



Ausgabe 11 - November 2025

Zwischenruf zur aktuellen Versorgungslage – Prof. Dr. med. Siegfried

Die OECD hat in ihrem aktuellen Bericht ***Health at a Glance 2025*** erneut deutlich gemacht, dass das deutsche Gesundheitswesen trotz hoher Ausgaben und einer im internationalen Vergleich außergewöhnlich dichten Infrastruktur nur mittelmäßige Ergebnisse erzielt. Diese Bewertung stammt ausdrücklich von der OECD und richtet sich nicht gegen einzelne Berufsgruppen oder deren tägliche Arbeit. Vielmehr werden strukturelle Schwächen und Fehlentwicklungen beschrieben, die über viele Jahrzehnte entstanden sind. [Weiterlesen ...](#)

In dieser Ausgabe lesen Sie außerdem:

- [Politik & Rahmenbedingungen](#)
 - [GKV, Kassen & Selbstverwaltung](#)
 - [Praxisalltag, Abrechnung & Recht](#)
 - [Digitalisierung & neue Versorgungsmodelle](#)
 - [Medizinische Studien mit Praxisrelevanz](#)
 - [Pflege & sektorenübergreifende Themen](#)
 - [Kurz notiert – auf den Punkt gebracht](#)
 - [Termine & Fortbildungen](#)
-

Politik & Rahmenbedingungen



GOIN – Wichtige KBV-Information zum Austausch der TI-Konnektoren

Liebe Praxisteams,
die KBV hat eine wichtige Übergangsregelung zur Telematikinfrastruktur (TI) erreicht, über die wir Sie hiermit informieren möchten. Gleichzeitig weist die KBV auf dringend erforderliche Maßnahmen in den Praxen hin.

Fristverlängerung für eHBA und SMC-B – aber nicht für Konnektoren

Elektronische Heilberufsausweise (eHBA) und Praxisausweise (SMC-B) mit RSA-Verschlüsselung dürfen **bis zum 30. Juni 2026** weiterverwendet werden. Grund waren technische Probleme bei einem Hersteller, die einen fristgerechten Austausch unmöglich machten.

Für **RSA-Konnektoren** hingegen bleibt es bei der bisherigen Frist:

➔ **Austausch bis spätestens 31. Dezember 2025.**

KBV: Praxen müssen jetzt aktiv werden

KBV-Vorständin **Dr. Sibylle Steiner** betont im Zusammenhang mit der TI-Umstellung:

„Die Praxen sind aufgerufen, ihre Konnektoren jetzt zu tauschen.“

Sie weist darauf hin, dass ohne Austausch die TI-Anbindung entfällt – mit allen Folgen für E-Rezept, VSDM und Abrechnung. Einige PVS-Hersteller liefern bereits automatische Warnhinweise, andere setzen auf manuelle Überprüfung. Diese Hinweise sollten unbedingt beachtet werden.

Belastung der Praxen und strukturelle Probleme

Dr. Steiner macht zudem deutlich, dass die aktuelle Situation nicht den Praxen anzulasten sei. Vielmehr seien instabile Prozesse, komplexe Technik und fehleranfällige Abläufe ursächlich. Wiederholte technische Störungen – von Update-Problemen bis hin zur ePA-Befüllung – zeigten laut KBV, dass die TI „in ihrer jetzigen Form die Versorgung eher behindert als unterstützt“.

Unsere Empfehlung als Praxisnetz GOIN

Wir schließen uns der Einschätzung der KBV an und empfehlen allen Mitgliedspraxen:

- ✓ Prüfen Sie umgehend Ihre TI-Komponenten
- ✓ Planen Sie den Austausch älterer RSA-Konnektoren frühzeitig ein
- ✓ Nutzen Sie die Fristverlängerung für eHBA/SMC-B sinnvoll zur Entlastung

Bei Fragen unterstützen wir Sie gerne.

GKV, Kassen & Selbstverwaltung



Honorar 2026: Orientierungswert steigt um 2,8 %

KBV und GKV-Spitzenverband haben sich auf eine Anhebung des Orientierungswertes um 2,8 % zum 1. Januar 2026 geeinigt. Der Punktwert steigt damit von aktuell 12,3934 Cent auf 12,7404 Cent.

[**Weiter zum Artikel - KBV**](#)

Was bedeutet das für Ihre Praxis?

- Rechnen Sie mit einem moderaten Honorarplus – die tatsächliche Wirkung hängt von Fallzahlen, Morbiditätsentwicklung und KV-spezifischer Verteilung ab.
- Kalkulieren Sie Investitionen (Personal, Digitalisierung) nicht ausschließlich auf Basis der 2,8 % – die MGK kann durch negative Demografie-/Morbiditätseffekte gedämpft werden.

