



Ambulante Versorgung zukunftsfest gestalten

Eckpunkte für das Gelingen
eines Primärversorgungssystems

Der Weg in die ambulante medizinische Versorgung..... 6

1. Strukturiertes Ersteinschätzungsverfahren als Voraussetzung für die Inanspruchnahme von medizinischen Leistungen etablieren 6
2. Die 116 117 weiterentwickeln..... 8

Steuerung innerhalb des Systems 9

3. Versorgung durch Primärversorgungspraxen gesetzlich verankern 9
4. Definition Versorgungsauftrag der Primärversorgungspraxis 10
5. Bedarfsgerechten Zugang zu fachärztlicher Versorgung über ein Überweisungssystem sicherstellen..... 11

Der Blick in die Praxis 11

6. Bürokratieabbau für patientennahe Versorgung vorantreiben 11
7. Weiterentwicklung bestehender Praxisstrukturen und Stärkung von Teamstrukturen 13
8. Etablierung von Dauerverordnungen und -überweisungen 15
9. Definition und Etablierung standardisierter Versorgungspfade 16
10. Förderung digitaler Prozesse für eine patientengerechte Versorgung 17

Weitere Rahmenbedingungen 18

11. Schaffung verbindlicher Regelungen für alle am Versorgungsprozess Beteiligten 18
12. Neuausrichtung von Vergütungs- und Anreizsystemen 19
13. Versorgung bedarfsgerecht weiterentwickeln..... 20
14. Gesundheitskompetenz der Bevölkerung steigern..... 21
15. Prävention stärken..... 22

Ausgangslage und Zielsetzung



Unser Gesundheitssystem steht vor tiefgreifenden strukturellen Herausforderungen, die in den kommenden Jahren weiter an Dynamik gewinnen werden. Der demografische Wandel erhöht den Bedarf an kontinuierlicher medizinischer Versorgung, während der Fachkräftemangel eine ausreichende Personaldeckung in der medizinische Versorgung erschwert.


Zudem belasten die seit Jahren steigenden Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung die Beitragszahlenden, was wiederum die wirtschaftliche Leistungsfähigkeit des Landes beeinflusst. Weitere Ausgabensteigerungen gilt es daher langfristig zu vermeiden. Nach der erfolgreichen Umsetzung der Krankenhausplanung richtet das Land Nordrhein-Westfalen nun auch den Blick auf den ambulanten Bereich. Nordrhein-Westfalen sieht umfassende strukturelle Reformen im Gesundheitswesen als notwendig an, um die aktuellen Herausforderungen zu bewältigen und auch künftig allen Patientinnen und Patienten – unabhängig von ihrem Wohnort – eine angemessene und bedarfsgerechte Versorgung zu ermöglichen. Ziel ist neben einer spürbaren Verbesserung der Versorgung auch eine Effizienzsteigerung im Einsatz finanzieller und personeller Ressourcen.

Um geeignete Reformvorschläge zu entwickeln, wurde seitens des Ministeriums für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen (MAGS) ein Prozess mit den relevanten Akteurinnen und Akteuren des Gesundheitswesens in Nordrhein-Westfalen initiiert – dazu gehörten unter anderem Krankenkassen, Ärzteschaft und Patientenvertretungen. Im Austausch mit den Akteuren des Gesundheitswesens hat das MAGS Themen identifiziert, die für eine zukunftsfeste ambulante medizinische Versorgung zentral sind. Diese lassen sich in 15 konkreten Maßnahmen für notwendige Strukturreformen zusammenfassen.

Es zeigt sich, dass die bislang weitgehend unkoordinierten Versorgungspfade zu Verbesserungsbedarf in der medizinischen Versorgung führen.

Zudem werden Ressourcen nicht optimal genutzt. Diese Rahmenbedingungen resultieren letztlich in einer unbefriedigenden Situation für alle Beteiligten:

- » lange Wartezeiten in Wartezimmern auf Termine bei Fachärztinnen und Fachärzten
- » nicht bedarfsgerechte, weil zu kurze Behandlungszeiten und
- » steigende Kosten für die Versorgung.



Durch eine gezieltere Steuerung lassen sich der Zugang zur Versorgung erleichtern, die Behandlungsqualität erhöhen und Ressourcen – sowohl personell als auch finanziell – effizienter einsetzen.

Nur mit geeigneten Maßnahmen der Patientennavigation bleibt das Gesundheitswesen im Angesicht des doppelten demografischen Wandels zukunftsfähig: Einerseits altert die Gruppe der Patientinnen und Patienten, andererseits scheiden altersbedingt zunehmend Leistungserbringende aus der Versorgung aus. Eine gezielte Steuerung durch das Gesundheitssystem bietet den Patientinnen und Patienten Orientierung sowie Unterstützung.

Die Einführung eines Primärversorgungssystems ist dabei ein zentraler Baustein, die ambulante ärztliche Versorgung strukturierter und bedarfsgerechter zu gestalten.

Klar definierte Verantwortlichkeiten im Versorgungspfad stellen dabei sicher, dass Patientinnen und Patienten die erforderliche medizinische Versorgung erhalten und innerhalb des komplexen Gesundheitssystems unterstützt werden. Damit ein solches System erfolgreich umgesetzt werden kann, muss es verbindlich für alle Beteiligten – Patientinnen und Patienten sowie Leistungserbringende – aufgesetzt werden. Zudem bedarf es weiterer Schritte, um die ambulante ärztliche Versorgung zukunftsfähig zu gestalten. Um das Vertrauen in die ambulante Versorgung zu stärken, müssen Patientinnen und Patienten sicher sein können, dass die Behandlungsqualität durch die Einführung eines Primärversorgungssystems mindestens erhalten bleibt – idealerweise sogar verbessert wird. Daher ist eine patientenorientierte Qualitätssicherung unverzichtbar. Umfassende Reformen der ambulanten ärztlichen Versorgung erfordern einen enormen Kraftakt von allen Beteiligten und einen breiten gesellschaftlichen Konsens für eine erfolgreiche Umsetzung. Sowohl Patientinnen und Patienten als auch Leistungserbringende sollten frühzeitig aufgeklärt werden; entscheidend ist, Nutzen und Vorteile eines neuen Versorgungssystems transparent zu vermitteln.

Zu beachten ist, dass es sich um ein Gesamtpaket aus erforderlichen Maßnahmen handelt, die jeweils ineinandergreifen. Um eine Reform im ambulanten medizinischen Bereich erfolgreich zu etablieren, müssen verschiedenste Themenbereiche adressiert werden. Dieses Papier bündelt die verschiedenen Maßnahmen und soll einen Beitrag zur aktuellen politischen Diskussion leisten.

Der Weg in die ambulante medizinische Versorgung

1. Strukturiertes Ersteinschätzungsverfahren als Voraussetzung für die Inanspruchnahme von medizinischen Leistungen etablieren

