



**POSITIONSPAPIER**

# Verbesserung und Stärkung der ambulanten Versorgung

---

Beschlossen vom Verwaltungsrat am 26.06.2024

## **Impressum**

### **Herausgeber:**

GKV-Spitzenverband  
Körperschaft des öffentlichen Rechts  
Reinhardtstraße 28  
10117 Berlin  
Internet: [www.gkv-spitzenverband.de](http://www.gkv-spitzenverband.de)

### **Redaktion:**

Abteilung Ambulante Versorgung

Stand: Juni 2024

Foto: Anne/peopleimages.com – stock.adobe.com

Gestaltung: BBGK Berliner Botschaft, Gesellschaft für Kommunikation mbH

Der GKV-Spitzenverband ist der Spitzenverband Bund der Krankenkassen nach § 217a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V). Er ist zugleich der Spitzenverband Bund der Pflegekassen nach § 53 SGB XI. Der GKV-Spitzenverband ist eine Körperschaft des öffentlichen Rechts mit Selbstverwaltung.

Name und Logo sind geschützte Markenzeichen des GKV-Spitzenverbandes.

# Inhalt

---

Präambel	4
1 Zugang zur ambulanten Versorgung verbessern	5
2 Steuerung der ambulanten Versorgung	6
3 Kooperative und fachübergreifende Versorgungsstrukturen fördern	7
4 Ambulantisierungspotenziale nutzen	8
5 Die ambulante Versorgung in Stadt und Land sicherstellen	9
6 Update für den Sicherstellungsauftrag	10
7 Evidenz und Qualität	11
8 Es ist genug Geld im System, es muss aber besser verteilt werden	12
9 Weitere Digitalisierung der Versorgung	13
10 Neue Player integrieren	14

# Präambel

---

Die ambulante ärztliche Versorgung steht in den nächsten Jahren insbesondere aufgrund der demografischen Entwicklung, des Strukturwandels auf dem Arbeitsmarkt sowie der Gewährleistung einer nachhaltigen Finanzierbarkeit vor grundlegenden Veränderungen und Herausforderungen. Die ärztliche Tätigkeit in der Einzelpraxis weicht zunehmend der Tätigkeit in kooperativen und insgesamt größeren Praxisstrukturen. Die Erbringung von medizinischen Leistungen in interdisziplinären und interprofessionellen Teams gewinnt weiter an Bedeutung. Das Primat des Arztvorbehalts gilt – auch aufgrund der vorzufindenden Entwicklungen – nicht mehr uneingeschränkt. Die ambulante ärztliche Leistungserbringung wird um neue nichtärztliche Leistungserbringende ergänzt, in Teilen sogar ersetzt. Prozesse in der ambulanten Versorgung werden zunehmend digitalisiert und verändern die Angebotsstrukturen. Digitale Terminvermittlungsplattformen übernehmen bereits jetzt zunehmend Koordinations- und Verwaltungsaufgaben der Arztpraxis. Auch das ambulante Leistungsspektrum verändert sich aufgrund der fortschreitenden Verlagerung von Leistungen aus dem stationären Sektor in den ambulanten Versorgungsbereich. Hiermit einhergehend wird die bereits heute sichtbare Verknappung von Personalressourcen die künftige Sicherstellung der ambulanten ärztlichen Versorgung zusätzlich erschweren. Die wirtschaftliche Allokation knapper werdender Ressourcen wird an Bedeutung gewinnen.

Die Ausgaben der gesetzlichen Krankenkassen für die ärztliche Behandlung betragen im Jahr 2023 über 47 Milliarden Euro und stellen damit den drittgrößten Ausgabenblock für die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) dar. Für eine bedarfsgerechte ambulante ärztliche Versorgung stehen somit ausreichend Gelder zur Verfügung. Gleichwohl müssen die Veränderungsprozesse derart gestaltet werden, dass die zur Verfügung gestellten Finanzmittel sinnvoll im Interesse der Versorgung der Versicherten eingesetzt werden. Die bisherige Verteilung dieser Mittel ist entsprechend anzupassen.

Es bedarf vor dem Hintergrund der sich anbahnenden Veränderungen einer umfassenden Weiterentwicklung der bestehenden Rahmenbedingungen und Strukturen der ambulanten Versorgung. Das nachfolgende Positionspapier des GKV-Spitzenverbandes greift diese Herausforderungen auf und zeigt Lösungen zur Verbesserung und Stärkung der ambulanten Versorgung auf.

