Start > Alle Themen > Eckpunkte zur Neuausrichtun…

Presse

Eckpunkte zur Neuausrichtung der ambulanten Versorgung

Normaler Text

Betriebsärzte | Ambulante Versorgung | Disease Interception | elektronische Patientenakte (ePA)

Für die vielfältigen sozialen, präventiven und medizinischen Bedürfnisse, mit denen unser Gesundheitswesen konfrontiert ist, hat es vor allem eine Antwort parat: ärztliche Zeit. Zwar verfügen wir im internationalen Vergleich über eine hohe Versorgungsdichte an ärztlichen und pflegerischen Kapazitäten pro Einwohner, jedoch über sehr schlechte Kapazitäten pro Behandlungsfall.

©

Zum Inhalt springen

- Vermittlung und Unterstützungsangebote
- Interprofessionelle Primärversorgung
- Ressourcen gezielt einsetzen
- Vergütungssystem
- Krankheiten verzögern und verhindern
- Folgeerkrankungen vermeiden

Das Wichtigste im Überblick

- BGF für Auszubildende ist eine **Investition in die Zukunft**. Sie sichert langfristig die Leistungsfähigkeit und stärkt das Employer Branding.
- Erfolgreiche Maßnahmen setzen auf **Partizipation** sowie digitale, interaktive Formate mit Gamification-Elementen.
- Von modernen und aktivierenden BGF-Angeboten für Azubis profitieren letztlich Beschäftigte **aller Altersgruppen**.

Headline ergänzen Größe L (Base)

Unser Gesundheitssystem hat zwar ausreichend Finanzmittel und niedrige formale Zugangshürden, dennoch scheitern viele Menschen daran, bei dringlichen Anliegen einen zeitnahen Diagnose - oder Behandlungstermin zu finden. Die schnellere Terminvergabe für Privatpatienten und Selbstzahler im Vergleich zu GKV-Patienten – unabhängig von einer medizinischen Priorisierung – verschärft dieses Problem nur noch weiter.

Vor diesem Hintergrund ist es wenig überraschend, dass die Leistungsausgaben im ersten Halbjahr 2025 um acht Prozent gestiegen sind, während Deutschland bei der Lebenserwartung sowie bei der Überlebenswahrscheinlichkeit nach Ereignissen wie einem Herzinfarkt und Schlaganfall international den Anschluss verliert.

Die Bundesregierung hat für diese Legislaturperiode eine Neuaufstellung der ambulanten Versorgung angekündigt und sich in diesem Zusammenhang für ein Primärarztsystem sowie eine Ersteinschätzung ausgesprochen. Allerdings werden weder die Festlegung eines Primärarztes als „Gatekeeper" bei einer Hausarzt-Facharzt-Relation von 30:70 noch das Durchlaufen einer kurzen Befragung allein zu einer spürbaren Entspannung führen. Daher ist es notwendig, Primärversorgungssystem und Ersteinschätzung nicht als zusätzliche Einzelelemente, sondern in Verbindung mit einer Reform der ursächlichen Gesetzmäßigkeiten und Anreizwirkungen einzuführen.

Um Kapazitäten in der ärztlichen Versorgung freizusetzen, braucht es

- eine smarte Patientensteuerung in Erstzugang- UND Weiterversorgung für medizinische Bedarfe gestaffelt nach Dringlichkeit – digital und vor Ort; ärztliche Termine zur Kontrolle (auch im Rahmen von Chronikerprogrammen) mit digitalem Monitoring nach Bedarf; Überarbeitung des vertragsärztlichen Vergütungssystems damit sich Behandlungserfolg auszahlt
- eine stärkere Fokussierung der ärztlichen Tätigkeit auf komplexe medizinische Belange; Aufbau einer interdisziplinären Primärversorgung im Team mit nicht-ärztlichen, sozialen und pflegerischen Professionen; Ausbau von Möglichkeiten und Hilfestellungen zur Selbstbehandlung und der Lebensstiländerung als integralen Bestandteil der Akutversorgung.
- strategische Vermeidung und Verzögerung von Krankheiten durch überarbeitete Check-up-Untersuchungen, Einbindung von Betriebs- und Werkärzten in die medizinische Vorsorge und strukturierte Programme zur Lebensstiländerung in Risikostadien bei Volkskrankheiten inklusive Stärkung der persönlichen Eigenverantwortung.