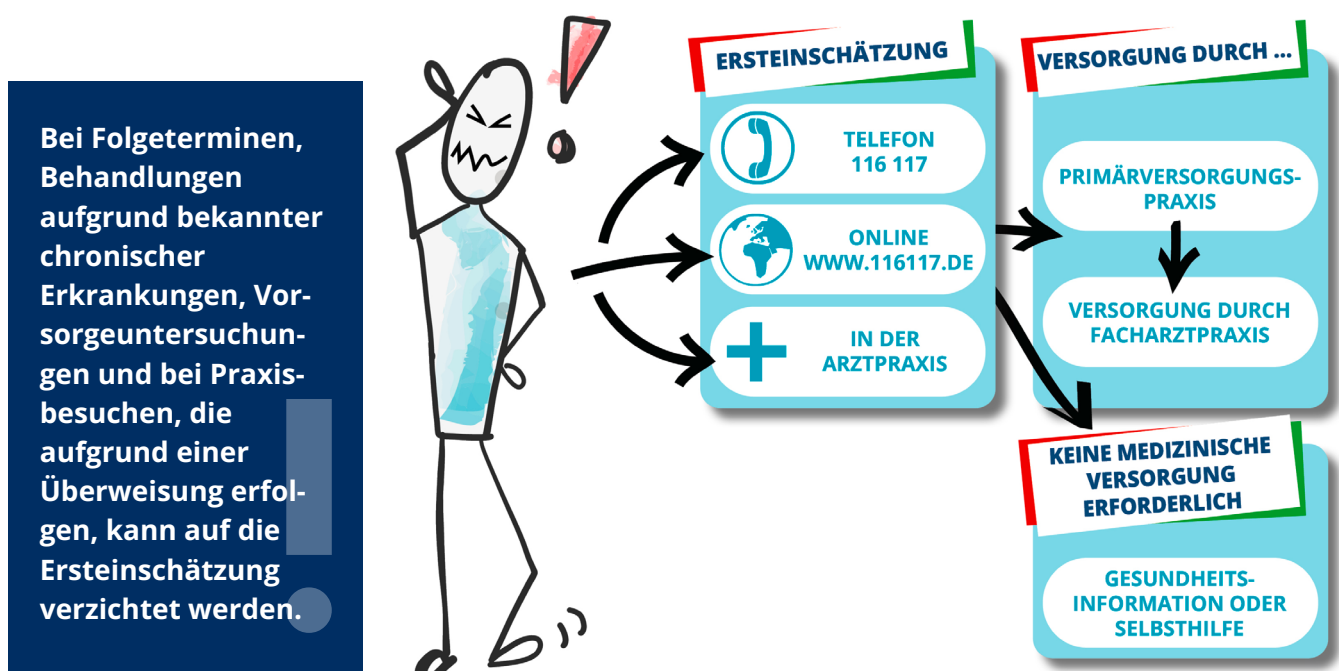
➤ **Kurzbeschreibung:**

Vor der Inanspruchnahme von ärztlichen Leistungen im Akutfall muss es eine verpflichtende Ersteinschätzung geben, die den medizinischen Bedarf feststellt. Das Ergebnis ist für alle Beteiligten verbindlich.

Es ist eine bundeseinheitliche und verbindliche Orientierung für Patientinnen und Patienten im Gesundheitswesen erforderlich. Ein erster Schritt besteht darin, Patientinnen und Patienten in die Behandlungsebene zu lenken, die dem objektiven medizinischen Bedarf angemessen ist.

Um die derzeit hohe Anzahl an Kontakten zu Arztpraxen generell zu reduzieren, sollte im Akutfall ein strukturiertes Ersteinschätzungsverfahren vor der Inanspruchnahme von Leistungen zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung verpflichtend erfolgen.

Idealerweise erfolgt die Ersteinschätzung über die Rufnummer 116 117 oder digital über die Webseite www.116117.de. Die 116 117 prüft und entscheidet, ob eine Behandlung nötig ist, wie dringend sie ist und welcher Behandlungsort geeignet ist (Hausarztpraxis, Facharztpraxis, Bereitschaftspraxis usw.).



Falls Behandlungsbedarf besteht, leitet die 116 117 die Patientinnen und Patienten an die passende Behandlungsebene weiter.

Die Optionen umfassen auch telemedizinische Angebote oder, bei Bedarf und einer vorherigen ärztlichen Konsultation via Videosprechstunde, eine direkte Überweisung an Facharztpraxen.

Wenn kein medizinischer Behandlungsbedarf besteht, sollen passende Alternativen aufgezeigt werden: Angebote zur Steigerung der Gesundheitskompetenz, beispielsweise der Verweis auf eine Webseite mit evidenzbasierten medizinischen Informationen und Hinweise zu Selbsthilfeoptionen sowie passende regionale Angebote und Unterstützungen.

Ergänzend dazu können die Krankenkassen in ihren Versicherten-Apps eigene Angebote zur Ersteinschätzung und Information hinterlegen, die konsistent zur 116 117 sind bzw. auf deren Strukturen zurückgreifen.

So werden in den Praxen Kapazitäten für diejenigen Fälle frei, die tatsächlich eine medizinische Behandlung benötigen. Ersteinschätzungen sollten auch im unmittelbaren Kontakt zu Patientinnen und Patienten erfolgen können – etwa am Tresen von Arztpraxen oder von Portalpraxen/Integrierten Notfallzentren oder Bereitschaftspraxen.

Die Ergebnisse der Ersteinschätzung sind sowohl für die Patientinnen und Patienten als auch für die Leistungserbringenden verbindlich. Eine Inanspruchnahme ärztlicher Leistungen, abweichend vom Ergebnis der Ersteinschätzung, kann nicht beziehungsweise nicht in vollem Umfang zulasten der Gesetzlichen Krankenversicherung erfolgen.

Voraussetzung für einen derartigen Prozess ist, dass ein strukturiertes Einschätzungsverfahren angewendet wird und die verschiedenen Leistungserbringer über eine digitale Plattform miteinander vernetzt sind. Die Vernetzung ermöglicht einzusehen, ob zu einem Versorgungsfall bereits eine Ersteinschätzung erfolgt ist und welches Ergebnis vorliegt.

Alternativ könnten die Ergebnisse der Ersteinschätzung in der elektronischen Patientenakte (ePA) gespeichert werden. Die Einschätzungsverfahren sollten an den jeweiligen Bedarf angepasst sein; bei persönlichem Kontakt werden beispielsweise weniger Fragen gestellt. Erneute Einschätzungen sollten nur erfolgen, wenn sich der Bedarf der Patientin oder des Patienten geändert hat.

Konkrete Schritte:

- » Bekanntheitsgrad der 116 117 erhöhen (siehe dazu Punkt 2)
- » Weiterentwicklung SmED (Strukturierte medizinische Ersteinschätzung in Deutschland); beispielsweise als Grundlage für Überweisungen zum Facharzt
- » Haftungsrechtliche Fragestellungen regeln
- » Digitale Plattform mit gebündelten regionalen Informations- und Versorgungsangeboten außerhalb der vertragsärztlichen Versorgung schaffen (Festlegung der Verantwortlichkeiten, Zuständigkeit für Aktualisierung und Anpassung der Plattform, Finanzierung etc.)
- » Gesetzliche Verankerung der Ersteinschätzung

2. Die 116 117 weiterentwickeln

› **Kurzbeschreibung:**

Die 116 117 ist zu einer zentralen Gesundheitsplattform für Ersteinschätzung, Steuerung, Terminvermittlung und Gesundheitsinformationen weiterzuentwickeln.

Die 116 117 hat enormes Potenzial als zentrale erste Anlaufstelle: Sie bietet eine schnelle medizinische Ersteinschätzung, vermittelt Termine, steuert die ambulante und akutmedizinische Versorgung und liefert umfassende Gesundheitsinformationen. Bei der Steuerung kommt ihr – ergänzend zu den Primärversorgungspraxen (siehe Punkt 3) – eine entscheidende Rolle zu: als Ausgangspunkt für die Navigation in die geeignete Behandlungsebene und Verknüpfung zwischen den verschiedenen Versorgungsstellen.

Die regionalen (weitergehenden) Versorgungsangebote sollten bei der 116 117 zusammenlaufen, damit beispielsweise eine Weiterleitung an die geeigneten Hilfestrukturen erfolgen kann. Auch sollte, sofern kein medizinischer Behandlungsbedarf besteht, eine Weiterleitung an adäquate Hilfestrukturen (beispielsweise Selbsthilfegruppen) vor Ort oder digital erfolgen.

Das bestehende Online-Angebot muss sukzessive ausgebaut werden. Neben Terminbuchungen für Patientinnen und Patienten ist auch das Angebot von Videosprechstunden auszubauen.

