

Positionspapier

Patientensteuerung in der Regel- sowie Akut- und Notfallversorgung

Aktualisierte Entwurfsfassung vom 08. August 2025

Koalitionsvertrag

Die Parteien CDU, CSU und SPD haben in ihrem Koalitionsvertrag für die 21. Legislaturperiode des Deutschen Bundestages vereinbart, die ambulante Versorgung gezielt zu verbessern, indem sie Wartezeiten verringern, das Personal in ärztlichen Praxen entlasten und den Zugang zu Fachärztinnen und Fachärzten bedarfsgerecht und strukturierter gestalten. Sie setzen zu einer möglichst zielgerichteten Versorgung der Patientinnen und Patienten und für eine schnellere Terminvergabe auf ein verbindliches Primärärztsystem bei freier Arztwahl durch Haus- und Kinderärzte in der Hausarztzentrierten Versorgung und im Kollektivvertrag. Ausnahmen sollen bei der Augenheilkunde und der Gynäkologie gelten. Für Patientinnen und Patienten mit einer spezifischen schweren chronischen Erkrankung will die Koalition geeignete Lösungen erarbeiten (zum Beispiel Jahre-süberweisungen oder Fachinternist als steuernder Primärarzt im Einzelfall). Die Primärärztinnen und Primärärzte oder die von den Kassenärztlichen Vereinigungen (KV) betriebene Rufnummer 116 117 sollen den medizinisch notwendigen Bedarf für einen Facharzttermin und den dafür notwendigen Zeitkorridor (Termin-garantie) festlegen. Die KVen sollen verpflichtet werden, diese Termine zu vermitteln. Gelingt dies nicht, muss der Facharztzugang im Krankenhaus für diese Patientinnen und Patienten ambulant ermöglicht werden. Darüber hinaus ist geplant, flächendeckend eine strukturierte Ersteinschätzung über digitale Zu-gangswege in Verbindung mit telemedizinischen Angeboten zu etablieren, um eine bedarfsgerechte Versorgung sicherzustellen. Zudem haben die Koalitions-partner vereinbart, eine Reform des Notfall- und Rettungsdienstes auf den Weg zu bringen.

Ausgangslage

Das im Wesentlichen beitragsfinanzierte deutsche Gesundheitswesen zeichnet sich im internationalen Vergleich durch einen sehr niedrighschwelligem Zugang für die Patientinnen und Patienten zu ärztlichen Leistungen der Fachärztinnen und Fachärzte, zur Krankenhausbehandlung sowie zu anderen Gesundheitsleistungen aus

In diesem Gesundheitswesen geben täglich über 55.500 Hausärztinnen und Hausärzte (Allgemeinärzte, hausärztlich tätige Internisten, Kinder- und Jugendärzte) sowie etwa 99.000 Fachärztinnen und Fachärzte in der ambulanten Versorgung sowie über 221.900 Ärztinnen und Ärzte (davon etwas über 123.000 Fachärztinnen und Fachärzte) in der stationären Versorgung in Krankenhäusern ihr Bestes zur gesundheitlichen Versorgung der Bevölkerung. Das Gesundheitswesen ist sektoral gegliedert, Fachärztinnen und Fachärzte gehen dabei unterschiedlichen Schwerpunkten in der ambulanten bzw. stationären Versorgung nach. Eine doppelte Facharztschiene gibt es in diesem Sinne nicht. Es gilt das Primat ambulante Versorgung vor stationärer Versorgung und die freie Arztwahl durch den mündigen Patienten. Die ambulante fachärztliche Versorgung ist bundesweit streng budgetiert. Die Zahl der zur Versorgung gesetzlicher Versicherter zugelassener Ärztinnen und Ärzte ist seit über 30 Jahren durch eine Bedarfsplanung begrenzt. Die demografische Entwicklung führt einerseits zu einem erhöhten Bedarf der Bevölkerung an medizinischer Versorgung und andererseits zu einer Ausdünnung der ärztlichen Versorgung durch den Eintritt der geburtenstärkeren Ärztegenerationen in den Ruhestand. Dies führt zunehmend zu Kapazitäts- und Ressourcenproblemen. Patientinnen und Patienten beklagen Schwierigkeiten, zeitnah Termine zu bekommen, insbesondere bei den Fachärztinnen und Fachärzten, und aggressives Verhalten gegenüber Ärztinnen und Ärzten sowie ihren nichtärztlichen Mitarbeitenden nimmt zu.