# 1 Zugang zur ambulanten Versorgung verbessern

---

Der bedarfsgerechte Zugang zur ambulanten Versorgung in Arztpraxen muss einfach und unkompliziert möglich sein. Zur Verkürzung der Wartezeiten für GKV-Versicherte müssen Maßnahmen zur Digitalisierung der Terminvergabe und zur Flexibilisierung von Sprechstundenzeiten kombiniert werden.

Die Terminvergabe durch Arztpraxen erfolgt gegenwärtig vielfach durch telefonische oder persönliche Kontaktaufnahme der Versicherten. Die überwiegend mit einer persönlichen oder telefonischen Terminvergabe verbundenen Einschränkungen (z. B. potenzielle Erreichbarkeit nur während der Praxisöffnungszeiten) können mithilfe der Digitalisierung überwunden werden. Zur Unterstützung eines niedrigschwelligen Zugangs zur ambulanten ärztlichen und psychotherapeutischen Versorgung werden die bestehenden Möglichkeiten der Versicherten, Termine online zu buchen, deutlich ausgebaut und weiterentwickelt. Grundlage und Voraussetzung hierfür ist ein verbindliches bundeseinheitliches und tagesaktuelles Verzeichnis zu Sprechzeiten, ärztlichen Schwerpunkten und Weiterbildungen. Alle Vertragsärztinnen und Vertragsärzte melden anteilig freie Termine an dieses Verzeichnis als Basis der digitalen Terminvereinbarung.

Insbesondere Krankenkassen, aber auch Kassenärztliche Vereinigungen (KVen) oder privatwirtschaftliche Anbieter haben hierauf Zugriff, um Versicherten eine direkte digitale Terminbuchung zu ermöglichen. Flankiert wird der Ausbau der digitalen Terminvergabe mit Leitplanken zur Sicherstellung einer diskriminierungsfreien Terminvermittlung und zu verbindlichen Vorgaben zur Sicherstellung des Datenschutzes. Der Zugang zu Terminen mittels telefonischer oder persönlicher Kontaktaufnahme muss weiterhin ohne Benachteiligung der Versicherten möglich sein. Eine bevorzugte Vermittlung von Terminen an privat Versicherte oder für privatärztliche Leistungen wird unterbunden.

Die derzeit üblichen Praxisöffnungszeiten entsprechen weder den Bedürfnissen der Versicherten noch den medizinischen Erfordernissen. Sie führen dazu, dass sich die möglichen Zeitfenster zur Inanspruchnahme medizinischer Versorgung insbesondere für Berufstätige auf wenige Stunden stark konzentrieren und Notaufnahmen zu bestimmten Zeiten (u. a. Mittwoch- und Freitagnachmittag) verstärkt in Anspruch genommen werden. Es braucht daher verbindliche Vorgaben zur Flexibilisierung der Sprechstundenzeiten in Arztpraxen, um die möglichen Zeitfenster für die Inanspruchnahme insbesondere für Berufstätige zu entzerren und die Notaufnahmen zu entlasten. Auf Basis eines gesetzlichen Auftrags wird der Sicherstellungsauftrag der KVen dahingehend konkretisiert, dass die vertragsärztliche Versorgung durch Arztpraxen und Medizinische Versorgungszentren (MVZ) – ähnlich den Regelungen für Apotheken – mit einer Flexibilisierung der Sprechstundenzeiten in einem deutlich erweiterten Zeitfenster zu gewährleisten ist. Dies würde auch zur Reduzierung der Zeiten des KV-Bereitschaftsdienstes und zur Entlastung der Notfallambulanzen beitragen.

## 2 Steuerung der ambulanten Versorgung

---

Ziel der Steuerung der vertragsärztlichen Versorgung ist ein effizienter Einsatz der vorhandenen Kapazitäten in den Arztpraxen bei der Behandlung der Patientinnen und Patienten. Ärztinnen und Ärzte sollen mehr als derzeit in die Lage versetzt werden, gesundheitliche Probleme der Patientinnen und Patienten abschließend zu behandeln, um insbesondere medizinisch nicht notwendige weitere Kontakte zu anderen Leistungserbringenden zu reduzieren. Eine wesentliche Voraussetzung hierfür ist eine ausreichende ärztliche Behandlungszeit zur Versorgung der Versicherten. Für eine optimale Nutzung der vorhandenen Behandlungskapazitäten müssen verschiedene Maßnahmen miteinander kombiniert werden.