- Beobachten Sie die Informationen Ihrer KV zur Umsetzung in den regionalen Honorarverteilungsmaßstäben.

G-BA: Neue Methoden und Leistungsanpassungen in der ambulanten Versorgung

Der G-BA hat in den letzten Monaten mehrere Beschlüsse zu neuen und geänderten Untersuchungs- und Behandlungsmethoden gefasst, etwa zur Liposuktion bei Lipödem oder zu biomarkerbasierten Tests beim Mammakarzinom.

[Weiter zum Artikel - GBA](#)

Was bedeutet das für Ihre Praxis?

- Prüfen Sie, ob betroffene Leistungen in Ihrem Fachgebiet künftig als vertragsärztliche Leistungen abrechenbar sind oder unter besonderen Voraussetzungen stehen.
- Passen Sie Aufklärungsbögen und Informationsmaterial für Patient:innen an, wenn Sie von neuen Indikationen betroffen sind.
- Achten Sie auf KV-Rundschreiben, in denen konkrete EBM-Ziffern und Abrechnungshinweise zu den G-BA-Beschlüssen erläutert werden.



Praxisalltag, Abrechnung & Recht



ePA im Alltag: Von der Pflicht zur Routine

Zwar ist die ePA seit 1. Oktober verpflichtend, doch rund ein Fünftel der Praxen verfügt laut KBV-Angaben noch nicht über funktionsfähige ePA-Module im PVS. Gleichzeitig sind Praxisinhaber:innen ab 2026 Sanktionen ausgesetzt, wenn sie die ePA nicht nutzen – auch wenn technische Probleme außerhalb ihres Einflussbereiches liegen können.

Für die Praxisführung bedeutet das eine Gratwanderung: Sie sind rechtlich zur Nutzung verpflichtet, hängen aber teilweise von Herstellern und IT-Dienstleistern ab. Wichtig ist daher eine saubere Dokumentation, falls Module noch fehlen oder wiederholt technische Störungen auftreten. Parallel sollten Prozesse definiert werden, um Doppelarbeit zu vermeiden (Papierakte vs. ePA).

Konkrete Handlungsempfehlungen

- **Dokumentation:** Halten Sie schriftlich fest, seit wann Sie ePA-Module bestellt haben, welche Störungen auftreten und wie der Support reagiert (Screenshots, Tickets).
- **Praxisablauf:** Definieren Sie, wer im Team ePA-Daten prüft, befüllt und analog zur „Paper-Akte“ die Vollständigkeit im Blick behält.
- **Patientenkommunikation:** Erarbeiten Sie kurze Erklärtexpte für die Anmeldung („Was ist die ePA?“, „Welche Daten werden gespeichert?“).
- **Risikoabsicherung:** Bei größeren Störungen frühzeitig die KV informieren und Rücksprache zu möglichen Nachweisen im Prüfungsfall halten.

ASV/EBM: Umstellung von Appendizes auf Bewertungsausschuss-Beschlüsse

Für bestimmte ASV-Indikationen wurde beschlossen, dass die bisher in Appendizes definierten Leistungsumfänge außer Kraft treten, sobald der ergänzte Bewertungsausschuss abrechnungsfähige Leistungen festlegt. Damit verschiebt sich ein Teil der Detailsteuerung von der G-BA-Ebene in den Bewertungsausschuss.

Konkrete Handlungsempfehlungen

- Prüfen Sie bei Teilnahme an der ASV regelmäßig die KV-Informationen zu betroffenen Indikationen und neuen Leistungsübersichten.
 - Aktualisieren Sie interne Leistungs- und Abrechnungslisten (z. B. in der Praxissoftware oder als Checkliste), sobald neue Beschlüsse veröffentlicht sind.
 - Schulen Sie Abrechnungskräfte gezielt zu Änderungen bei Ihrer Indikation, um spätere Regresse zu vermeiden.
 - Dokumentieren Sie Begründungen bei Grenzfällen besonders sorgfältig (medizinische Notwendigkeit, Leitlinienbezug).
-

Digitalisierung & neue Versorgungsmodelle



Digitale Anwendungen in Praxen: Alltag statt Ausnahme

Aktuelle Auswertungen des **PraxisBarometers Digitalisierung 2025** zeigen: Niedergelassene Praxen gehören zu den Treibern der Digitalisierung.

Anwendungen wie **eRezept**, **elektronische Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung (eAU)** und **eArztbrief** sind inzwischen fester Bestandteil des Praxisalltags.

Gleichzeitig bleibt die technische Stabilität eine Herausforderung – vor allem, weil viele Krankenhäuser digital noch nicht ausreichend angebunden sind und damit ein „Medienbruch“ an der Sektorengrenze entsteht.

