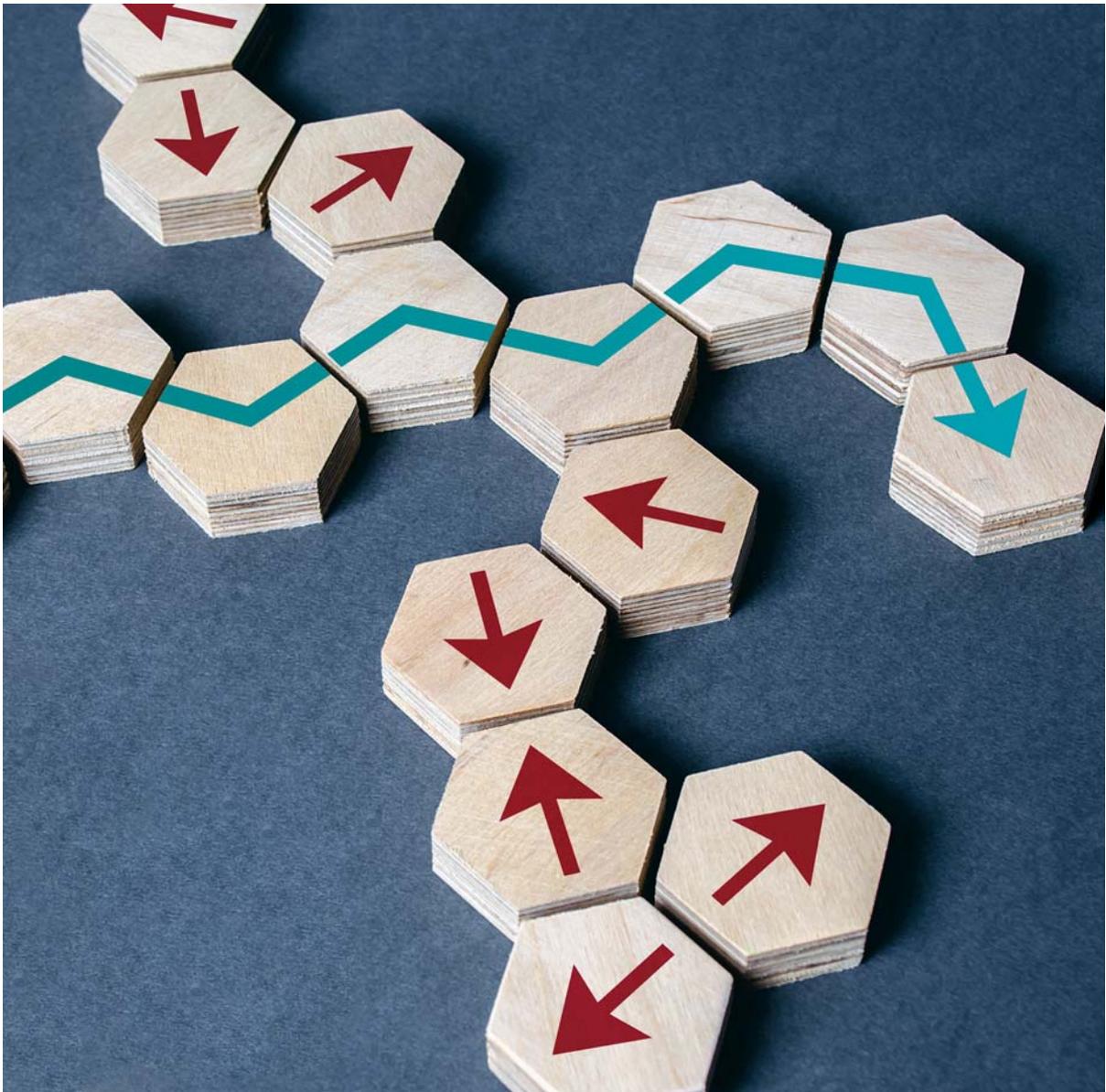


KONZEPTPAPIER DER



BUNDESÄRZTEKAMMER

Koordination und Orientierung in der Versorgung



Inhalt

Einführung	3
Bestandsaufnahme	3
Einleitung	3
Herausforderungen	4
Ziele und Chancen	6
Reformoptionen zur Gestaltung der Versorgungssteuerung	6
Zugang in die Regelversorgung	3
Zugang in die Akut- und Notfallversorgung	8
Verbindlichkeit	9
Gesundheits(system)kompetenz.....	9
Digitale Transformation	10
Umfassende praxistaugliche Digitalisierung des Gesundheitssystems	10
Unterstützung der Versorgungssteuerung durch digitale und telemedizinische Angebote	10
Der Weg zur Umsetzung	11
Literaturverzeichnis	11