Zur Entlastung der Primärversorgungspraxis sollte die 116 117 nach erfolgter Ersteinschätzung perspektivisch auch Überweisungen und – nach telefonischer oder videogestützter Abklärung mit einer Ärztin bzw. einem Arzt über die 116 117 – auch Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen sowie Verordnungen für Arzneimittel ausstellen dürfen. Dies erfordert jedoch zwingend einen Zugriff auf die ePA.

Auch ein Austausch per Chat oder mit einem Avatar wären geeignete Möglichkeiten, Patientinnen und Patienten zu Gesundheitsfragen zu beraten.

Entsprechende Angebote werden bereits von einigen Krankenkassen vorgehalten und sollten idealerweise konsistent zu den Angeboten der 116 117 sein.

Konkrete Schritte:

- › Informationskampagne zur 116 117
- › Erweiterung der 116117-Webpräsenz um strukturierte, leicht verständliche Gesundheitsinformationen (z. B. Verknüpfung mit gesundheitsinformationen.de)
- › Stufenweiser Ausbau des Angebots
- › Weiterentwicklung der 116 117-App für Patientinnen und Patienten
- › Schaffung einer Plattform für weiterführende regionale Versorgungsangebote

Hier könnten zudem Möglichkeiten genutzt werden, die eine barrierearme Kommunikation ermöglichen (Übersetzer, leichte Sprache, Spracherkennung etc.). Zunächst sollten die Möglichkeiten der 116 117 stärker bekannt gemacht werden, damit Patientinnen und Patienten einen spürbaren Mehrwert erleben (beispielsweise keine Wartezeiten in der Praxis, bevorzugte Terminbuchung). Für einen erfolgreichen Ausbau braucht es eine langfristige finanzielle Perspektive.

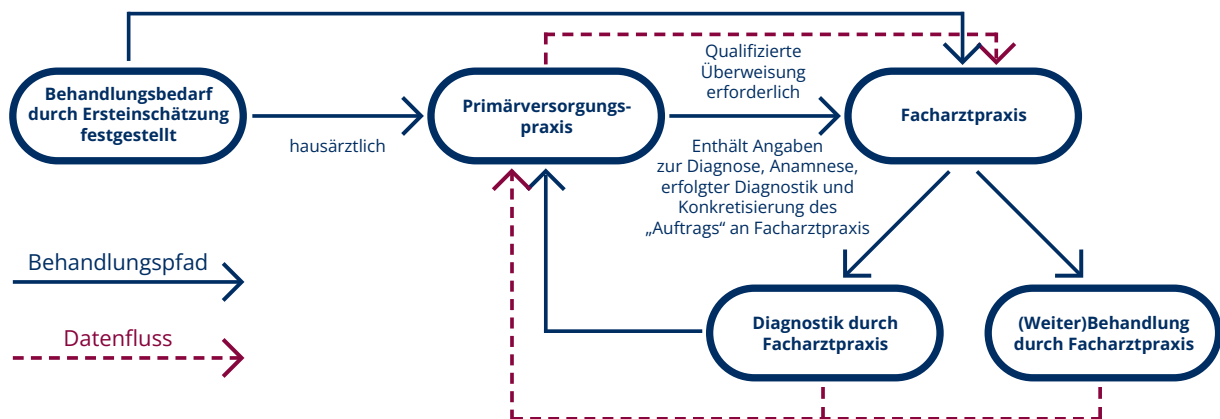
Je nach Ausgestaltung der Angebote der 116 117 ist zu evaluieren, welche Träger langfristig bei der Finanzierung einbezogen werden.

Steuerung innerhalb des Systems

3. Versorgung durch Primärversorgungspraxen gesetzlich verankern

> Kurzbeschreibung:

Um eine koordinierte Versorgung von Patientinnen und Patienten zu erreichen, bedarf es der gesetzlichen Etablierung von Primärversorgungspraxen.



Damit Patientinnen und Patienten von einer koordinierten Versorgung profitieren, soll künftig eine Primärversorgungspraxis (PVP) die Steuerung der Behandlung übernehmen. Dies muss verbindlich festgelegt sein. Die Rolle der PVP kommt hausärztlichen Praxen zu. Dort wird die Verantwortung für den Versorgungspfad verankert. Patientinnen und Patienten können frei entscheiden, welche Praxis zukünftig ihre PVP ist. Die freie Arztwahl bleibt also erhalten. Durch die Entscheidung für eine Praxis erhalten sie die Zusicherung einer optimalen Navigation durch das Gesundheitssystem. Bei der Einführung eines solchen Verfahrens darf keine zusätzliche Bürokratie entstehen. Die Entscheidung für die PVP muss daher ohne aufwändige Einschreibungserfordernisse erfolgen, beispielsweise in Form einer Erfassung auf der elektronischen Gesundheitskarte oder innerhalb der ePA. Bei einem gestörten Ärztinnen/Arzt-Patient/-innen-Verhältnis oder beispielsweise im Falle eines Umzugs kann die PVP gewechselt werden. Für Fälle von schweren chronischen Erkrankungen oder beispielsweise seltenen Erkrankungen sind Modelle zu entwickeln, die eine koordinierte Zusammenarbeit zwischen PVP und Facharztpraxis sicherstellen, z. B. als eine Art der Tandem-Betreuung. Auch ist das Schnittstellenmanagement zwischen den unterschiedlichen Sektoren des Gesundheitssystems mitzudenken. Insbesondere bei der Entlassung aus einer stationären Behandlung bedarf es einer koordinierten Steuerung. Die PVP muss ohne zeitlichen Verzug die relevanten Behandlungsinformationen erhalten und weitere Schritte einleiten können.

Die Etablierung eines Primärversorgungssystems in die Regelversorgung muss für alle Patientinnen und Patienten erfolgen, damit diese von einer strukturierten Steuerung mit klar definierten Verantwortlichkeiten profitieren.

Konkrete Schritte:

- » Anpassung des SGB V (§§ 27, 73b SGB V) zur gesetzlichen Verankerung der PVP
- » Erteilung eines Auftrags an die Selbstverwaltung zur Erarbeitung einer Richtlinie zur Implementierung einer Primärversorgung

4. Definition Versorgungsauftrag der Primärversorgungspraxis

➤ **Kurzbeschreibung:**

Die Rolle und die Aufgabe der Primärversorgungspraxis (PVP) müssen klar gefasst werden. Ziel ist eine umfassende und abschließende Grundversorgung.

Ein funktionierendes Primärversorgungssystem bedarf einer klaren und rechtsverbindlichen Festlegung des Versorgungsauftrages der PVP. Der gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) muss hierfür einen verbindlichen Rahmen erarbeiten, der neben den zentralen Aufgaben der medizinischen Versorgung zusätzliche Aufgaben wie z. B. beratende Tätigkeiten, die Schnittstellensteuerung oder insbesondere die Koordination von Terminen berücksichtigt.

Vorteil eines solchen Systems ist, dass die Verantwortung für die erfolgreiche Navigation entlang des Versorgungspfades – unter Berücksichtigung der freien Arztwahl durch die Patientin bzw. den Patienten – den PVP obläge. Sie müssen sicherstellen, dass die weitere Versorgung in der medizinisch angemessenen Frist erfolgt. Zudem können sie Patientinnen und Patienten bei längeren Wartezeiten die Sicherheit vermitteln, dass dies medizinisch unbedenklich ist. Ziel ist, dass die PVP Patientinnen und Patienten möglichst umfassend und abschließend grundversorgt.

Nur bei einem tatsächlichen Bedarf einer fachärztlichen Mit- oder Weiterbehandlung soll die Überweisung zu Facharztpraxen erfolgen. Als Orientierung können Erkenntnisse aus dem Modell der hausarztzentrierten Versorgung (HzV) sowie weiteren abgeschlossenen oder laufenden Modellvorhaben dienen, auf deren Grundlage zusätzliche Anforderungen entwickelt werden.