Zum einen werden Anreize in der Vergütung zur medizinisch nicht notwendigen Wiedereinbestellung von Patientinnen und Patienten reduziert. Dazu bedarf es einer weitergehenden Pauschalierung ärztlicher Leistungen und der Weiterentwicklung der bisherigen Quartalspauschalen hin zu einer Vergütung für längere Behandlungszeiträume. Darüber hinaus werden weitere Regelungen, die zur regelmäßigen Wiedereinbestellung ohne medizinische Notwendigkeit führen, angepasst. Hierzu zählt insbesondere die konsequente Nutzung der Möglichkeit von Mehrfachverordnungen von Arzneimitteln.

Ein wesentliches Element zur zielgerichteten Steuerung des Einsatzes ärztlicher Ressourcen und zur Reduzierung nicht bedarfsorientierter Arztkontakte ist die direkte Mengensteuerung ärztlicher Leistungen für Praxen. Sämtliche besonders förderungswürdige ärztliche Leistungen (z. B. Vorsorgeleistungen oder ambulante Operationen) werden bereits heute grundsätzlich ohne Mengensteuerung erbracht. Alle anderen Leistungen müssen aufgrund der Informationsasymmetrie zwischen Behandelnden und ihren Patientinnen und Patienten sowie wegen des wirtschaftlichen Eigeninteresses der Vertragsärzteschaft weiterhin einer robusten Mengensteuerung durch die Budgetierung ärztlicher Leistung unterliegen. Nur so lässt sich eine Über- oder gar Fehlversorgung der Versicherten durch Ausweitung medizinisch nicht notwendiger Leistungen vermeiden.

Zur effizienteren Nutzung der ärztlichen Kapazitäten wird zudem die Delegation von medizinischen Leistungen an entsprechend qualifiziertes nicht-ärztliches Personal weiter ausgebaut und konsequent genutzt.

Die kombinierte Anwendung von Maßnahmen zur Reduzierung nicht-bedarfsorientierter Arztkontakte sowie zur stärkeren Einbindung des nicht-ärztlichen Personals wird dazu beitragen, dass Arztpraxen Patientinnen und Patienten umfassend und möglichst abschließend behandeln.

### 3 Kooperative und fachübergreifende Versorgungsstrukturen fördern

---

Die klassischen ambulanten Versorgungsstrukturen sind vor dem Hintergrund des demografischen Wandels und dessen Auswirkungen auf den Arbeitsmarkt sowie angesichts des zunehmenden Wunsches vieler Fachkräfte nach flexiblerer Arbeitszeitgestaltung weiterzuentwickeln, damit auch zukünftig die Attraktivität der ambulanten Versorgung als Tätigkeitsbereich für junge Ärztinnen und Ärzte erhalten bleibt.

Die derzeitige Zulassungspraxis sieht auf Grundlage des SGB V eine ganze Reihe an Sachverhalten vor, die eine Bevorzugung bei der Bewerbung auf eine Zulassung oder Nachbesetzung begründen können. Die gesetzlich vorgesehenen Gründe sehen hingegen keine Versorgungskonzepte vor, die sich an spezifische Patientengruppen richten und neben ärztlichen auch nicht-ärztliche Leistungserbringende einbinden. Hier kann es sich gleichermaßen um nicht-ärztliche Praxisassistenten wie um weitere Leistungserbringende des SGB V (z. B. in den Bereichen Pflege oder Heilmittelversorgung) handeln. Im Sinne einer Weiterentwicklung der Versorgung ist eine Änderung der gesetzlichen Regelungen zur Zulassung und Nachbesetzung erforderlich.

Größere Kooperationsformen können aufgrund einer intensiveren Zusammenarbeit der verschiedenen Arztgruppen Praxisausfälle bzw. zeitweise Praxisschließungen aufgrund von Urlaub oder Krankheit besser kompensieren und somit die ambulante Versorgung weiterhin sicherstellen. Darüber hinaus können vorhandene Geräte ggf. besser ausgelastet werden, was die Wirtschaftlichkeit verbessert. Gleichfalls profitieren Versicherte in kooperativen und fachübergreifenden Versorgungsstrukturen von längeren und flexibleren Praxisöffnungszeiten, reduzierten Wartezeiten sowie einem umfangreicheren Leistungsspektrum und einer abgestimmten Leistungserbringung durch verschiedene Professionen und Fachrichtungen.

In der primärärztlichen Versorgung zeigen sich bereits heute die großen Vorteile einer kooperativen Zusammenarbeit zwischen ärztlichen und nicht-ärztlichen Leistungserbringenden. Diese Form der Leistungserbringung ist auszubauen und transparent zu machen; eine entsprechende Erfassung in der Bedarfsplanung ist mittelfristig vorzusehen.