Einführung

Der 128. Deutsche Ärztetag 2024 hat sich mit dem Schwerpunktthema „Gesundheitsversorgung der Zukunft – mehr Koordination der Versorgung und bessere Orientierung für Patientinnen und Patienten“ der Verbesserung der Versorgungssteuerung gewidmet. Mit großer Mehrheit wurde ein Beschluss gefasst, mit dem sich die Ärzteschaft dafür ausspricht, den Zugang in die reguläre Versorgung über ein primärärztliches System zu steuern, die Inanspruchnahme der Akut- und Notfallversorgung zu reformieren und Koordination und Kooperation auch über die Zugangskoordination hinaus zu fördern.¹

Der Vorstand der Bundesärztekammer wurde mit einem weiteren Beschluss aufgefordert, „bis zum 129. Deutschen Ärztetag 2025 in Leipzig ein konkretes Konzept für eine sozial ausgewogene Versorgungssteuerung zu entwickeln, unter zwingender Berücksichtigung der verschiedenen Möglichkeiten der Eigenverantwortung der Patientinnen und Patienten“.²

Im Nachgang hat der Vorstand der Bundesärztekammer im Juni 2024 eine mit Mitgliedern des Vorstands besetzte Arbeitsgruppe „Versorgungssteuerung“ eingerichtet, die das vorliegende Konzeptpapier auf der Grundlage von Recherchen, Diskussionen und Beratungen mit renommierten Expertinnen und Experten im Rahmen von drei Werkstattgesprächen erarbeitet hat. Das Papier führt die Forderungen des Ärztetags-Beschlusses weiter und zeigt Optionen auf, wie Versorgungssteuerung in der Zukunft organisiert

werden könnte. Diese Reformoptionen sollten von den Akteuren gemeinsam diskutiert, bewertet und ggf. umgesetzt werden. Die Bundesärztekammer erachtet die Umsetzung als einen Prozess, der in mehreren Schritten und unter wissenschaftlicher Begleitung erfolgen sollte.

Bestandsaufnahme

Einleitung

Die Gesundheitsversorgung in Deutschland steht angesichts eines wachsenden Versorgungsbedarfs in einer Gesellschaft des langen Lebens, zunehmender fachlicher und regionaler Fachkräfteengpässe und zugleich komplexerer Behandlungsmöglichkeiten durch den medizinischen Fortschritt vor immensen Herausforderungen.

Die großen Volkskrankheiten wie kardiovaskuläre Erkrankungen, Krebserkrankungen, Diabetes mellitus sowie Demenzerkrankungen nehmen mit steigendem Alter überproportional zu.³

Besonders herausfordernd ist, dass mit der Alterung der Gesamtbevölkerung auch ein höheres Durchschnittsalter der Beschäftigten im Gesundheitswesen einhergeht. Derzeit sind rund 4 800 Hausarztstühle unbesetzt;⁴ im stationären Bereich sind es mindestens 3 000 Stellen für Ärztinnen und Ärzte.⁵ In der Langzeitprognose des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales wird im Gesundheitswesen für die Jahre bis 2040 der größte Anstieg des Arbeitskräftebedarfs prognostiziert.⁶

¹ Bundesärztekammer, 128. Deutscher Ärztetag – Beschluss II –01:Gesundheitsversorgung der Zukunft – mehr Koordination der Versorgung und bessere Orientierung für Patientinnen und Patienten, 2024.

² Bundesärztekammer, 128. Deutscher Ärztetag – Beschlussprotokoll, 2024, S. 282.

³ Robert Koch-Institut, 2022.

⁴ Kassenärztliche Bundesvereinigung, 23.03.2023.

⁵ Deutscher Bundestag, 28.03.2024.

⁶ Bundesministerium für Arbeit und Soziales

Dabei ist das deutsche Gesundheitswesen, anders als in anderen europäischen Ländern, von einem kaum gesteuerten Zugang und einer unstrukturierten Inanspruchnahme gekennzeichnet. In der Akut- und Notfallversorgung stiegen die Patientenzahlen in zehn Jahren (2009–2019) von 24,9 Millionen auf 27,8 Millionen (+ 12 %). Erhebungen zeigen, dass die medizinische Notwendigkeit für die Inanspruchnahme dieser Strukturen in vielen Fällen nicht gegeben ist. In der Regelversorgung rangiert Deutschland bei der Anzahl der Arzt-Patienten-Kontakte mit 9,6 Konsultationen pro Jahr im internationalen Vergleich in der Spitzengruppe.⁷ Das bindet Kapazitäten und wird das Gesundheitssystem in Deutschland auf Dauer an seine personelle und finanzielle Belastungsgrenze bringen. In der Notfallversorgung ist die Belastungsgrenze bereits überschritten.

Hinzu kommt: Für viele Menschen ist die fehlende Koordination, vor dem Hintergrund zunehmend komplexer Krankheitsbilder, Krankheitsverläufe und Behandlungsmöglichkeiten, eine kaum zu bewältigende Herausforderung. Dabei geraten insbesondere diejenigen ins Hintertreffen, die das Gesundheitssystem am dringendsten benötigen – die Älteren, die Kränkeren, die Menschen mit einer weniger ausgeprägten Gesundheits- und Gesundheitssystemkompetenz.