Entscheidend dabei ist, dass der festgelegte Versorgungsauftrag der PVP neben einer klaren Aufgabenbeschreibung auch verbindliche Qualitätsstandards und Mindestanforderungen enthält, um eine einheitliche und verlässliche Qualität sicherzustellen.

Damit die PVP ihren Versorgungsauftrag gut erfüllen kann, müssen die Praxen befähigt werden, möglichst viele Leistungen selbst zu erbringen. Dazu sind passende Anreize nötig.

Konkrete Schritte:

➤ Erstellung eines bindenden Leistungskatalogs der PVP durch den G-BA mit definierten Aufgaben (Berücksichtigung insbesondere der Terminkoordination, Schnittstellenmanagement, beratender Tätigkeiten oder Case Management sowie von Qualitätsstandards und Mindestanforderungen) sowie der Zuweisung klarer Verantwortlichkeiten zwischen primärer und spezialisierter Versorgung.

5. Bedarfsgerechten Zugang zu fachärztlicher Versorgung über ein Überweisungssystem sicherstellen

➤ **Kurzbeschreibung:**

Um den objektiven medizinischen Bedarf einer fachärztlichen Behandlung zu bestimmen, bedarf es einer vorherigen Einschätzung durch die Primärversorgungspraxis oder die 116 117.

Die Inanspruchnahme fachärztlicher Leistungen kann – mit den unten aufgeführten Ausnahmen – nur mittels Überweisungen einer PVP erfolgen. Ergänzend sind auch eine telemedizinische Versorgung und anschließende Überweisung zur fachärztlichen Versorgung durch die 116 117 denkbar (siehe Punkt 2). Damit die PVP ihrer Koordinierungsfunktion gerecht werden kann, muss sichergestellt sein, dass sie über die Behandlung durch weitere Arztgruppen laufend informiert ist – etwa durch die kontinuierliche Pflege der ePA. PVP sollen nicht als reine Überweisungspraxen fungieren. Damit fachärztliche Ressourcen optimal genutzt werden, müssen Überweisungen qualifiziert erfolgen und dürfen beispielsweise nicht ohne ausreichende Voruntersuchung erfolgen. Ausgenommen von Überweisungserfordernissen ist die Behandlung durch Gynäkologinnen und Gynäkologen, Kinder- und Jugendärztinnen und -ärzte sowie Psychotherapeutinnen und -therapeuten. Zudem ist keine Überweisung im Fall von Vorsorgeuntersuchungen (beispielsweise bei Dermatologinnen und Dermatologen) erforderlich.

Konkrete Schritte:

- Anpassung des SGB V (§ 27 SGB V zur Leistungsanspruchnahme und Kostentragung, ggf. § 61 SGB V bei einer Kostenbeteiligung)
- Anpassung des Bundesmantelvertrag-Ärzte (Abschnitt 8) zur Klarstellung des Überweisungsprozesses

Der Blick in die Praxis

6. Bürokratieabbau für patienten nahe Versorgung vorantreiben

➤ **Kurzbeschreibung:**

Ineffiziente Bürokratie muss abgebaut werden, um Ressourcen innerhalb der Praxen freizusetzen. Dazu werden auch Prozesse und Formulare standardisiert.

Für die erfolgreiche Umsetzung eines Primärversorgungssystems braucht es in den Praxen mehr zeitliche Ressourcen. Daher müssen Bürokratie und administrative Belastungen dringend reduziert werden. Es gibt bereits verschiedene Vorschläge der einzelnen Selbstverwaltungspartner zur Entbürokratisierung, es braucht jedoch einen koordinierten Prozess auf Bundesebene, der ineffiziente Vorschriften identifiziert und bereinigt. Um ein solches Vorgehen zu ermöglichen, braucht es konkrete gesetzliche Vorgaben – zum Beispiel klare Fristen, bis wann administrative Anforderungen reduziert werden sollen.

Essentiell ist dabei ein Dialog der Selbstverwaltungspartner – unter Beteiligung des Bundesministeriums für Gesundheit und der Patientenvertretung.

Ziel muss es insbesondere sein, Praxen von schriftlichen Anforderungen und Dokumentationspflichten zu entlasten.

Ein erster Schritt könnte darin bestehen, die Anforderungen der Selbstverwaltung zu analysieren. Vor allem das Aufwand-Nutzen-Verhältnis regelmäßig angeforderter Gutachten und Stellungnahmen muss überprüft werden. Auch ist zu prüfen, ob Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen erst ab dem vierten Tag zum Leistungsbereich der Gesetzlichen Krankenversicherung zählen sollten.

Nicht nur die Vielzahl an Formularen und Anfragen bindet erhebliche Ressourcen, auch ihre geringe Standardisierung führt zu einem hohen Aufwand innerhalb der Praxen. Die Formulare und Anfragen weisen, je nach Kostenträger oder Leistungserbringer, unterschiedliche Formularfelder und Layouts auf. Es braucht daher einheitliche Prozesse und standardisierte Dokumente, die von der Selbstverwaltung festgelegt werden.

Diese können vor allem im Primärversorgungssystem zu einer spürbaren Entlastung des medizinischen Fachpersonals beitragen und die Effizienz steigern – insbesondere, wenn sie digital unterstützt umgesetzt werden. Einheitliche Dokumente vereinfachen die Befüllung durch die Arztpraxen, beispielsweise wenn eine automatisierte Befüllung aus der ePA beziehungsweise dem Praxisverwaltungssystem möglich ist.

Es ist jedoch nicht ausreichend, bestehende Bürokratie abzubauen. Es muss auch sichergestellt werden, dass ineffiziente bürokratische Anforderungen künftig gar nicht erst entstehen. Dies kann beispielsweise durch Praxischecks für zukünftige Regelungen und Verfahrensvorgaben erfolgen und durch vorgeschaltete Aufwand-Nutzen-Analysen der Selbstverwaltung unterstützt werden.

Neben einer Reduzierung der Bürokratieaufwände im Praxisalltag muss auch die Zulassungsverordnung für Vertragsärzte (Ärzte-ZV) an die heutige Versorgungslandschaft angepasst werden.

Um Entscheidungen des Zulassungsausschusses – trotz der spürbar gestiegenen Anzahl an Anträgen – im Sinne einer guten Versorgung zeitnah zu ermöglichen, braucht es eine Flexibilisierung und Beschleunigung der Zulassungsverfahren, insbesondere durch Entbürokratisierung (beispielsweise schnellere Genehmigungsverfahren bei gebundenen Entscheidungen) und Digitalisierung von Antragsverfahren (beispielsweise Videokonferenzen als Standard).

Konkrete Schritte:

- » Etablierung eines systematischen Prozesses zur Reduzierung von Bürokratie unter Einbindung der Beteiligten
- » Etablierung eines Systems zur Vermeidung zukünftiger unnötiger Bürokratie
- » Einheitliche Prozesse und standardisierte Dokumente durch die Selbstverwaltung
- » Vorgabe standardisierter Formulare durch den G-BA bzw. durch den Spitzenverband der Krankenkassen
- » Entbürokratisierung der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte

