HealthTransformationHub

UMFRAGE

Gesundheitsreform? Ja, bitte!

Bevölkerungsbefragung: Breite Zustimmung zu Reformen der ambulanten Versorgung

BertelsmannStiftung

Bosch Health Campus
der Robert Bosch Stiftung

Vorwort

Die Politik hatte für 2025 einen „Herbst der Reformen“ angekündigt – im Gesundheitswesen wie in anderen großen gesellschaftlichen Bereichen. Ein Jahr nach dem Start der neuen Bundesregierung zeigt sich jedoch, dass zwischen Ankündigung und Umsetzung weiterhin spürbare Lücken klaffen. Zwar hat das Gesundheitsministerium auf Basis der Vorschläge der „Finanzkommission Gesundheit“ einen Gesetzesentwurf zur Stabilisierung der GKV-Finanzierung vorgelegt, doch dieser beinhaltet fast ausschließlich Maßnahmen, die kurzfristig die Kosten reduzieren und die Einnahmen erhöhen sollen. Die grundlegenden strukturellen Ineffizienzen des aktuellen Systems werden nicht beseitigt. Doch um die Gesundheitsversorgung nachhaltig zu sichern, braucht es echte Strukturreformen. Zugleich steht die Demokratie selbst unter Druck. Vertrauen in die Handlungs- und Problemlösungsfähigkeit politischer Institutionen schwindet dort, wo zentrale Zukunftsfragen unbeantwortet bleiben – und dazu gehört nicht zuletzt die Sicherung einer verlässlichen Gesundheitsversorgung.

Nachhaltige Reformen lassen sich in einer offenen Gesellschaft nicht „verordnen“. Sie sind darauf angewiesen, dass sie verstanden, mitgetragen und im Alltag akzeptiert werden. Wer Reformen auf den Weg bringen will, muss die Bevölkerung einbeziehen – und wer Vertrauen in die Demokratie stärken will, muss zeigen, dass die konkreten Verbesserungen tatsächlich gelingen.

Vor diesem Hintergrund rückt eine bislang wenig beleuchtete Frage in den Mittelpunkt: Wie steht die Bevölkerung zu grundlegenden Reformvorschlägen der Gesundheitsversorgung? Welche Veränderungen stoßen auf Zustimmung – und wo bestehen Vorbehalte? Ist die Bevölkerung bereit, neue Wege in der Versorgung mitzugehen?

Um diese Fragen zu beantworten, haben der Bosch Health Campus, die Bertelsmann Stiftung und die BSt Gesundheit eine groß angelegte, bevölkerungsrepräsentative Untersuchung zur Reformbereitschaft in der Gesundheitsversorgung durchgeführt. Im Mittelpunkt stehen dabei – erstmals in dieser Breite – konkrete Reformvorschläge für die Primärversorgung, wie sie aktuell von Politik, Wissenschaft und Praxis diskutiert werden. Damit verbindet die Studie zwei Perspektiven, die bislang häufig getrennt betrachtet werden: Reformvorschläge und ihre gesellschaftliche Akzeptanz.

Die Ergebnisse zeigen: Es besteht derzeit ein günstiges Zeitfenster für Reformen. Die Bevölkerung ist bereit. Eine Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung, die auf neue Versorgungsformen, eine bessere Steuerung zu der passenden Versorgungsform, eine neue Arbeitsteilung zwischen Gesundheitsberufen sowie den gezielten Einsatz digitaler Lösungen setzt, wird von großen Teilen der Bevölkerung unterstützt.

Die vorliegenden Befunde liefern damit nicht nur ein Stimmungsbild, sondern eine wichtige Grundlage für die politische Entscheidungsfindung. Sie zeigen, dass Reformen möglich sind – wenn sie die Bedürfnisse der Menschen ernst nehmen und nachvollziehbar gestaltet werden.

Dr. Brigitte Mohn
Vorstandsvorsitzende
Bertelsmann Stiftung

Prof. Dr. med. Mark Dominik Alscher
Geschäftsführer
Bosch Health Campus GmbH

Executive Summary

Aus Sicht der Bevölkerung besteht im Gesundheitssystem ein erheblicher Reformbedarf; das ist vielfach belegt. Die vorliegende Studie geht einen entscheidenden Schritt weiter: Sie untersucht erstmals in dieser Breite anhand einer groß angelegten, repräsentativen Befragung, inwieweit die Bevölkerung auch konkrete Veränderungen in der ambulanten Versorgung mittragen würde – und unter welchen Bedingungen.

Die Ergebnisse zeichnen zunächst eine negative Zukunftserwartung: Zwar ist die Mehrheit der Bevölkerung mit der Gesundheitsversorgung aktuell noch zufrieden, doch gleichzeitig überwiegt die Wahrnehmung, dass sich die Versorgung in den letzten Jahren verschlechtert hat und sich künftig weiterhin verschlechtern wird. Entsprechend hoch ist die wahrgenommene Reformnotwendigkeit. Über alle parteipolitischen Präferenzen und soziodemografischen Gruppen hinweg besteht ein breiter Konsens, dass grundlegende Veränderungen im Gesundheitssystem erforderlich sind.

Diese grundsätzliche Reformbereitschaft spiegelt sich auch in der Bewertung konkreter Vorschläge wider. Zentrale Reformansätze für die ambulante Versorgung – insbesondere im Sinne eines stärker strukturierten Primärversorgungssystems – stoßen mehrheitlich auf Zustimmung, oft sogar mit Zweidrittelmehrheiten oder darüber hinaus. Dazu zählen unter anderem eine verbesserte Steuerung von Patientinnen und Patienten durch das Gesundheitssystem, die Nutzung abgestufter Versorgungswege, eine stärkere Einbindung nichtärztlicher Gesundheitsberufe, neue und mobile Versorgungsformen sowie digitale Angebote wie etwa digitale Terminsteuerung.

Die hohe Zustimmung ist jedoch nicht universell. Zurückhaltung besteht insbesondere dort, wo Technik bislang den persönlichen Kontakt mit dem Arzt digitalisiert oder die ärztliche Leistung gar in Teilen ersetzen könnte – umso mehr, wenn dies mit einer obligatorischen Regelung einhergeht. Mittelfristig könnte sich diese Skepsis allerdings als Übergangsphänomen erweisen, denn die jüngeren Befragten, die mit vielfältigen digitalen Möglichkeiten aufgewachsen sind, bewerten diese deutlich positiver.

Damit wird deutlich: Die Bevölkerung ist grundsätzlich reformbereit. Die Zustimmungswerte für die meisten strukturellen Veränderungen sind hoch. Derzeit besteht ein offenes Zeitfenster für gesellschaftlich breit getragene Reformen der ambulanten Versorgung, das es zu nutzen gilt.

Inhaltsverzeichnis

Einleitung **5**

1. Reformnotwendigkeit aus Bevölkerungssicht **6**

2. Reformbereitschaft aus Bevölkerungssicht **7**

2.1 Ersteinschätzung 8

2.2 Subsidiarität 9

2.3 Gesundheitsberufe 10

2.4 Versorgungsstrukturen 12

2.5 Digitalisierung 13

3. Empfehlungen für die Gesundheitspolitik **15**

Methodik **17**

Publikationsverzeichnis **19**

Einleitung

Das deutsche Gesundheitssystem steht – wie viele europäische Gesundheitssysteme – vor der Herausforderung, eine qualitativ hochwertige und zugleich flächendeckend zugängliche Versorgung unter Bedingungen des demografischen Wandels, steigender Versorgungsbedarfe und zunehmender Fachkräfteengpässe sicherzustellen (vgl. Robert Bosch Stiftung 2021). Insbesondere für den ambulanten Bereich wird daher verstärkt diskutiert, wie Aufgaben über ein klassisches Primärarztsystem hinaus in Richtung eines stärker multiprofessionellen Primärversorgungssystems neu organisiert werden können – besser gesteuert, arbeitsteiliger sowie durch neue Versorgungsformen und digitale Lösungen unterstützt.

In Anlehnung an internationale Erfahrungen könnte die Primärversorgung durch interprofessionelle Zusammenarbeit in Primärversorgungszentren, Netzwerken oder Teampraxen gestärkt werden. Digitale Tools könnten verstärkt für die Ersteinschätzung von Beschwerden, eine strukturierte Steuerung von Patientinnen und Patienten im Versorgungssystem sowie für niedrigschwellige Informations- und Selbstbehandlungsangebote genutzt werden. Diese könnten dazu beitragen, Patientinnen und Patienten frühzeitig zu orientieren, Versorgungswege zu strukturieren, unnötige Inanspruchnahmen zu reduzieren und die Versorgung insgesamt effizienter und zielgerichteter zu gestalten.

Der Reformbedarf im Gesundheitssystem ist dabei nicht nur fachlich breit anerkannt, sondern wird auch von großen Teilen der Bevölkerung geteilt. Dies zeigen bereits frühere Befragungen unter anderem des Health Transformation Hub (vgl. Leinert 2023) sowie des Bosch Health Campus (vgl. Bosch Health Campus 2023) und bestätigen sich erneut in der vorliegenden Studie. Offen bleibt jedoch eine zentrale Frage: Inwieweit ist die Bevölkerung tatsächlich bereit, Reformansätze mitzutragen, wenn diese über abstrakte Diskussionen hinausgehen und das eigene Versorgungsverhalten berühren?