Für Ihre Praxis bedeutet das:

- Digitale Standards (eRezept, eAU, eArztbrief) gehören zur Grundausstattung moderner Praxisorganisation.
- Wo möglich sollten digitale Kommunikationswege zu Fachärzten, Apotheken und anderen Partnern aktiv aufgebaut werden.
- Technik- und Supportstrukturen (PVS, TI, Schulung) bleiben entscheidend, um Störungen im laufenden Betrieb zu minimieren.

[**Weiter zum Artikel - KBV**](#)

Neue Versorgungsmodelle: Ambulantisierung & Hybrid-DRG

Mit der Einführung und Weiterentwicklung der **Hybrid-DRG-Vergütung** werden Leistungen zunehmend dort erbracht, wo sie medizinisch sinnvoll und wirtschaftlich vertretbar ambulant erfolgen können. Hybrid-DRGs erlauben die Vergütung gleicher Leistungen im ambulanten und stationären Bereich nach einheitlichen Fallpauschalen – die konkrete Ausgestaltung ist jedoch weiterhin Gegenstand intensiver Verhandlungen und Kritik, u. a. wegen unklarer Anreize und möglicher Verschiebungen im Leistungsangebot.

Für Ihre Praxis bedeutet das:

- Fachlich geeignete Praxen und Berufsausübungsgemeinschaften können mittelfristig stärker von der Ambulantisierung profitieren (z. B. bei planbaren Eingriffen).
- Gleichzeitig ist mit neuen Dokumentations- und Abrechnungsanforderungen zu rechnen – eine enge Abstimmung mit KV und ggf. Klinikkooperationen ist sinnvoll.
- Strategisch kann es sich lohnen, eigene Leistungsprofile zu überprüfen: Welche Leistungen könnten perspektivisch „ambulant statt stationär“ angeboten werden?

[**Weiter zum Artikel - GKV**](#)

Innovationsfonds & Förderung neuer Versorgungsideen

Trotz Diskussionen um Einsparungen bleibt der Innovationsfonds ein zentraler Motor für neue Versorgungsformen. Gefördert werden weiterhin Modelle, die z. B. digitale Tools, interprofessionelle Teams und sektorenübergreifende Versorgung

kombinieren. Mit dem Digital-Gesetz wurden Ausschreibungs- und Förderverfahren teilweise vereinfacht, sodass Projekte zu neuen Versorgungsformen jetzt auch im einstufigen Verfahren beantragt werden können.

[Download pdf - Der Innovationsfonds: Stand der Dinge](#)

Parallel rücken politisch und wissenschaftlich neue Konzepte wie **Primärversorgungsteams, Gemeinschaftspraxen** und kooperative Modelle zur Sicherung der hausärztlichen Versorgung – insbesondere im ländlichen Raum – stärker in den Fokus.

Für Ihre Praxis bedeutet das:

- Es lohnt sich, Förderaufrufe der KVen, des G-BA/Innovationsausschusses und regionaler Akteure im Blick zu behalten.
- Teilnahme an Versorgungsprojekten kann zusätzliche Ressourcen, neue Behandlungspfade und bessere Vernetzung mit Kliniken, Pflege und anderen Gesundheitsberufen eröffnen.
- Erfolgreiche Elemente aus Pilotprojekten (z. B. digitale Fallkonferenzen, strukturierte Telekonsile, koordinierende Versorgungsassistenzen) sollten – wo möglich – dauerhaft in den Praxisalltag integriert werden, auch unabhängig von der Projektförderung.



Medizinische Studien mit Praxisrelevanz



Hypertonie: Strengere Blutdruckziele bringen mehr kardiovaskulären Nutzen

Eine aktuelle Auswertung berichtet, dass ein systolisches Ziel unter 120 mm Hg gegenüber höheren Zielwerten mehr kardiovaskuläre Ereignisse wie Herzinfarkt, Schlaganfall und Herzinsuffizienz verhindert. Gleichzeitig zeigen deutsche Daten, dass nur etwa die Hälfte der behandelten Hypertonie-Patienten gut kontrolliert ist.

[Weiter zum Artikel - Medizindoc n.e.V](#)

So können Sie Ihre Praxis anpassen:

- Prüfen Sie bei Hochrisikopatienten (z. B. bestehende KHK, Diabetes) konsequent, ob eine engere Blutdruckeinstellung möglich und individuell vertretbar ist.
- Implementieren Sie strukturierte Recall-Systeme (z. B. alle 3–6 Monate) für Patient:innen mit unkontrollierter Hypertonie.

Diabetes: ADA-Standards of Care 2025 – Fokus auf strukturierte Betreuung & CV-Risiko

Die aktualisierten Standards of Care in Diabetes 2025 der **American Diabetes Association** betonen die Bedeutung strukturierter Schulungsprogramme, engmaschiger CV-Risikokontrolle und eines individualisierten, kardioprotektiven Therapieansatzes.