Die effiziente Nutzung ärztlicher Ressourcen erfordert eine verstärkte Delegation und Substitution medizinischer Aufgaben an entsprechend qualifiziertes nicht-ärztliches Personal. Hierdurch können Fachkräfte im Rahmen einer gestuften Patientensteuerung und Patientenversorgung zielgerichtet eingesetzt und Ärztinnen und Ärzte entlastet werden. Dafür braucht es zum einen eine Förderung und Anerkennung der Kompetenzen des nicht-ärztlichen Personals. Zum anderen ist es wichtig, dass der Gesetzgeber die Weichen für die Übertragung von Heilkunde auf entsprechend qualifizierte Berufsgruppen stellt.

## 4 Ambulantisierungspotenziale nutzen

---

Viele medizinische Leistungen, die derzeit noch von Krankenhäusern stationär erbracht werden, können aufgrund des medizintechnischen Fortschritts und der Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen ambulant erbracht werden. Diese Ambulantisierung vollstationärer Leistungen ist eine der wichtigsten Chancen für die Sicherstellung einer qualitativ hochwertigen Versorgung und die finanzielle Stabilität der GKV. Der Gesetzgeber hat hierfür eine Vielzahl von parallel bestehenden Regelungen mit unterschiedlichsten Anreizen und ordnungspolitischen Rahmenbedingungen geschaffen bzw. angepasst (insbesondere das ambulante Operieren gemäß § 115b SGB V und die sektorengleiche Vergütung gemäß § 115f SGB V), auf deren Grundlage die Ambulantisierung jedoch nur unzureichend weiterentwickelt werden kann. Die unterschiedlichen Ansätze müssen daher in einer einheitlichen Rechtsgrundlage zusammengeführt werden. Hierfür werden die Regelungen zum ambulanten Operieren gemäß § 115b SGB V weiterentwickelt. Voraussetzungen für die Anpassung sind u. a. die Herstellung belastbarer Datengrundlagen zur Kalkulation von Sachkosten sowie flexiblere Konfliktlösungsmechanismen durch eine Zuständigkeit des ergänzten Bewertungsausschusses. Die Ambulantisierung muss zwingend mit dem Abbau stationärer Überkapazitäten sowie Möglichkeiten zur wirksamen Abrechnungsprüfung durch die Krankenkassen verbunden sein. Dieser Ausbau der Ambulantisierung muss durch ein kontinuierliches Monitoring des Leistungsgeschehens flankiert werden, um die getroffenen Regelungen zu evaluieren und weiterzuentwickeln. Um eine solche Transparenz zu schaffen und eine datenbasierte Weiterentwicklung der Versorgung zu ermöglichen, braucht es einen gesetzlichen Auftrag zur zeitnahen Übermittlung und Zusammenführung fallbezogener Abrechnungsdaten.

Die derzeitige sektorenspezifische Planung lässt aufgrund der divergierenden Formen der Leistungserbringung in der ambulanten und der ambulant-stationären Versorgung keine einheitliche Erfassung und somit auch keine einheitliche Planung zu. Dadurch entstehen ungesteuert Doppelkapazitäten, die zum Teil medizinisches Fachpersonal binden, das an anderer Stelle dringend gebraucht wird. Gleichzeitig kann die regionale Versorgungssituation nicht abschließend bewertet werden.

Während die vertragsärztliche Versorgung auf die Ärztin bzw. den Arzt als Planungseinheit abstellt – mit natürlich begrenzter Arbeitszeit, die auch eine Mengenbegrenzung darstellt –, kann die Leistungserbringung in einer Institution durch verschiedene Ärztinnen und Ärzte erfolgen. Um die notwendige gemeinsame Planung zu ermöglichen, muss transparent gemacht werden, wer welche Leistungen in welchem Umfang erbringt. Dies ist derzeit für die ambulant-stationäre Versorgung nicht gegeben.

Basierend auf dieser Transparenz muss für alle ambulanten Leistungserbringenden eine sektorenübergreifende Bedarfsplanung in den Planungsbereichen vorgenommen werden, die u. a. die Zulassung bzw. die Ermächtigung von Leistungserbringenden, den Leistungsumfang und insbesondere die Bedarfsprüfung regelt. Nur so kann sichergestellt werden, dass durch eine sektorenübergreifende Bedarfsplanung regionale Unterschiede in der ambulanten Versorgung verringert werden. Hierfür, wie auch für die erforderliche Transparenz, müssen die entsprechenden gesetzlichen Grundlagen gelegt werden.