Dieser Frage sind der Bosch Health Campus, die Bertelsmann Stiftung und die BSt Gesundheit jetzt für die ambulante Versorgung erstmalig in dieser Breite in einer groß angelegten Bevölkerungsbefragung mit n = 2.300 Befragten nachgegangen, die im Februar/März 2026 vom Meinungsforschungsinstitut forsa durchgeführt wurde. Im Mittelpunkt der Untersuchung standen dabei konkrete Ansätze für grundlegende Strukturreformen der Primärversorgung, die das Gesundheitssystem langfristig effizienter machen können. Der Ansatz unterscheidet sich damit erheblich von den rund um das GKV-Beitragssatzsicherungsgesetz aktuell diskutierten kurzfristigen Einsparvorschlägen.

In den folgenden Kapiteln werden zunächst kurz die aktuellen Befragungsergebnisse zur Reformnotwendigkeit aus Sicht der Bevölkerung vorgestellt. Im Anschluss wird differenziert analysiert, in welchem Ausmaß zentrale Reformansätze auf Zustimmung stoßen – sowohl in Bezug auf ihre grundsätzliche Akzeptanz als auch hinsichtlich der Bereitschaft, daraus resultierende Veränderungen im eigenen Verhalten mitzutragen. Abschließend werden aus diesen Erkenntnissen Empfehlungen für die Gesundheitspolitik abgeleitet.

1. Reformnotwendigkeit aus Bevölkerungssicht

Rund zwei Drittel der Bevölkerung (68 Prozent) sind „sehr zufrieden“ oder „eher zufrieden“ mit dem deutschen Gesundheitssystem. Bei Frauen liegt die Zufriedenheitsquote bei 64 Prozent, bei Männern bei 72 Prozent. Privatversicherte (79 Prozent) sind häufiger zufrieden als gesetzlich Versicherte (66 Prozent). In städtischen Bereichen sind größere Bevölkerungsanteile (72 Prozent) mit dem Gesundheitssystem zufrieden als im ländlichen Bereich (63 Prozent). Besonders deutliche Unterschiede gibt es jedoch in Abhängigkeit vom subjektiven Gesundheitszustand: Bei sehr schlechtem oder schlechtem Gesundheitszustand ist die Hälfte zufrieden mit dem Gesundheitssystem (50 Prozent); bei gutem oder sehr gutem Gesundheitszustand liegt die Zufriedenheitsquote bei 71 Prozent.

Trotz dieser überwiegend positiven Einschätzung der gegenwärtigen Situation gibt ein großer Teil der Befragten an, dass die Gesundheitsversorgung früher besser war oder sich künftig verschlechtern wird: Die Hälfte (50 Prozent) hat den Eindruck, dass die Gesundheitsversorgung in Deutschland in den letzten fünf Jahren schlechter geworden ist. 43 Prozent geben an, dass sie gleich geblieben ist, und nur 6 Prozent sehen eine Verbesserung. Für die Zukunft erwarten fast zwei Drittel der Bevölkerung (63 Prozent) eine Verschlechterung der Gesundheitsversorgung. Ein Viertel (24 Prozent) erwartet, dass die Gesundheitsversorgung in den nächsten fünf Jahren gleichbleibt, und lediglich rund ein Achtel (12 Prozent) glaubt an eine Verbesserung.

Entsprechend hoch wird die Reformnotwendigkeit eingeschätzt: Eine sehr große Mehrheit der Bevölkerung (92 Prozent) hält grundlegende Veränderungen am Gesundheitssystem insgesamt für notwendig, davon – rundungsbedingt weicht die Summe der folgenden Einzelwerte von der oben ausgewiesenen Summe ab – 50 Prozent für „sehr notwendig“ und 43 Prozent für „eher notwendig“. Diese Einschätzung einer hohen Reformnotwendigkeit ist keine Frage der Parteipräferenz. Unabhängig vom jeweiligen politischen Lager (definiert über die Wahlentscheidung bei der letzten Bundestagswahl: CDU/CSU, SPD, AfD, Grüne, Linke, BSW, FDP, Sonstige) erachten jeweils mindestens acht von zehn Befragten grundlegende Reformen für notwendig.

2. Reformbereitschaft aus Bevölkerungssicht

Um die „Reformbereitschaft“ der Bevölkerung empirisch erfassen zu können, musste dieser abstrakte Begriff operationalisiert werden – das heißt in konkrete Einzelfragen oder Aussagen heruntergebrochen werden, die in einer Befragung von der Allgemeinbevölkerung beantwortet bzw. bewertet werden können. Dafür wurden fünf zentrale Bereiche aus der aktuellen öffentlichen und fachpolitischen Diskussion zur Grund- und Primärversorgung identifiziert. Für jeden dieser Bereiche wurden jeweils drei konkrete Reformansätze abgeleitet, die derzeit in Politik, Wissenschaft und Praxis diskutiert werden:

- **Ersteinschätzung:**
  neu auftretende gesundheitliche Anliegen zunächst über einen zentralen, telefonisch oder digital erreichbaren Gesundheitsservice klären lassen. Dieser soll beraten, anhand einheitlicher Kriterien die Dringlichkeit einschätzen, priorisieren und danach Patientinnen und Patienten den schnellstmöglichen Termin an der geeigneten Versorgungsstelle zuweisen.

- **Subsidiarität:**
  gesundheitliche Anliegen möglichst auf der jeweils passenden Versorgungsstufe mit der geringsten Eingriffsintensität behandeln – also zunächst Selbstbehandlung und digitale Angebote nutzen, hausärztliche vor fachärztlicher Versorgung in Anspruch nehmen und stationäre Leistungen nur bei medizinischer Notwendigkeit einbeziehen.

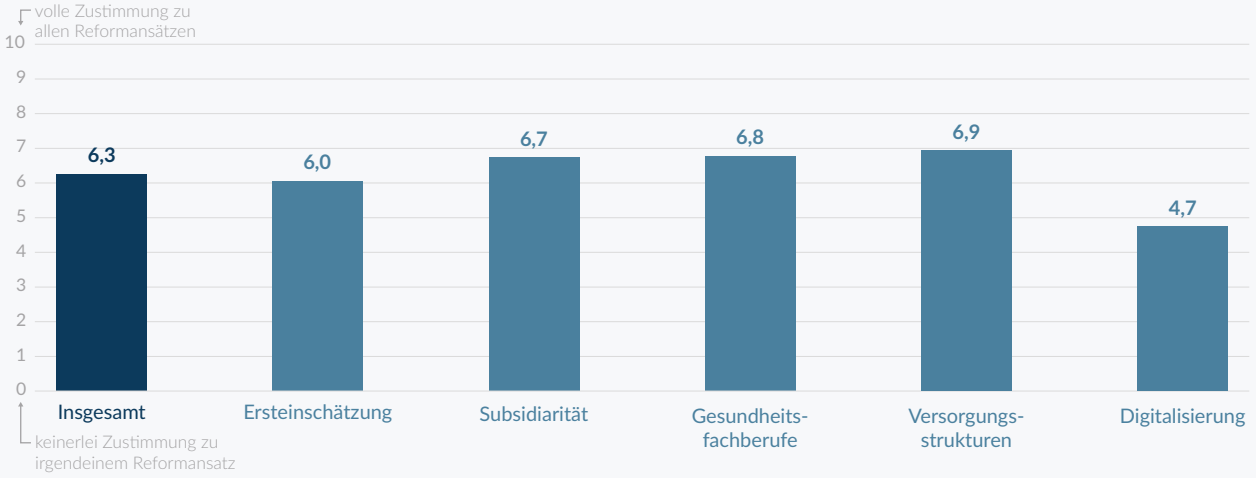
- **Gesundheitsfachberufe:**
  qualifizierte nichtärztliche Gesundheitsberufe stärker in die Versorgung einbinden und ihnen – insbesondere bei Routineaufgaben, Verlaufskontrollen und der Erstabklärung – mehr Aufgaben übertragen.

- **Versorgungsstrukturen:**
  Gesundheitsversorgung stärker wohnortnah, flexibel und vernetzt organisieren – etwa durch mobile Angebote, Präventionsangebote in Alltagsstrukturen oder multiprofessionelle Gesundheitszentren.

- **Digitalisierung:**
  digitale Anwendungen wie Videosprechstunden, telefonische Beratungsangebote oder KI-gestützte Tools zur Analyse von Gesundheitsdaten und zur Unterstützung von Symptomeinschätzung und Entscheidungsfindung in die Versorgung integrieren.

Zu jedem dieser Reformansätze wurden konkrete Einzelfragen bzw. Aussagen („Items“) entwickelt, die den Befragten anschließend zur Bewertung vorgelegt wurden. Insgesamt sollten sich die Befragten demzufolge zu 15 Reformansätzen oder dafür erforderlichen Änderungen der eigenen Verhaltensweise positionieren. Die Zustimmung zu den abgefragten Reformansätzen war groß: 13 der 15 Ansätze wurden mehrheitlich befürwortet, meist mit großen bis sehr großen Mehrheiten. Die Ergebnisse werden in den nachfolgenden Unterkapiteln ausführlicher beschrieben.