Vor diesem Hintergrund hat der 128. Deutsche Ärztetag 2024 tiefgreifende kapazitätsorientierte strukturelle und prozessuale Reformen angemahnt.

Ziel ist es, dass eine sinnvolle und bedarfsgerechte Inanspruchnahme medizinischer Leistungen zum Normalfall wird. Wir brauchen Strukturen und Prozesse, in denen Patientinnen und Patienten die für ihren medizinischen Bedarf notwendigen Versorgungsangebote vorfinden. Ärztinnen und Ärzte brauchen

ausreichend Zeit für diejenigen Patientinnen und Patienten, die aufgrund ihrer Krankheitsschwere tatsächlich einer ärztlichen Versorgung bedürfen.

Der Sachverständigenrat für Gesundheit und Pflege hat wiederholt die Einführung einer primärärztlichen Versorgung für Deutschland empfohlen, zuletzt in seinem Jahresgutachten 2024.⁸

Im Koalitionsvertrag von CDU, CSU und SPD für die 21. Legislaturperiode wird „ein verbindliches Primärarztsystem bei freier Arztwahl durch Haus- und Kinderärzte in der Hausarztzentrierten Versorgung und im Kollektivvertrag“ angekündigt. Ausnahmen sollen bei der Augenheilkunde und der Gynäkologie gelten. Für Patientinnen und Patienten mit einer spezifischen schweren chronischen Erkrankung sollen geeignete Lösungen erarbeitet werden (z. B. Jahresüberweisungen oder Fachinternist als steuernder Primärarzt im Einzelfall). Politisch ist der Impuls des Deutschen Ärztetages damit prinzipiell aufgegriffen worden. Das vorliegende Papier des Vorstandes der Bundesärztekammer soll Wege für eine sachgerechte Umsetzung aufzeigen.

Herausforderungen

➔ Der für die Verbesserung der Versorgungssteuerung erforderliche Systemwechsel muss über einen längeren zeitlichen Horizont gedacht werden. Versorgungssteuerung ist keine Stellschraube, die durch einen Gesetzesbeschluss zu einem Stichtag umgesetzt werden kann, sondern bedarf einer schrittweisen Umstellung und kommunikativer Maßnahmen.

➔ Eine entscheidende Herausforderung besteht darin, jeder und jedem Versicherten wohnortnah

⁷ OECD, 2023

⁸ Sachverständigenrat Gesundheit und Pflege, 2024

Zugang zu einer primärärztlichen Praxis zu ermöglichen. Dazu muss sowohl die Aus- und Weiterbildung sowie die Niederlassung hausärztlich tätiger Ärztinnen und Ärzte gefördert werden als auch an anderer Stelle eine Entlastung der primärärztlichen Praxen erfolgen:

- ▶ Eine auf den objektiven Behandlungsbedarf abgestimmte Inanspruchnahme ärztlicher Leistungen wird zu einer erheblichen Entlastung führen, indem z. B. Doppeluntersuchungen und mehrfaches Aufsuchen von Ärztinnen und Ärzten gleicher Fachrichtung vermieden werden. Auch die Inanspruchnahme von Hausärztinnen und Hausärzten erfolgt derzeit häufig ungesteuert und unkoordiniert. So haben Auswertungen in einzelnen KV-Bereichen ergeben, dass Patientinnen und Patienten im Durchschnitt bis zu 1,5 Hausärztinnen bzw. Hausärzte pro Quartal aufsuchen.
- ▶ Eine Entlastung von Ärztinnen und Ärzten muss auch im Bereich der Akut- und Notfallversorgung erfolgen. Gemeinsame bzw. vernetzte Leitstellen, mit denen Akut- und Notfälle anhand einer standardisierten medizinischen Ersteinschätzung in die für sie bedarfsgerechte Versorgungsebene geleitet werden sollen, existieren bislang nur in einem Gesetzentwurf, der durch den Bruch der Ampelkoalition nicht mehr beschlossen wurde. Sie sind für eine funktionierende Versorgungssteuerung maßgeblich (siehe Punkt 3.2).
- ▶ Zu berücksichtigen sind außerdem weiterführende Maßnahmen zur Entlastung von Ärztinnen und Ärzten. Neben einer Stärkung von Prävention, Gesundheitsvorsorge und Gesundheitskompetenz – die jedoch sicherlich nur langfristig Wirkung entfalten – hat der 128. Deutsche Ärztetag 2024 auch zu „Förderung von Koordination und Kooperation über die Zugangssteuerung hinaus“ Stellung bezogen. Interprofessionelle Versorgung in Teamstrukturen und die Stärkung sektorenverbindender Versorgung müssen als ganzheitlicher

Ansatz einer zukünftigen Gesundheitsversorgung betrachtet werden. Auch die digitale Transformation des Gesundheitswesens hat das Potenzial einer erheblichen Entlastung des Medizinischen Personals.

- ▶ Die Zusammenarbeit von Hausärztinnen und Hausärzten mit spezialisierten Fachärztinnen und Fachärzten entlang definierter gemeinsamer Behandlungspfade ist ein wesentlicher Aspekt einer koordinierten Gesundheitsversorgung.