## 5 Die ambulante Versorgung in Stadt und Land sicherstellen

---

Die Gesundheitsversorgung in Deutschland unterliegt deutlichen Unterschieden im Angebot der Versorgung. Diese Feststellung ist zunächst nicht besorgniserregend, da auch die Bevölkerungsstruktur keine gleichmäßige Verteilung aufweist und zudem Mitversorgungseffekte durch Pendlerbewegungen in Ballungsgebiete bzw. in Mittelzentren beobachtet werden können.

Zwar bestehen auch in städtischen Regionen teilweise Versorgungsprobleme, obwohl der Zugang relativ niedrigschwellig möglich ist. Jedoch sind diese teilweise durch sozioökonomische Faktoren begründet, die zu einer nicht im angemessenen Umfang in Anspruch genommenen Versorgung führen. Der Gesetzgeber hat hier bereits Maßnahmen zur Verbesserung der Daseinsvorsorge diskutiert, u. a. mit der Schaffung von Gesundheitskiosken sowie Gesundheitsregionen, deren Finanzierung zutreffenderweise nicht mehr unter die Leistungen des SGB V fällt.

Ein tatsächliches Versorgungsdefizit besteht hingegen, wenn eine ungleiche Verteilung der Leistungsangebote dazu führt, dass Versicherten im ländlichen Bereich der Zugang zu einer wirtschaftlichen, zweckmäßigen und angemessenen Versorgung nicht mehr gelingt. Hier besteht insbesondere deswegen Handlungsbedarf, da eine berufliche Tätigkeit für Ärztinnen und Ärzte in Ballungsgebieten deutlich attraktiver ist.

In ländlichen Regionen kann eine Gesundheitsversorgung nur gelingen, wenn die Bedarfe der Versorgung in größeren Zusammenhängen aufgegriffen und befriedigt werden. Dezentrale Versorgungsstrukturen in ländlichen Regionen führen häufig dazu, dass weite Strecken zurückgelegt werden müssen. Entsprechend ist eine Ausgestaltung von attraktiven Standorten erforderlich, die infrastrukturell gut angebunden sind und neben Einrichtungen des alltäglichen Bedarfs auch über Gesundheitseinrichtungen verfügen müssen. An dieser Stelle muss die Abstimmung mit den Krankenkassen und den weiteren relevanten Akteuren der Gesundheitsversorgung vor Ort forciert werden, um eine nachhaltige Versorgung der Versicherten zu erreichen. Die Kommunen und die relevanten Akteure der Gesundheitsversorgung müssen hier tätig werden und geeignete Strukturen schaffen.

Die gesetzlichen Krankenkassen finanzieren die Versorgung in den KV-Regionen unter der Voraussetzung, dass dies den Versicherten einen gleichberechtigten Zugang zur Versorgung ermöglicht. Um die Sicherstellung der Versorgung zu unterstützen, sind verschiedene Möglichkeiten geschaffen worden, wie z. B. die Förderung der Weiterbildung, die Förderung der vertragsärztlichen Versorgung gemäß § 105 SGB V oder Eigeneinrichtungen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung.

An diesem Punkt muss angesetzt werden: Die KVen müssen Maßnahmen ergreifen, die eine flächendeckende Versorgung in der hausärztlichen und allgemeinen fachärztlichen Versorgung sicherstellen und den regionalen Erfordernissen gerecht werden.

## 6 Update für den Sicherstellungsauftrag

---

In den letzten Jahren hat sich verschiedentlich gezeigt, dass eine klarere Definition dessen erforderlich ist, welche Leistungen in der vertragsärztlichen Versorgung von Ärztinnen und Ärzten angeboten und erbracht werden müssen. So sollte es unabhängig von einer gewissen Spezialisierung selbstverständlich sein, dass eine Hautärztin auch am Hautkrebs-Screening teilnimmt, ein Augenarzt auch eine Untersuchung des Augenhintergrundes vornimmt oder eine operierend tätige HNO-Ärztin auch Adenotomien oder Tonsillektomien durchführt. Das Leistungsangebot der Vertragsärztinnen und Vertragsärzte muss sich am Versorgungsbedarf der Versicherten orientieren, und nicht an wirtschaftlichen Interessenlagen.

