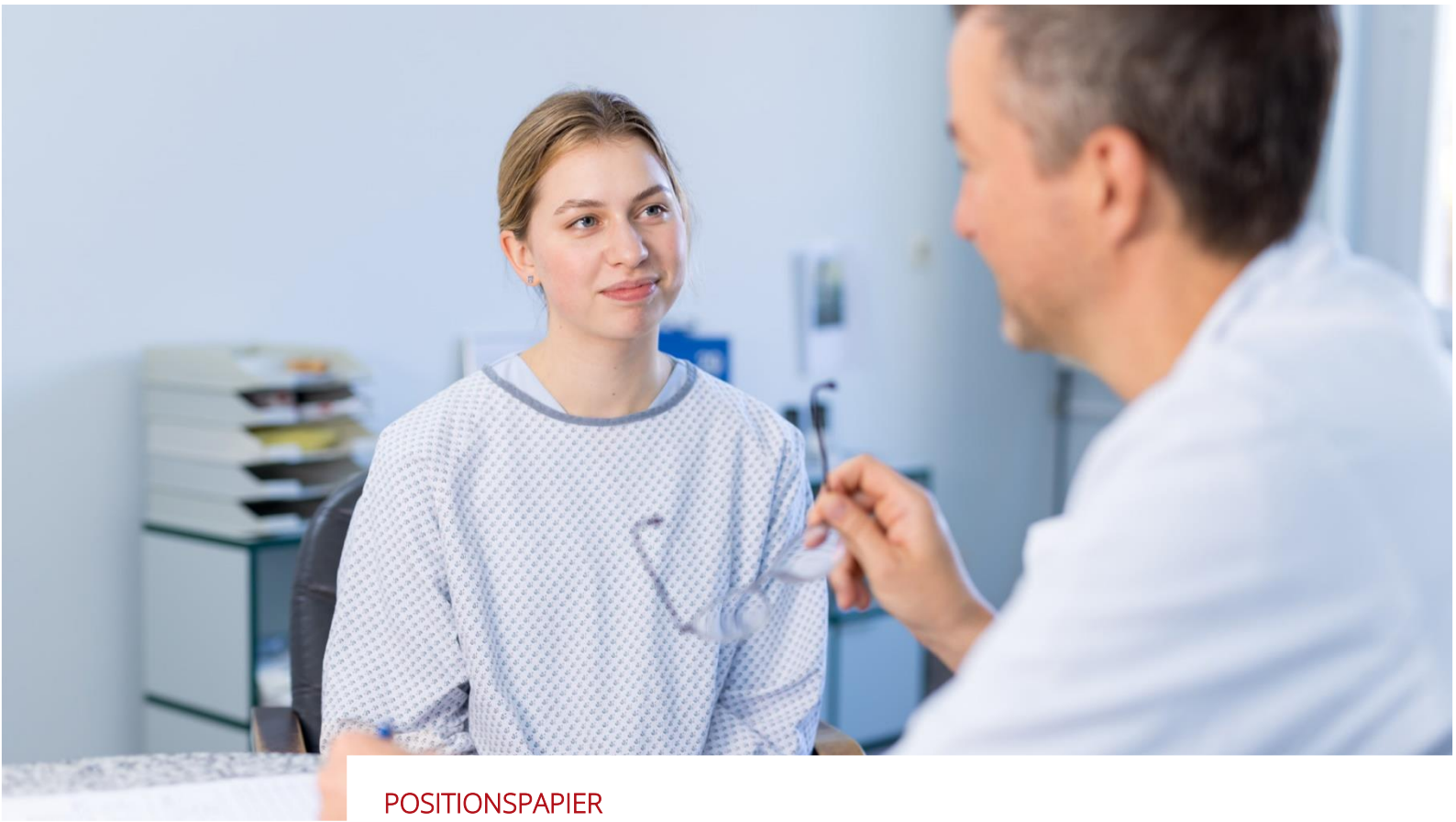

POSITIONSPAPIER

Primärversorgung: Patientenorientierte Koordination in der ambulanten Versorgung

---

beschlossen vom Verwaltungsrat des GKV-Spitzenverbandes am 25. Juni 2025

Impressum

GKV-Spitzenverband
Reinhardtstraße 28
10117 Berlin

Abteilung Ambulante Versorgung

www.gkv-spitzenverband.de

Der GKV-Spitzenverband ist der Spitzenverband Bund der Krankenkassen gemäß § 217 a SGB V.
Er ist eine Körperschaft des öffentlichen Rechts mit Selbstverwaltung.