➡ Ein Systemumbau kann nur gelingen, wenn die Patientinnen und Patienten Vorteile für sich erkennen können. Dazu gehört auch, dass Patientinnen und Patienten in einem ihrer Erkrankung entsprechenden Zeitkorridor versorgt werden. Die Ärzteschaft wird dies nach Schaffung entsprechender Voraussetzungen gewährleisten. Gleichzeitig muss eine hohe Verbindlichkeit bei der Einhaltung vereinbarter Versorgungs- und Behandlungswege gelten.

➡ Gesundheitseinrichtungen und ärztliche Behandlung müssen für alle Menschen, vor allem aber für Menschen mit geringem Einkommen und für vulnerable Gruppen, niederschwellig erreichbar sein. Um eine gute Gesundheitsversorgung für möglichst viele Menschen zu erreichen und gleichzeitig mit vorhandenen Ressourcen verantwortungsvoll umzugehen, muss sichergestellt werden, dass der Zugang diskriminierungsfrei geregelt ist.

➡ Es ist zwischen Notfall- und Akutbehandlungen einerseits sowie Präventionsanlässen und der Behandlung von chronisch kranken Patientinnen und Patienten andererseits zu unterscheiden. Für jede dieser Behandlungsanlässe sind die Steuerungsmechanismen anzupassen.

➡ Die Akteure der Gesundheitsversorgung und insbesondere die Akteure der Selbstverwaltung müssen ein gemeinsames Zielbild verfolgen, das

das Wohl der Patientinnen und Patienten in den Mittelpunkt stellt. Nur wenn die Mehrzahl der Akteure hinter dem System steht und wenn vereinbarte Versorgungs- und Behandlungswege klar an die Patientinnen und Patienten kommuniziert werden, kann Versorgungssteuerung auch umgesetzt werden und gelingen.

Ziele und Chancen

- ▶ Zeit- und bedarfsgerechte Versorgung der Patientinnen und Patienten
- ▶ Gerechter und niedrigschwelliger Zugang zu bedarfsgerechter Versorgung, auch in Flächenregionen
- ▶ Koordinierte Versorgung „aus einer Hand“ durch Wahl einer zuständigen primärärztlichen Praxis
- ▶ Gezielte Unterstützung von Patientinnen und Patienten in einem zunehmend komplexen Gesundheitssystem
- ▶ Reduzierung der Komplexität des Gesundheitssystems durch definierte Zugangswege und Behandlungspfade
- ▶ Anpassung der Versorgung an zukünftige Herausforderungen durch effektiveren Einsatz der personellen Ressourcen
- ▶ Längerfristig Entlastung der (Fach-)Ärztinnen und Ärzte und des medizinischen Gesundheitspersonals
- ▶ Reduzierung der Arbeitsbelastung und Schaffung von Kapazitäten für angemessene Konsultationszeiten und Terminfristen

Reformoptionen zur Gestaltung der Versorgungssteuerung

Ergänzend zum Beschluss des 128. Deutschen Ärztetags 2024⁹ werden im Folgenden Optionen für die weitere Ausgestaltung der Versorgungssteuerung dargelegt.

Zugang in die Regelversorgung

➔ Ziel ist, dass die primärärztliche Versorgung zum Normalfall wird. Da die primärärztliche Versorgung sowohl eine koordinierte und kooperative Versorgung „aus einer Hand“ ermöglicht als auch den Zugang in eine bedarfsgerechte Versorgung sicherstellt sowie Aufgaben in den Bereichen Prävention, Gesundheitsförderung und Gesundheitskompetenz wahrnimmt, sollte sie allen Versicherten zur Verfügung stehen.

➔ Die Patientinnen und Patienten in Deutschland sollen für die primäre Inanspruchnahme ärztlicher Versorgung eine Arztpraxis verbindlich wählen. Dieser „erste Anlaufpunkt“ übernimmt für alle gesundheitlichen Anliegen die primärärztliche Versorgung sowie die Koordination einer notwendigen Weiterbehandlung bei Fachärztinnen und Fachärzten in allen Gebieten und in weiteren Versorgungsbereichen. Die primärärztliche Versorgung erfolgt in der Regel durch eine Hausärztin bzw. einen Hausarzt. Zu den Hausärztinnen bzw. Hausärzten zählen Fachärztinnen und Fachärzte für Allgemeinmedizin, Fachärztinnen und Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin, Fachärztinnen und Fachärzte für Innere Medizin, die die Teilnahme an der hausärztlichen Versorgung gewählt haben, Ärztinnen und Ärzte, die nach § 95a Abs. 4 und 5 Satz 1 in das Arztregister eingetragen sind, und Ärztinnen und

9 Bundesärztekammer, 128. Deutscher Ärztetag – Beschluss II – 01: Gesundheitsversorgung der Zukunft – mehr Koordination der Versorgung und bessere Orientierung für Patientinnen und Patienten, 2024

Ärzte, die am 31. Dezember 2000 an der hausärztlichen Versorgung teilgenommen haben.