ABBILDUNG 1 **Reformbereitschaften im Überblick – Indexwerte insgesamt und nach Teilbereichen**



HealthTransformationHub Quelle: eigene Berechnung, eigene Darstellung.

Für einen zusammenfassenden Überblick wurden die Bewertungen der Reformansätze zu fünf Teilindizes und einem Gesamtindex verdichtet. Diese können jeweils Werte zwischen 0 („keinerlei Zustimmung zu irgendeinem abgefragten Reformansatz“) und 10 („volle Zustimmung zu allen abgefragten Reformansätzen“) annehmen. Die durchschnittlichen Werte verdeutlichen auf einen Blick, dass insgesamt eine breite Bevölkerungsmehrheit grundlegende Reformen zur Organisation der Gesundheitsversorgung mittragen würde – und wo noch Zurückhaltung besteht (siehe Abbildung 1). Darüber hinaus ermöglichen die Indizes einen Vergleich der Reformbereitschaft über die Zeit.

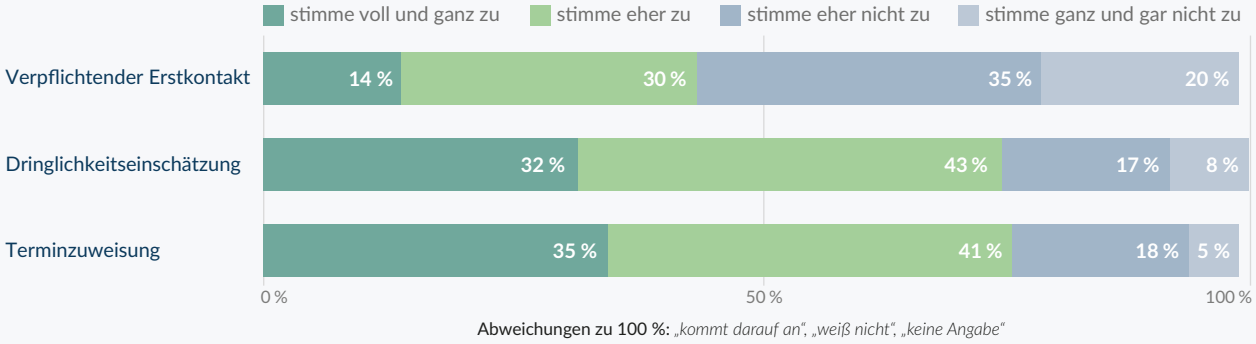
2.1 Ersteinschätzung

Wer krank ist, sollte schnell Hilfe bekommen – und zwar direkt an der richtigen Stelle, ohne aufwendige Suche nach der besten Anlaufstelle für die Behandlung der Beschwerden. Der gesteuerte Zugang in das System spielt auch in der aktuellen Diskussion um ein Primärversorgungsmodell für das deutsche Gesundheitswesen eine zentrale Rolle. Der ärztliche Bereitschaftsdienst, ein Symptomchecker und ein Terminbuchungsservice sind bereits heute über die 116117-Servicenummer oder -Website der Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) erreichbar. Auch einige Krankenkassen bieten ihren Versicherten digitale Ersteinschätzungstools und Terminvermittlung an. Solche Angebote oder weiterentwickelte Strukturen könnten künftig auch während der Öffnungszeiten der Arztpraxen stärker für die Steuerung von Versorgungsprozessen genutzt werden.

In der Befragung wurden die Einstellungen zum Vorschlag eines weitergehenden, zentralen Gesundheitsservices abgefragt, der nicht nur Termine vermittelt, sondern auch berät und rund um die Uhr per Chat oder Internet erreichbar ist. Während acht von zehn Befragten (78 Prozent) einem solchen Gesundheitsservice grundsätzlich positiv gegenüberstehen, wird eine verpflichtende Nutzung dieses Services bei neu aufgetretenen Beschwerden, das heißt ein **verpflichtender Erstkontakt** über diesen Service, nur von knapp der Hälfte (44 Prozent) unterstützt (siehe Abbildung 2). Dabei gilt: Je jünger die Befragten, desto aufgeschlossener sind sie gegenüber einer Verpflichtung, sich bei neu aufgetretenen Beschwerden zuerst an diesen zentralen Service zu wenden. Die Zustimmung hierfür steigt von 39 Prozent in der Gruppe der 65-Jährigen und Älteren über alle Altersgruppen hinweg bis auf 53 Prozent in der Gruppe der 18- bis 34-Jährigen an.

Einer zentralen **Dringlichkeitseinschätzung** nach einheitlichen Kriterien, nach der die Terminvergabe erfolgt, stimmen dagegen drei Viertel (74 Prozent) der Befragten zu. Die hohe Zustimmungsquote zu einer solchen Dringlichkeitseinschätzung gilt unabhängig vom Gesundheitszustand. Sie liegt immer bei mindestens sieben von zehn Befragten, egal wie diese ihren allgemeinen Gesundheitszustand einschätzen und ob sie chronisch erkrankt sind oder nicht.

ABBILDUNG 2 **Zustimmung zu möglichen Funktionen eines zentralen Gesundheitsservices**



Abweichungen zu 100 %: *„kommt darauf an", „weiß nicht", „keine Angabe"*

Wortlaut der zugehörigen Fragen bzw. zu bewertenden Aussagen:

Verpflichtender Erstkontakt:
„Bei neu aufgetretenen gesundheitlichen Beschwerden muss zuerst ein telefonisch oder online erreichbarer, zentraler Gesundheitsservice genutzt werden, der einen berät und an eine passende Anlaufstelle vermittelt."

Dringlichkeitseinschätzung:
„Die Dringlichkeit von Behandlungen wird nach einheitlichen Kriterien von einem zentralen Gesundheitsservice eingeschätzt und Menschen mit dringenderen Gesundheitsproblemen bekommen schneller einen Termin."

Terminzuweisung:
„Bei akuten Beschwerden weist ein zentraler Gesundheitsservice den schnellsten verfügbaren Termin in der Region zu – auch wenn man den Arzt nicht kennt."

HealthTransformationHub Quelle: Tabellenband zur Studie, eigene Darstellung.

Ebenfalls drei Viertel (76 Prozent) stimmen dem Vorschlag zu, dass bei akut aufgetretenen Beschwerden eine zentrale Servicestelle den schnellsten verfügbaren Termin in der Region zuweist – auch wenn man bei einer solchen **Terminzuweisung** die Ärztin oder den Arzt nicht kennt.

Für alle drei abgefragten Elemente eines solchen zentralen Gesundheitsservices – Einschätzung und Beratung beim Erstkontakt, Dringlichkeitseinschätzung sowie Terminzuweisung – muss das Personal der zentralen Stelle auf behandlungsrelevante Daten zugreifen können. Insgesamt würden sieben von zehn Befragten (69 Prozent) einen solchen Datenzugriff grundsätzlich erlauben; in der Gruppe der 18- bis 34-Jährigen sind es acht von zehn Befragten (80 Prozent). Männer (74 Prozent) würden den Datenzugriff häufiger erlauben als Frauen (64 Prozent).

2.2 Subsidiarität

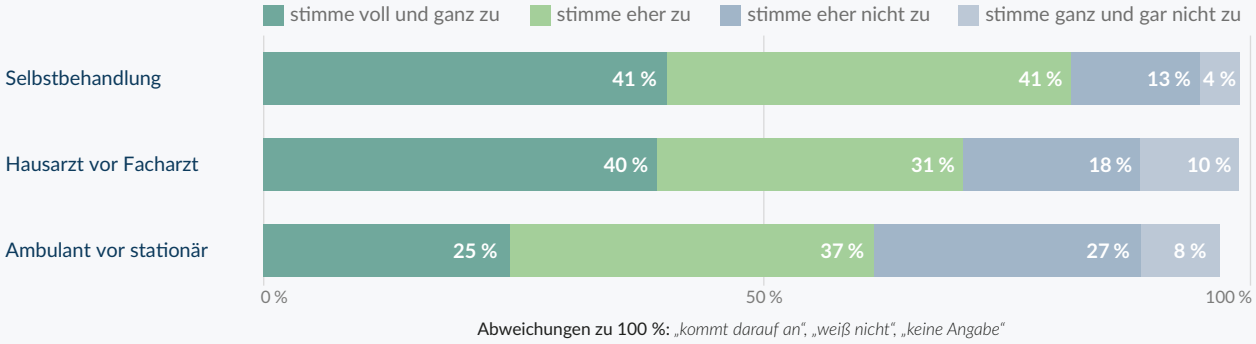
„Nicht jede Verletzung muss im Krankenhaus behandelt werden". Diese scheinbar banale Feststellung verweist auf ein grundlegendes Problem des deutschen Gesundheitswesens: Zu viele Patientinnen und Patienten landen mit ihrem Gesundheitsanliegen nicht zur richtigen Zeit auf der richtigen Versorgungsstufe – und dort nicht bei der richtigen Profession.

