



Berufsverband der  
Kinder- und Jugendärzt\*innen

# **BVKJ-Standpunkt**

## **Primärarztsystem**

26. Mai 2025

## Zusammenfassung

Die Einführung eines **Primärarztsystems** ist erforderlich, um der zunehmenden Knappheit personeller und finanziellen Ressourcen und der Problematik von Fehl- und Über- und Unterversorgung zu begegnen.

Ein Großteil der Behandlungsanlässe Minderjähriger kann abschließend in der kinder- und jugendärztlichen Versorgung erfolgen. Eine Patientensteuerung verhindert medizinisch nicht angezeigte Behandlungen, Doppelbehandlungen oder eine Versorgungsirrfahrt von Fachärzt\*in zu Fachärzt\*in und schafft so **Terminkapazitäten und eine bessere Qualität in der fachärztlichen Versorgung.**

Voraussetzung für ein funktionierendes Primärarztssystem mit Patientensteuerung durch Kinder- und Jugendärzt\*innen sind dringend **notwendige Strukturreformen** in der ambulanten Patientenversorgung.

### Modelle der „hausarztzentrierten“ bzw. „pädiatriezentrierten“ Versorgung

- Patient\*innen erkennen Mehrwert: Freiwillige Einschreibungen in HzV-Verträge sind rasch umsetzbar, bringen eine tiefere Versorgung, zusätzliche Angebote und lohnen sich auch aus finanzieller Sicht für die Versicherten.
- Verpflichtung für Krankenkassen, Versicherten ein **pädiatisches Hausarztmodul** anzubieten.
- Bonus aus dem RSA für diejenigen Krankenkassen, die einen relevanten Anteil ihrer Versicherten in ein HzV-System mit Patientensteuerung einschreiben.

### Kinder- und jugendärztlichen Nachwuchs sichern

- Pädiatrische Nachwuchssicherung: ausreichend Studienplätze, stärkere Fokussierung des Medizinstudiums in Inhalt und Umfang auf die Pädiatrie und die Bereitstellung von ausreichend Weiterbildungskapazitäten durch bessere **Förderung der pädiatrischen Weiterbildung im Rahmen des §75a SGB V.**

### Digitalisierung, verbindliche Strukturen und Teamarbeit

- Möglichkeit einer digital unterstützten Vorselektion vor der Terminvergabe ist zu nutzen, Problem nicht wahrgenommener Termine muss angegangen werden („No-Shows“).
- Neue Qualifikationen und Gesundheitsberufe müssen dabei einbezogen werden. Praxis-Behandlungsfall soll an die Stelle des Arzt-Patientenkontaktes als Grundlage der kassenärztlichen Abrechnung treten.

### Bedarfsplanung reformieren, Niederlassung attraktiveren

- Bedarfsplanung muss reformiert werden. Sie spiegelt nicht die aktuellen Versorgungsrealitäten wider und ist oft nicht differenziert genug.
- Niederlassung in unterversorgten Gebieten (ländlichen Raum und soziale städtische Brennpunkte) ist durch Stärkung der primärärztlichen Medizin im EBM und Strukturpauschalen zu fördern.

### Spezialisierte Versorgung Minderjähriger

- Hybrid-DRGs müssen die Behandlung von Kindern umfassen.
- Unkoordinierte Inanspruchnahme pädiatrischer Spezialambulanzen wird durch pädiatrischen Überweisungsvorbehalt verhindert.
- Aufbau regionaler Netzwerke für die spezialisierte Versorgung Minderjähriger durch Praxen der Schwerpunktpädiatrie, Kinderchirurgie oder kinderpsychiatrische bzw. kinderpsychotherapeutische Praxen oder durch Spezialambulanzen der Kinderkliniken ist zu fördern.