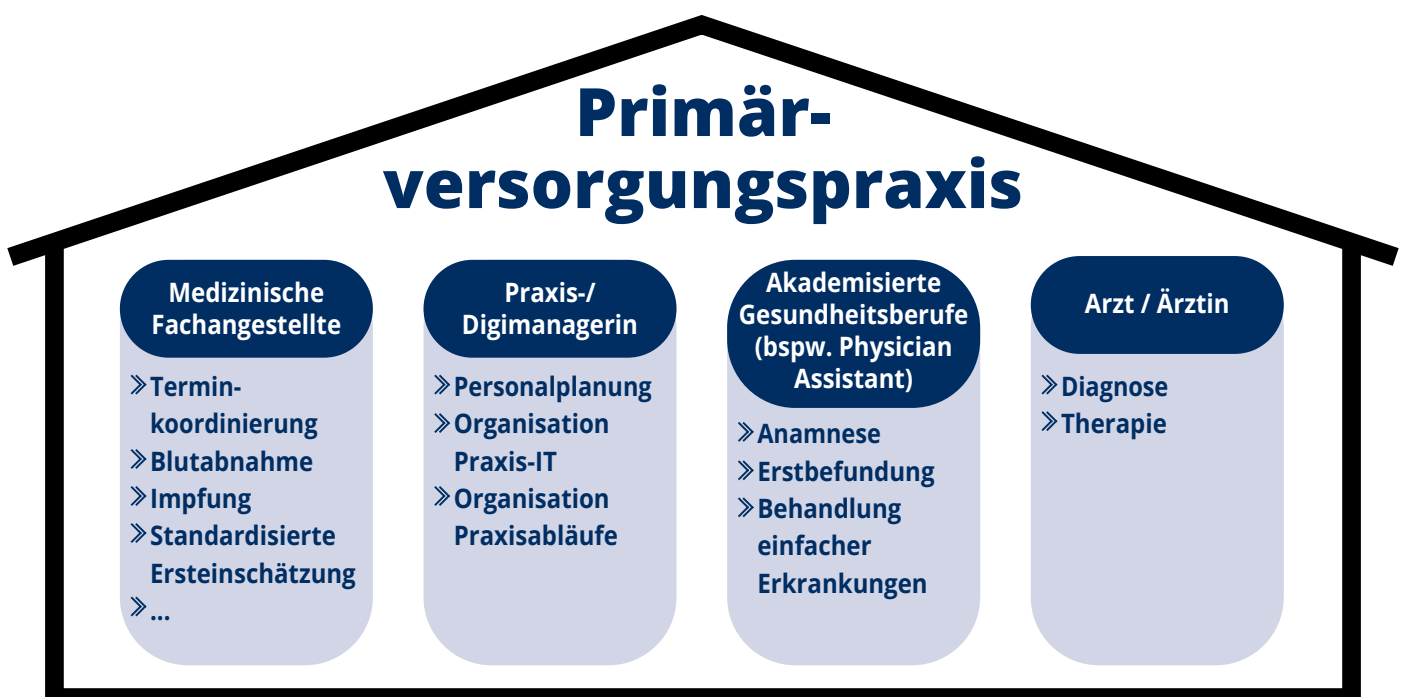
7. Weiterentwicklung bestehender Praxisstrukturen und Stärkung von Teamstrukturen

➤ **Kurzbeschreibung:**

Damit die Primärversorgungspraxis als zentrale Steuerungseinheit funktioniert, braucht es eine stärker arbeitsteilige Organisation mit verschiedenen Berufsgruppen in der Praxis. Dabei sollten klare Delegationsregeln Rechtssicherheit bieten und gleichzeitig die Weiterentwicklung von Qualifikationen und Berufsbildern berücksichtigen.

Damit eine Primärversorgungspraxis (PVP) ihre Aufgaben gut erfüllen kann, braucht es eine neue, modernere Praxisstruktur. Die bisher klassische Organisation, die vor allem das ärztliche Personal in den Vordergrund stellt, ist kein attraktives Zukunftsmodell – weder für Nachwuchsärzte noch für andere Praxisberufe. Zudem werden Ressourcen nicht optimal genutzt. Zukünftig gilt es, Aufgaben kompetenzorientiert zu verteilen und alle vorhandenen Ressourcen sinnvoll einzusetzen. Die Versorgung funktioniert dann als starkes Team – „Versorgung als Team“.

In den Praxen sind bereits heute schon die „Versorgungsassistenz in der Hausarztpraxis“ (VERAH) oder die „nichtärztliche Praxisassistenz“ (NäPA) im Einsatz und können u. a. eigenverantwortlich Hausbesuche und medizinische Aufgaben wie die Wundversorgung übernehmen. Neben den etablierten Weiterbildungsmöglichkeiten für die medizinischen Fachangestellten kommen neue Berufsbilder hinzu. Insbesondere die akademisierten Assistenzberufe (u. a. Physician Assistants) können ein wichtiges Element in der Praxis darstellen, da sie aufgrund der höheren Qualifizierung größere Anteile in der Versorgung übernehmen können. Entsprechend qualifizierte Mitarbeitende können vorbereitende Anamnesen und körperliche Untersuchungen sowie die Auswertung von EKG, Lungenfunktion, Langzeit-Blutdruckmessung, Blutwerten etc. durchführen. Sie können darauf aufbauend Behandlungspläne vorbereiten und die Beratung, Aufklärung und Information von Patientinnen und Patienten übernehmen.



Hier braucht es allerdings insbesondere für das Berufsbild des Physician Assistants eine bundesweit einheitliche Ausbildung bzw. Curricula und im Idealfall sogar eine staatliche Anerkennung, die den Praxen eine Bewertung des Qualifizierungsniveaus vereinfacht.

Die Arbeit im Team erfordert einen rechtssicheren Rahmen für die Delegation ärztlicher Leistungen. Die bestehenden Rahmenbedingungen zur Delegation passen nicht mehr zum Praxisalltag.

Ziel muss es sein, Delegationsregelungen zu erarbeiten, die die Vielfalt der Berufsbilder und Kompetenzen in den Praxisteams besser berücksichtigen. Dies erfordert sowohl eine Klarstellung der Tätigkeiten, die einzig und allein durch die behandelnden Ärztinnen und Ärzte ausgeführt werden dürfen, als auch eine Überarbeitung der Delegationsvereinbarung.

Bei letzterem ist zum Beispiel ein Ausbau der Reichweite einer Delegation über Qualifikationsstufen in Verbindung mit entsprechenden Kompetenzen der Mitarbeitenden denkbar. Hierzu ist es erforderlich, die verschiedenen Versorgungs- und Qualifikationsstufen in der Praxis zu definieren und sinnvoll miteinander zu verknüpfen.

Erforderlich wäre auch eine Änderung des § 15 SGB V. Dieser bestimmt, wer die Leistungen im Auftrag der gesetzlichen Krankenversicherung erbringt. Eine derartige Änderung würde die Leistungserbringung auf weitere Professionen ausweiten.

In der Folge der Einführung eines Primärversorgungssystems muss auch die Bedarfsplanung als Grundlage für die Zulassung von Vertragsärztinnen und -ärzten überarbeitet werden. Insbesondere die stärkere Nutzung von Delegation sowie digitaler und telemedizinischer Anwendungen müssen Eingang in die Bedarfsplanung finden.

Konkrete Schritte:

- » Gesetzliche Vorgabe einer Frist zur Überarbeitung der Delegationsvereinbarung für die Selbstverwaltung (Anlage 8 und 24 BMV-Ärzte)
- » Einheitliche Ausbildung oder Curricula für Physician Assistants
- » Unterstützung eines neuen Verständnisses „Wir versorgen als Team“ durch die Vertretungen der Ärzteschaft
- » Berücksichtigung von Delegationsmöglichkeiten in Plausibilitätsprüfung der Kassenärztlichen Vereinigungen, in der Bedarfsplanungsrichtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses sowie in den Abrechnungsmöglichkeiten

8. Etablierung von Dauerverordnungen und -überweisungen

➤ **Kurzbeschreibung:**

Um Ressourcen in den Praxen einzusparen und Patientinnen und Patienten zu entlasten, sind Verordnungen und Überweisungen insbesondere bei chronischen Erkrankungen für längere Zeiträume auszustellen. Zeitgleich müssen die Einsatzmöglichkeiten von Blankoverordnungen für diesen Anwendungsbereich ausgebaut werden.

Es gibt eine Vielzahl von Regularien, die dafür Sorge tragen, dass Patientinnen und Patienten regelmäßig Arztpraxen aufsuchen, ohne dass es medizinisch notwendig wäre.