Damit wird, wenn auch etwas verkürzt, die Richtung aufgezeigt, in die sich ein zukunftsfähiges Gesundheitswesen entwickeln muss: Es gilt, eine möglichst wohnortnahe Versorgung mit möglichst geringer Eingriffsintensität anzustreben. Wenn es der Gesundheitszustand zulässt und kein Notfall vorliegt, bedeutet das eine klare Rangfolge: Selbstbehandlung und Ausschöpfung digitaler Angebote vor Praxisbesuch, Hausarzt vor Facharzt, ambulant vor stationär und nur dann operieren, wenn es wirklich notwendig ist.

Diese abgestufte Vorgehensweise entspricht im Kern einem erweiterten Subsidiaritätsgedanken für das Gesundheitswesen. Das schützt nicht nur die Patienten vor unnötigen oder unnötig intensiven Eingriffen. Sondern es entlastet auch die Fachkräfte in allen Gesundheitsberufen, verschafft ihnen mehr Zeit für die Behandlung ihrer Patienten und verbessert dadurch die Behandlungsqualität. Zudem hilft es, die Gesundheitsversorgung auch bei knappen Ressourcen sicherzustellen. Wie die vorliegende Befragung für drei beispielhafte Bereiche zeigt, stimmt die Bevölkerung diesem Ansatz mit großer Mehrheit „voll und ganz" oder „eher" zu (siehe Abbildung 3).

Mehr als acht von zehn Befragten (82 Prozent) würden sich bei leichten gesundheitlichen Beschwerden selbst behandeln – wenn leicht zugängliche, verlässliche und geprüfte Gesundheits-

ABBILDUNG 3 **Zustimmung zur Nutzung von Versorgungsstufen mit geringer Eingriffsintensität**



Abweichungen zu 100 %: *„kommt darauf an", „weiß nicht", „keine Angabe"*

Wortlaut der zugehörigen Fragen bzw. zu bewertenden Aussagen:

Selbstbehandlung:
„Ich würde leichte gesundheitliche Beschwerden selbst behandeln, wenn mir dafür leicht zugängliche, verlässliche und geprüfte Gesundheitsinformationen zur Verfügung gestellt werden."

Hausarzt vor Facharzt:
„Bei neu auftretenden gesundheitlichen Beschwerden sollte man verpflichtend zuerst zum Hausarzt gehen – außer bei Beschwerden, die man üblicherweise direkt beim Augen-, Kinder- oder Frauenarzt abklärt."

Ambulant vor Stationär:
„Operationen, bei denen das medizinisch möglich ist, werden ambulant durchgeführt und ein Krankenhausaufenthalt ist nur noch in Ausnahmefällen vorgesehen."

HealthTransformationHub Quelle: Tabellenband zur Studie, eigene Darstellung.

informationen zur Verfügung gestellt werden. Die Bereitschaft, sich bei leichten Gesundheitsbeschwerden selbst zu behandeln, ist höher, wenn der Gesundheitszustand gut ist. Dennoch: Selbst bei chronisch Kranken oder bei Befragten mit schlechtem oder sehr schlechtem Gesundheitszustand liegt die Bereitschaft zur gut informierten **Selbstbehandlung** bei 75 Prozent oder mehr.

Damit bekommt die Qualität von Gesundheitsinformationen im Internet und auf Social Media eine zusätzliche Bedeutung. Denn neun von zehn Internetnutzern suchen online nach Informationen zu gesundheitlichen oder medizinischen Themen, so eine Befragung zu Online-Diensten als Quelle für Gesundheitsinformationen (vgl. Bertelsmann Stiftung 2025).

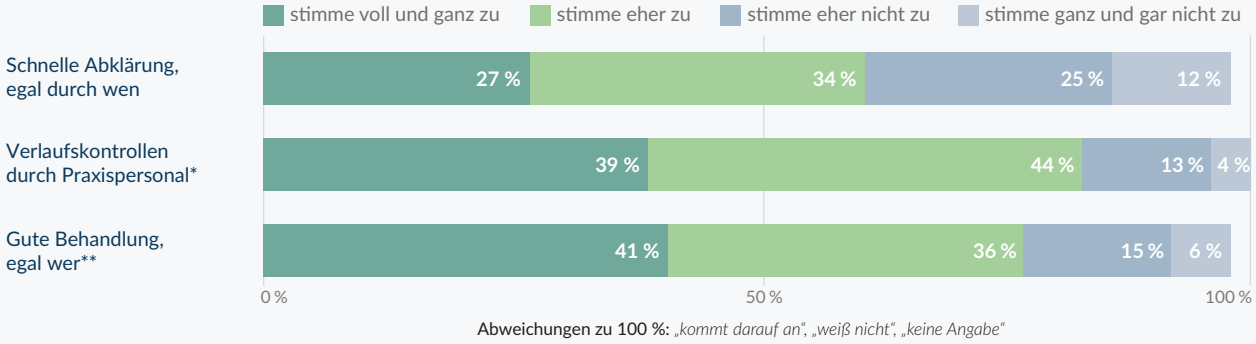
Auch das Kernelement eines Primärarztsystems – der verpflichtende Besuch einer Hausarztpraxis, bevor ggf. bei Bedarf ein Facharzt aufgesucht wird – wird von einer deutlichen Mehrheit unterstützt: Mehr als sieben von zehn Befragten (71 Prozent) stimmen einem verbindlichen Prinzip **„Hausarzt vor Facharzt"** zu, wenn der direkte Zugang zu Augen-, Kinder- und Frauenärzten weiterhin möglich ist. Wie im folgenden Kapitel 3.3 näher dargelegt, stößt auch der Vorschlag auf breites Einverständnis, dass innerhalb der Arztpraxis die Konsultation nicht immer durch eine Ärztin oder einen Arzt erfolgen muss: Insbesondere für Routine- und Kontrolluntersuchungen, aber auch für die Abklärung von Beschwerden werden qualifizierte Gesundheitsfachkräfte von den Befragten mehrheitlich akzeptiert.

Ebenfalls eine große Mehrheit (63 Prozent) spricht sich dafür aus, dass stationäre Krankenhausaufenthalte nur noch in Ausnahmefällen vorgesehen sind, wenn Operationen medizinisch gleichermaßen auch ambulant durchgeführt werden können (**„ambulant vor stationär"**).

2.3 Gesundheitsberufe

Internationale Erfahrungen zeigen, dass multiprofessionelle Versorgungsmodelle einen wichtigen Beitrag zur Stabilisierung der ambulanten Versorgung leisten können. In verschiedenen Gesundheitssystemen übernehmen qualifizierte nichtärztliche Gesundheitsberufe – insbesondere akademisch qualifizierte Pflegefachpersonen als Community Health Nurses – bereits heute Aufgaben, die traditionell ausschließlich Ärztinnen und Ärzten vorbehalten waren, etwa in der Durchführung von Routineuntersuchungen, der Betreuung chronisch erkrankter Patientinnen und Patienten oder der Erstabklärung bestimmter gesundheitlicher Beschwerden.

ABBILDUNG 4 **Zustimmung zu neuer Arbeitsteilung**



Abweichungen zu 100 %: *„kommt darauf an", „weiß nicht", „keine Angabe"*

Wortlaut der zugehörigen Fragen bzw. zu bewertenden Aussagen:

Schnelle Abklärung, egal durch wen:
„Bei neu aufgetretenen Gesundheitsbeschwerden will ich in erster Linie eine schnelle Abklärung, was ich habe – ob das durch einen Arzt oder medizinisch geschultes Praxispersonal erfolgt, ist mir egal."

Verlaufskontrollen durch Praxispersonal:*
„Verlaufskontrollen bestehender Erkrankungen und Routineuntersuchungen sollten im Regelfall von medizinisch geschultem Praxispersonal durchgeführt werden *(bei Bedarf würde weiterhin eine ärztliche Beratung erfolgen)*."

Gute Behandlung, egal wer:**
„Ich will in erster Linie gut behandelt werden – bei kleineren Beschwerden ist es mir egal/*es ist mir egal*, ob sich ein Arzt oder medizinisch geschultes Praxispersonal um mich kümmert."

* Diese Frage wurde in zwei Varianten gestellt. Wenn der kursiv gesetzte explizite Hinweis auf die ärztliche Beratung gegeben wird, liegt die Zustimmung („voll und ganz" oder „eher") bei 84 Prozent, ohne diesen Hinweis bei 81 Prozent. Oben wird der Durchschnittswert beider Varianten ausgewiesen.

** Die Frage wurde in zwei Varianten gestellt. Wenn die Frage auf „kleinere Beschwerden" eingeschränkt wird, liegt die Zustimmung („voll und ganz" oder „eher") bei 85 Prozent; ohne diese Einschränkung bei 69 Prozent. Oben wird der Durchschnittswert beider Varianten ausgewiesen.

HealthTransformationHub Quelle: Tabellenband zur Studie, eigene Darstellung. Auswertung der Split-Fragen: eigene Berechnung.

Für die erfolgreiche Implementierung solcher Versorgungsmodelle in Deutschland spielt neben organisatorischen und rechtlichen Rahmenbedingungen auch die Akzeptanz in der Bevölkerung eine wichtige Rolle. Vor diesem Hintergrund untersucht die vorliegende Befragung die Einstellung der Bevölkerung zur Rolle medizinisch geschulten Praxispersonals in unterschiedlichen Versorgungssituationen innerhalb der ambulanten Versorgung. Im Fokus stehen dabei insbesondere die Abklärung neu auftretender Beschwerden, die Durchführung von Routine- und Verlaufskontrollen sowie die Behandlung gesundheitlicher Probleme – sowohl insgesamt als auch für „kleinere Beschwerden".