Konsequenzen

Wir begrüßen daher grundsätzlich die Bestrebungen seitens der Politik und insbesondere der Koalitionäre aus CDU, CSU und SPD, die ambulante Regelversorgung sowie die Akut- und Notfallversorgung mit Leitgedanken einer möglichst zielgerichteten und bedarfsgerechten Versorgung grundlegend zu reformieren.

Wir setzen uns für eine strukturierte, kooperierende, digital unterstützte und bedarfsgerechte Gesundheitsversorgung durch Ärztinnen und Ärzte ein. Statt der bisherigen ungeordneten und unstrukturierten Inanspruchnahme ärztlicher Leistungen durch die Patientinnen und Patienten braucht es ein strukturiertes Miteinander durch digitale Lösungen bei der Versorgung der Patientinnen und Patienten. Das gilt für das Verhältnis zwischen Hausärzten und niedergelassenen Fachärzten, wie auch im Verhältnis zwischen der niedergelassenen ärztlichen Versorgung zur Krankenhausversorgung.

Daher setzen wir uns für eine stärkere Patientensteuerung sowohl in der Regelversorgung als auch in der Akut- und Notfallversorgung ein. Um dies zu

erreichen, sind in der 21. Legislaturperiode des Deutschen Bundestages grundlegende politische Weichenstellungen erforderlich – ohne dass föderale Zuständigkeitsdebatten den Fortschritt behindern.

Eine reine hausärztliche Primärversorgung, ungeachtet, ob diese im Kollektivvertrag oder selektivvertraglich durch die Hausarztzentrierte Versorgung (HZV) erfolgt, greift zu kurz und ist als alleiniges Instrument zur Gewährleistung einer zielgerichteten und bedarfsgerechten ärztlichen Versorgung der Patientinnen und Patienten nicht geeignet. Es ist vielmehr angesichts der enormen Zahl der heute ohne ärztliche Überweisung in die Facharztpraxen strömenden Patientinnen und Patienten schlichtweg unmöglich, dass diese ausschließlich über Hausärztinnen und Hausärzte ihren Zugang zur ärztlichen Versorgung erlangen und gesteuert werden sollen. Die hausärztliche Versorgung mit ihren 55.500 Hausärztinnen und Hausärzten wäre mit diesen ca. 112 Millionen zusätzlichen Arztfällen bereits aus Kapazitätsgründen völlig überfordert. Ein solcher hausärztlicher Flaschenhals wäre ein versorgungspolitischer Supergau.

Sowohl im Rahmen der Kollektivverträge als auch bei selektivvertraglichen Regelungen ist ein gesetzlicher Rahmen für eine strukturierte Zusammenarbeit zwischen Haus- und Fachärzten mit dem Ziel einer am medizinischen Bedarf der einzelnen Patientinnen und Patienten ausgerichteten gemeinsamen ärztlichen Gesundheitsversorgung erforderlich.

Digital gestützte Patientensteuerung mit bedarfsgerechtem Direktzugang zur fachärztlichen Versorgung