Inhaltsverzeichnis

1	**Zusammenfassung**	**3**
2	**Präambel**	**4**
3	**Zugang durch hybride Ersteinschätzung schneller und effizienter organisieren**	**6**
4	**Primärversorgung zur verbesserten Koordination**	**8**
5	**Digital unterstützte Behandlungskoordinierung im Primärversorgungsmodell durch eÜberweisungen und digitale Terminvermittlung**	**10**
6	**Koordination weiterdenken**	**13**

1 Zusammenfassung

Nachfolgende Vorschläge zur Einführung einer Primärversorgung sollen dazu beitragen, die Koordination der Patientenversorgung deutlich zu verbessern. Ziel ist eine bedarfsgerechte ambulante Versorgung, u. a. durch eine stärkere Steuerung des Zugangs zur medizinischen Versorgung und durch die Reduzierung medizinisch nicht erforderlicher Praxis-Kontakte. Bestehende nicht effiziente Steuerungsinstrumente werden durch grundlegende strukturelle Instrumente zur Prozesssteuerung mindestens kostenneutral ersetzt.

- **Zugang durch hybride Ersteinschätzung schneller und effizienter organisieren:**
  Versicherten soll ein standardisiertes digitales Ersteinschätzungsinstrument als Orientierungs- und Entscheidungshilfe zur Verfügung gestellt werden, um ärztliche Ressourcen zu entlasten und eine zielgerichtete Steuerung der Patientinnen und Patienten zu erreichen.
- **Primärversorgung zur verbesserten Koordination:**
  Größere primärversorgende Praxisstrukturen werden mit dem Ziel der verbesserten Koordination gestärkt. Diese Weiterentwicklung findet innerhalb der Regelversorgung statt. Die weitere Integration von qualifiziertem Praxispersonal und weiterer Gesundheitsberufe in die Versorgung wird gefördert durch mehr Delegation und Substitution. Überweisungserfordernisse werden zur effizienteren Nutzung der fachärztlichen Ressourcen bei Implementierung eines Informationstransfers vom und zum Überweisenden ausgebaut.
- **Digital unterstützte Behandlungskoordinierung im Primärversorgungsmodell:**
  Zur Wahrnehmung der koordinierenden primärärztlichen Rolle ist ein zeitnaher Zugriff auf alle relevanten Befunde, Diagnosen und Therapieempfehlungen notwendig über eine effiziente digitale Arzt-zu-Arzt-Kommunikation. Hierfür ist die ePA besonders geeignet und die elektronische Überweisung bietet hierfür einen effizienten Weg. Deren Kopplung mit einer zentralen, bundesweit einheitlichen volldigitalen Terminvergabe führt zur bedarfsorientierten Vergabe von Terminen, zu verkürzten Wartezeiten und damit zu einem verbesserten Zugang zur fachärztlichen Versorgung.
- **Koordination weiterdenken:**
  Die taggleiche Übermittlung versichertenbezogener vertragsärztlicher Abrechnungsdaten versetzt Krankenkassen künftig in die Lage, eine aktivere Rolle bei der Unterstützung und Koordination der medizinischen Versorgung ihrer Versicherten (z. B. in Form von Reminder-Systemen) wahrzunehmen.
- **Update der ambulanten Vergütungssystematik:**
  Um das Potenzial der Primärversorgung ausschöpfen zu können, muss die vertragsärztliche Vergütungssystematik grundlegend überprüft und kostenneutral angepasst werden.

2 Präambel

Die ambulante medizinische Versorgung der Versicherten in Deutschland steht aktuell insbesondere aufgrund der demografischen Entwicklung, des einsetzenden Strukturwandels auf dem Arbeitsmarkt sowie der Notwendigkeit einer nachhaltigen Finanzierbarkeit der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) vor erheblichen Herausforderungen. Die gesetzlichen Krankenkassen stellten zuletzt im Jahr 2024 ca. 50 Milliarden Euro für die ambulante ärztliche Versorgung ihrer Versicherten bereit. Damit nimmt der ambulante Bereich den drittgrößten Ausgabenblock innerhalb der GKV ein. Trotz steigender Beiträge sind Versicherte mit zum Teil langen Wartezeiten insbesondere im fachärztlichen Bereich konfrontiert und nehmen eine zunehmende Ungleichbehandlung zwischen privat und gesetzlich Versicherten wahr.