➔ Das SGB V ermöglicht schon heute die hausarztzentrierte Versorgung gemäß § 73b SGB V, die die qualitätsgesicherte und leitliniengerechte Koordinations- und Integrationsfunktion der Hausärztinnen und Hausärzte in enger Zusammenarbeit mit anderen Fachärztinnen und Fachärzten fördert. Dies hat sich bewährt und ist weiter auszubauen.

➔ Vor der Einführung eines Primärarztsystems bedarf es einer Definition des Versorgungsauftrags und der Rahmenbedingungen primärärztlicher Versorgung. Es muss sichergestellt werden, dass alle primärärztlich tätigen Praxen den definierten Versorgungsauftrag erfüllen. Prävention, Gesundheitskompetenz und Gesundheitsvorsorge müssen insbesondere diesem Leistungsspektrum zugeordnet werden. Maßgeblich für die primärärztliche Versorgung ist ein kontinuierlicher und ganzheitlicher Versorgungsansatz, der das soziale/familiäre Umfeld der Patientinnen und Patienten mitberücksichtigt.

➔ Die primärärztliche Versorgung soll, soweit möglich, zu einer abschließenden Versorgung führen. Das Primärarztsystem muss dabei so sinnvoll gestaltet sein, dass es nicht zu einer unnötigen Mehrbelastung ärztlicher Einrichtungen führt. Eine Überweisung der Patientin bzw. des Patienten durch Hausärztinnen und Hausärzte soll kein Gatekeeping sein, sondern dann erfolgen, wenn ein interdisziplinärer Ansatz erforderlich oder absehbar ist.

➔ Die primärärztliche Versorgung sollte aufwands- und bürokratiearm durch eine unabhängige wissenschaftliche Einrichtung anhand von Routinedaten evaluiert werden.

➔ Die Inanspruchnahme von spezialisierten Fachärztinnen und Fachärzten erfolgt in der Regel nach Überweisung durch Hausärztinnen und Hausärzte bzw. nach Zuweisung über die 116 117 oder durch ein Krankenhaus bei einer Entlassung nach stationärem Aufenthalt. Die zeitgerechte und sichere Versorgung von Patientinnen und Patienten muss jedoch immer Vorrang haben. Eine medizinisch notwendige Versorgung darf nicht unter Berufung auf die empfohlenen Behandlungswege verweigert werden. In der gynäkologischen und augenärztlichen Versorgung bleibt der unmittelbare Zugang zur fachärztlichen Versorgung erhalten. Auch für Vorsorgeuntersuchungen gilt das Überweisungserfordernis nicht, allerdings müssen die Ergebnisse und das weitere Vorgehen dann der primärärztlichen Praxis kommuniziert werden.

➔ Bei Patientinnen und Patienten mit einer besonders im Vordergrund stehenden chronischen Erkrankung, die eine intensive und kontinuierliche fachärztliche Versorgung erfordert, kann die Behandlungskoordination durch die behandelnde Fachärztin bzw. den behandelnden Facharzt erfolgen.

➔ Dabei ist zwischen der primärärztlichen Behandlung (fallabschließende Behandlung von Erkrankungen, die keiner spezialisierten fachärztlichen Behandlung bedürfen, in der primär-/hausärztlichen Praxis) und der Behandlungskoordination (Koordination komplexer interdisziplinärer bzw. berufsgruppenübergreifender Behandlungen und Zusammenführung der Befunde) zu unterscheiden. Die Behandlungskoordination kann im Rahmen der Behandlung der jeweiligen fachärztlich zu versorgenden Erkrankung auch durch die Fachärztin bzw. den Facharzt erfolgen. Da diese in der Regel keine Grundversorgungsleistungen außerhalb des Fachgebietes anbieten, ist es auch für fachärztlich betreute Patientinnen und Patienten in der Regel sinnvoll, für andere

Behandlungsanlässe, die mit der fachärztlich zu versorgenden Grunderkrankung nicht im Zusammenhang stehen, und ggf. deren Koordination, weiter an eine primärärztliche Praxis angebunden zu sein.

➔ Die freie Arztwahl bleibt im Rahmen dieser Vorgaben erhalten. Versicherte haben für die Einschreibung immer die freie Wahl zwischen allen Hausarztpraxen und bei qualifizierter hausärztlicher Überweisung auch die freie Wahl zwischen allen fachärztlichen Praxen. Menschen, die derzeit keinen Hausarzt bzw. keine Hausärztin haben, müssen sich darauf verlassen können, im jeweiligen Planungsgebiet Zugang zu einer hausärztlichen Praxis zu erhalten.

➔ Leistungen, die in der primärärztlichen Versorgung erbracht werden, müssen sowohl im hausärztlichen als auch konsekutiv auf Überweisung im fachärztlichen Bereich entbudgetiert werden. Mit einer bloßen Umverteilung finanzieller Mittel kann dies nicht erreicht werden. Beginnen sollte die Entbudgetierung der Fachärztinnen und Fachärzte mit Leistungen, für die über die primärärztlichen Praxen bzw. die 116 117 überwiesen wird.

