



STRUKTURWANDEL GEMEINSAM BEWÄLTIGEN

VORSCHLÄGE DER KASSENÄRZTLICHEN BUNDESVEREINIGUNG FÜR
EINE MODERNE GESUNDHEITSVERSORGUNG IN DEUTSCHLAND –
ACHT-PUNKTE-PROGRAMM AUF BASIS DES KONZEPTS
„KBV 2020 – VERSORGUNG GEMEINSAM GESTALTEN“

22. MAI 2017

VORBEMERKUNG

Die Auswirkungen des demografischen Wandels sind bereits jetzt deutlich spürbar. Immer weniger berufstätige Menschen stehen einer wachsenden Zahl immer älter werdender Bürger gegenüber. Diese Situation wird sich verschärfen, wenn die sogenannten Baby-Boomer in etwa 15 Jahren in Rente gehen, die derzeit den größten Teil der Arbeitnehmer stellen. So wird nach einer Prognose des Statistischen Bundesamtes im Jahr 2035 mehr als jeder dritte Einwohner 70 Jahre und älter sein. Auch vor den Angehörigen der Gesundheitsberufe macht diese Entwicklung nicht Halt. Folglich wird sich der Mangel an Ärzten, Psychotherapeuten sowie nichtärztlichen Fach- und Pflegekräften verstärken. Hinzu kommt der Trend zum Leben in der Stadt mit der Folge, dass auf dem Land die Bevölkerung ausgedünnt und die Infrastruktur zurückgebaut wird, was wiederum die Abwanderung forciert. Auch die sozialen und familiären Strukturen im Zusammenleben der Menschen ändern sich; so nimmt der Anteil der Single-Haushalte und der Alleinerziehenden zu.

Diese Entwicklungen haben zum Teil erhebliche Auswirkungen auf die medizinische Versorgung der Bürger im Land. Deutschland verfügt über eine auch im internationalen Vergleich hochwertige flächendeckende Gesundheitsversorgung. Um diese zu erhalten, muss es gelingen, den demografischen Wandel mit einem Strukturwandel in der medizinischen Versorgung zu begleiten.

Dazu gehört, dass die ambulanten und stationären Strukturen dem sich ändernden Bedarf an medizinischer Versorgung angepasst werden, die ambulante Notfallversorgung weiterentwickelt und die Bedarfsplanung überprüft wird. Die Budgetierung der vertragsärztlichen Vergütung muss beendet werden, um dem wachsenden ambulanten Behandlungsbedarf angemessen Rechnung zu tragen. Dies erfordert gleichzeitig eine bessere Koordinierung der Patienten bei der Inanspruchnahme medizinischer Leistungen. Zudem muss die Attraktivität aller Gesundheitsberufe erhöht und weiterentwickelt sowie das Zusammenwirken von Vertragsärzten und Vertragspsychotherapeuten mit den nichtärztlichen Gesundheitsberufen optimiert werden.

Die Grundvoraussetzung für einen erfolgreichen Strukturwandel ist, dass die Sicherstellung der ambulanten ärztlichen und psychotherapeutischen Versorgung weiterhin nach den Prinzipien der freiberuflichen Berufsausübung erfolgt – und zwar auf der Basis einer funktionierenden Selbstverwaltung, vornehmlich in inhabergeführten Praxisstrukturen der Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten.

ACHT-PUNKTE-PROGRAMM FÜR EINE MODERNE GESUNDHEITS- VERSORGUNG IN DEUTSCHLAND

VORSCHLÄGE DER KBV:

1. Angesichts der Zunahme ambulanter Behandlungen und gleichzeitig bestehender Überkapazitäten im Krankenhausbereich müssen die ambulanten und stationären Versorgungsstrukturen bedarfsgerecht angepasst werden. Insbesondere die Vernetzung von ambulanten und stationären Versorgungsbereichen durch eine Weiterentwicklung des Belegarztwesens, in dem auch hausärztliche Kompetenz eingebunden werden muss, kann den Strukturwandel im Sinne der Ambulantisierung vorantreiben.

Immer mehr Erkrankungen werden heute fast ausschließlich ambulant behandelt. Davon profitieren vor allem die Patienten, die nach einer aktuellen Umfrage der Forschungsgruppe Wahlen selbst bei schweren Erkrankungen möglichst nicht im Krankenhaus, sondern zu Hause behandelt werden wollen. Trotzdem werden immer noch zu viele Patienten stationär aufgenommen, obwohl eine ambulante Behandlung möglich wäre.