Verwandter Artikel

Monatlicher Krankenstand

zum Artikel >

Zugang nach Dringlichkeit ausgestalten: Vermittlung in Versorgung und in Unterstützungsangebote

Angesichts des zunehmenden Drucks auf die vorhandenen personellen Kapazitäten, der begrenzten Finanzmittel und der immer komplexeren Versorgungsstrukturen benötigen wir eine **strukturierte Ersteinschätzung** bei jedem neuen Behandlungsfall. Das Ziel muss sein, die ambulante Versorgung für Menschen mit medizinischem Bedarf vorzuhalten und die Möglichkeiten zur Selbstversorgung und Inanspruchnahme bestehender Unterstützungsangebote außerhalb der Versorgung auszuweiten.

Spätestens mit einem Primärversorgungssystem ist eine Ersteinschätzung unabdingbar, da eine Systematik, bei der Menschen in jedem Fall zuerst zum Hausarzt gehen, nicht zeitgemäß ist und von den Hausärzten nicht stemmbar wäre. Vielmehr kann ein Ersteinschätzungssystem den Zugang so organisieren, dass Menschen direkt dorthin gelangen, wo ihnen fallabschließend geholfen werden kann. Unnötige Wege und Wartezeiten im Gesundheitswesen bedeuten in vielen Fällen auch verschwendete Personalressourcen unseres Wirtschaftsstandort.

Rund 60 Prozent der Azubis haben gesundheitliche Probleme, die mit dem Arbeitsplatz zusammenhängen.

Interprofessionelle Primärversorgung im Team organisieren

Eine moderne Primärversorgung erfolgt entlang von Behandlungspfaden im Team. Dabei arbeiten Gesundheitsberufe wie „Physician Assistants“, „Advanced Practice Nurses“ und „Community Health Nurses“ eng mit Psychologen und Psychologinnen, Sozialarbeitern und Ärztinnen und Ärzten zusammen.

Alle Teammitglieder übernehmen eigenverantwortlich Tätigkeiten und arbeiten vernetzt mit dem öffentlichen Gesundheitsdienst, Pflegediensten und -stützpunkten, weiteren nicht-ärztlichen Gesundheitsberufen sowie Apotheken in regionalen Strukturen zusammen.

Dadurch wird der Fokus in der Primärversorgung stärker auf präventive und soziale Belange gerichtet, die oftmals die Ursache für medizinische Symptome sind. Ärzte und Ärztinnen können sich als Bestandteil des Teams auf das Kernstück ihrer Profession, Krankheiten zu finden und zu behandeln sowie komplexe Behandlungsverläufe zu begleiten, fokussieren.

Um eine interprofessionelle Primärversorgung strukturell zu verankern, sollte die gemeinsame Selbstverwaltung beauftragt werden, verbindliche Eckpunkte zur Ausgestaltung einer interdisziplinären Primärversorgung in Form einer Richtlinie zu entwickeln.

Für eine gezielte Umsetzung ist es geboten, bei der Nachbesetzung freiwerdender Vertragsarztsitze kooperativen Versorgungsstrukturen den Vorrang zu geben. Auch koordinative Leistungen könnten interprofessionellen Teams vorbehalten sein.

In die Entwicklung sollten die Erfahrungen mit interprofessionellen Teams in der Primärversorgung, wie sie in den PORT-Zentren der Robert Bosch Stiftung sowie in Innovationsfondsprojekten wie NAVIGATION in strukturschwachen Regionen gemacht wurden, einbezogen werden.