## Pädiatriezentrierte Steuerung der medizinischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen in Deutschland: Versorgung verbessern und Ressourcen gezielter einsetzen

### *Überlegungen zur primärärztlichen Steuerung in der Kinder- und Jugendmedizin*

Die Koalition aus CDU, CSU und SPD hat sich in ihrem **Koalitionsvertrag** vorgenommen, durch die Einführung eines **verbindlichen Primärarztsystems bei freier Arztwahl durch Haus- und Kinderärzte in der Hausarztzentrierten Versorgung und im Kollektivvertrag zu einer möglichst passgenauen Versorgung der Patientinnen und Patienten** zu kommen. Damit stellt sich die neue Koalition der Herausforderung, angesichts zunehmender Knappheit von personellen und finanziellen Ressourcen und der Problematik von Fehl- und Überversorgung, dringend notwendige Strukturreformen in der ambulanten Patientenversorgung auf den Weg zu bringen.

### 1. Besonderheiten der ambulanten Patientenversorgung in Deutschland

In Deutschland ist die Zahl der durchschnittlichen jährlichen Arztkontakte und der Anteil von Patient\*innen aller Altersgruppen, die mehrere Ärzt\*innen parallel in Anspruch nehmen, deutlich höher als im internationalen Vergleich, ohne dass dies grundsätzlich zu einer besseren Versorgungsqualität führt. Weitere Einflussfaktoren sind die freie Arzt- und Klinikwahl, der Direktzugang zu Fachärzt\*innen, die weitgehende Abwesenheit von Zuzahlung oder Eigenbeteiligung. Die Notwendigkeit einer stärkeren Patientensteuerung über ein Primärarztsystem liegt daher auf der Hand.

Gleichzeitig lassen sich die Bedingungen der in vielen europäischen Ländern bereits bestehenden Primärarztsysteme (z. B. Großbritannien, Niederlande, skandinavische Länder) nicht unmittelbar auf Deutschland übertragen. Dem stehen nicht nur völlig andere Erfahrungen und Erwartungen aus Sicht der Patient\*innen entgegen. Hier besteht auch eine besonders breite fachliche Differenzierung in der hausärztlichen Versorgung (außer den Allgemeinärzt\*innen auch Kinder- und Jugendärzt\*innen sowie hausärztliche Internist\*innen) neben einer leistungsfähigen ambulanten Versorgung durch Facharztpraxen (auch der Schwerpunktpädiatrie), die in anderen Ländern nur durch Kliniken geleistet wird. Diese ist im Sinne der Behandlungsqualität und auch aus Effizienzerwägungen erhaltenswert – dies gilt insbesondere angesichts der durch den medizinischen Fortschritt möglichen zunehmenden Ambulantisierung.

### 2. Patientensteuerung kann Über- und Fehlversorgung reduzieren

In der Kinder- und Jugendmedizin findet zwar heute schon in höherem Maße Patientensteuerung statt als bei Erwachsenen. Vier von fünf Patient\*innen, die in pädiatrischer Behandlung sind, nehmen nur eine Praxis in Anspruch, während über 40% der Erwachsenen zwei oder mehr Hausarztpraxen gleichzeitig nutzen. Der Effekt eines Gate-Keepings auf Doctor-Hopping dürfte sich in daher der Erwachsenen-Medizin wesentlich deutlicher abbilden. Dennoch bestehen auch in der Pädiatrie noch Effizienzpotentiale.

Ein Großteil der Behandlungsanlässe bei Minderjährigen kann abschließend in der kinder- und jugendärztlichen Versorgung erfolgen. Dies gilt besonders in städtischen Regionen und für chronisch Kranke sowie für Präventionsleistungen. Durch den Aufbau regionaler Netzwerke erfolgt heute vielfach auch die

spezialisierte Versorgung Minderjähriger in Deutschland durch Praxen der Schwerpunktpädiatrie, Kinderchirurgie oder kinderpsychiatrische bzw. kinderpsychotherapeutische Praxen oder durch Spezialambulanzen der Kinderkliniken. Solche regionalen Netzwerke sollten flächendeckend in ganz Deutschland ausgebaut werden.