Die Ursachen für diese Entwicklung sind vielschichtig. Während die Zahl der Vertragsärztinnen und Vertragsärzte weiter steigt, sinkt die durchschnittliche Arbeitszeit. Bei einer durch den demografischen Wandel steigenden Nachfrage stagniert das Versorgungsangebot auf hohem Niveau. Im internationalen Vergleich ist sowohl die Arztdichte als auch die Zahl an Arzt-Patienten-Kontakten sehr hoch. Parallel haben sich die Medizin und das Versorgungsangebot in den letzten Jahrzehnten immer stärker ausdifferenziert. Die Versorgungslandschaft ist komplexer und infolgedessen für Patientinnen und Patienten unübersichtlicher geworden. Für eine effektive und kosteneffiziente Behandlung ist jedoch entscheidend, das bedarfsgerechte Versorgungsangebot zu erhalten.

Vor diesem Hintergrund besteht Handlungsbedarf, um den Zugang zur ambulanten Versorgung sowie die Koordination innerhalb des Gesundheitssystems effizienter zu gestalten und damit einhergehend die Wartezeiten auf einen Termin für medizinisch notwendige Behandlungen zu reduzieren. Aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes muss sich die ambulante Versorgung künftig stärker am realen medizinischen Behandlungsbedarf der Patientinnen und Patienten ausrichten. Dafür ist es notwendig, dass die zur Verfügung stehenden personellen Ressourcen effizienter eingesetzt werden.

Der GKV-Spitzenverband hat nachfolgend Vorschläge zur Einführung einer Primärversorgung erarbeitet, die dazu beitragen sollen, die Koordination der Patientenversorgung deutlich zu verbessern. Ziel dieser Vorschläge ist eine bedarfsgerechte Versorgung innerhalb des Gesundheitssystems u. a. auch durch eine stärkere Steuerung des Zugangs zur medizinischen Versorgung und durch die Reduzierung medizinisch nicht erforderlicher Praxis-Kontakte. Ansatzpunkte sind sowohl die erstmalige Klärung eines möglichen Behandlungsbedarfs als auch die bedarfsabhängige weitere Koordination der Versorgung. Die Vorschläge zielen darauf ab, wirkungslose finanzielle Steuerungsinstrumente (wie die Regelungen des Terminservicegesetzes) durch grundlegende strukturelle Instrumente zur Prozesssteuerung zu ersetzen. Die Umsetzung muss mindestens kostenneutral erfolgen.

Die Einführung bzw. schrittweise Umsetzung von Steuerungsinstrumenten erfordert darüber hinaus eine generelle Überprüfung der notwendigen kostenneutralen Anpassungen der vertragsärztlichen Vergütungssystematik, um das Potenzial der Primärversorgung ausschöpfen zu können.

Für die erfolgreiche Einführung der Primärversorgung müssen digitale Lösungen in die vertragsärztliche Versorgung integriert werden, insbesondere um den Zugang zur richtigen Versorgungsebene sicherzustellen, Ärztinnen und Ärzten die Koordination der Versorgung zu ermöglichen und eine effiziente und diskriminierungsfreie Terminvermittlung für gesetzlich Versicherte zu gewährleisten.

Die zukunftsfähige Primärversorgung erfordert großes Engagement und den Willen aller Beteiligten zur Weiterentwicklung der Versorgung. Insbesondere gilt dies für niedergelassene Ärztinnen und Ärzte, Krankenkassen und deren Versicherte und viele andere mehr, die die Gesundheitsversorgung in der Praxis gestalten. Verbunden ist mit den nachfolgenden Vorschlägen die Einladung an alle Beteiligten der gesundheitlichen Versorgung und zugleich an die politischen Entscheidungstragenden, die grundlegenden Veränderungen im Gesundheitswesen gemeinsam zu gestalten.

3 Zugang durch hybride Ersteinschätzung schneller und effizienter organisieren

Im Rahmen einer Primärversorgung ist es unerlässlich, dass der Zugang der Versicherten zur ambulanten Versorgung auch unter Nutzung digitaler Anwendungen neu strukturiert wird. Es muss sichergestellt sein, dass Patientinnen und Patienten in einem komplexer werdenden Gesundheitssystem die Möglichkeit eines niedrigschwelligen Erstkontaktes haben, über den ein Behandlungsbedarf und dessen Dringlichkeit abgeklärt werden.