1,2	475	59	69
mio.	Tsd.	%.	Tsd.
Auszubildende in Deutschland (1)	begannen im Jahr 2024 eine Lehre (2)	haben gesundheitliche Probleme, die mit der Arbeit zusammenhängen (3)	Ausbildungsstellen blieben 2024 unbesetzt. (4)

Weniger Pflichtkontakte, mehr Versorgung: Ressourcen gezielt einsetzen

Die ambulante Versorgung in Deutschland ist durch eine hohe Kontaktfrequenz geprägt. Ein erheblicher Teil dieser Kontakte ist jedoch nicht medizinisch indiziert, sondern normativ ausgelöst, etwa durch gesetzliche Vorgaben, untergesetzliche Regelungen oder externe Anforderungen. Strukturelle Rahmenbedingungen, wie der gesetzlich verankerte Arztvorbehalt, sowie kontaktbasierte Vergütungsmodelle als Fehlanreize, verstärken diesen Effekt. Die dadurch bedingte Inanspruchnahme bindet erhebliche personelle und finanzielle Ressourcen, belastet die Praxen und führt zu Wartezeiten sowie zu einer eingeschränkten Steuerungsfähigkeit des Systems.

Um eine evidenzbasierte Strategie zur Reduktion solcher Kontakte zu ermöglichen, bedarf es einer systematischen Identifikation und Bewertung normativer Arztkontakte, die primär durch gesetzliche Vorgaben, untergesetzliche Regelungen oder externe Anforderungen entstehen. Dazu gehören

- Abbau rechtlich nicht mehr zeitgemäßer Normen, die medizinisch nicht erforderliche Arztbesuche erzwingen (z. B. Quartalsbezug, Gesundschreibungen für Kinder in Kitas und Schulen).
- Etablierung delegationsfähiger Leistungen an qualifiziertes Fachpersonal sowie Nutzung digitaler Lösungen.
- Anpassung der Vergütungsmodelle hin zu bedarfsorientierten, qualitätsbasierten Ansätzen statt kontaktabhängiger Honorierung.

Die Neuordnung der Primärversorgung muss auf einer umfassenden Bestandsaufnahme basieren. Diese muss die Häufigkeit und Ursachen normativer Kontakte transparent machen und die freiwerdenden Potenziale bei deren Wegfall oder Substitution beziffern. So lassen sich die Versorgungsressourcen effizienter einsetzen, die Arbeitsbelastung der Leistungserbringenden senken und eine zeitgerechte Versorgung für Patientinnen und Patienten ermöglichen. Schon eine moderate Reduktion solcher Kontakte würde wichtige Kapazitäten freisetzen, die für die Behandlung komplexer Fälle, Prävention und eine zeitgerechte Terminvergabe genutzt werden können.

Rund 60 Prozent der Azubis haben gesundheitliche Probleme, die mit dem Arbeitsplatz zusammenhängen.

Bleiben Sie in Kontakt

Wir informieren Sie über Neuigkeiten auf unseren sozialen Kanälen.

Diskutieren Sie mit uns über aktuelle Reformen und Statements

Erhalten Sie Tipps und Einblicke hinter unsere Kulissen

Professionelle Analysen und spannende Karrierechancen

Vergütungssystem neu ausrichten

Das vertragsärztliche Vergütungssystem ist überfrachtet, intransparent, patientenfern und setzt falsche Anreize. Es behindert Kooperationen, Koordination und intersektorale Vernetzung. Gleichzeitig legt es kaum Fokus auf Effizienz oder Qualität, hemmt Innovationen und zementiert aktuelle Versorgungsungleichheiten. Parallel zum Umbau der Versorgungslandschaft muss daher auch die Vergütungslogik angepasst werden. Ein überarbeitetes Vergütungssystem muss nach Versorgungsebene differenzieren, um die spezifischen Anforderungen der primärärztlichen und der spezialisierten fachärztlichen Versorgung besser abzubilden.

Für die Behandlung chronisch kranker Menschen und komplexer Behandlungsbedarfe sollen Kopfpauschalen genutzt werden, da diese die Kontinuität der Versorgung stärken und anstelle von einzelnen Leistungen Anreize zur langfristigen, ganzheitlichen und interprofessionellen Versorgung setzen.