Das heutige niederschwellige Versorgungsangebot, das einen unregelmäßigen Zugang auch zu spezialisierten Arztpraxen ermöglicht, führt zu Unter-, Über- und Fehlversorgung der Patientinnen und Patienten. Diese nehmen aufwendigere Leistungen, als medizinisch sinnvoll wäre, in Anspruch, wenden sich an Facharztpraxen, die für ihr gesundheitliches Problem nicht passgenau sind oder nutzen Doppelbehandlungen. All dies mit oftmals negativen Auswirkungen auf ihre eigene Gesundheit. Gerade Menschen mit besonders komplexem Behandlungsbedarf werden so schlechter versorgt (Sachverständigenrat 2018). Vor allem aber führt diese Fehlversorgung zu längeren Wartezeiten für alle.

Qualifizierte Überweisungen könnten zu einer Umorientierung der Ressourcen spezialisierter Versorgungsangebote zugunsten komplex erkrankter Menschen führen. Dabei sollten die Kriterien der Überweisung sich nach transparenten Vorgaben richten – hier bieten sich nationale (AWMF) und internationale Leitlinien an. Die Pädiatrie hat Disease-Management-Programme entwickelt, die speziell auf die Bedürfnisse von Kindern und Jugendlichen mit chronischen Erkrankungen ausgerichtet sind (u.a. Asthma bronchiale, Diabetes mellitus Typ 1, Adipositas), diese sind auszubauen. Es ist zu diskutieren, wie auch die Qualität der Steuerung überprüft und gesichert werden kann.

Zu den Vorteilen einer primärärztlichen Patientenkoordination gehört, dass die Patient\*innen **bekannte Ansprechpartner\*innen** und **etablierte Kommunikationskanäle** haben, wie der Sachverständigenrat Gesundheit und Pflege zuletzt in seinem Gutachten 2024 betont hat. In der Kinder- und Jugendmedizin kommt dabei zu den persönlichen Kontakten die App „Meine pädiatrische Praxis“ des BVKJ, mit der heute schon über 1.500 Praxen mit über 1.500.000 Patient\*innen kommunizieren und die somit Deutschlands erfolgreichste digitale Anwendung im direkten Patientenkontakt darstellt.

Für die Patient\*innen wird sich eine schnellere und zielführende Terminvergabe als Vorteil einer funktionierenden Patientensteuerung erweisen.

### 3. Modelle der „hausarztzentrierten“ bzw. „pädiatriezentrierten“ Versorgung

Der Koalitionsvertrag spricht von einem **verbindlichen Primärarztssystem in der Hausarztzentrierten Versorgung (HzV) und im Kollektivvertrag**. Zu beidem gibt es in der Kinder- und Jugendmedizin bereits umfangreiche Erfahrungen. Die breiteste Erfahrung mit einer selektivvertraglichen pädiatriezentrierten Versorgung liegen im Rahmen des AOK-Vertrages zur HzV in Baden-Württemberg vor, der für die besonderen Bedürfnisse Minderjähriger angepasst wurde. Darüber hinaus wurden in den letzten Jahren bundesweit und regional zahlreiche Selektivverträge mit besonderen Präventions- und Versorgungsangeboten mit zahlreichen Krankenkassen abgeschlossen, die die Versorgung über den Kollektivvertrag hinaus verbessern.

Einschreibemodelle einer **hausarztzentrierten Versorgung im Kollektivvertrag** könnten Ressourcen freisetzen, indem sie die parallele Nutzung mehrerer fachgleicher Praxen (Doctor Hopping) einschränken. Gleichzeitig könnte die verpflichtende Einführung aus Patientensicht subjektiv mit Zwang und Einschränkung gleichgesetzt werden. Ein Primärärztliches System auf freiwilliger Basis über **Einschreibungen in HzV-**

**Verträge**, die mit zusätzlichen Angeboten einhergehen oder sich aus finanzieller Sicht für die Versicherten lohnen, könnte diesem Eindruck entgegenwirken. Die Umsetzung über Selektivverträge könnte politisch zügig realisiert werden.