Hierfür bedarf es eines verbindlichen und strukturierten Einschätzungsinstruments. Als Orientierungs- und Entscheidungshilfe in der Primärversorgung sollte den Versicherten ein standardisiertes digitales Unterstützungsinstrument zur Verfügung gestellt werden. Im Rahmen einer Ersteinschätzung können

- Informationen zu grundsätzlichen medizinischen Behandlungserfordernissen weitergegeben,
- Behandlungsnotwendigkeiten effizient eingeschätzt,
- der medizinisch erforderliche Versorgungspfad identifiziert und
- eine Entscheidung über die Dringlichkeit getroffen werden.

Mit der Implementierung einer solchen digitalen Entscheidungshilfe wird sichergestellt, dass die Einschätzung des Behandlungsbedarfs nach einheitlichen Kriterien erfolgt und die vorhandenen primärversorgenden Ressourcen optimal genutzt bzw. entlastet werden.

Die Nutzung eines solchen Tools stärkt die Gesundheitskompetenz der Versicherten, entlastet ärztliche Ressourcen, steigert die Kosteneffizienz und unterstützt eine zielgerichtete Steuerung der Patientinnen und Patienten in der ambulanten Versorgung. Die enge Verzahnung und die Möglichkeit zur direkten Überleitung zu den Steuerungsinstrumenten bei akuten Behandlungsanlässen und Notfällen gewährleisten zudem, dass nicht notwendige Besuche insbesondere in Notfallambulanzen reduziert werden und die richtige Versorgungsebene direkt angesteuert werden kann.

Auch künftig muss jedoch ein diskriminierungsfreier Zugang zur medizinischen Versorgung gewährleistet sein. So müssen Versicherte, die aufgrund ihrer mangelnden Digitalkompetenz kein digitales Tool nutzen, denselben Service beispielsweise telefonisch in Anspruch nehmen können.

Die für die Einführung einer verbindlichen standardisierten Entscheidungshilfe erforderlichen Rahmenbedingungen und Leitplanken sollten durch den Gesetzgeber vorgegeben werden, um eine qualitätsgesicherte, validierte und manipulations- und diskriminierungsfreie Anwendung sicherzustellen.

In Abhängigkeit des Grades der Verbindlichkeit der Verwendung bietet das Einschätzungsinstrument zudem das Potenzial, als grundsätzliche digitale Lösung für einen geregelten Zugang zur ambulanten

Versorgung verwendet zu werden. Baustein einer solchen digitalen Lösung könnte dann z. B. auch ein Anamnesebogen sein.

Um hier die entsprechende Reichweite und Akzeptanz zu erzielen, sollte gemeinsam mit der Ärzteschaft ein einheitliches verbindliches Tool zur Anwendung kommen, das über unterschiedliche Zugänge erreicht werden kann. Bestehende Systeme, wie z. B. 116 117 und Terminservicestellen, sollen dabei genutzt und ausgebaut werden. Perspektivisch sollte die Nutzung des Tools bei einem Erstkontakt in der primärärztlichen Versorgung bzw. bei Direktinanspruchnahme definierter Facharztgruppen verpflichtend einem Kontakt vorgeschaltet werden.[1]

[1] Eine entsprechende Systematik wird bereits heute für Videosprechstunden verwendet.

4 Primärversorgung zur verbesserten Koordination

Im Mittelpunkt der ambulanten medizinischen Versorgung sollte künftig die betreuende primärversorgende Praxis stehen. Als erste Anlaufstelle bei einem medizinischen Behandlungsbedarf übernimmt sie die Behandlung und die Koordination einer bedarfsabhängig erforderlichen fachärztlichen und sektorenübergreifenden Behandlung. Im Regelfall erfolgt auf der Ebene der Primärversorgung eine fallabschließende Abklärung und Behandlung. Nur wenn innerhalb des primärärztlichen Versorgungsauftrages keine fallabschließende Behandlung möglich ist, sollte eine versorgungsnotwendige Weitervermittlung zu anderen Versorgungsebenen erfolgen.