Statt einer hausarztzentrierten analogen Primärversorgung wollen wir durch ein digital gestütztes System den bedarfsgerechten und zeitnahen Zugang der Patientinnen und Patienten zur ärztlichen Versorgung auf hohem Qualitätsniveau sicherstellen und zusammen mit weiteren Maßnahmen die Terminalsituation bei den Fachärztinnen und Fachärzten verbessern. Wir setzen uns dafür ein, dass Patientinnen und Patienten durch ein digitales Ersteinschätzungsverfahren auf Basis eines leitliniengerechten Algorithmus die für ihren medizinischen Bedarf passende Versorgungsebene aufgezeigt wird. Das digitale Ersteinschätzungsverfahren bestimmt so anhand einer strukturierten Abfrage und unter Nutzung der elektronischen Patientenakte (ePA) mit hoher Zielgenauigkeit, die Notwendigkeit ärztlichen Kontakts und zeigt auf, ob und welche fachärztliche Versorgung erforderlich oder ob eine hausärztliche Versorgung ausreichend ist. Idealerweise würde jeder Patient in die ärztliche Versorgung digital einchecken, notwendige Formulare und Fragen bereits digital beantworten. Das System gewährleistet so einen koordinierten direkten Facharztzugang, der sich am individuellen medizinischen Patientenbedarf ausrichtet ohne die fachärztliche Versorgungsebene mit Bagatellfällen zu verstopfen oder die hausärztlichen Ressourcen zu überlasten.

Im Übrigen muss auch in einem analogen Primärarztsystem ohne digitales Ersteinschätzungsverfahren neben einem Direktzugang zur Frauen- und Augenheilkunde ein Direktzugang zur fachärztlichen Versorgung für die hier bestimmten Patientengruppen mit fachärztlichem Regelversorgungsbedarf weiterhin zur Sicherstellung einer zeitnahen, bedarfsgerechten und qualitativ hochwertigen medizinischen Versorgung gewährleistet sein, sonst drohen Versorgungsengpässe mit sehr teuren unnötigen Arzt-Patienten-Kontakten, die nicht zuletzt auch die Patientinnen und Patienten nicht akzeptieren werden.

Es geht hierbei insbesondere um Patienten, die aufgrund ihres individuellen medizinischen Bedarfs regelhaft in fachärztlicher Versorgung sein müssen:

1. **Patienten mit einer dauerhaften chronischen Erkrankung, die einer kontinuierlichen fachärztlichen Betreuung bedarf.**
2. **Patienten mit einer episodenhaften Erkrankung, die einer über drei Monate hinausreichender fachärztlichen Betreuung bedarf.**

Bei diesen Patientengruppen sollte die Fachärztin/der Facharzt zudem die koordinierende Betreuung hinsichtlich dieser Erkrankung mit ggf. erforderlichen weiteren Fachärzten, Krankenhäusern und anderen Leistungserbringern übernehmen können. Diese Übernahme der Behandlung erfolgt gemäß eines von den fachärztlichen Fachgruppen festgelegten ICD gestützten Kataloges oder ergibt sich aus dem digitalen Ersteinschätzungsverfahren.

Krankenhauseinweisungen sollen zukünftig bei elektiven Behandlungen ausschließlich unter Einhaltung des Facharztstandards für die Beurteilung der stationären Behandlungsnotwendigkeit durch eine vertragsärztlich tätige Fachärztin/einen Facharzt erfolgen.

Zur Koordination und zum Informationsaustausch einer strukturierten, bedarfsgerechten Versorgung zwischen den Haus- und Fachärzten sollen die vielfältigen Möglichkeiten der Digitalisierung genutzt werden (Direktterminvereinbarung Haus- und Facharzt, digitale Arztbriefe, gemeinsame elektronische Fallakte, usw.).

Notwendige Entbudgetierung bei ärztlich festgestelltem Bedarf

Die auf Grundlage einer digital gestützten Ersteinschätzung, einer hausärztlichen Überweisung, einer Terminservicestelle der Kassenärztlichen Vereinigung oder durch ein Integriertes Notfallzentrum erfolgenden fachärztlichen Leistungen müssen zwingend **vollständig entbudgetiert** werden. Wenn die Indikation zur fachärztlichen Versorgung festgestellt worden ist, entfällt jede Berechtigung für eine Budgetierung. Die Patientensteuerung hat dann bereits sichergestellt, dass eine klar medizinisch begründete Bedarfslage für eine fachärztliche Diagnostik und Behandlung vorliegt - **die Budgetierung eines solchen Bedarfs bliebe ohne Rechtfertigung** und führte zu einer Fortsetzung der Terminproblematik. Ohne eine Entbudgetierung wird in naher Zukunft die Zahl der Facharzttermine weiter abnehmen.