Zugang in die Akut- und Notfallversorgung

➔ Die Bundesärztekammer hat im Jahr 2024 ein Konzeptpapier zur Akut- und Notfallversorgung veröffentlicht, in dem die Perspektive der Ärzteschaft dargelegt wird.¹⁰

➔ Entscheidend für die Steuerung des Zugangs in die Notfallversorgung ist die bundesweite Einrichtung gemeinsamer bzw. vernetzter Leitstellen von ärztlichem Bereitschaftsdienst (116 117) und Rettungsdienst (112). Diese müssen strukturell und

personell besser ausgestattet werden, um einen zügigen telefonischen Erstkontakt zu ermöglichen. Wesentlich sind zudem digitale Strukturen (etwa SmED, IVENA und TI-Messenger), die den Daten- und Informationsaustausch zwischen allen Beteiligten der Notfallversorgung, eine Anzeige verfügbarer Versorgungskapazitäten in Echtzeit und direkte Online-Terminvergaben ermöglichen.

➔ Davon ausgehend muss konsequent das Prinzip umgesetzt werden, nach dem alle Patientinnen und Patienten mit akuten Beschwerden und in Notfällen, oder solche Patientinnen und Patienten, die bisher keine Hausärztin bzw. keinen Hausarzt haben, zunächst über die 116 117 bzw. die 112 eine gemeinsame bzw. vernetzte Leitstelle von Kassenärztlicher Vereinigung und Rettungsdienst kontaktieren.

➔ Dabei muss die Verbindlichkeit der Zuweisungsentscheidung gewährleistet sein – primär über zielgerichtete Information und zielgerichtete Anreize (z. B. eine bevorzugte Behandlung innerhalb gleicher Dringlichkeitsstufen bei Einhaltung des vorgesehenen Zugangs- und Versorgungspfades).

➔ Über eine validierte standardisierte medizinische Ersteinschätzung muss eine Zugangssteuerung erstens nach medizinischer Dringlichkeit und zweitens verbindlich in die adäquate Versorgungsebene erfolgen.

➔ Die Ersteinschätzung für die Ermittlung von Dringlichkeit der Behandlung und adäquater Versorgungsebene kann telefonisch oder per Videokonsultation bzw. als Selbsteinschätzung per App für PC, Tablet oder Smartphone erfolgen. Bei der Zuweisung sollte auch die potenziell benötigte Infrastruktur (Labor, bildgebende Verfahren etc.) berücksichtigt werden.

¹⁰ Bundesärztekammer, Akut- und notfallmedizinische Versorgung aus ärztlicher Perspektive, 2024

➔ Versorgungsebenen sind z. B. die Vertragsarztpraxen, Notdienstpraxen, integrierten Notfallzentren (INZ), Notaufnahmen und komplementäre Angebote wie psychosoziale, pflegerische und palliative Leistungen. Zudem muss ein bedarfsgerechter Einsatz telemedizinischer Versorgungsangebote in der Akut- und Notfallversorgung ermöglicht werden.

➔ Die Algorithmen der Ersteinschätzung der Leitstelle und der Ersteinschätzung vor Ort müssen miteinander abgestimmt sein. Idealerweise gibt es perspektivisch ein durchgängiges System.

➔ Bei entsprechendem Versorgungsbedarf sollen die Patientinnen und Patienten auch in die Regelversorgung vermittelt werden. Damit die Weiterversorgung in einem für den jeweiligen Fall medizinisch angemessenen Zeitfenster realisiert werden kann, müssen Rahmenbedingungen geschaffen werden, die Arztpraxen die ausreichende Bereitstellung von Notfall-Terminen ermöglichen.

Maßgeblich für den Erfolg einer umfassenden Versorgungssteuerung ist ein Notfallreformgesetz, in dem die Forderungen der Ärzteschaft aufgegriffen werden.

Verbindlichkeit

➔ Eine umfassende und funktionierende Koordination des Zugangs in die Gesundheitsversorgung erfordert von allen Beteiligten Verbindlichkeit: Versorgungspfade müssen von Patientinnen und Patienten und den beteiligten Berufsgruppen verlässlich eingehalten werden. Dafür muss sich Verbindlichkeit sowohl für Patientinnen und Patienten als auch die beteiligten Versorgungsstrukturen lohnen, z. B. durch bevorzugte Berücksichtigung bei Terminvergaben (bei vergleichbarer medizinischer Dringlichkeit) in vertragsärztlichen Praxen, entsprechenden

Notfallpraxen und ggf. an der ambulanten Versorgung teilnehmenden Krankenhäusern.

➔ Die Eigenverantwortung der Patientinnen und Patienten sollte durch eine breit angelegte Informationskampagne zur Vermittlung der Vorteile der Einhaltung dieser Zugangswege, Strukturen und Prozesse gestärkt werden.