Bei der Aussage, dass bei neu auftretenden Gesundheitsbeschwerden eine **schnelle Abklärung** wichtiger ist als die konkrete Berufsgruppe der behandelnden Person, liegt der Zustimmungswert bei 61 Prozent (siehe Abbildung 4). Dazu zeigen sich hier gewisse Unterschiede nach Alter und Gesundheitsstatus: Jüngere Befragte äußern tendenziell eine größere Offenheit gegenüber einer ersten Abklärung durch Praxispersonal, während ältere Personen häufiger eine direkte ärztliche Behandlung bevorzugen. Ein ähnliches Muster zeigt sich beim Chronikerstatus: Personen ohne chronische Erkrankung stimmen dieser Aussage häufiger zu, während chronisch erkrankte Befragte häufiger eine unmittelbare ärztliche Abklärung wünschen.

Die höchste Zustimmung zeigt sich bei **Verlaufskontrollen** bestehender Erkrankungen und Routineuntersuchungen: Mehr als vier von fünf der Befragten (81 Prozent) befürworten, dass diese Leistungen im Regelfall von medizinisch geschultem Praxispersonal übernommen werden sollten. Erfolgt der explizite Hinweis darauf, dass bei Bedarf weiterhin eine ärztliche Behandlung erfolgen würde, steigt die Zustimmungsrate auf 84 Prozent. Die Zustimmung ist über alle Bevölkerungsgruppen hinweg hoch und liegt durchgängig nahe am Durchschnittswert der beiden Fragevarianten von 83 Prozent.

Für die Mehrheit der Befragten ist für eine **„gute Behandlung"** in erster Linie die Qualität der Behandlung entscheidend und nicht die behandelnde Berufsgruppe, egal ob Arzt oder medizinisch geschultes Praxispersonal. Bezogen auf allgemeine Behandlungen teilen 69 Prozent der Befragten diese Einschätzung, bei kleineren Beschwerden sind es 85 Prozent. Dies spricht für eine breite Akzeptanz flexibler Aufgabenverteilungen.

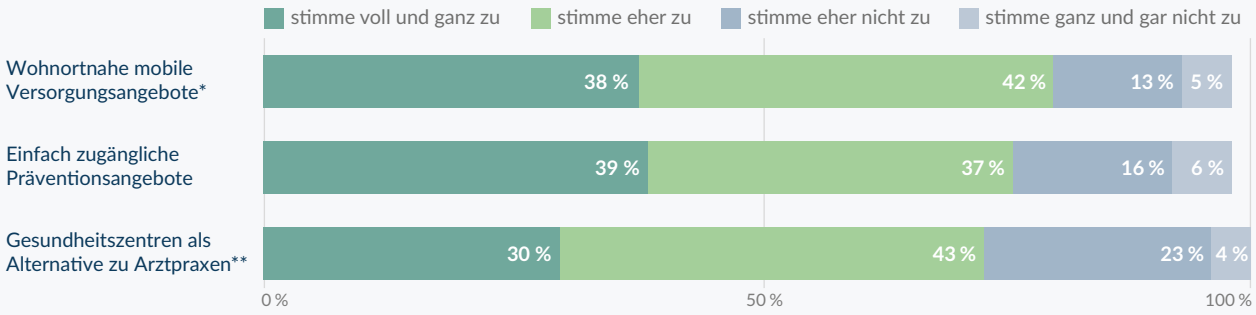
Durchschnittlich ergibt sich über die drei bewerteten Aussagen zu Arbeitsteilung und Übernahme von Aufgaben durch qualifizierte Gesundheitsberufe anstelle von Ärzten hinweg ein Zustimmungswert von 74 Prozent. Unterschiede nach Alter, Bildungsniveau oder dem Vorliegen chronischer Erkrankungen sind nur moderat ausgeprägt.

Eine vorangegangene Studie zur Aufgabenteilung (vgl. Bertelsmann Stiftung 2026) hat die Einstellungen der Ärzteschaft zu diesem Thema exploriert: Eine klare Mehrheit der Hausärztinnen und Hausärzte unterstützt eine stärkere Aufgabenteilung im Versorgungssystem: 71 Prozent sehen dadurch ein großes Entlastungspotenzial und 74 Prozent befürworten, dass qualifizierte Gesundheitsfachkräfte künftig eigenständiger Aufgaben übernehmen. Konkret sprechen sich Hausärztinnen und -ärzte dafür aus, zahlreiche standardisierte Tätigkeiten – etwa Routineuntersuchungen, Versorgung chronisch Kranker, Patientenschulung oder administrative Aufgaben – zumindest teilweise zu übertragen. Gleichzeitig bestehen Vorbehalte bei akuten oder komplexeren Situationen, etwa bei kurzfristig erforderlichen Hausbesuchen oder medikamentösen Anpassungen. Diese Einschätzung deckt sich mit den Präferenzen der Bevölkerung, die insbesondere bei Routineleistungen eine hohe Akzeptanz für nichtärztliches Personal zeigt. Damit zeigt sich eine hohe Übereinstimmung zwischen Leistungserbringern und zu Versorgenden hinsichtlich einer stärkeren, aber differenzierten Arbeitsteilung im ambulanten Bereich.

2.4 Versorgungsstrukturen

Ein leistungsfähiges Gesundheitssystem ist auf tragfähige und zugleich flexible Versorgungsstrukturen angewiesen. Diese müssen eine wohnortnahe, niedrigschwellige und gut koordinierte Versorgung ermöglichen. Insbesondere in ländlichen Regionen sowie in städtischen Gebieten mit eingeschränktem Versorgungsangebot zeigen sich jedoch zunehmend Lücken in der Versorgungsstruktur und -koordination: Patientinnen und Pa-

ABBILDUNG 5 **Reformbereitschaften: Versorgungsstrukturen**



Abweichungen zu 100 %: *„kommt darauf an", „weiß nicht", „keine Angabe"*

Wortlaut der zugehörigen Fragen bzw. zu bewertenden Aussagen:

Wohnortnahe mobile Versorgungsangebote:*
„Um die Versorgung in allen Regionen zu sichern, gibt es folgenden Vorschlag: Ärztinnen und Ärzte könnten ein- bis zweimal pro Woche in kleinere Gemeinden oder Stadtteile kommen und dort zu festen Terminen Sprechstunden anbieten/*medizinisch geschultes Praxispersonal könnte ein- bis zweimal pro Woche in kleinere Gemeinden oder Stadtteile kommen. Dort würden sie zu festen Terminen Sprechstunden anbieten und bei Bedarf einen Arzt zuschalten.*"

Niedrigschwellige Präventionsangebote im Alltag:
„Vorsorge- und Präventionsangebote wie Impfungen, Blutdruckmessungen oder Gesundheitschecks werden verstärkt in Schulen, Betrieben oder Apotheken angeboten."

Gesundheitszentren als Alternative zu Arztpraxen:**
„Statt einzelner Arztpraxen gibt es vermehrt Gesundheitszentren, in denen Teams aus Pflegekräften, Ärzten und anderen Gesundheitsberufen zusammenarbeiten *(– auch wenn man dafür längere Wege in Kauf nehmen müsste).*"

* Diese Frage wurde in zwei Varianten gestellt. Bezieht sich der Vorschlag auf Ärztinnen und Ärzte, liegt die Zustimmung („voll und ganz" oder „eher") bei 80 Prozent. Beim kursiv gesetzten Bezug auf das Praxispersonal liegt sie nahezu gleich bei 79 Prozent. Oben wird der Durchschnittswert beider Varianten ausgewiesen.

** Diese Frage wurde in zwei Varianten gestellt. Beim kursiv gesetzten expliziten Hinweis auf die längeren Wege liegt die Zustimmung („voll und ganz" oder „eher") bei 63 Prozent, ohne diesen Hinweis bei 82 Prozent. Oben wird der Durchschnittswert beider Varianten ausgewiesen.

HealthTransformationHub Quelle: Tabellenband zur Studie, eigene Darstellung. Auswertung der Split-Fragen: eigene Berechnung.

tienten legen häufig weite Wege zurück, Präventions- und Routineangebote werden zunehmend schwer erreichbar und qualifiziertes Fachpersonal steht nicht überall in ausreichendem Umfang zur Verfügung.

Vor diesem Hintergrund gewinnen neue Versorgungsmodelle an Bedeutung, die stärker auf regionale Versorgungsbedarfe ausgerichtet sind und die Versorgung dort ermöglichen, wo Menschen leben und arbeiten. Dazu zählen Vorsorge- und Präventionsangebote in den Lebenswelten der Menschen (z. B. in Apotheken oder am Arbeitsplatz), mobile Versorgungsangebote sowie multiprofessionelle Versorgungsstrukturen, die unterschiedliche Gesundheitsberufe bedarfsgerecht zusammenführen und so flexibler auf regionale Unterschiede in der Versorgungssituation reagieren können. Ziel ist es, Erreichbarkeit zu verbessern, Versorgungslücken zu schließen und gleichzeitig bestehende Strukturen zu entlasten.