Folgende Zahlen verdeutlichen dies: Rund 595 Millionen Behandlungsfälle zählt der ambulante Bereich pro Jahr. Allein die Arzt-Patienten-Kontakte belaufen sich auf fast das Doppelte. Etwa 20 Millionen Fälle werden im Krankenhaus behandelt, wobei fast jeder fünfte davon vermeidbar wäre, da die Erkrankung der Patienten auch ambulant behandelt werden könnte. Diese rund 3,7 Millionen vermeidbaren Krankenhausfällen verursachen Kosten von rund 7,2 Milliarden Euro jährlich. Angesichts dieser Kosten und der überdurchschnittlich stark steigenden Ausgaben im stationären Bereich wird deutlich, dass die Grenze der Leistungsfähigkeit der gesetzlichen Krankenversicherung erreicht ist.

Dies bedeutet, dass das breite medizinische Leistungsangebot, das Patienten hierzulande zur Verfügung steht, zielgerichteter und passgenauer eingesetzt werden muss. Dabei steht vor allem die Zuordnung der Patienten in die richtige Versorgungsebene im Vordergrund.

Zweifelloso können immer mehr Patienten ambulant behandelt werden. Die ambulante Versorgung ist die kostengünstigere und patientengerechtere Variante. Die KBV spricht sich daher dafür aus, im konstruktiven Miteinander mit Krankenhausträgern, kommunalpolitischen Entscheidungsträgern sowie mit den regional zuständigen Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) die Strukturen dahingehend anzupassen, dass die Versorgung stärker am Behandlungsbedarf der Patienten ausgerichtet ist – einschließlich der Anpassung der gesetzlichen Rahmenbedingungen und der durch Leistungsverlagerungen entstehenden Vergütungsflüsse.

Gleichzeitig muss die kooperative Sicherstellung mit den Krankenhäusern, auch sektorenübergreifend, weiterentwickelt werden. Das Belegarztssystem ist ein bewährtes und gut funktionierendes Modell einer sektorenübergreifenden Versorgung. Es ist weiterzuentwickeln, auch unter Einbeziehung von Hausärzten und Psychotherapeuten. In diesem Zusammenhang sind andere intersektorale Strukturen wie Praxiskliniken einzubeziehen. Durch eine solche Vernetzung kann eine wohnortnahe Versorgung für die Versicherten auf qualitativ hohem Niveau gewährleistet werden, ohne dass bestehende stationäre Strukturen vollständig zerschlagen werden.

2. Dem gesetzlich verankerte Prinzip „ambulant vor stationär“ muss durch eine kooperative Weiterentwicklung des ambulanten Not- und Bereitschaftsdienstes mit allen Beteiligten Geltung verschafft werden. Ziel ist eine bedarfsgerechte Behandlung der Patienten sowie die Vermeidung unnötiger und zudem teurerer Krankenhausbehandlungen.

Die KBV und die KVen bekennen sich eindeutig zum Sicherstellungsauftrag für die ambulante Notfallversorgung. Der ärztliche Bereitschaftsdienst einschließlich der Hausbesuche muss dazu in enger Verzahnung mit der haus- und fachärztlichen Regelversorgung weiterentwickelt werden. Die KBV und die KVen haben sich auf die Umsetzung der folgenden Eckpunkte in Kooperation mit allen am Not- und Bereitschaftsdienst Beteiligten verständigt und fordern hierfür die Unterstützung der Politik:

- › Qualifizierte Ersteinschätzung per Telefon rund um die Uhr, gegebenenfalls in Kooperation mit den Rettungsleitstellen mit Zuweisung an die adäquate Versorgungsebene.
- › Mehr Patienteninformationen – auch online oder per App –, unter anderem zur Selbsteinschätzung, zur Arztsuche, zu Praxisöffnungszeiten und zu Standorten von Anlaufpraxen.
- › Bereitschaftspraxen als Portal zur Notfallversorgung an Krankenhäusern in Abhängigkeit des regionalen Bedarfs bis hin zum Betrieb gemeinsamer sektorenübergreifender Ambulanzen.
- › KVen müssen die Möglichkeit erhalten, Bereitschaftspraxen auch als Eigeneinrichtungen und während der Praxisöffnungszeiten zu betreiben.
- › Bei regionalem Bedarf sollte eine Einbindung gebietsärztlicher Kompetenzen in die Bereitschaftspraxen erfolgen.
- › Eine bessere Auslastung und Reduktion von Doppelstrukturen durch Konzentration der Notfallversorgung ist aus Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitsgründen zwingend notwendig.
- › Eine angemessene Vergütung der ambulanten Notfallversorgung durch extrabudgetäre Vergütung der Leistungen sowie eine Finanzierung der notwendigen Strukturen ist erforderlich.