Die Möglichkeit der Abrechnung von Leistungen gegenüber der GKV ist mit einem klaren Versorgungsauftrag verbunden, der das gesamte Spektrum ärztlicher Leistungen umfasst. Zunehmend wird dieser Grundsatz jedoch durch die gezielte Auswahl von attraktiven Leistungen verwässert. Vor diesem Hintergrund ist es nunmehr erforderlich, einen konkreten Leistungsrahmen für Vertragsärztinnen und Vertragsärzte je nach Fachgebiet vorzugeben.

Zielsetzung ist, dass die Leistungen der GKV flächendeckend angeboten werden. Gleichermaßen kann von diesem Grundsatz abgerückt werden, wenn Qualitätsgesichtspunkte eine spezialisierte Leistungserbringung sinnvoll erscheinen lassen. Dieses Abweichen von dem Versorgungsrahmen ist dann allerdings gezielt vorzusehen und durch den Zulassungsausschuss zu genehmigen.

Die Nichterfüllung dieser Versorgungsaufträge muss entsprechend sanktioniert werden. Die bisher durch die KVen erfolgende Prüfung der rein quantitativen Erfüllung der Versorgungsaufträge muss dazu vereinheitlicht bzw. standardisiert und um einen qualitativen Aspekt ergänzt werden. Hierfür ist es erforderlich, dass auf Bundesebene durch die Partner der Selbstverwaltung klare Vorgaben erarbeitet werden, die die Grundlage für die Prüfung durch die KVen sind.

## 7 Evidenz und Qualität

---

Die ambulante Versorgung von Patientinnen und Patienten muss dem allgemeinen Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechen und den medizinisch-technischen Fortschritt berücksichtigen. Der evidenzbasierten Nutzenbewertung einer neuen medizinischen Methode durch den Gemeinsamen Bundesausschuss kommt hier eine zentrale Bedeutung zu. Versicherte sollten sich darauf verlassen können, dass ausschließlich wissenschaftlich bestätigte Methoden in den GKV-Leistungskatalog aufgenommen und in der vertragsärztlichen Versorgung angewendet werden und dass der Einsatz von Versichertengeldern entsprechend auf wissenschaftlich abgesicherte Leistungen beschränkt ist. Vor diesem Hintergrund sind die in den letzten Jahren geschaffenen alternativen Zugangswege für Leistungen in den GKV-Leistungskatalog unter Aspekten der Evidenzbasierung und Qualitätssicherung zu überprüfen und anzupassen.

Die in der ambulanten Versorgung bestehenden Qualitätssicherungsmaßnahmen werden fokussiert weiterentwickelt. Insbesondere werden vorhandene Daten zur Versorgungsqualität zum Aufbau eines regelmäßigen Benchmark-Systems genutzt. Auf diese Weise soll Ärztinnen und Ärzten ein effizientes System zur Verbesserung der Qualitätsstandards zur Verfügung gestellt werden. Hierdurch werden diese mehr als bisher in die Lage versetzt, aufgrund der Rückkoppelung von Vergleichsdaten eigene Qualitätsverbesserungsmaßnahmen zu ergreifen. Darüber hinaus wird das Benchmark-System auch genutzt, um Patientinnen und Patienten zu informieren.

Versicherte sollen dabei unterstützt werden, ihr Recht auf freie Arztwahl souverän ausüben zu können. Hierfür müssen sie die Möglichkeit zur informierten Entscheidungsfindung erhalten. Durch eine Veröffentlichung von Angaben zu erbringbaren und erbrachten Leistungen wird die Transparenz in der vertragsärztlichen Versorgung erhöht. Um einen Qualitätsvergleich der Leistungen in einer vertragsärztlichen Einrichtung zu ermöglichen, müssen zukünftig neben Daten über die erbrachten Leistungen auch Angaben über die erfüllten Qualitätsstandards veröffentlicht werden. Dabei muss die Form der Veröffentlichung es den Versicherten ermöglichen, eine Einschätzung der Leistungserbringung über die für den Einzelfall relevanten Leistungen zu erhalten. Grundlage hierfür ist das verbindliche bundeseinheitliche Verzeichnis über Sprechzeiten, ärztliche Schwerpunkte und Weiterbildungen. Eine vergleichbare Transparenz wurde bereits für die Krankenhausversorgung geschaffen.