Für das umfangreiche Aufgabenspektrum der koordinierenden primärversorgenden Praxis sind größere kooperative Praxisstrukturen aus Sicht der Versicherten hervorragend geeignet. Diese können u. a. Praxisausfälle bzw. zeitweise Praxisschließungen aufgrund von Urlaub oder Krankheit kompensieren und somit Schnittstellen in der Versorgung vermeiden und die Behandlungskontinuität gewährleisten. Versicherte können in kooperativen Versorgungsstrukturen von längeren und flexibleren Praxisöffnungszeiten, reduzierten Wartezeiten sowie einem umfangreicheren Leistungsspektrum und einer abgestimmten Leistungserbringung durch verschiedene Professionen profitieren.

Ziel muss es sein, vermehrt qualifiziertes Personal weiterer Gesundheitsberufe in die Versorgung zu integrieren und besonders durch Delegation, aber auch Substitution medizinischer Aufgaben mehr Zeit für die eigentlichen relevanten ärztlichen Tätigkeiten zur Diagnostik und Therapie bzw. zur weiteren Strukturierung der Versorgung zu gewinnen. Hierdurch können Fachkräfte im Rahmen einer gestuften Patientensteuerung und Patientenversorgung zielgerichteter eingesetzt und Ärztinnen und Ärzte entlastet werden.

Um zudem fachärztliche Ressourcen effizienter zu nutzen und eine bessere Steuerung fachärztlicher Kapazitäten zu erreichen, sollten zukünftig, mehr als bisher, bestimmte Facharztgruppen nicht mehr ohne Überweisung durch primärversorgende Praxen in Anspruch genommen werden können. Von diesem Überweisungserfordernis ausgenommen werden sollte die Inanspruchnahme von bestimmten Leistungen bei einzelnen grundversorgenden Arztgruppen, wie z. B. Gynäkologie oder Augenheilkunde, oder von Vorsorgeleistungen. Eine Abrechnung vertragsärztlicher Leistungen ohne Überweisung ist dann nicht mehr möglich (wie dies bereits heute z. B. für radiologische Leistungen gilt). Hierdurch wird die Mehrfachinanspruchnahme von Praxen einer Arztgruppe vermieden und die Wartezeiten auf einen Termin für medizinisch notwendige Behandlungen werden reduziert. Mit Überweisungserfordernissen ist gleichzeitig ein Informationstransfer von bzw. zu den Überweisenden verbunden.

Um etablierte sinnvolle Versorgungsstrukturen nicht zu gefährden, sollte zur kontinuierlichen Mitbehandlung in komplexeren Fallkonstellationen oder bei regelmäßig notwendigen

Kontrolluntersuchungen im fachärztlichen Versorgungsbereich die Möglichkeit zur Ausstellung von Überweisungen für einen längeren Zeitraum eingeführt werden.

Damit Primärversorgung gut funktioniert, braucht es einen klar definierten und verbindlichen Versorgungsauftrag. Dieser Auftrag sollte interprofessionell ausgerichtet sein und regeln, dass primärversorgende Praxen die zentrale Rolle bei der Koordination der Patientinnen und Patienten übernehmen und dafür sorgen, dass diese gezielt durch die verschiedenen Versorgungsstufen geleitet werden. So wird sichergestellt, dass die Behandlung kosteneffizient ist und sich am tatsächlichen medizinischen Bedarf der Versicherten orientiert. Der Kontrahierungszwang nach § 73b SGB V, der Krankenkassen verpflichtet, gesonderte Verträge zur hausarztzentrierten Versorgung abzuschließen, sollte dementsprechend in eine optionale Regelung überführt werden.

5 Digital unterstützte Behandlungskoordinierung im Primärversorgungsmodell durch eÜberweisungen und digitale Terminvermittlung

Um eine effiziente Primärversorgung zu etablieren, ist es erforderlich, dass alle für eine medizinische Behandlung relevanten Informationen wie Befunde, Diagnosen und Therapieempfehlungen bei der primärversorgenden Praxis zusammenlaufen und auf dieser Grundlage Entscheidungen für den optimalen Behandlungspfad vorgenommen werden. Die Potenziale digitalisierter Prozesse werden genutzt, um Versorgungsabläufe transparent zu machen, zu beschleunigen und zu präzisieren und so die Autonomie und informierte Entscheidungen der Versicherten zu stärken.