3. Die Bedarfsplanung muss von einer reinen Zulassungsplanung zu einer echten Bedarfsplanung weiterentwickelt werden. Die Festlegung des Bedarfs darf sich nicht ausschließlich an der Demografie der Bevölkerung orientieren, sondern ist um indikationsbezogene Parameter und regionale Strukturparameter zu ergänzen. Zusätzliche Arzt- und Psychotherapeutenstellen müssen gegenfinanziert werden.

Die bisherigen gesetzlichen Vorgaben für die Bedarfsplanung reichen – trotz der mit dem GKV-Versorgungsstrukturgesetz (Inkrafttreten 1. Januar 2012) angestoßenen Reform – immer noch nicht aus, um dem regionalen Versorgungsbedarf ausreichend Rechnung zu tragen. Auch liegt das Arztlisiko weiterhin bei den KVen; denn jede neue Arztstelle wird aus der gedeckelten Gesamtvergütung finanziert.

Es besteht dringend Handlungsbedarf. Die Verhältniszahlen, die für die Bedarfsplanung maßgeblich sind – nämlich wie viele Ärzte welcher Fachrichtung werden bei einer Einwohnerzahl X benötigt –, müssen aufgrund des medizinisch-technischen Fortschritts, des demografischem Wandels und der Ambulantisierung der Medizin angepasst werden. Erforderliche Stellenzuwächse müssen mit neuem Geld finanziert werden und dürfen nicht länger aus der begrenzten Gesamtvergütung bezahlt werden.

Der Bedarf an ambulanten Versorgungskapazitäten in Städten muss ebenfalls neu bewertet werden. Die geringen Aufkaufraten von Praxen zeigen, dass die abzugebenden Praxen auch in Regionen mit hohen Versorgungsgraden (> 140 Prozent) in der Regel weiter benötigt werden.

Aus diesem Grund sollte ein Soll-/Ist-Abgleich der bisherigen Verhältniszahlen durchgeführt werden: Die heutige Versorgungsdichte ist dabei als Ausgangspunkt der Weiterentwicklung zu definieren. Die schrittweise Ergänzung der bisher ausschließlich demografisch orientierten Verhältniszahlen durch indikationsbezogene Parameter und regionale Strukturparameter, die neben den ambulanten Versorgungsstrukturen auch stationäre Versorgungsangebote berücksichtigen, sind mögliche Ansatzpunkte für eine evolutionäre Weiterentwicklung der bisherigen Zulassungsplanung hin zu einer echten Bedarfsplanung.

Besondere indikationsbezogene Steigerungsraten müssen ebenfalls berücksichtigt werden, zum Beispiel eine Zunahme an psychischen Erkrankungen bei der Anpassung des psychotherapeutischen Therapieangebotes.

4. Die Budgetierung der ärztlichen und psychotherapeutischen Leistung muss beendet werden. Um dem steigenden ambulanten Behandlungsbedarf zu begegnen, ist eine bedarfsgerechte Koordination der Inanspruchnahme ärztlicher Leistung erforderlich. Der EBM ist entsprechend anzupassen.

Die Entwicklung von Demografie, Morbidität und medizinisch-technischem Fortschritt wird zunehmend dazu führen, dass sich die Behandlung der Patienten noch stärker als bisher in den ambulanten Versorgungsbereich verlagert. Schon jetzt versorgen die rund 165.000 niedergelassenen Ärzte und Psychotherapeuten jährlich etwa 595 Millionen Behandlungsfälle – Tendenz steigend.

Dieser Entwicklung steht die weitgehende Budgetierung der Vergütungen diametral entgegen. Denn eine an sich erstrebenswerte preiswertere und patientengerechtere ambulante Behandlung wird durch das Fehlen fester Preise (Quotierung) konterkariert. Für die Niedergelassenen ist dieser Zustand nicht nur unzumutbar. Er stellt auch ein massives Hindernis für die Niederlassungswilligkeit des dringend benötigten ärztlichen Nachwuchses, insbesondere für angehende Hausärzte und Fachärzte der wohnortnahen Patientenversorgung, dar. Die Budgetierung der vertragsärztlichen Vergütung muss daher dringend beendet werden.

