

AMBULANTE VERSORGUNG

Eckpunkte zur Neuausrichtung der ambulanten Versorgung

vom 27.11.2025

AMBULANTE VERSORGUNG

Eckpunkte zur Neuausrichtung der ambulanten Versorgung

vom 27. November 2025

EINLEITUNG

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.

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.

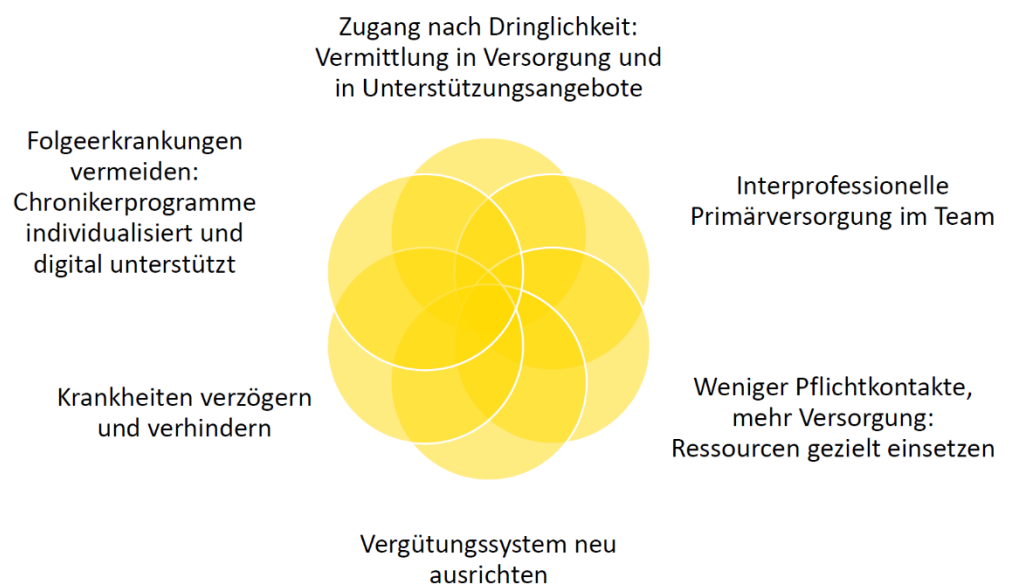
Die Bundesregierung hat für diese Legislaturperiode eine Neuaufstellung der ambulanten Versorgung angekündigt und sich in diesem Zusammenhang für ein Primärarztsystem sowie eine Ersteinschätzung ausgesprochen.

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 Weiter-Versorgung 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.

BKK Positionen zur Neuausrichtung der ambulanten Versorgung



1. 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.

In vielen Ländern werden digitale Ersteinschätzungsinstrumente erfolgreich eingesetzt, um nicht-medizinische sowie medizinische Fachkräfte dabei zu unterstützen, Versicherten den Zugang zur adäquaten Versorgung zu organisieren. Ersteinschätzungsalgorithmen sind in der Lage, Behandlungsnotwendigkeiten, die gebotene Dringlichkeit und die geeignete Versorgungsebene festzustellen. Hierbei sind insbesondere mehrere Szenarien im Versorgungsprozess denkbar:

Ein Notfall wird im Rahmen des Ersteinschätzungsverfahrens umgehend festgestellt und die entsprechende Rettungskette aktiviert. Ist ein Sprechstundentermin medizinisch notwendig, erfolgt eine Terminvermittlung in die entsprechende Versorgungsstufe nach Dringlichkeit. Hierzu ist eine zentrale Terminplattform erforderlich, ebenso wie ein fester Anteil wöchentlich gemeldeter freier Terminkapazitäten pro Vertragsarzt. Ein Tool zur Inanspruchnahme kollektivvertraglicher Videosprechstunden ist ebenso einzubinden. Die standardisierte Ersteinschätzung ist webbasiert und telefonisch, perspektivisch mit Einbindung der ePA, anzubieten.

Ist keine weitere medizinische Abklärung notwendig, müssen spezifische Anlaufpunkte mit Hinweisen zur Selbstversorgung vermittelt werden. Das können beispielsweise öffentliche Portale mit gesicherten Gesundheitsinformationen, Angebote von Krankenkassen (Präventionskurse, Tools zur Krankenhaussuche) oder Apotheken für die Beschaffung eines frei verkäuflichen Medikaments sein. Auch eine mögliche Anbindung an soziale Unterstützungsstellen ist zu prüfen.

Damit die Ersteinschätzung ein Unterstützungstool für die Nutzer sowie das behandelnde Gesundheitspersonal darstellt, muss das jeweilige Ergebnis als Information für die Weiterbehandlung in der elektronischen Patientenakte (ePA) oder auf anderem Wege bereitgestellt werden. Eine Kontinuität bei einem Leistungserbringer(-team) sollte auch im Rahmen einer Terminvergabe nach Dringlichkeit weiterhin ermöglicht werden.

2. 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 Psycholog:innen, Sozialarbeitern und Ärzt:innen 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. Ärzt:innen 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 freier werdender Vertragsarzt-sitze 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.

3. 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, Gesundheitschreibungen 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.

4. 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 Gesamtaufgaben 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.

5. 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.

Check-up-Untersuchungen überarbeiten:

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.

Werks- und Betriebsärzte einbinden:

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.

Strukturierte Programme zur Lebensstiländerung konzipieren:

Schließlich hat unser Gesundheitssystem bisher kaum professionelle Antworten auf die Anforderung der Lebensstiländerung. Zwar ist die Erwartung einer Verhaltensänderung in vielen Leitlinien ein erster Behandlungsansatz, jedoch gibt es zu wenige inhaltlich strukturierte Parameter, die aufzeigen, wie das gelingt. Ähnlich wie bei

Chronikerprogrammen für diagnostizierte Erkrankungen braucht es strukturierte Programme, die Leitlinien in den Versorgungsalltag übertragen und Gesundheitsfachberufe koordinieren, um Risikopatienten stringente Unterstützung zu geben.

6. 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.



HABEN SIE FRAGEN? WIR BEANTWORTEN SIE GERNE

Kontakt

Dr. Patricia Ex | Stephanie Bosch
Mail patricia.ex@bkk-dv.de | stephanie.bosch@bkk-dv.de

BKK Dachverband e.V.
Mauerstraße 85
10117 Berlin
www.bkk-dachverband.de