Die Befragung zeigt eine breite Unterstützung für **wohnortnahe, mobile Versorgungsangebote** – insbesondere dann, wenn diese in kleineren Gemeinden regelmäßig, etwa ein- bis zweimal pro Woche, im direkten Lebensumfeld stattfinden (siehe Abbildung 5). Dabei wurden zwei Varianten abgefragt:

- Ärztinnen und Ärzte bieten ein- bis zweimal pro Woche Sprechstunden in kleineren Gemeinden oder Stadtteilen an.

- Medizinisch geschultes Praxispersonal übernimmt diese regelmäßigen Sprechstunden vor Ort und schaltet bei Bedarf Ärztinnen und Ärzte digital hinzu.

Beide Ansätze stoßen bei jeweils acht von zehn Befragten auf Zustimmung (80 Prozent bei der Variante mit Ärztinnen und Ärzten, 79 Prozent bei der Variante mit Praxispersonal).

Einfach zugängliche Präventionsangebote im direkten Lebensumfeld werden ebenfalls klar befürwortet: Mehr als drei von vier Befragten (77 Prozent) sprechen sich für Angebote wie Impfungen, Gesundheitschecks oder Blutdruckmessungen in Schulen, Betrieben oder Apotheken aus. Besonders hoch ist die Zustimmung bei jüngeren Befragten (18- bis 34-Jährige: 87 Prozent). Gleichzeitig zeigt sich auch über die anderen Altersgruppen hinweg eine stabile Mehrheit von jeweils mindestens 70 Prozent. Damit wird deutlich: Niedrigschwellige Präventionsangebote stoßen generationenübergreifend auf breite Akzeptanz.

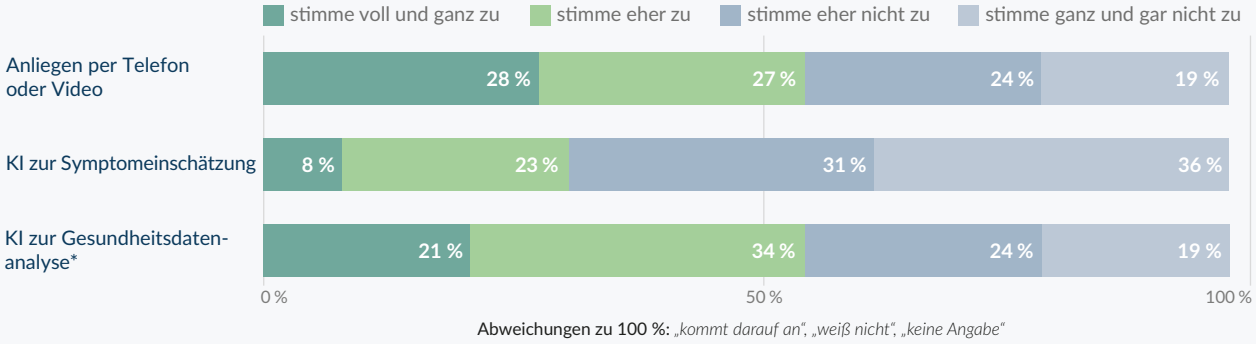
Neben dezentralen Angeboten wird auch die Bündelung von Leistungen in multiprofessionellen Strukturen grundsätzlich positiv bewertet – allerdings mit wichtigen Differenzierungen. Ohne den expliziten Hinweis auf mögliche längere Wege befürworten rund vier von fünf Befragten (82 Prozent) Gesundheitszentren, in denen Ärztinnen und Ärzte, Pflegekräfte und weitere Gesundheitsberufe gemeinsam arbeiten. Wird hingegen ausdrücklich darauf hingewiesen, dass damit unter Umständen längere Wege verbunden sind, sinkt die Zustimmung zu **Gesundheitszentren als Alternative zu Arztpraxen** auf 63 Prozent. Diese Differenz verdeutlicht: Koordinierte, teamorientierte Versorgungsmodelle werden als sinnvoll wahrgenommen – die Höhe ihrer Akzeptanz hängt jedoch wesentlich von der Erreichbarkeit ab.

2.5 Digitalisierung

Digitale Werkzeuge halten zunehmend Eingang in die Gesundheitsversorgung. Nicht zuletzt durch die Coronapandemie haben die Behandlung per Videosprechstunde und die telefonische Krankschreibung in der Bevölkerung eine gewisse Bekanntheit erreicht. Einige digitale Anbieter setzen vollständig auf Videosprechstunden zur Behandlung von Patienten. Immer mehr gesetzliche Krankenkassen bieten ihren Versicherten diesen oder einen ähnlichen Service an. Künstliche Intelligenz (KI) erhält ebenfalls Einzug in das Gesundheitssystem. Online-Symptomchecker richten sich an Bürgerinnen und Bürger mit Gesundheitsfragen.

Über die Hälfte der Befragten (55 Prozent) signalisiert Bereitschaft, medizinische **Anliegen per Telefon oder Video** zu klären, statt persönlich in eine Praxis zu gehen. Auffällig ist die hohe Bereitschaft von 74 Prozent in der Altersgruppe der 18- bis 34-Jährigen, die diesem Ansatz zustimmen (siehe Abbildung 6). In der Personengruppe, die bereits diesen Weg beschritten hat, steigt die Bereitschaft auf 73 Prozent. Befragte ohne Vor-

ABBILDUNG 6 **Zustimmung zu digitalen Elementen in der Gesundheitsversorgung**



Abweichungen zu 100 %: *„kommt darauf an", „weiß nicht", „keine Angabe"*

Wortlaut der zugehörigen Fragen bzw. zu bewertenden Aussagen:

Anliegen per Telefon oder Video:
„Ich wäre bereit, medizinische Anliegen per Telefon oder Video zu klären, statt persönlich in eine Praxis zu gehen."

KI zur Symptomeinschätzung:
„Ich fände es in Ordnung, wenn Künstliche Intelligenz meine Symptome einschätzt und mir empfiehlt, ob ich sofort zum Arzt gehen, abwarten oder mich selbst behandeln soll."

KI zur Gesundheitsdatenanalyse:*
„Ich fände es in Ordnung, wenn Künstliche Intelligenz meine Gesundheitsdaten auswertet, um Erkrankungen frühzeitig zu erkennen *(– sofern sich ein Arzt die Ergebnisse nochmal anschaut.)*"

* Diese Frage wurde in zwei Varianten gestellt. Wenn der kursiv gesetzte Vorbehalt der ärztlichen Ergebnisprüfung gegeben wird, liegt die Zustimmung („voll und ganz" oder „eher") bei 61 Prozent, ohne diesen Vorbehalt bei 49 Prozent. Oben wird der Durchschnittswert beider Varianten ausgewiesen.

HealthTransformationHub Quelle: Tabellenband zur Studie, eigene Darstellung. Auswertung der Split-Fragen: eigene Berechnung.

erfahrung mit telefonischer oder videogestützter Beratung stimmen zu 47 Prozent zu. Die höhere Zustimmung in der ersten Gruppe kann als eine positive Wertung der gemachten Erfahrung interpretiert werden. Aber auch ein Selektionseffekt ist nicht auszuschließen. Die Gruppe könnte bereits vor der Nutzung einer telefonischen oder Videoberatung positiv gegenüber dieser Option eingestellt gewesen sein.

Künstliche Intelligenz zur Symptomeinschätzung wird bereits von verschiedenen Anbietern in Deutschland für Patientinnen und Patienten angeboten. In Fachkreisen wird das Potenzial für Dringlichkeitseinschätzung und Patientennavigation diskutiert. Auf die Frage nach der Rolle der KI als Symptom-Einschätzungstool mit angeschlossener Handlungsempfehlung (Arztbesuch oder Selbstversorgung in der Häuslichkeit) antworteten die Befragten zurückhaltend. Nur 31 Prozent stimmten diesem Ansatz zu. In der Gruppe der 18- bis 34-Jährigen zeigt sich mit insgesamt 42 Prozent die höchste Zustimmung. In den höheren Altersgruppen nimmt die Zustimmung kontinuierlich ab und liegt bei den 65-Jährigen und Älteren bei 23 Prozent.

Die Nutzung von Künstlicher Intelligenz zur (Früh-)Erkennung von Krankheiten ist mittlerweile nicht mehr auf die rein universitäre Forschung (z. B. bei Krebserkrankungen) beschränkt. Die Befragung hat gezeigt, dass knapp die Hälfte der Befragten (49 Prozent) grundsätzlich dazu bereit wäre, ihre Gesundheitsdaten von KI analysieren zu lassen, um Krankheiten frühzeitig zu erkennen. Wird das Ergebnis dieser Analyse unter den expliziten Vorbehalt einer ärztlichen Überprüfung gestellt, steigt die Zustimmungsrate auf 61 Prozent. Insgesamt, das heißt im Durchschnitt dieser beiden Fragevarianten, geben 55 Prozent der Befragten an, **KI zur Gesundheitsdatenanalyse** zu akzeptieren. In der Altersgruppe der 18- bis 34-Jährigen fällt dieser Wert mit 64 Prozent am höchsten aus.