## 8 Es ist genug Geld im System, es muss aber besser verteilt werden

---

Mit Ausgaben in Höhe von über 47 Mrd. Euro für die ärztliche Behandlung im Jahr 2023 stellen die gesetzlichen Krankenkassen ausreichend Finanzmittel für eine bedarfsgerechte ambulante ärztliche Versorgung ihrer Versicherten zur Verfügung. Die Ausgaben der Krankenkassen je Versicherten für die ärztliche Behandlung stiegen im Zeitraum 2010 bis 2022 um durchschnittlich 3,7 Prozent pro Jahr. Damit lag dieser Anstieg über dem Anstieg der beitragspflichtigen Einnahmen im gleichen Zeitraum. Die Reinerträge je Praxisinhaber sind im Zeitraum 2011 bis 2021 von 166.000 Euro auf 237.000 Euro und somit jährlich um durchschnittlich 3,6 Prozent gestiegen. Der durchschnittliche vertragsärztliche Reinertrag je Praxisinhaber im Jahr 2021 betrug somit mehr als das Vierfache des durchschnittlichen Bruttojahresverdienstes einer bzw. eines Vollzeitbeschäftigten. Somit entbehrt die wiederholte und zu großen Teilen ritualisierte Kritik der Ärzteschaft an einer unzureichenden Finanzierung der ambulanten ärztlichen Versorgung jeglicher Grundlage.

Im Gegenteil: Eine Vielzahl gesetzlicher Maßnahmen der vergangenen Jahre führte zu erheblichen Ausgabensteigerungen für die gesetzlichen Krankenkassen, ohne eine damit einhergehende Verbesserung der Versorgung der Versicherten zu bewirken. Detaillierte Vorgaben des Gesetzgebers zur Bewertung und Finanzierung ärztlicher Leistungen fördern Fehlsteuerungen in der ambulanten Versorgung und führen in der Folge zu Fehlallokationen im ärztlichen Vergütungssystem. Die vorhandenen Finanzmittel werden allerdings ungleich verteilt, sodass es zu erheblichen Einkommensunterschieden zwischen und innerhalb der Arztgruppen kommt. So betrug im Jahr 2021 der durchschnittliche jährliche Reinertrag je Praxisinhaber in der Fachgruppe Radiologie 451.000 Euro, während der durchschnittliche Reinertrag je Praxisinhaber in der Fachgruppe Allgemeinmedizin bei 220.000 Euro lag.

Es bedarf daher künftig einer bedarfs- und sachgerechten Verteilung der bereitgestellten Finanzmittel insbesondere zwischen den Arztgruppen, um vorhandene Fehlanreize in der Versorgung der Versicherten zu beheben. Dies kann vor allem durch eine Anpassung der Vergütungssystematik mit einer weiteren Aufwertung der sprechenden Medizin in Verbindung mit einer Fixkostendegression zulasten technikintensiver Leistungen umgesetzt werden. Bestehende Anreize in der Vergütungssystematik zur Erbringung medizinisch nicht notwendiger Leistungen sollten ebenfalls beseitigt werden. Diese Maßnahmen sollen perspektivisch zu einer Angleichung der Einkommensmöglichkeiten der einzelnen Arztgruppen führen, sodass insbesondere die Attraktivität bislang unterdurchschnittlich vergüteter Arztgruppen steigt.

Hierzu ist auch erforderlich, dass der Gesetzgeber ausgabensteigernde Maßnahmen immer mit überprüfbaren Einsparungen in gleichem Umfang in anderen Versorgungsbereichen bzw. mit einer nachweislichen Verbesserung der Versorgung der Versicherten verbindet.

## 9 Weitere Digitalisierung der Versorgung

---

Die zunehmende Digitalisierung im Gesundheitswesen eröffnet neue Möglichkeiten, die Qualität und Zugänglichkeit der medizinischen Versorgung zu verbessern. Insbesondere Videosprechstunden können hierbei einen wichtigen Beitrag zur Modernisierung der vertragsärztlichen Versorgung leisten. Patientinnen und Patienten können mithilfe von Videosprechstunden bestimmte Arzttermine flexibler wahrnehmen und lange Anfahrtswege sowie Wartezeiten vermeiden, was zu einer höheren Zufriedenheit mit der medizinischen Versorgung führt und die Arztpraxen entlastet. Videosprechstunden sollten daher grundsätzlich von allen Vertragsärztinnen und Vertragsärzten angeboten werden.

In ländlichen Gebieten, in denen die Versorgungsdichte in vielen Fällen nicht bedarfsgerecht ist und die Versorgungserfordernisse nicht angemessen erfüllt werden, können Videosprechstunden Patientinnen und Patienten leichter Zugang zur ärztlichen Versorgung verschaffen. Um dieses Potenzial stärker zu nutzen, sollen Vertragsärztinnen und Vertragsärzte Anlaufstellen anbinden, in denen Patientinnen und Patienten durch nicht-ärztliches Personal und unterstützt von Videosprechstunden kurzfristig versorgt werden können. Zielsetzung ist dabei, dass durch konsequente Übertragung von Routineaufgaben auf qualifizierte nicht-ärztliche Leistungserbringende und die Möglichkeit der Zuschaltung von Vertragsärztinnen und Vertragsärzten bei komplexeren Fragestellungen im Sinne eines Telekonsils das nicht-ärztliche Personal zu einer möglichst fallabschließenden Behandlung befähigt wird.