Fallpauschalen sollen für spezifische Behandlungspfade eingesetzt werden, da sie standardisierte Abläufe abbilden, wodurch Kosten transparenter und kalkulierbarer werden und die Orientierung an Leitlinien gefördert wird. Im Zentrum stehen Behandlungspfade, für die Qualitätsindikatoren als Outcome-Daten mithilfe von validen Messinstrumenten erhoben werden.

Das Vergütungssystem entspricht einem Baukastenprinzip, wodurch verschiedene Bausteine für das ärztliche und nichtärztliche Personal, die Zusammenarbeit im Primärversorgungsteam, die Qualität können je nach Versorgungskontext kombiniert werden können. Die Gesamtausgaben sind durch Budgets begrenzt, die sich am Versorgungsbedarf und der Qualität orientieren. Die Behandlungsdokumentation und Abrechnung erfolgen getrennt voneinander.

Der Gesetzgeber sollte einen Prozess zur Neuausrichtung der ambulanten Vergütung anstoßen, der schrittweise auch für sektorengleiche Leistungen und Bereiche im ambulant-stationären Grenzbereich anwendbar ist. Damit sollte auch eine schrittweise Abschaffung der zahlreichen Leistungsfelder und Abrechnungsmodalitäten einhergehen, um das Ziel einer gleichen Vergütung für die gleiche ambulante Leistung zu erreichen. In diesem Zusammenhang ist auch ein gesetzliches Verbot der aktuellen Praxis vorzunehmen, Angebote aus dem GKV-Leistungskatalog mit zeitlichen Terminvorteilen oder ausschließlich als Selbstzahlerleistungen anzubieten.

Ergonomie-Wissen kann kurz und interaktiv vermittelt werden

Ergonomie-Wissen kann kurz und interaktiv vermittelt werden

Krankheiten verzögern und verhindern

Ein zentrales Element zur Neuausrichtung der ambulanten Versorgung ist die explizite, strategische Verzögerung und Vermeidung von Krankheiten. Programme zur Früherkennung von Krankheiten haben das Potenzial, Krankheiten zu identifizieren, bevor Symptome auftreten und bieten in den frühen Stadien bessere Heilungschancen.

Gleichwohl müssen Früherkennungsuntersuchungen zielgenau genug sein, um evidenzbasiert mehr Nutzen als Schaden zu generieren und keine unnötigen ärztlichen und finanziellen Kapazitäten zu binden. Aufgrund der Sektorengrenzen und Informationsabbrüche wird frühzeitiges Wissen über Risikostadien jedoch oft nicht weiterverwendet und in entsprechende Programme überführt.

Daher muss der G-BA dringend einen gesetzlichen Auftrag erhalten, die Check-up-Untersuchungen inhaltlich zu überprüfen und die Festlegung der einzelnen Surrogat-Parameter zu hinterfragen. Auch die Frequenz von Check-up-Untersuchungen ist zu überarbeiten.

Darüber hinaus muss das Wissen über Risikoparameter stringenter genutzt werden. Werks- und Betriebsärzte stellen im Rahmen ihrer Routineuntersuchungen der arbeitsmedizinischen Vorsorge wichtige Risikokonstellationen fest. Diese Informationen fließen jedoch nicht in die ambulante Versorgung ein. Hier ist ein Ausbau der interprofessionellen Kommunikation erforderlich, auch über die ePA.

Allgemein könnte das verantwortliche BGM-Team einen Gesundheitstag speziell für Auszubildende ausrichten, um deren spezifische Lebenswelten und Themen zielgenau anzusprechen. Für nachhaltige Lerneffekte könnten die Azubis auch selbst die Organisation eines solchen Events oder einer anderen Gesundheitsaktion als eigenständiges Projekt übernehmen. Durch aktive Partizipation setzen sich Nachwuchskräfte über einen längeren Zeitraum intensiv mit Prävention auseinander und gestalten das Thema Gesundheit im Unternehmen motiviert mit.

Rund 60 Prozent der Azubis haben gesundheitliche Probleme, die mit dem Arbeitsplatz zusammenhängen.