3. Empfehlungen für die Gesundheitspolitik

Die Ergebnisse zeigen: Die Bevölkerung erkennt nicht nur die Notwendigkeit von Reformen im Gesundheitssystem, sondern signalisiert auch eine hohe Bereitschaft, strukturelle Veränderungen in der deutschen Primärversorgung mitzutragen. Diese Offenheit schafft ein seltenes politisches Zeitfenster, das konsequent genutzt werden sollte.

Jetzt gilt es also, die mehrheitlich getragene Bereitschaft der Bevölkerung in konkreten Reformen umzusetzen. Erste Maßnahmen sollten in den bereits angekündigten Primärversorgungs- und Digitalgesetzen ansetzen. Weitere Impulse können und sollten auf Basis der für Ende des Jahres angekündigten Vorschläge der Finanzkommission Gesundheit für mittel- und langfristige Strukturveränderungen aufgegriffen werden – mit dem Ziel, Versorgungsqualität zu stärken und zugleich die langfristig gesicherte finanzielle Tragfähigkeit des Gesundheitssystems zu sichern.

Neben gesetzgeberischen Maßnahmen ist eine klare, verständliche und kontinuierliche Kommunikation zentral. Neue Versorgungsstrukturen sollten für die Patientinnen und Patienten jederzeit nachvollziehbar gestaltet werden. Entscheidend ist, transparent zu vermitteln, dass Reformen entweder zu einer verbesserten Versorgungsqualität führen oder die aktuelle Qualität mindestens sichern – und zugleich helfen, knapper werdende personelle Ressourcen effizient einzusetzen. Akzeptanz ist kein Selbstläufer, sondern muss aktiv erarbeitet und langfristig stabilisiert werden.

Patienten mehr Orientierung geben

Viele Patientinnen und Patienten erleben das Gesundheitssystem als unübersichtlich: unklare Zuständigkeiten, parallele Versorgungswege und lange Wartezeiten. Reformen sollten daher konsequent darauf ausgerichtet sein, Orientierung zu verbessern, Zugänge klar zu strukturieren und die Inanspruchnahme von Leistungen verbindlicher zu steuern.

Ziel ist eine Versorgung, die Patientinnen und Patienten schnell, verständlich und zielgerichtet in die passende Versorgungsebene führt.

Dafür braucht es einen zentralen, telefonisch und digital erreichbaren Gesundheitsservice, der berät, die Dringlichkeit medizinischer Anliegen einschätzt und Patientinnen und Patienten anhand einheitlicher Kriterien sowie transparenter Behandlungspfade der geeigneten Versorgung zuweist: von der Selbstbehandlung über digitale Angebote bis zur professionellen Primärversorgung sowie zur spezialärztlichen oder zur Notfallversorgung.

Nur wenn Patientinnen und Patienten frühzeitig in die passende Versorgungsebene navigiert werden, können Versorgungskapazitäten effizient genutzt, Fehlsteuerungen reduziert und Überlastungen im System vermieden werden.

Primärversorgung arbeitsteilig und multiprofessionell organisieren

Einfachere gesundheitliche Anliegen können regelhaft durch entsprechend qualifiziertes nichtärztliches sowie akademisiertes pflegerisches Personal versorgt werden, während bei komplexeren Beschwerden eine ärztliche Abklärung gezielt und bedarfsgerecht erfolgt. Eine solche klare Aufgabenverteilung stärkt nicht nur die Effizienz, sondern auch die Versorgungsqualität, weil Kompetenzen und ärztliche Zeitressourcen gezielter eingesetzt werden.

Insbesondere für Menschen mit chronischen Erkrankungen sind stabile, koordinierte und langfristig angelegte Versorgungsprozesse entscheidend. Diese können durch qualifiziertes nichtärztliches Gesundheitspersonal und Pflegefachpersonen in enger Abstimmung mit der zuständigen Ärztin oder dem zuständigen Arzt kontinuierlich begleitet werden.

Voraussetzung dafür sind verlässliche strukturelle und rechtliche Grundlagen. Routineleistungen sollten transparent von ärztlichen Kernaufgaben abgegrenzt werden, bei gleichzeitiger Sicherstellung ärztlicher Expertise im Bedarfsfall. Ebenso sind Fragen der Aus- und Fortbildung, der Haftung, der Kompetenzen sowie einer funktionalen Vergütung neu zu regeln, damit multiprofessionelle Versorgung im Alltag wirksam umgesetzt werden kann.

Potenziale der Digitalisierung konsequent nutzen

Die Bereitschaft der Bevölkerung, medizinische Anliegen telefonisch oder per Video zu klären – insbesondere bei jüngeren und bereits erfahrenen Personen –, sollte gezielt genutzt werden. Videosprechstunden und telemedizinische Erstkontakte sollten als feste Bestandteile der Primärversorgung etabliert und in bestehende Strukturen integriert werden. Digitale Angebote zur Analyse von Gesundheitsdaten und Unterstützung von Symptomeinschätzungen können die Steuerung von Patientenströmen und die Versorgungsqualität grundsätzlich verbessern und sollten sukzessive weiterentwickelt werden.

Den Vorbehalten gegenüber ausschließlich KI-basierten Lösungen sollte aber Rechnung getragen werden. Politische Maßnahmen sollten daher ein Assistenzmodell fördern, in dem KI ärztliche Entscheidungen unterstützt, aber nicht ersetzt. Es muss weiterhin eine ärztliche Validierung erfolgen, die auf transparenten Qualitäts- und Haftungsstandards basiert. Darüber hinaus müssen klare regulatorische Rahmenbedingungen sicherstellen, dass der Umgang mit Gesundheitsdaten transparent, sicher und zweckgebunden erfolgt.

Flexible und wohnortnahe Versorgungsstrukturen ausbauen

Die Potenziale der neuen Arbeitsteilung und Digitalisierung müssen konsequent in neue Versorgungsstrukturen übersetzt werden. Nur so lässt sich Primärversorgung auch in ländlichen Regionen in Zeiten des zunehmenden Fachkräftemangels flächendeckend sichern.

Dazu sollten flexible, aufsuchende und vernetzte Versorgungsmodelle systematisch ausgebaut werden. Ob Zweigpraxen, Medibusse oder neue Rollen für die Pflege (beispielsweise Community Health Nurse): Mobile Gesundheitsfachkräfte sollten aufsuchende Angebote und temporäre Sprechstunden vor Ort anbieten und bei Bedarf telemedizinische ärztliche Beratung hinzuziehen können. Primärversorgungszentren und regionale Versorgungsverbünde sollten verstärkt und strukturiert fachärztliche Expertise digital einbinden, um auch in kleineren Gemeinden einen verlässlichen Zugang zu spezialisierter Versorgung zu ermöglichen.

Hierfür müssen die notwendigen berufs-, vergütungs- und niederlassungsrechtlichen Voraussetzungen geschaffen werden. Neue Versorgungsmodelle dürfen nicht an alten Regulierungsgrenzen scheitern, sondern sollten aktiv politisch ermöglicht werden.

Methodik

Befragung

Für die vorliegende Studie wurden n = 2.301 Erwachsene zwischen dem 3. Februar und dem 3. März 2026 per computergestütztem Telefoninterview (CATI) auf Basis einer ADM-Telefonstichprobe (Zufallsstichprobe) befragt; die Ergebnisse sind repräsentativ für die deutschsprachige Bevölkerung ab 18 Jahren.

Die Grundgesamtheit der Studie bildeten alle in Privathaushalten in Deutschland lebenden deutschsprachigen Erwachsenen. Um in die telefonische Befragung auch Personen einzubeziehen, die ausschließlich über Mobiltelefone erreichbar sind, wurde als Stichprobe für die Befragung eine Kombination von Festnetz- und Mobilfunkstichprobe eingesetzt („Dual-Frame-Design“). 40 Prozent der Interviews wurden über die Mobilfunkstichprobe gewonnen, 60 Prozent über die Festnetzstichprobe. Beiden Stichproben lag eine Zufallsauswahl zugrunde.

Die Befragung erfolgte mit einem standardisierten Fragebogen, der vom Bosch Health Campus (BHC), der Bertelsmann Stiftung und der BSt Gesundheit entwickelt worden war; forsa übernahm die Fertigstellung und Programmierung des Fragebogens. Der Fragebogen wurde am 28. Januar in einem Feldpretest mit 53 Befragten getestet und auf Basis der Pretestergebnisse angepasst und finalisiert. Das Fragenprogramm dauerte im Durchschnitt 13 Minuten.

Die Befragung fand an 21 Erhebungstagen zwischen dem 3. Februar und dem 3. März 2026 in der Zeit von 17.00 bis 21.00 Uhr statt. Insgesamt wurden dafür 72 Interviewerinnen und Interviewer eingesetzt. Die Anzahl der realisierten Interviews (kumuliert) verteilte sich wie folgt auf die Kalenderwochen: KW 6: 436, KW 7: 967, KW 8: 436, KW 9: 2.046, KW 10: 2.301.