Künstliche Intelligenz (KI) findet zunehmend Eingang auch in die ambulante medizinische Versorgung, z. B. im Rahmen der Bildgebung. Der Einsatz von KI-Komponenten stellt hohe Anforderungen an die Nutzerinnen und Nutzer. Diese neuen Fähigkeiten und Kompetenzen müssen Ärztinnen und Ärzte vor Anwendung von KI-Komponenten erlernen. Entsprechende Regularien sind hierfür kurzfristig zu etablieren.

Zur Verbesserung der Versorgungssteuerung muss zudem die Datenübermittlung im kollektivvertraglichen Bereich weiterentwickelt werden. Derzeit sind Abrechnungsdaten zum Leistungsgeschehen in der vertragsärztlichen Versorgung erst fünf Monate nach Quartalsende verfügbar. Die Übermittlung der Abrechnungsdaten muss erheblich beschleunigt werden, damit Patientinnen und Patienten die erbrachten Leistungen transparent nachvollziehen und Krankenkassen ihre Versicherten individuell beraten können, welche weiteren Behandlungsmöglichkeiten existieren. Auf Basis eines gesetzlichen Auftrags werden Vertragsärztinnen und Vertragsärzte verpflichtet, Daten zu definierten Leistungen taggleich an die Krankenkassen zu übermitteln. Hierdurch werden Versicherte und Krankenkassen in die Lage versetzt, sich zeitnah einen aktuellen Überblick über die Behandlung zu verschaffen. So können Patientinnen und Patienten frühzeitig auf den bedarfsgerechten Versorgungspfad geleitet und bei der Inanspruchnahme notwendiger Leistungen unterstützt werden.

## 10 Neue Player integrieren

---

Im Zuge der digitalen Transformation des Gesundheitswesens können Versorgungsprozesse effizienter und Zugänge niedrigschwelliger gestaltet werden. Die Nutzung digitaler Lösungen führt zu fundamentalen Veränderungen in den verschiedenen Bereichen des Gesundheitswesens, von der Organisation des Zugangs und der Leistungserbringung bis hin zum Inanspruchnahmeverhalten der Versicherten. Im richtigen Einsatz der digitalen Möglichkeiten liegt großes Potenzial zur Verbesserung und zur wirtschaftlich nachhaltigen Ausgestaltung der Versorgung. Hierbei werden aktuell die Belange der Patientinnen und Patienten sowie der GKV nicht ausreichend berücksichtigt.

Innerhalb des Gesundheitswesens bilden sich dynamische neue digitale Märkte, von der Terminvermittlung über Diagnose-Tools bis hin zu digitalen therapeutischen Anwendungen, die auf eine existierende Versorgungsstruktur zurückgreifen oder mit ihr interagieren. Auf diesen neuen Märkten bestehende Interessenslagen müssen mit der etablierten Versorgungs- und Organisationsstruktur des Gesundheitswesens in Einklang stehen. Die bei der Nutzung digitaler Anwendungen entstehenden sensiblen Daten verdienen besonderen Schutz, damit Versicherte keinen Schaden erleiden. Der Datenschutz muss auch von den neuen Akteuren verantwortungsvoll wahrgenommen und gewährleistet werden. Eine Verschiebung von Verantwortlichkeiten zulasten der Versicherten darf nicht stattfinden. Die für das Funktionieren digitalisierter Lösungen notwendigen Datenbestände und Datenflüsse müssen so ausgestaltet sein, dass ein Ausnutzen sensibler Gesundheitsdaten für Marketing- und Makelzwecke ausgeschlossen ist.

Die neuen Akteure müssen im Sinne der Gewährleistung medizinisch und ökonomisch sinnvoller Versorgungspfade in die bestehenden Versorgungsstrukturen eingebunden werden.

**GKV-Spitzenverband**

Reinhardtstraße 28

10117 Berlin

Telefon: 030 206288-0

Telefax: 030 206288-88

[www.gkv-spitzenverband.de](http://www.gkv-spitzenverband.de)

X/Twitter: @GKV\_SV