente Ausbau der Telematikinfrastruktur, funktionierende Informationssysteme sowie die Lösung bestehender Schnittstellenprobleme unerlässlich**. Insbesondere eine sektorenübergreifende Vernetzung zwischen Praxen und Kliniken sowie die Anbindung von Klinikinformationssystemen (KIS) müssen als unverzichtbares Steuerungsinstrument vorange-

trieben werden. Eine verlässliche digitale Vernetzung unterstützt die Umsetzung einer effektiven Patientensteuerung maßgeblich.

Gleichzeitig dürfen die bestehenden Belastungsgrenzen der hausärztlichen Versorgung nicht außer Acht gelassen werden. In vielen Regionen besteht bereits heute eine angespannte Versorgungslage mit Hausärztemangel und medizinisch unterversorgten Gebieten. Ohne flankierende Maßnahmen besteht das Risiko einer Überforderung der hausärztlichen Versorgung, eine Verlagerung von Behandlungsbedarfen in die Notaufnahmen der Krankenhäuser sowie steigender Kosten im Gesundheitswesen.

Daher ist es zwingend erforderlich, die **Aus- und Weiterbildung von Ärztinnen und Ärzten zu stärken** und zeitnah die **Zahl der Medizinstudienplätze nachhaltig zu erhöhen**. Zugleich sind die Aus- und Weiterbildungsangebote für delegationsfähige Gesundheitsberufe, insbesondere für Medizinische Fachangestellte, gezielt auszubauen. Eine primärärztliche Steuerung kann nur dann erfolgreich umgesetzt werden, wenn ausreichend ärztlicher Nachwuchs zur Verfügung steht, delegationsfähige Versorgungsstrukturen gestärkt werden und attraktive, verlässliche Rahmenbedingungen für die ärztliche Tätigkeit geschaffen werden.