➔ Um eine Verbindlichkeit zu erreichen, sollte die Einschreibung in eine primärärztliche Praxis in der Regel für mindestens zwölf Monate erfolgen.

➔ Finanzielle Steuerungsinstrumente sollten erst erwogen werden, wenn das System sich etabliert hat. Dazu gehören z. B. ein verlässlicher und schneller Zugang in die Versorgungsstrukturen, ausreichende Kapazitäten der Versorgungsstrukturen im Bereich der Notfallversorgung, zudem reibungsloser telefonischer Kontakt zur gemeinsamen Leitstelle und Zuweisung der Patientinnen und Patienten in die bedarfsgerechte Versorgung, Wirksamwerden der Informationskampagne etc. Das System muss funktionieren, bevor man eine nicht erfolgte Nutzung sanktioniert.

Gesundheits(system)kompetenz

➔ Die Stärkung der Gesundheitskompetenz ersetzt keine strukturell klaren und für alle verständlichen Zugangswege.

➔ Dennoch ist eine grundlegende Voraussetzung für eine funktionierende Versorgung die Ausbildung und Stärkung der Gesundheitskompetenz der Bevölkerung inklusive des Wissens über die Strukturen, Zuständigkeiten und wesentlichen Bereiche des Gesundheitswesens sowie deren sachgerechte Inanspruchnahme. Die Entwicklung von zukünftig auch digitaler Gesundheitskompetenz ist eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe und muss im

Kindes- und Jugendalter beginnen. Eine stärkere Implementierung von Gesundheitsthemen in die Lehr- und Lernpläne der Grundschulen und weiterführenden Schulen sowie in die Bildungspläne der Kitas ist hierfür ein wichtiger Schritt.

Digitale Transformation

Umfassende praxistaugliche Digitalisierung des Gesundheitssystems

➡ Alle in der Patientenversorgung Tätigen müssen über anwenderfreundliche, stabile digitale Lösungen miteinander kommunizieren, Termine planen und gemeldete Kapazitäten einsehen können. Terminplanung und -koordination ist in der Zuständigkeit von Ärztinnen und Ärzten anzusiedeln.

➡ Daten müssen digital und standardisiert erhoben und über interoperable Schnittstellen hinweg in allen beteiligten Einrichtungen nutzbar sein, einschließlich des ÖGD und betriebsärztlicher Strukturen. Interoperabilität und Standardisierung müssen gewährleistet sein.

➡ In der Telematikinfrastruktur muss es möglich sein, digital durchgängige und vollständige Fallakten zu erstellen. Daten, die im konkreten Fall einmal erhoben wurden, müssen bis zum Fallabschluss durchgängig mitgeführt werden, um Informationsbrüche und Doppeluntersuchungen zu vermeiden.

Unterstützung der Versorgungssteuerung durch digitale und telemedizinische Angebote

Perspektivisch muss das Prinzip „digital vor ambulant vor stationär“ genutzt werden, um die Ressourcen der jeweiligen Versorgungsebenen optimal zu nutzen und Patientinnen und Patienten frühzeitig und

niederschwellig auf ihrem Weg in eine bedarfsgerechte Versorgung zu unterstützen und zu leiten. Maßgeblich ist hierbei, dass digitale und telemedizinische Angebote unter Einbindung der ärztlichen Selbstverwaltung weiterentwickelt und im etablierten System (116 117) angeboten werden.

➡ Entwicklung und Förderung digitaler und telemedizinischer Verfahren zur Entlastung der ambulanten und stationären Gesundheitseinrichtungen. Dies könnte umfassen:

- ▶ KI-basierte Angebote zur niedrigschweligen Erst- und Selbsteinschätzung (auch über App/Chatbot)
- ▶ Telefonische Ersteinschätzung von Behandlungsanlässen auch in der Regelversorgung (s. u.)
- ▶ Bereitstellung von Gesundheits- und Gesundheitssystem-Informationen
- ▶ Telemedizinische Beratung durch verschiedene Berufsgruppen (in Deutschland tätige Ärztinnen und Ärzte, geschultes Fachpersonal)

➡ In den etablierten Versorgungseinrichtungen sollten telemedizinische Behandlungen in medizinisch vertretbaren Fällen angeboten und deren Einsatz gestärkt werden.

➡ Das Ergebnis der Ersteinschätzung sollte auf einer zentralen digitalen Plattform dokumentiert werden und für alle an der Behandlung der Patientin bzw. des Patienten Beteiligten einsehbar sein, um doppelte Ersteinschätzungen zu verhindern. Eine erneute Ersteinschätzung erfolgt nur dann, wenn die Ausgangslage sich verändert hat oder Anhaltspunkte bestehen, dass die Ersteinschätzung nicht zutrifft.

➡ Die zentrale Rolle der Ersteinschätzungsstelle bedarf einer angemessenen Qualifizierung des Personals und in unklaren Fällen der Möglichkeit der telemedizinischen Zuschaltung ärztlichen Personals, wie dies in studienbasierten Konzepten bereits erfolgt.