Insgesamt wurden für die Befragung 87.012 Telefonnummern eingesetzt, von denen ein großer Teil aufgrund der Zufallsgenerierung nicht existierte. Abzüglich nichtexistierender Telefonnummern bzw. -anschlüsse sowie Kontakten zu Personen außerhalb der Grundgesamtheit, Fax- oder Modemanschlüssen und Fällen, in denen aus gesundheitlichen oder altersbedingten Gründen kein Interview möglich war, verblieb eine verfügbare Ausgangsstichprobe von n = 15.225. Die n = 2.301 realisierten Interviews entsprechen einer Ausschöpfungsquote von gut 15 Prozent.

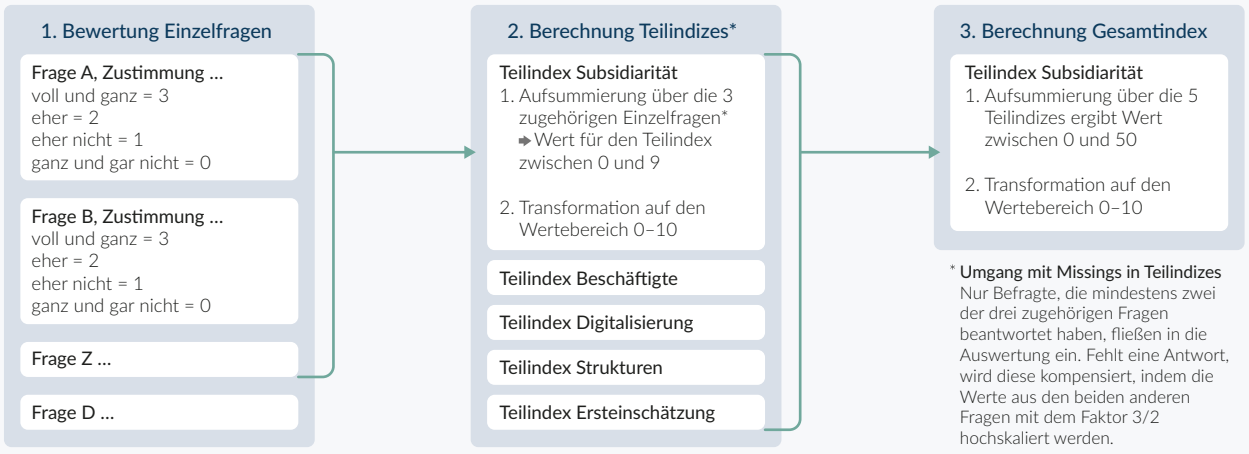
Die Befragungsergebnisse wurden bevölkerungsrepräsentativ nach Alter, Geschlecht und Bildung gewichtet. Die ersten beiden Merkmale flossen dabei als Kombination Geschlecht x Altersgruppe (18 bis 34 Jahre, 35 bis 49 Jahre, 50 bis 64, 65 Jahre und älter) in die Gewichtung ein; der Bildungsgrad in vier Stufen (niedrig, mittel, hoch, andere). Für die Gewichtung wurden Zahlen der amtlichen Statistik verwendet. Weitere Angaben zur Methodik finden sich im Methodenbericht zur Befragung (vgl. forsa 2006a).

Für die gesamte Publikation gilt: Summen ausgewiesener Einzelwerte können aufgrund von Rundungen von den jeweils ausgewiesenen Gesamtwerten abweichen.

Reformbereitschaftsindex

Der Reformbereitschaftsindex wird aus fünf Teilindizes berechnet, die jeweils aus drei Einzelfragen bzw. zu bewertenden Aussagen („Items“) gebildet werden. In den Items wurde in der Regel die Akzeptanz von zentralen Reformansätzen abgefragt, die derzeit diskutiert werden, teils aber auch die Bereitschaft zu einer geänderten Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen. Der Wortlaut der Items ist in den Grafiken der Kapitel 3.1 bis 3.5

ABBILDUNG 7 **Wie der Reformbereitschaftsindex berechnet wird**



HealthTransformationHub Quelle: eigene Darstellung.

dokumentiert; der jeweilige Kontext bzw. die Einleitungstexte zu den Itembatterien können der Dokumentation des Fragebogens entnommen werden (vgl. BSt Gesundheit 2006).

Die Bewertung der Items war jeweils auf einer 4er-Skala möglich. Je nach Grad der Zustimmung wurde daraus ein Wert zwischen 0 und 3 Punkten abgeleitet. Daraus ergab sich für jeden Teilindex mit seinen drei Fragen zunächst ein Wert zwischen 0 und 9, der dann auf den Wertebereich 0 bis 10 transformiert wurde. Mit fehlenden oder nicht auswertbaren Angaben wurde wie folgt umgegangen: Befragte wurden im jeweiligen Teilindex nur berücksichtigt, wenn sie mindestens zwei der drei Fragen auswertbar beantwortet hatten. Fehlte eine Frage, wurde angenommen, dass die Werte der beiden anderen Fragen typisch für die Einstellung des Befragten zu diesem Reformbereich sind und für die fehlende Frage wurde der Durchschnittswert der anderen beiden Fragen verwendet. Schließlich wurden die fünf Teilindizes aufsummiert und durch fünf geteilt, sodass sich auch für den Gesamtindex ein Wertebereich von 0 („keinerlei Zustimmung zu irgendeinem abgefragten Reformansatz“) bis 10 („volle Zustimmung zu allen abgefragten Reformansätzen“) ergibt. Die Indexberechnung wird in Abbildung 7 schematisch veranschaulicht.

Publikationsverzeichnis

Bertelsmann Stiftung (Hrsg.) (2026). „Teamarbeit gegen den Ärztemangel. Aufgabenteilung aus Sicht der Hausärzte, der Bevölkerung und der Patienten“. Spotlight Gesundheit. Gütersloh.

Bertelsmann Stiftung (Hrsg.) (2025). „Online-Dienste als Informationsquellen in Gesundheitsfragen. Ergebnisse einer repräsentativen Bevölkerungsbefragung“. Gütersloh.

BSt Gesundheit (Hrsg.) (2006). „Fragebogen zur Befragung zu Gesundheitsthemen“. Erstellung: Bosch Health Campus, Bertelsmann Stiftung, BSt Gesundheit; Umsetzung: forsa. Gütersloh.

Bosch Health Campus (Hrsg.) (2023). „Baden-Württemberg – Gesundheitsstandort! Oder Dauerbaustelle der Gesundheitspolitik? Ergebnisse eine repräsentativen Bevölkerungsbefragung“. Stuttgart.

forsa (2006a). „Befragung zu Gesundheitsthemen. Feldbericht“. Hrsg. BSt Gesundheit. Gütersloh.

forsa (2006b). „Befragung zu Gesundheitsthemen. Tabellenband“. Hrsg. BSt Gesundheit. Gütersloh.

Leinert, Johannes (2023). „Bevölkerungsbefragung: Grundlegende Reformen im Gesundheitswesen notwendig“. Health Transformation Hub 6.2023. Factsheet. Hrsg. Bertelsmann Stiftung. Gütersloh.

Robert Bosch Stiftung (Hrsg.) (2021). „Gesundheitszentren für Deutschland. Wie ein Neustart in der Primärversorgung gelingen kann“. Stuttgart.

Impressum

bst-gesundheit.de

bertelsmann-stiftung.de

bosch-health-campus.de

© BSt Gesundheit gGmbH, Gütersloh

Herausgeberin
BSt Gesundheit gGmbH
Carl-Bertelsmann-Straße 256
33311 Gütersloh

in Kooperation mit
Bertelsmann Stiftung, Gütersloh
Carl-Bertelsmann-Straße 256
33311 Gütersloh

in Kooperation mit
Bosch Health Campus GmbH
Auerbachstraße 110
70376 Stuttgart

Unter dem Dach des
Health Transformation Hub

Verantwortliche
Uwe Schwenk, Bertelsmann Stiftung
Jan Carels, BSt Gesundheit gGmbH
Dr. Katja Vonhoff, Bosch Health Campus GmbH

Autorenteam
Leinert, Johannes, Bertelsmann Stiftung
Carels, Jan, BSt Gesundheit gGmbH
Artmann, Jörg, Bertelsmann Stiftung
Cichon, Irina, Bosch Health Campus GmbH
Hoffmanns, Cordula, Bosch Health Campus GmbH

Erschienen
Mai 2026

Zitationshinweis
Leinert, Johannes; Carels, Jan; Artmann, Jörg; Cichon, Irina; Hoffmanns, Cordula (2026): Gesundheitsreform? Ja, bitte! – Bevölkerungsbefragung: Breite Zustimmung zu Reformen der ambulanten Versorgung. Health Transformation Hub. Hrsg. BSt Gesundheit gGmbH, in Kooperation mit Bertelsmann Stiftung und Bosch Health Campus GmbH. Gütersloh.

Lektorat
Rudolf Jan Gajdacz

Gestaltung
Paul Feldkamp
Linda Wedi

Bildnachweis
© iStock – porcorex

HealthTransformationHub

Veränderung möglich machen.

Unabhängig. Realistisch. Zielgerichtet.

Kontaktieren Sie uns gern!
info@healthtransformationhub.de

Mehr Informationen hier:

healthtransformationhub.de

BertelsmannStiftung

Bosch Health Campus
der Robert Bosch Stiftung