Dazu ist eine Verpflichtung für Krankenkassen vorzusehen, ihren Versicherten ein pädiatrisches Hausarztmodul anzubieten. Um die Einschreibung von Versicherten in HzV-Verträge, die eine bessere Patientensteuerung beinhalten, zu fördern, ist ein Bonus aus dem RSA für diejenigen Krankenkassen zu prüfen, die einen relevanten Anteil ihrer Versicherten (z.B. 20 Prozent) in ein solches System einschreiben.

## 4. Strukturelle Voraussetzungen für ein funktionierendes Primärarztssystem

### 4.1. Kinder- und jugendärztliche Weiterbildung sichern

Die Pädiatrie steht wie die Allgemeinmedizin vor dem Problem, dass die Generation der „Babyboomer“ derzeit noch einen großen Teil der Arbeitslast trägt. Gleichzeitig steigt der Anteil derjenigen, die in Teilzeit arbeiten wollen. Dies führt zu einem wachsenden ärztlichen Ressourcenproblem. Diese Entwicklung konnte auch durch die strukturelle Förderung der Kinderkliniken und die Entbudgetierung der ambulanten Pädiatrie durch die letzte Bundesregierung nur gebremst, aber leider nicht umgekehrt werden. Weitere Maßnahmen sind erforderlich.

Nur durch die Sicherung des fachärztlichen Nachwuchses werden die Kinder- und Jugendarztpraxen in Zukunft primärärztliche Funktionen in der Fläche wahrnehmen können. Die ärztliche Nachwuchssicherung gelingt über die Schaffung von ausreichend Studienplätzen, einer stärkeren Berücksichtigung der Pädiatrie im Medizinstudium und durch die Bereitstellung von ausreichend Weiterbildungskapazitäten. Aufgrund der seit 2020 aktualisierten Weiterbildungsordnung sind in der Regel mindestens sechs Monate der fachärztlichen pädiatrischen Weiterbildung in der ambulanten Versorgung zu absolvieren. Da die Kosten der Weiterbildung in den Praxen nicht durch Umsatzsteigerungen refinanziert werden können, ist ein Ausbau der bestehenden Weiterbildungsförderung durch die Kassenärztlichen Vereinigungen und gesetzlichen Krankenkassen erforderlich. Eine verlässliche Förderung der ambulanten pädiatrischen Weiterbildung ist die Voraussetzung für das Funktionieren der zahlreichen Weiterbildungsverbände, die zwischen Kinderkliniken und Praxisnetzen bundesweit etabliert werden und den pädiatrischen Nachwuchs sichern.

Es ist daher zu begrüßen, dass laut Koalitionsvertrag die *Kapazitäten der Weiterbildungsstellen für Kinderärztinnen und Kinderärzte ausgebaut* werden sollen.

Die vorhandenen Kapazitäten von 250 Stellen/Jahr im Rahmen der Förderung „grundversorgender Fachärzte“ werden seit Jahren überschritten. Die Gesundheitsministerkonferenz (2023) und der Bundesrat (2024 und 2025) fordern daher eine **Förderung der pädiatrischen Weiterbildung im Rahmen der hausärztlichen/allgemeinmedizinischen Versorgung**. Dazu ist eine einfache **Ergänzung des §75a SGB V** erforderlich. Das hier jährlich zur Verfügung stehende Kontingent von 7.500 Stellen wurde bislang nicht annähernd ausgeschöpft, so dass keine zusätzliche Finanzierung etabliert werden muss.

Neben der ambulanten Weiterbildung ist auch für die Kinderkliniken sicher zu stellen, dass die klinische Weiterbildung dort strukturell auskömmlich finanziert wird.

#### **4.2. Digitalisierung, verbindliche Strukturen und Teamarbeit**

Eine primärärztliche Steuerung darf jedoch nicht zu einer Überlastung der Primärarztpraxen führen. Hier ist z. B. eine digital unterstützte Vorselektion vor der Terminvergabe vermehrt zu nutzen. Auch das relevante Problem, dass fest vereinbarte Termine von Patient\*innen nicht wahrgenommen werden („No-Shows“) und damit für andere nicht zur Verfügung stehen, muss angegangen werden.