Ein Grund dafür ist, dass chronisch erkrankte Patientinnen und Patienten trotz bekannter Krankheit und stabiler Therapie Folgeverordnungen für Medikamente, regelmäßige Überweisungen oder Hilfsmittelverordnungen benötigen. Dazu muss bisher stets ein Kontakt mit der Praxis erfolgen. Ein persönlicher Kontakt mit der Ärztin bzw. dem Arzt findet dabei nicht immer statt – und ist medizinisch auch nicht im Umfang der gegenwärtigen Kontaktfrequenzen begründbar. Durch weniger Kontakte und den damit verbundenen Verwaltungsaufwand würden sowohl Patientinnen und Patienten als auch die Arztpraxen deutlich entlastet. Gerade für Patientinnen und Patienten, die in der Mobilität eingeschränkt sind, ist das bestehende Verfahren eine Belastung.

Um unnötige Patientinnen-/Patienten-Praxis-Kontakte zu vermeiden, werden insbesondere bei der Versorgung von chronischen Erkrankungen Überweisungen für einen längeren Zeitraum ausgestellt – mindestens für vier Quartale.

Gerade für chronisch erkrankte Personen, die mehrmals im Jahr eine Facharztpraxis zu Kontrolluntersuchungen/zur fachärztlichen (Mit-)Versorgung aufsuchen, würde dies eine deutliche Erleichterung bedeuten. Im Rahmen definierter (und dokumentierter) Diagnosen, die einer speziellen Qualifikation und interdisziplinären Abstimmung bedürfen, ist ein festgelegter Zugang zur Versorgung ohne entsprechende Überweisungen zweckmäßig. Um die Prozesse für die Versicherten und Leistungserbringer möglichst bürokratiearm zu gestalten, sind die Einführung und Nutzung von elektronischen Überweisungen nötig.

Auch einjährige Dauerverordnungen bei chronischen Erkrankungen hätten einen ressourcenschonenden Effekt. Lediglich bei kritischen Arzneien – beispielsweise Psychopharmaka – sind kürzere Verordnungszeiträume in Betracht zu ziehen.

Daneben muss die Verordnung von Hilfsmitteln vereinfacht werden. Vor allem bei regelmäßig benötigten Hilfsmitteln, beispielsweise bei bekannten Dauerbedarfen wie Inkontinenzmaterial, ist eine Dauerverordnung beziehungsweise eine Verordnung bis auf Widerruf regelhaft vorzusehen. Auch diese sollten digital ausgestellt werden.

Generell ist die Notwendigkeit von Genehmigungsvorbehalten seitens der gesetzlichen Krankenkassen zu prüfen. Durch wiederholte Anträge trotz gleichbleibender Indikation werden unnötige Hürden und Verwaltungsaufwände geschaffen und das Risiko der Unterversorgung vergrößert.

Sowohl im Bereich der Hilfsmittel als auch im Bereich der Heilmittel (Logopädie, Ergotherapie, Physiotherapie) können alle Beteiligten von einer Blankoverordnung profitieren.

Dabei erfolgt die Therapiezielfestlegung durch die Arztpraxis, die umsetzenden Heilmittelbereiche und Hilfsmittelerbringer entscheiden über Art und Umfang. Die bestehenden Möglichkeiten der Blankoverordnungen sollten sukzessive ausgebaut werden. Zudem braucht es eine gemeinsame digitale Dokumentationschnittstelle zwischen den ärztlichen Leistungserbringern und den Heilmittelerbringern.

Diese schafft Transparenz und hilft, die Versorgungsqualität sicherzustellen. Patientinnen und Patienten werden so auch als Vermittler zwischen den Akteuren entlastet. Denkbar ist hier die Nutzung der ePA.

Konkrete Schritte:

- » Einführung einer Jahres- oder Dauerüberweisung für bestimmte Krankheitsbilder
- » Ausrollen der elektronischen Überweisung (eÜberweisung)
- » Ausweitung von Blankoverordnungen für Heil- und Hilfsmittel

9. Definition und Etablierung standardisierter Versorgungspfade

» Kurzbeschreibung:
Standardisierte Versorgungspfade sind ein wichtiger Baustein zur Weiterentwicklung der ambulanten ärztlichen Versorgung im Hinblick auf Partizipation, Transparenz und Qualität. Durch klare Verantwortlichkeiten und definierte Übergabepunkte kann das Management der Schnittstellen zur anderen Leistungserbringenden positiv beeinflusst werden.

Die Einführung einheitlicher Versorgungspfade, die sich an medizinischen Leitlinien orientieren, ist zentral, um Qualität, Effizienz und die Orientierung der Patientinnen und Patienten in der ambulanten Versorgung zu stärken. Sie dienen als klare Handlungsanleitung und zeigen allen Beteiligten, welche Schritte in einer Behandlung erfolgen sollten.

Sie legen klare Zuständigkeiten fest und definieren eindeutige Übergabepunkte – also strukturierte Schnittstellen zwischen Hausärzten und Fachärzten, zwischen medizinischen und nicht-ärztlichen Gesundheitsberufen sowie an der zentralen Stelle zum Krankenhaus. Vor allem der Übergang zwischen ambulanter und stationärer Versorgung (z. B. Einweisung oder Entlassung) kann durch standardisierte Informationswege, klare Verantwortlichkeiten und verbindliche Kommunikationswege deutlich verbessert werden. Je nachdem, wie detailliert sie ausgestaltet sind, können Versorgungspfade auch die Grundlage für Delegation und fächerübergreifende Zusammenarbeit bilden.

Patientinnen und Patienten erhalten durch standardisierte Pfade Orientierung (was passiert wann und wer ist zuständig?), wodurch mehr Partizipation ermöglicht wird.

Versorgungspfade können außerdem dazu beitragen, die Qualität der Versorgung langfristig zu verbessern. Sie machen die Behandlung durch bestimmte Meilensteine im Prozess messbarer und ermöglichen eine objektive Evaluation. Besonders wichtig ist das bei Prozessen, die verschiedene Bereiche betreffen: Dadurch wird deutlich, wer wofür verantwortlich ist und wer welche Informationen erhält, was Versorgungslücken reduziert.

Auch für die Weiterentwicklung einer digital gestützten Versorgung sind vereinheitlichte Versorgungspfade nützlich.

Sie können die Grundlage KI-gestützter Unterstützungssysteme sowie für die Weiterentwicklung der ePA sein. Einheitliche Pfade erleichtern zudem die digitale Abbildung von Übergaben zwischen ambulanten Leistungserbringenden und Krankenhäusern, etwa durch strukturierte Entlassbriefe, standardisierte Medikationsinformationen oder automatisierte Benachrichtigungen.

Der Fokus muss zunächst auf häufige, versorgungsrelevante und chronische Erkrankungen wie Diabetes, chronisch obstruktive Lungenerkrankung oder Herzerkrankungen gelegt werden. Hier können vorhandene Disease-Management-Programme als Vorlage dienen. Die Erstellung sollte durch den G-BA unter Hinzuziehung der medizinischen Fachgesellschaften erfolgen.

Konkrete Schritte:

- » gesetzlichen Auftrag für die Selbstverwaltung im SGB V aufnehmen
- » Priorisierung geeigneter Krankheitsbilder und Definition von Versorgungspfaden durch medizinische Fachgesellschaften sowie deren patientenorientierte Kommunikation

10. Förderung digitaler Prozesse für eine patientengerechte Versorgung

» Kurzbeschreibung:

Ein Ausbau der Digitalisierung im Bereich der ambulanten Versorgung ist essentiell, um die Versorgung effizienter, patientenfreundlicher und kostengünstiger zu gestalten.