Nur so wird die betreuende primärärztlich tätige Praxis in die Lage versetzt, die Versorgung der Versicherten optimal auf ihre individuellen Bedürfnisse auszurichten, Versorgungspfade mitzugestalten, erforderliche Überweisungen und Termine unter Berücksichtigung der medizinischen Dringlichkeit z. B. bei fachärztlichen Praxen zu veranlassen, die Befunde anderer Leistungserbringender zu erhalten und bei der weiteren Ausgestaltung der Behandlung zu berücksichtigen. Im Ergebnis ist die primärversorgende Praxis umfassend, vollständig und aktuell über die jeweilige medizinische Behandlungsnotwendigkeit ihrer Patientinnen und Patienten informiert.

Die gezielte Steuerung der Patientinnen und Patienten soll

- den Zugang zur bedarfsgerechten Versorgung (z. B. zur fachärztlichen und zur stationären Versorgung) verbessern,
- zu einer Verringerung der medizinisch nicht erforderlichen Arzt-Patienten-Kontakte führen,
- die Qualität der Versorgung erhöhen und
- die vorhandenen begrenzten Ressourcen effizienter nutzen.

Eine verbesserte Versorgungssteuerung durch primärärztlich tätige Praxen, die eine Übernahme der Koordination und Navigation der Versorgung der Versicherten einschließt, wertet zudem die primärärztliche Tätigkeit gegenüber dem Status quo deutlich auf und würde somit auch dazu beitragen, die Attraktivität des primärärztlichen Berufsbildes positiv zu beeinflussen.

Zur Wahrnehmung der koordinierenden primärärztlichen Rolle ist der unverzügliche Zugriff auf alle relevanten Befunde, Diagnosen und Therapieempfehlungen notwendig. Hierfür ist die ePA besonders geeignet, deren Einsatz darüber hinaus für alle Leistungserbringenden verpflichtend sein muss.

Die elektronische Überweisung (eÜberweisung) ist geeignet, die Effizienz und Vollständigkeit der Arzt-zu-Arzt-Kommunikation zu verbessern und den Versorgungsprozess zielgerichteter auszugestalten. Die eÜberweisung beinhaltet strukturierte Daten zur Dringlichkeit der Behandlung, zu den beauftragten Leistungen und zu Vorbefunden an die überweisungsannehmende fachärztliche Praxis. Diese werden automatisiert übermittelt und können von der fachärztlichen Praxis schnell und fehlerfrei unmittelbar in ihr Praxisverwaltungssystem übernommen werden. Damit werden ein strukturierter Austausch und eine standardisierte Kommunikation sichergestellt. Die Patientin bzw. der Patient ist bereits vor dem eigentlichen Termin in der fachärztlichen Praxis mit allen relevanten Informationen bekannt.

Gleichermaßen werden strukturierte Informationen an die veranlassende primärversorgende Praxis automatisch zurückgemeldet, etwa darüber, ob und wann die eÜberweisung von einer fachärztlichen Praxis abgerufen wurde. Unmittelbar nach Abschluss der Behandlung erfolgt von der fachärztlichen Praxis eine elektronische Mitteilung an die primärversorgende Praxis über Untersuchungsergebnisse und Therapieempfehlungen. Diese Rückmeldungen beinhalten ebenfalls Informationen zur Dringlichkeit, die der veranlassenden Praxis Handlungsbedarfe signalisieren. Der vollständige Informationstransfer zur primärversorgenden Praxis erfolgt zukünftig somit deutlich schneller und weitgehend unabhängig von der Anwesenheit der Patientin bzw. des Patienten. Diese Informationen ermöglichen eine deutlich effizientere und schnellere primärärztliche Koordinierung, sodass Abbrüche der medizinischen Versorgung oder Doppeluntersuchungen vermieden werden können.

Dieser strukturierte beidseitige Informationsaustausch gewährleistet eine kontinuierliche Versorgung und optimiert den Behandlungsverlauf. Er ermöglicht eine primärärztliche Koordination durch Einleitung weiterer erforderlicher Behandlungsschritte oder gegebenenfalls eine erneute Einbestellung der Patientin bzw. des Patienten.