Viele Patientenanliegen können durch nicht-ärztliche Teammitglieder bearbeitet und gelöst werden können. Neue Qualifikationen und Gesundheitsberufe müssen dabei einbezogen werden („Teampraxis“). Der Praxis-Behandlungsfall sollte an die Stelle des Arzt-Patientenkontaktes als Grundlage der kassenärztlichen Abrechnung treten. Die Bindung an die steuernde primärärztliche Praxis entlastet diese von Patient\*innen, die bislang mehrere Hausarztpraxen parallel in Anspruch genommen haben. Kooperationen mit sozialen Diensten entlasten die Praxen bei nicht-medizinischen Fragestellungen zusätzlich.

#### **4.3. Bedarfsplanung reformieren, Niederlassung sichern**

Um ein flächendeckendes pädiatrisches Primärarztssystem zu etablieren, ist auch die Bedarfsplanung zu reformieren. Die gültige Bedarfsplanung spiegelt nicht die aktuellen Versorgungsrealitäten wider. So besteht die paradoxe Situation, dass Familien vielerorts trotz nomineller „Übersversorgung“ Probleme haben, eine Kinder- und Jugendarztpraxis zu finden, die sie betreuen kann.

Daneben muss die Niederlassung in unterversorgten Gebieten attraktiver werden. Schon jetzt ist es - analog zu den Hausarztpraxen, gerade im ländlichen Raum und den sozialen Brennpunkten der Großstädte – zunehmend schwierig, freiwerdende Kinderarztsitze zu besetzen. Um dem entgegenzuwirken, sollte nicht nur die primärärztliche Medizin im EBM gestärkt werden, es ist auch an eine Strukturpauschale Ländlicher Raum und eine Strukturpauschale für soziale Brennpunkte zu denken.

#### **4.4. Fehlentwicklungen bei der spezialisierten medizinischen Versorgung von Kindern, Jugendlichen und Menschen mit Behinderungen korrigieren**

Um unnötige stationäre Aufenthalte zu vermeiden, soll die Erbringung von Leistungen, die bislang an einen Klinikaufenthalt gebunden sind, in ambulante Leistungen umgewandelt werden. Dazu sollen so genannte „Hybrid-DRGs“ entwickelt werden, die eine kostendeckende Finanzierung dieser Leistungen unabhängig vom Leistungsort (Klinik oder Praxis) sichern sollen. Obwohl Kinder und ihre Familien in besonderer Weise von der Ambulantisierung profitieren würden, wurde die Entwicklung von Hybrid-DRG für Kinder, Jugendliche und generell Menschen mit Behinderungen 2024 mit dem Beschluss des KHVVG gestoppt. Diese unverständliche Entscheidung muss korrigiert werden.

Ebenfalls im KHVVG wurde Kinderkliniken die Möglichkeit eingeräumt, für Patient\*innen mit näher zu definierenden schweren oder chronischen Erkrankungen Institutsambulanzen einzurichten. Um ein ungezieltes Überlaufen dieser Spezialambulanzen zu verhindern, ist auch hier eine primärärztliche Steuerung notwendig. Zumindest muss ein pädiatrischer Überweisungsvorbehalt eingeführt werden, wie auch von der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin (DGKJ) gefordert.

**Kontakt:**

**Berufsverband der Kinder- und Jugendärzt\*innen e.V. (BVKJ)**

Mielenforster Straße 2, 51069 Köln

**Telefon:** 0221/68909-0

**E-Mail:** [info@bvkj.de](mailto:info@bvkj.de)

**Internet:** [www.bvkj.de](http://www.bvkj.de)

**Präsident:**

Dr. med. Michael Hubmann

**Vizepräsident\*innen:**

Dr. med. Anke Steuerer

Dr. med. Stefan Trapp

**Hauptgeschäftsführer:**

Tilo Radau

**Referent Gesundheitspolitik:**

Simon K. Hilber

**Tel.:** [030 280 475 10](tel:03028047510)

**E-Mail:** [simon.hilber@bvkj.de](mailto:simon.hilber@bvkj.de)

Lobbyregister beim Deutschen Bundestag: Registernummer R000638