Die Digitalisierung im Gesundheitswesen trägt dazu bei, die medizinische Versorgung patientenzentrierter und effizienter zu gestalten. Sie schafft Möglichkeiten, den Zugang zu medizinischen Leistungen und die Koordination zwischen den verschiedenen Versorgungsebenen zu erleichtern, Fachpersonal zu entlasten und die Qualität der Versorgung zu verbessern. Digitale Tools dürfen daher nicht als technisches Zusatzinstrument betrachtet werden, sondern als integraler Bestandteil der Gesundheitsversorgung.

Insbesondere im Primärversorgungssystem ist eine systematische Nutzung digitaler Anwendungen eine Grundvoraussetzung. Der digital vernetzte Versorgungspfad sollte hierbei bereits mit dem Erstkontakt beginnen.

Der Idealfall kann dann folgendermaßen aussehen: Die Patientinnen bzw. Patienten melden sich bei gesundheitlichen Beschwerden bei der 116 117 (online oder telefonisch). Eine intelligente Ersteinschätzungssoftware z. B. SmED (Strukturierte Ersteinschätzung in Deutschland) ergänzt um künstliche Intelligenz (KI) analysiert die Angaben. Bei Notwendigkeit einer ärztlichen Abklärung erfolgt die Terminvereinbarung, während gleichzeitig alle relevanten Informationen in der ePA hinterlegt werden und für die Ärztin bzw. den Arzt verfügbar sind. Auch während der Behandlung werden fortlaufend relevante Daten wie z. B. Diagnosen oder Laborwerte digital erfasst und gespeichert.

Digitale Analysetools unterstützen die Ärztin bzw. den Arzt bei der Therapieentscheidung – etwa um eine leitliniengerechte Versorgung sicherzustellen.

Zur Förderung der Gesundheitskompetenz erhält die Patientin bzw. der Patient verständlich aufbereitete Gesundheitsinformationen (z. B. unmittelbar über die ePA-App), ihre/seine Therapiepläne und Kontrolltermine.

Auch benötigte Unterlagen wie z. B. das eRezept oder die E-Überweisung können übersichtlich in der ePA aufgeführt werden.

Konkrete Schritte:

- » Gesetzliche Verankerung einheitlicher Schnittstellen und Interoperabilitätsstandards (z. B. Fast Healthcare Interoperability Resources, FHIR) zwischen Praxen, Kliniken, ePA-Systemen und digitalen Anwendungen mit gesetzlichem Stichtag
- » Verpflichtende Nutzung der ePA durch alle Leistungserbringer – von Arztpraxen über Kliniken bis hin zu Pflegeeinrichtungen – und verbindliches strukturiertes Einpflegen relevanter Daten

Weitere Rahmenbedingungen

11. Schaffung verbindlicher Regelungen für alle am Versorgungsprozess Beteiligten

➤ Kurzbeschreibung:
Das Ergebnis der Erstein-schätzung zur richtigen Behandlungsebene (Primär-versorgungspraxis, Fach-arzt, Notdienstpraxis, Am-bulanz, Rettungsdienst) ist für Patientinnen und Pa-tienten sowie Leistungser-bringende verbindlich. Den Patientinnen und Patienten muss ein entsprechendes Versorgungsangebot unter-breitet werden.

Damit das skizzierte System zur Steuerung und Navigation von Patientinnen und Patienten sinnvoll und effizient umgesetzt werden kann, braucht es eine hohe Verbindlichkeit – sowohl auf Seiten der Leistungserbringenden als auch auf Seiten der Patientinnen und Patienten. Dabei ist zu beachten, dass positive Anreize in der Regel eine höhere Wirkung entfalten als Sanktionen.

Bei Feststellung der geeigneten Anlaufstelle im Rahmen einer Erstein-schätzung (Primärversor-gungs- oder Facharztpraxis, Notdienstpraxis, Notfallambulanz etc.) muss sichergestellt werden, dass den Patientinnen und Patienten auch tatsächlich ein entsprechendes Versor-gungsangebot unterbreitet werden kann. Dies gilt ebenso für Termine bei Facharztpraxen, die mit Unterstützung der PVP terminiert werden.

Damit eine ausreichende Anzahl an Terminen für eine Vermittlung (etwa über die 116 117) zur Verfügung steht, müssen gesetzliche Maßnahmen ergriffen werden, die Facharztpraxen entweder verpflichten, freie Kapazitäten zu melden oder die Anreize schaffen, dass Meldungen freiwillig erfolgen.

Zugleich muss ausgeschlossen werden, dass Patientinnen und Patienten sich eigenständig Zugang zu anderen Versorgungsebenen beziehungsweise Leistungserbringenden verschaffen (können), als durch die Ersteinschätzung als erforderlich ausgewiesen wurde.

Ausschlaggebend für die Akzeptanz dieser neuen Regelungen ist, dass sie Entwicklungen hin zu einer Zwei-Klassen-Medizin unterbinden. Gleichzeitig müssen die Reformen auch seitens der Leistungserbringenden mitgetragen werden. Die Beteiligung der Selbstverwaltung ist daher unerlässlich.

Konkrete Schritte:

» Anpassung des SGB V (§ 27 zur Leistungsanspruchnahme, § 28 zur Leistungserbringung, § 61 zur möglichen Kostenbeteiligung etc.)

12. Neuausrichtung von Vergütungs- und Anreizsystemen

Das bestehende Vergütungssystem wird der heutigen Versorgungsrealität nicht mehr gerecht und bietet in Teilen Fehlanreize in der ärztlichen Versorgung.

Damit beispielsweise Formen der Delegation weiter ausgebaut werden können, ist zeitnah Abstand vom zwingenden Arzt/Ärztin-Patient/Patientin-Kontakt zu nehmen. Zur Abrechnung reicht grundsätzlich ein Praxis-Patientin/Patient-Kontakt aus. Die bestehende Finanzierungssystematik weist vielfach Einzelleistungsvergütungen auf – und bindet damit erhebliche Ressourcen in Arztpraxen, um eine optimierte Abrechnung der erbrachten beziehungsweise erbringbaren Leistungen sicherzustellen.

Die Vergütung einzelner Leistungen hat zudem zur Folge, dass manche Leistungen in Abhängigkeit von ihrer Wirtschaftlichkeit erbracht werden – was unter Umständen Fehlanreize zur Unter- und Überversorgung setzt. Um diese negativen Auswirkungen zu reduzieren, ist eine Abrechnungssystematik sinnvoll, die einen höheren Grad an Pauschalierung aufweist. So sollte eine Primärversorgungspraxis pro betreuter Patientin/betreutem Patienten eine kontaktunabhängige Vorhaltepauschale erhalten. Die einzelnen Leistungen zur Versorgung der Patientinnen und Patienten könnten z. B. als aufwandsabhängige Pauschalen vergütet werden, hierzu könnten ICD-Codes einer Aufwands-Kategorie zugeordnet werden.

Der Vergütungsmechanismus muss so gestaltet werden, dass diejenigen PVP, die ihrem Versorgungsauftrag umfänglich nachkommen, entsprechend honoriert werden. Auch ist zu prüfen, inwieweit der Quartalsbezug flexibilisiert werden kann.

» Kurzbeschreibung:

Die Vergütung ärztlicher Leistungen unterstützt künftig eine arbeitsteilige Versorgung. Zudem muss sie ein adäquates Einkommensniveau sicherstellen, jedoch betriebswirtschaftliche Fehlanreize vermeiden. Auch wird sie bedarfsgerechter, unbürokratischer und weniger komplex gestaltet.

Bei einer bedarfsgerechten Versorgung – sowohl in der PVP als auch in der Facharztpraxis – darf ein durch die hier vorgeschlagenen Maßnahmen geringeres Patientinnen- und Patientenaufkommen nicht mit Einnahmeverlust gegenüber dem Status quo einhergehen.

Es ist wichtig, dass die Leistungen adäquat und verlässlich finanziert werden und Arztpraxen ausreichende Ressourcen haben, um Patientinnen und Patienten qualitativ hochwertig zu versorgen.