Um Befürchtungen entgegenzuwirken, die Abschaffung der Budgetierung könnte zu einer an der wirtschaftlichen Gesamtentwicklung des Landes vorbeigehenden Mengen- und Kostenentwicklung führen, wird vorgeschlagen, die Honorierung zu festen und angemessenen Preisen an eine neue Systematik der ärztlichen Vergütung zu koppeln. Dazu wird der EBM neu ausgestaltet: Durch Vorgaben in §§ 87 ff. SGB V werden Pauschalen vorgesehen, wo Leistungen das Maß des Ausreichenden, Zweckmäßigen, Wirtschaftlichen und Notwendigen überschreiten können. Einzelleistungen werden dort eingeführt, wo Mengendynamik gewünscht ist. Honorarverwerfungen zwischen den haus- und fachärztlichen Versorgungsbereichen müssen dabei vermieden werden.

Darüber hinaus ist es dringend erforderlich, die koordinierte Inanspruchnahme medizinischer Leistungen zu stärken. Das Ziel muss sein, dass Patienten die Behandlung erhalten, die sie je nach Art und Schwere ihrer Erkrankung benötigen – in der hausärztlichen, in der fachärztlichen oder eben in der stationären Versorgungsebene. Um dies sicherzustellen und einer unnötigen Inanspruchnahme von Leistungen entgegenzuwirken, muss die Versorgung besser koordiniert werden; auch mit Unterstützung geeigneter digitaler Instrumente, zum Beispiel einem Internetportal für Patienten mit den hierfür relevanten Informationen.

Dies bezieht sich zum einen auf den Zugang zur medizinischen Versorgung, der in Deutschland für jeden Bürger jederzeit und ungesteuert möglich ist. Zum anderen ist eine stärkere Koordinierung der Patienten an der ambulanten-stationären Schnittstelle erforderlich, um unnötige und zudem teurere Behandlungen im Krankenhaus zu vermeiden. Denn, wenn von insgesamt etwa 20 Millionen stationären Fällen allein rund 3,7 Millionen ambulant behandelt werden könnten, besteht dringender Handlungsbedarf für eine effiziente Koordinierung.

Für eine solche Koordinierung sollen die Krankenkassen zukünftig ein Tarifsystem anbieten, in welchem die Koordinierung – mit oder ohne Einschreibung – über den Hausarzt erfolgt. Dieser kann, insbesondere bei mehreren chronischen Erkrankungen, die Koordinierung bis zu vier Quartalen auf den Facharzt übertragen, der in dieser Zeit das Krankheitsmanagement im Hinblick auf die Zuweisungsdiagnose durchführt. Augenärzte, Gynäkologen und Psychotherapeuten können nach wie vor direkt aufgesucht werden. Eine direkte Inanspruchnahme ist auch bei Präventionsleistungen weiterhin möglich. In diesem Tarifsystem besteht zudem die Wahloption für den freien Zugang zu allen Vertragsärzten, der mit einem gegebenenfalls differenzierten Zusatzbeitrag für die Versicherten unterlegt ist.

5. Die Digitalisierung im Gesundheitswesen muss auf wirkliche Innovationen ausgerichtet sein und den Kriterien sicher, aufwandsneutral und nutzbringend entsprechen sowie Interoperabilität gewährleisten. Hierfür wird die KBV innovative, der Versorgung dienende Lösung vorschlagen.

Die KBV unterstützt ausdrücklich eine für Patienten, Ärzte und Psychotherapeuten sinnvolle Digitalisierung der Gesundheitsversorgung in Deutschland. Entscheidend ist, dass das Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient durch Maßnahmen der Digitalisierung nicht gestört oder eingeschränkt wird. Digitale Innovationen müssen innerhalb des Solidarsystems nützlich und anwenderfreundlich sein:

- › sicher (Datenschutz und Datensicherheit),
- › aufwandsneutral (bzgl. Zeit und Kosten),
- › nutzbringend (Verringerung der Bürokratie in der Praxis und/oder Verbesserung der Versorgung).