Durch die Kopplung der eÜberweisungen an das von der GKV vorgeschlagene zentrale, bundesweit einheitliche elektronische Verzeichnis von Behandlungsterminen ist zudem eine volldigitale und vollautomatische Terminvergabe möglich. Hierzu hinterlegen die fachärztlichen Praxen Terminprofile (inkl. Leistungen) bei Meldung der freien Termine. Dies ermöglicht einen automatisierten Abgleich zwischen den von der primärversorgenden Praxis veranlassten Leistungen, der Dringlichkeit aus der eÜberweisung und den entsprechenden fachärztlichen Verfügbarkeiten.

Die daraus resultierenden Terminvorschläge können den Versicherten ohne Zeitverzögerung z. B. über eine Krankenkassen-App zugänglich gemacht werden. In diesem voll automatisierten Terminvermittlungsprozess könnten versichertenindividuelle Suchparameter, z. B. zur Entfernung der Praxis oder zur Tageszeitverfügbarkeit, voreingestellt und in die Vermittlung einbezogen werden. Dabei bleibt die freie Arztwahl der Versicherten grundsätzlich unangetastet und eine eigenständige Terminvereinbarung wäre weiterhin möglich. Es ist essenziell, die Krankenkassen in diesen Prozess einzubinden, um ihnen – falls von den Versicherten gewünscht – eine aktivere Steuerung des Versorgungsprozesses zu ermöglichen.

Die primärversorgende Praxis wird so in die Lage versetzt, die Behandlung der Versicherten gezielt – auch sektorenübergreifend – zu koordinieren und kosteneffizient zu gestalten. Administrative Prozesse entfallen und es bleibt mehr Zeit für die Patientenbetreuung. Die Nutzung der eÜberweisung verbunden mit Befundtransfer und digitaler Terminvergabe führt

- zur bedarfsorientierten Vergabe von Terminen,
- zu verkürzten Wartezeiten auf Termine und
- zu einem verbesserten Zugang zu fachärztlichen Praxen.

Patientinnen und Patienten profitieren von einer besseren Koordination der Behandlung durch ihre primärversorgende Praxis, da bei ihr alle relevanten Informationen zusammenlaufen und zeitnah zur Verfügung stehen.

Perspektivisch sind zudem die Prozesse und Informationsflüsse mit anderen Versorgungsbereichen wie die Einweisung ins Krankenhaus und die anschließende Nachbetreuung in der vertragsärztlichen Versorgung zu digitalisieren. Auf diese Weise erhält die betreuende primärversorgende Praxis einen vollständigen Überblick über das Versorgungsgeschehen ihrer Patientinnen und Patienten.

6 Koordination weiterdenken

Aktuell erhalten Krankenkassen und ihre Versicherten Informationen zum ambulanten Leistungsgeschehen aus der Übermittlung von versichertenbezogenen vertragsärztlichen Abrechnungsdaten ca. fünf Monate nach Ablauf des Quartals, in dem die Leistungen erbracht wurden. Diese Verzögerung hindert Krankenkassen derzeit daran, eine unterstützende oder koordinierende Funktion wahrnehmen zu können.

Um sicherzustellen, dass Krankenkassen (und Versicherte) zeitnah einen aktuellen Überblick über die Behandlung erhalten und aktiv an der Gestaltung der Versorgungsprozesse mitwirken können, sollen Vertragsärztinnen und Vertragsärzte ergänzend zur bisherigen quartalsweisen Übermittlung der Abrechnungsdaten die Behandlungsdiagnosen sowie erbrachte medizinische Leistungen zukünftig auch taggleich, unmittelbar und automatisch an Krankenkassen übermitteln.

Beispielsweise können Krankenkassen ihren Versicherten Reminder-Systeme anbieten, die an Folgetermine für begonnene Impfserien, erforderliche Impfungen sowie ausstehende Nachsorgeuntersuchungen nach einer ambulanten Operation erinnern. Durch die frühzeitige Identifikation von Bedarfen können Krankenkassen zusätzliche Unterstützungsleistungen wie Angebote zu Gesundheitskursen und Präventionsleistungen oder die Vermittlung von Terminen anbieten.

Die ergänzende taggleiche Übermittlung von Daten kann auch für die datengestützte Erkennung individueller Gesundheitsrisiken durch die Kranken- und Pflegekassen gemäß § 25b SGB V verwendet werden. Auf diese Weise können Krankenkassen künftig eine aktivere Rolle bei der Unterstützung und Koordination der medizinischen Versorgung ihrer Versicherten übernehmen.