Bei jeglicher Anpassung der Vergütungssystematik ist darauf zu achten, dass administrative Prozesse vereinfacht und Dokumentationsaufwände reduziert werden.

Konkrete Schritte:

- » Berücksichtigung der Teamleistung in Vergütung und Abrechnung, insbesondere durch Einführung eines Praxis-Patientin/Patient-Kontakt statt des bisher erforderlichen Ärztin/Arzt-Patientin/Patient-Kontakt
- » Überarbeitung des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM)
- » Reduzierung der Dokumentationsanforderungen (u. a. im EBM, Anforderungen der Selbstverwaltung)
- » Gesetzliche Vorgabe zur Überarbeitung des Vergütungssystems mit Frist und Ziel durch den Bund

13. Versorgung bedarfsgerecht weiterentwickeln

» Kurzbeschreibung:

Die Versorgung muss sich stärker an den medizinischen Bedarfen der Patientinnen und Patienten ausrichten – aber auch ihre Bedürfnisse müssen für eine erfolgreiche Reform Berücksichtigung finden.

Im Mittelpunkt der Reformentwicklungen muss die Sicherstellung einer bedarfsgerechten, gut erreichbaren und am tatsächlichen Bedarf orientierten medizinischen Versorgung stehen. Maßgeblich ist dabei der objektive medizinische Bedarf der Versorgung; die Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten müssen jedoch Berücksichtigung finden. Gerade im Krankheitsfall brauchen Menschen Orientierung, Sicherheit und verständliche Informationen. Daher braucht es eine Plattform mit validen Gesundheitsinformationen sowie eine Übersicht von nicht-medizinischen Angeboten in der Wohnortnähe.

Auch Aspekte wie Barrierefreiheit sowie die Versorgung pflegebedürftiger und immobiler Patientinnen und Patienten sind von Beginn an mitzudenken.

Konkrete Schritte:

- » Patientinnen- und Patientenperspektiven bei Reformüberlegungen einbeziehen
- » Weiterentwicklung des § 140f SGB V (Beteiligung von Interessenvertretungen der Patientinnen und Patienten) im Sinne der Patientinnen und Patienten

14. Gesundheitskompetenz der Bevölkerung steigern

> Kurzbeschreibung:
Um fundierte Entscheidungen für die Gesundheit treffen zu können, müssen Patientinnen und Patienten geeignete Informationen rund um Gesundheit finden und bewerten können.

Eine geringe Gesundheitskompetenz hat zur Folge, dass Patientinnen beziehungsweise Patienten Symptome nicht richtig einschätzen oder aufgrund von Missverständnissen ohne tatsächlichen Bedarf eine Ärztin beziehungsweise einen Arzt konsultieren.

Dies führt bei Leistungserbringenden im Gesundheitswesen zur Überlastung und somit zu Ineffizienzen des Systems.

Für das Gelingen des Primärversorgungssystems ist daher eine hohe Gesundheitskompetenz der Bevölkerung von zentraler Bedeutung.

Diese befähigt die Menschen, Gesundheitsinformationen zu finden, zu verstehen, zu beurteilen und anzuwenden, um im Alltag informierte Entscheidungen zur Gesundheit treffen zu können. Die digitale Transformation des Gesundheitswesens erfordert zudem technische Kompetenzen und Ressourcen, die für das Suchen, Finden, Verstehen, Bewerten und Anwenden digital verfügbarer Gesundheitsinformationen und digitaler Tools wichtig sind.

Eine gestärkte Eigenverantwortung und Gesundheitskompetenz können das Primärversorgungssystem nachhaltig entlasten.

Mit der Verankerung der 116 117 als zentrale Anlaufstelle für die Ersteinschätzung, Terminierung und Vermittlung evidenzbasierten Wissens werden Patientinnen und Patienten in ihrer Kompetenz gestärkt. Sie werden in die Lage versetzt, ihre gesundheitlichen Bedarfe objektiv einschätzen zu lassen und mittels der bereitgestellten Gesundheitsinformationen aktiv selbst auf ihre Gesundheit einzuwirken.

Konkrete Schritte:

- » Bekanntheitsgrad relevanter Informationsquellen bzw. -plattformen (z. B. gesundheitsinformationen.de, Webpräsenz 116 117) steigern
- » Weiterentwicklung bestehender Strategien und Initiativen zur Förderung der Gesundheitskompetenz, insbesondere hinsichtlich digitaler Informationen und Anwendungen

15. Prävention stärken

➤ **Kurzbeschreibung:**

Eine Überlastung der ambulanten Versorgungsstrukturen kann am effektivsten durch wirksame Gesundheitsförderung und Prävention vermieden werden. Es müssen Maßnahmen ergriffen werden, die eine gesunde Lebensweise fördern und Risikofaktoren für chronische Erkrankungen minimieren.

Neben einer effektiven Steuerung und Erhöhung der Gesundheitskompetenz braucht es mehr Aktivitäten, um die Gesundheit der Bevölkerung zu verbessern und die Krankheitslast zu reduzieren. Es sind Maßnahmen erforderlich, die bereits die Entstehung von Krankheiten reduzieren. Risikofaktoren für Krankheitsbilder wie Diabetes Typ 2, Krebs und Herz-Kreislauf-Erkrankungen sind bereits seit vielen Jahren bekannt. Dennoch wird im Bereich der Handlungsfelder Tabak, Alkohol, Ernährung und Bewegung nicht ausreichend gehandelt. Dies zeigt sich auch im Public Health Index 2025. Insgesamt belegt Deutschland den 17. von 18 Plätzen. Maßnahmen zur Prävention in den Bereichen Ernährung sowie Alkohol- und Tabakkonsum sollten geprüft und entsprechend verbessert werden.


Eine stringente und konsequente Gesundheitsförderungs- und Präventionspolitik fördert nicht nur den Gesundheitszustand der Menschen. Sie hat das Potential langfristig – durch die Reduzierung von sogenannten Volkskrankheiten – erhebliche Ressourcen im Gesundheitswesen einzusparen und Arztpraxen erheblich zu entlasten.

Konkrete Schritte:

- Prüfung der Umsetzung der Empfehlungen der Weltgesundheitsorganisation (World Health Organization, WHO)
- Schaffung einer gesunden Lebensumgebung

Die folgenden Institutionen haben sich – in Ergänzung zu teilweise bereits eigens erarbeiteten Reformkonzepten – intensiv an dem diesen Eckpunkten zugrundeliegenden Dialogprozess des MAGS beteiligt. Sie begrüßen den hier vorgestellten Reformansatz grundsätzlich, machen sich jedoch nicht jeden einzelnen Vorschlag zu eigen. Das MAGS bedankt sich für ihren Einsatz, die Offenheit im Diskurs und den konstruktiven Austausch.

- AOK NordWest
- AOK Rheinland/Hamburg
- Ärztekammer Nordrhein
- Ärztekammer Westfalen-Lippe
- BKK-Landesverband NORDWEST
- Hausärztinnen- und Hausärzteverband Nordrhein e.V.
- Hausärztinnen- und Hausärzteverband Westfalen-Lippe e.V.
- IKK classic
- Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein
- Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe
- KNAPPSCHAFT
- Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau
- Verband der Ersatzkassen e.V. Landesvertretung Nordrhein-Westfalen



Ministerium für Arbeit,
Gesundheit und Soziales
des Landes Nordrhein-Westfalen
Fürstenwall 25
40219 Düsseldorf

Telefon 0211 855-5
info@mags.nrw.de

Gestaltung:
Öffentlichkeitsarbeit MAGS NRW

Bildnachweis:
©freepik rawpixel.com

Druck:
Hausdruck MAGS NRW

Diese Publikation kann bestellt
oder heruntergeladen werden:
www.mags.nrw/broschuerenservice

© MAGS NRW, März 2026