Notfallreform

Im Rahmen einer Reform der Akut- und Notfallversorgung müssen jederzeit unter den Rufnummern 112 und 116117 sowie über eine digitale Anwendung erreichbare Integrierte Notfalleitstellen (INL) eine zentrale Lotsenfunktion übernehmen. Bundeseinheitliche Standards für Rettungsleitstellen sollen dabei die organisatorische und technische Koppelung der Leitstellen des Rettungsdienstes im gesamten Bundesgebiet sowie des vertragsärztlichen Bereitschaftsdienstes ermöglichen. Mit der bundeseinheitliche medizinische Ersteinschätzung SmED wird sichergestellt, dass Patienten eine individuell bedarfsgerechte medizinische Versorgung erhalten und im Bedarfsfall Behandlungen in der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung vermittelt werden (beispielsweise direkter Zugang in chirurgische Praxis).

Die Schaffung Integrierter Notfallzentren (INZ) als zentrale, jederzeit zugängliche Einrichtungen der medizinischen Notfallversorgung an geeigneten Krankenhausstandorten bildet die Grundlage für eine erfolgreiche Notfallreform. Die INZ

müssen von den Krankenhäusern und den Kassenärztlichen Vereinigungen errichtet und unter Leitungsverantwortung hinreichend fachlich qualifizierter ärztlicher Kräfte der Kassenärztlichen Vereinigungen betrieben und dabei strukturell derart an ein Krankenhaus angebunden werden, dass sie als erste Anlaufstelle von Hilfesuchenden im Notfall wahrgenommen werden. In den INZ leisten bei Eintreffen der Hilfesuchenden vom Krankenhaussträger weisungsunabhängige Kräfte eine qualifizierte und SmED gestützte Ersteinschätzung des Versorgungsbedarfs und veranlassen entsprechend des festgestellten medizinischen Bedarfs die unmittelbar erforderliche ambulante oder eine stationäre Versorgung. Die akutversorgenden Leistungen im INZ sind durch niedergelassene Vertragsärztinnen und -ärzte, unmittelbar bei der Kassenärztlichen Vereinigung angestellte Ärztinnen und Ärzte oder durch Krankenhausärztinnen und -ärzte zu erbringen – jedoch ausschließlich außerhalb der regulären Praxisöffnungszeiten und nur, wenn keine Bereitschaftspraxis in zumutbarer Nähe verfügbar ist. Dadurch wird sichergestellt, dass über das INZ keine reguläre medizinische Regelversorgung erfolgt. Ergänzend ist sicherzustellen, dass neben den INZ zwingend auch weiterhin spezielle fachärztliche Notdienste vorgehalten werden können, wenn die Versorgung besondere technische Ausstattung und spezifische Expertise erfordert (z. B. in der Augenheilkunde).

Die Finanzierung dieser Notfallstrukturen muss einheitlich und sektorenübergreifend über eine monistische, unbudgetierte Vergütung erfolgen. Ergänzend kann – insbesondere zur Absicherung der Versorgung in strukturschwächeren Regionen – die Gewährung steuerfinanzierter Sicherstellungszuschläge vorgesehen werden.

Der Betrieb von Notaufnahmen ohne INZ ist durch die Länder konsequenterweise einzustellen. Krankenhäuser, die keine Integrierten Notfallzentren (INZ) vorhalten, sollten konsequenterweise von einer Teilnahme an der Notfallversorgung ausgeschlossen werden. Zudem darf eine Vergütung für die Behandlung von Patientinnen und Patienten ohne ärztliche Verordnung zur Krankenhausbehandlung oder ohne Überleitung durch ein anderes Krankenhaus mit INZ konsequenterweise nicht erfolgen. Damit wird klargestellt: Eine qualitätsgesicherte, koordinierte und strukturierte Notfallversorgung ist künftig an das Vorhandensein eines INZ gebunden.