Voraussetzung für eine flächendeckende Verbreitung und Akzeptanz von digitalen Anwendungen ist, dass Aufwendungen für die Einführung und den Betrieb angemessen verteilt und kompensiert werden. Personalisierte, indikationsbezogen koordinierte digitale Versorgungspläne sollten als Grundlage für eine angemessene, sektorenübergreifende Gesundheitsversorgung gefördert werden.

Das Sichere Netz der KVen (SNK) muss dabei als Bestandsnetz im Rahmen der Telematikinfrastruktur erhalten und gefördert werden. Insgesamt sollte die digitale Kommunikation in der Gesundheitsversorgung standardisiert und reguliert erfolgen, um die Interoperabilität sicher verbessern zu können. Das derzeit bestehende Marktversagen im Bereich der Praxis- und Krankenhaussoftwarehersteller muss zügig beendet werden. Hierfür kann eine explizite Erlaubnis des Aufbaus von kostenadäquaten, digitalen Versorgungsangeboten zur Sicherstellung der medizinischen Versorgung gemäß der gesetzlichen und regulativen Vorgaben für KVen und KBV einen relevanten Beitrag leisten.

6. Die Maßnahmen zur Nachwuchsgewinnung von Ärzten für die ambulante Tätigkeit müssen erweitert, das Medizinstudium stärker an der Patientenversorgung ausgerichtet und die Förderung der ambulanten Weiterbildung ausgebaut werden.

Bei der Nachwuchsgewinnung von Haus- und Fachärzten sind die Möglichkeiten bei Weitem nicht ausgeschöpft. So ist zwar die jüngste Einigung von Bund und Ländern auf einen „Masterplan Medizinstudium 2020“ im Wesentlichen zu begrüßen. Dessen Umsetzung muss jedoch zügig finanziell ausreichend unterlegt werden, um die darin formulierten Ziele erreichen zu können. Diese weisen in die richtige Richtung. Neben der verstärkten Förderung der Bereitschaft der Medizinstudierenden für eine ärztliche Tätigkeit auf dem Lande wird insbesondere begrüßt, dass die Hochschulen in ihren Auswahlverfahren neben der Abiturnote mindestens zwei weitere Kriterien anwenden sollen. Hierzu sollen etwa soziale und kommunikative Fähigkeiten, Leistungsbereitschaft der Studienbewerber oder eine Ausbildung oder Tätigkeit in medizinischen Berufen gehören. Positiv ist ferner, dass im Studium besonderes Augenmerk auf das Arzt-Patienten-

Gespräch gelegt werden soll und die Studierenden häufiger mit alltäglichen Erkrankungen in der ambulanten und stationären Praxis in Berührung kommen sollen.

Auch mit der verstärkten Förderung der ambulanten Weiterbildung hat der Gesetzgeber im Rahmen des GKV-Versorgungsstärkungsgesetzes einen wichtigen Schritt zur Nachwuchsförderung geleistet. Dieser Weg muss konsequent weiterbeschritten werden. So reichen die Finanzierung von lediglich 1.000 fachärztlichen Weiterbildungsstellen sowie die stärkere Förderung der allgemeinmedizinischen Stellen keinesfalls aus. Tatsächlich liegt der Bedarf erheblich höher.

Zudem müssen die Stellen komplett durch die Kostenträger finanziert werden und zwar in der Höhe, dass Ärzte in ambulanter Weiterbildung das gleiche Gehalt erhalten wie Ärzte in der Klinik. Möglich wäre auch eine Finanzierung mit Steuermitteln, da es sich bei der Facharztausbildung um eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe handelt. Eine Mitfinanzierung der Stelle durch den weiterbildenden Arzt in der Praxis – wie jetzt der Fall – ist nicht länger hinnehmbar.

Mit der Ablösung der Richtgrößenprüfung und der Neugestaltung der Wirtschaftlichkeitsprüfungen bei der Verordnung von Arzneimitteln ist die Bedrohung durch Wirtschaftlichkeitsprüfungen und Regressen erheblich gemildert worden. Jüngste Verunsicherungen im Zusammenhang mit festgestelltem Zusatznutzen bzw. fehlendem Zusatznutzen neu zugelassener Arzneimittel gegenüber unterschiedlichen Teilanwendungsgebieten werden den Regressdruck auf die Ärzte jedoch insgesamt massiv verstärken. Diese Regressgefahren müssen entschärft werden.