➔ Als Voraussetzung bedarf es der Entwicklung bundeseinheitlicher Standards zur Ermittlung des individuellen Behandlungsbedarfs mithilfe einheitlicher Selbst- und Bedarfseinschätzungsinstrumente in der Regelversorgung. Im Ergebnis sollte feststehen, zu welchem Zeitpunkt die Patientin bzw. der Patient in welcher Art von Versorgungsebene bzw. Versorgungseinrichtung vorstellig werden soll. Das Ergebnis kann auch sein, dass keine weitere medizinische Versorgung notwendig ist. Es muss dabei ausgeschlossen werden, dass die hinter diesen Einschätzungsinstrumenten hinterlegten Algorithmen interessengeleitet Bedarfe ermitteln und Versorgungseinrichtungen zuweisen. Vielmehr müssen die Algorithmen unabhängig und auf medizinisch fundierter Grundlage entwickelt und validiert werden, unter Einbindung der Ärzteschaft.

Der Weg zur Umsetzung

Die Bundesärztekammer fordert vor diesem Hintergrund die Einrichtung eines Runden Tisches „Versorgungssteuerung“ unter Einbindung aller betroffenen Akteure, um einen konkreten Prozess einzuleiten, in dem zeitliche Zielstellungen festgelegt und Verantwortlichkeiten zugewiesen werden.

Literaturverzeichnis

- Bundesärztekammer (Mai 2024).
128. Deutscher Ärztetag – Beschluss II – 01: Gesundheitsversorgung der Zukunft – mehr Koordination der Versorgung und bessere Orientierung für Patientinnen und Patienten. Abgerufen am 04.04.2025 von https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/BAEK/Themen/Gesundheitsversorgung/128-DAET_TOP2_Patientensteuerung-II-01.pdf
- Bundesärztekammer (Mai 2024).
128. Deutscher Ärztetag – Beschlussprotokoll. Abgerufen am 04.04.2025 von https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/BAEK/Aerztetag/128.DAET/2024-05-10_Beschlussprotokoll_neu.pdf
- Bundesärztekammer (2024).
Akut- und notfallmedizinische Versorgung aus ärztlicher Perspektive. Berlin. Abgerufen am 04.04.2025 von https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/BAEK/Politik/Programme-Positionen/BAEK_Konzeptpapier_Akut-_und_Notfallversorgung_mit_Abbildungen_Juli_2024_Final.pdf
- Bundesministerium für Arbeit und Soziales (kein Datum).
Zahlen und Fakten zur Fachkräfteentwicklung. Abgerufen am 04.04.2025 von <https://www.bmas.de/DE/Arbeit/Fachkraeftesicherung/Fachkraeftemonitoring/fachkraeftemonitoring.html>
- Deutscher Bundestag (28.03.2024).
Antwort der Bundesregierung auf eine kleine Anfrage – Drucksache 20/10652 –. Abgerufen am 04.04.2025 von <https://dserver.bundestag.de/btd/20/109/2010904.pdf>
- Kassenärztliche Bundesvereinigung (23.03.2023).
Arztzeit-Mangel – Warum immer weniger Zeit für die Patientenversorgung da ist. Abgerufen am 04.04.2025 von https://www.kbv.de/html/themen_38343.php
- OECD (2023).
Health at a Glance 2023. Paris: OECD Publishing. Abgerufen am 04.04.2025 von https://www.oecd.org/content/dam/oecd/en/publications/reports/2023/11/health-at-a-glance-2023_e04f8239/7a7afb35-en.pdf
- Robert Koch-Institut (November 2022).
Burden of Disease. Abgerufen am 04.04.2025 von <https://www.daly.rki.de/pyramid>
- Sachverständigenrat Gesundheit und Pflege (2024).
Fachkräfte im Gesundheitswesen. Nachhaltiger Einsatz einer knappen Ressource. Abgerufen am 04.04.2025 von https://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/Gutachten/Gutachten_2024/2.__durchgesehene_Auflage_Gutachten_2024_Gesamt_bf_2.pdf

Impressum

Herausgeber:

Bundesärztekammer
Arbeitsgemeinschaft der deutschen Ärztekammern
Herbert-Lewin-Platz 1 | 10623 Berlin
Fon: +49 (0) 30/ 400 456-0
Fax: +49 (0) 30/ 400 456-388
E-Mail: info@baek.de
www.baek.de

Stand: April 2025

Layout und Umsetzung:

Deutscher Ärzteverlag GmbH, Dieselstraße 2, 50859 Köln

Titelbild:

© Andrii Yalanskyi/iStock Getty-Images

Alle Rechte, insbesondere das Recht zur Vervielfältigung, Mikroskopie und zur Einspeicherung in elektronische Datenbanken sowie zur Übersetzung in Fremdsprachen für alle Beiträge vorbehalten. Druck und Aufnahme in elektronische Datenbanken, auch auszugsweise – außer zur ausschließlich privaten nicht kommerziellen Verwendung –, nur mit Genehmigung der Bundesärztekammer.