Folgeerkrankungen vermeiden: Chronikerprogramme individualisiert und digital unterstützt ausgestalten

Strukturierte Behandlungsprogramme (Disease-Management-Programme, DMP) zielen darauf ab, Komplikationen oder Folgekrankheiten bei chronischen Erkrankungen zu vermeiden. Dafür wurden detaillierte Versorgungsabläufe, die auf Leitlinien basieren, in die Praxis übertragen. Heute dienen sie vor allem als veraltete Abrechnungsmodalität. DMPs sollten dahingehend überarbeitet werden, dass sie durch digitale Unterstützung individualisiert erbracht werden können.

So muss die Nutzung eines digitalen Monitorings Auswirkungen auf die Verpflichtung zum nächsten Kontrolltermin haben. Patienten benötigen umfassende Einblicke in ihren Gesundheitszustand sowie situative Unterstützung, um Selbstbehandlung, Adhärenz und Lebensstilinterventionen umzusetzen. Auch die verpflichtenden Patientenschulungen müssen in dem Rahmen überarbeitet werden, um zielgerichtet die Belange und Sorgen von Menschen mit chronischen Erkrankungen zu adressieren. Schließlich sollten weitere Patientenpfade für komplexe Erkrankungsbilder als DMPs konzipiert werden.

Kontakt

Dr. Patricia Ex
Abteilungsleiterin
Versorgungsmanagement

☎ **+49 30 2700 406 - 401**
✉ **Nachricht schreiben**

Thorsten Greb
Pressesprecher

☎ **+49 30 2700 406 - 401**
✉ **Nachricht schreiben**

Dr. Patricia Ex
Abteilungsleiterin
Versorgungsmanagement

☎ **+49 30 2700 406 - 401**
✉ **Nachricht schreiben**

Downloads

Positionspapier_Ambulante Versorgung
PDF | 2,1MB

Datei herunterladen

Positionspapier_Ambulante Versorgung
PDF | 2,1MB

Datei herunterladen

Themen

- Betriebsärzte
- Ambulante Versorgung
- Disease Interception
- elektronische Patientenakte (ePA)

Seite drucken

Seite teilen

Thema im Blick behalten

Lorem ipsum dolor sit amet consectetur. Quis condimentum ipsum dictum odio risus velit enim ornare. Elit tortor massa volutpat amet feugiat.

E-Mail *

Geben Sie Ihre E-Mail Adresse an

Thema abonnieren

☐ Ich bin mit dem Datenschutz einverstanden. *

Related content

Monatlicher Krankenstand

Unsere monatliche Statistik wertet alle über eine Krankmeldung registrierten Fehltage von beschäftigten Mitgliedern der teilnehmenden Betriebskrankenkassen f...

BetrieblicheGesundheit EinsamkeitAmArbeitsplatz

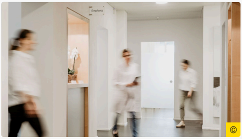
Mehr erfahren >

Digital Health - Nutzen schaffen, Akzeptanz gewinnen: Ergebnisse des Innovationsfondsprojekts NADI

Während wir diskutieren, digitalisieren andere – Die NADI-Studie zeigt, was wir im Gesundheitssystem von Estland, Dänemark und Saudi-Arabien lernen können.

Gesundheitsvorsorge Präventionsmaßnahmen

Mehr erfahren >



Politik fährt auf Reserve

Eine forsa-Umfrage im Auftrag des BKK Dachverbandes offenbart das ganze Ausmaß der derzeitigen gesundheitspolitischen Krise: Nur noch 16 Prozent der...

Innovation Patientenversorgung

Mehr erfahren >

Newsletter

Bleiben Sie informiert über die neuesten Gesundheitstrends, politische Entwicklungen und BKK-Neuigkeiten.

E-Mail-Adresse *

Geben Sie Ihre E-Mail Adresse an

Abonnieren >

☐ Ich möchte per E-Mail über neue Beiträge zu diesem Thema informiert werden. Hinweise zum Datenschutz *

Bleiben Sie mit uns in Kontakt –
Wir informieren Sie über Neuigkeiten auf unseren sozialen Kanälen.

©copyright 2026 BKK Dachverband