Im Bereich der Heilmittelverordnung muss die derzeit stattfindende arzt- und patientenferne Überbürokratisierung abgeschafft werden.

7. Die Kooperation mit den nichtärztlichen Gesundheitsberufen durch Delegation muss optimiert werden, um die flächendeckende ambulante Versorgung bei zunehmender Ambulantisierung der Medizin und entsprechender Anpassungen der Versorgungsstrukturen weiter aufrechterhalten zu können.

Die Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten sind mehr denn je auf eine gute Kooperation mit den nichtärztlichen Gesundheitsberufen und auf deren Unterstützung angewiesen. Denn nur mit ihnen werden sie in der Lage sein, die durch die Ambulantisierung der Medizin erforderliche Anpassung der Versorgungsstrukturen zu bewältigen. Dies gilt insbesondere für strukturschwache, meist ländlichen Regionen, die von der demografischen Entwicklung besonders betroffen sind.

Möglichkeiten einer optimierten Kooperation unter Förderung der Kompetenz der nichtärztlichen Gesundheitsberufe, wie des Nichtärztlichen Praxisassistenten oder Physician Assistant, sollen geprüft werden. Dazu gehört die Weiterentwicklung delegationsfähiger Leistungen – auch in Verbindung mit der Pflege. Ferner sollen die Optionen eines strukturierten, disziplinübergreifenden, koordinierten Ordnungsmanagements geprüft und erörtert werden.

Die bisherigen Modelle der Delegation gewährleisten eine bürokratiearme und patientenfreundliche Zusammenarbeit von Ärzten und Praxismitarbeitern ohne Schnittstellenprobleme und zum Vorteil der Patienten, denn die Behandlung wird in der Praxis koordiniert.

Deshalb sollten solche Konzepte ausschließlich im Bereich der vertragsärztlichen Versorgung entwickelt und betrieben werden, um weiterhin koordinierte Behandlungen und geregelte Verantwortlichkeiten sicherstellen zu können.

8. Die KBV fordert ein ausdrückliches Bekenntnis der Politik zur Sicherstellung der ambulanten medizinischen Versorgung in Deutschland nach den Prinzipien der freiberuflichen Berufsausübung, vornehmlich in inhabergeführten Praxen und auf der Basis einer funktionierenden Selbstverwaltung.

Bei der Ausgestaltung der Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung und bei der Interessenvertretung gegenüber Politik, Gesetzgeber und Krankenkassen ist es mehr denn je erforderlich, alle Kräfte zu bündeln. Nur eine gut koordinierte Versorgung durch die durchgehend gut zusammenwirkenden Haus- und Fachärzte stellt die bestehend hohe Versorgungsqualität weiterhin sicher. Das KV-System lässt sich auch nicht mehr durch Diskussionen um die Frage „Kollektivvertrag oder Selektivvertrag“ entzweien. Vielmehr bekennen sich KBV und KVen zu einem kooperativen und koordinierten Miteinander von Kollektivvertrag und Selektivvertrag als wertvolle Ergänzung und Impulsgeber für die gesamte vertragsärztliche Versorgung. Zur stärkeren Durchsetzung der Interessen aller Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten müssen die Berufsverbände verstärkt mit den Körperschaften zur Mitgestaltung der berufspolitischen Willensbildung zusammenwirken.

Die KBV spricht sich für eine Weiterführung des dualen Finanzierungssystems des deutschen Gesundheitswesens aus. Denn eine solche Koexistenz von gesetzlicher und privater Krankenversicherung ist am ehesten geeignet, Impulse für Versorgungsverbesserungen und Innovationen in der GKV zu bewirken.

Mit dem GKV-Selbstverwaltungsstärkungsgesetz (Inkrafttreten 1. März 2017) ist – entgegen dem Wortlaut – eine deutliche Schwächung der Selbstverwaltung verbunden. Umso mehr wird es zukünftig darauf ankommen, die verbliebenen Spielräume konsequent zu nutzen. Denn eine funktionierende Selbstverwaltung ist auch in der Zukunft unabdingbares Element für die Sicherstellung der ambulanten medizinischen Versorgung nach den Prinzipien der freiberuflichen Berufsausübung, vornehmlich in inhabergeführten Praxisstrukturen der Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten.

Aus Gründen der Lesbarkeit wurde die männliche Form gewählt. Selbstverständlich ist hiermit auch stets die weibliche Form gemeint, soweit nicht anders vermerkt.