[Weiter zum Artikel - ADA](#)

So können Sie Ihre Praxis anpassen:

- Etablieren Sie ein standardisiertes „Diabetes-Basis-Set“ für jeden Kontrolltermin (RR, Gewicht, Fußinspektion, Medikamentencheck, Impfstatus).

- Prüfen Sie bei Patient:innen mit hohem kardiovaskulärem Risiko regelmäßiger, ob SGLT2-Inhibitoren oder GLP-1-Analoga leitliniengerecht eingesetzt werden können (unter Berücksichtigung der GKV-Rahmenbedingungen).

Antibiotikaverordnung bei Atemwegsinfekten: Interventionsbündel senkt Übergebrauch

Cluster-randomisierte Studien und europäische Primärversorgungsdaten zeigen, dass multikomponentige Interventionen (Schulung, Entscheidungsstützen, Patienteninfos) die unnötige Antibiotikaverordnung bei oberen Atemwegsinfekten im ambulanten Bereich deutlich reduzieren können – ohne Verschlechterung der klinischen Verläufe.

[Weiter zum Artikel - BMC](#)

So können Sie Ihre Praxis anpassen:

- Implementieren Sie eine kurze Standardaufklärung zu viralen Infekten (inkl. „Sicherheitsnetz“-Hinweisen, wann Patient:innen erneut kommen sollen).
- Nutzen Sie, wo verfügbar, Entscheidungsbäume oder Checklisten (papierbasiert oder im PVS), um Indikationen für Antibiotika transparenter zu machen.

Pflege & sektorenübergreifende Themen



Blick nach Bayern: Integrierte Versorgung ist längst ein Arbeitsthema

Wenn wir den Blick nach Bayern richten, sehen wir, dass viele dieser Gedanken dort bereits aufgegriffen und in konkrete Strukturen übersetzt worden sind.

Mit den **Gesundheitsregionenplus** hat der Freistaat frühzeitig auf regionale, sektorenübergreifende Netzwerke gesetzt, in denen Kommunen, niedergelassene

Ärztinnen und Ärzte, Kliniken, Pflege, Öffentlicher Gesundheitsdienst und weitere Partner gemeinsam an Versorgungs- und Präventionskonzepten arbeiten. Inzwischen existieren bayernweit über 60 dieser Gesundheitsregionenplus, die Versorgung, Gesundheitsförderung und Pflege regional koordinieren und weiterentwickeln.

[Weiter zum Artikel - StMGP](#)

Parallel dazu investiert Bayern massiv in Telemedizin und Digitalisierung, etwa über die Telemedizin-Offensive Bayern, mit der telemedizinische Strukturen in Krankenhäusern aufgebaut und Spezialwissen landesweit verfügbar gemacht werden – etwa in der Schlaganfall- und Herzinfarktversorgung.

[Weiter zum Artikel - StMGP](#)

Eine zentrale Rolle spielt dabei die **Bayerische TelemedAllianz (BTA)** als landesweite Kompetenzplattform, die telemedizinische Initiativen vernetzt, Projekte koordiniert und Akteure aus Versorgung, Forschung und Industrie zusammenbringt. Ein aktuelles Beispiel dafür ist das Projekt „**moVe-it**“, in dem ein digitales Versorgungsmanagement für Patientinnen und Patienten mit Spastik nach Schlaganfall entwickelt wird. Ziel ist es, über telemedizinisch unterstützte Behandlungspfade und eine eng verzahnte Zusammenarbeit zwischen Neurologie, Reha und ambulanter Versorgung die Lebensqualität zu verbessern und Therapieintervalle besser zu steuern – ein typisches Beispiel integrierter, sektorenübergreifender Versorgung mit digitalen Mitteln.

[Weiter zu - BTA](#)

Hinzu kommen telemedizinische Konsilstrukturen, in denen Hausärztinnen und Hausärzte in Bayern sich bei komplexen Fällen direkt mit Fachärztinnen und Fachärzten digital zusammenschalten können. Diese Form der Vernetzung macht spezialisierte Expertise auch in Regionen verfügbar, in denen die Facharztversorgung vor Ort begrenzt ist, und steht sinnbildlich für den Anspruch, ambulante und fachärztlich-stationäre Kompetenz sinnvoll zusammenzuführen.

[Weiter zum Artikel - BHÄV](#)

Mit der Förderlinie **BayDiGuP** (Digitale und innovative Gesundheits- und Pflegeprojekte) hat der Freistaat zudem einen Rahmen geschaffen, in dem neue,

digital gestützte Versorgungsmodelle – von der sektorenübergreifenden Versorgung bis hin zu Projekten an der Schnittstelle zwischen Gesundheit und Pflege – gezielt unterstützt werden.

[Weiter zum Artikel - Bayern Innovativ](#)

Aus meiner Sicht zeigt sich hier deutlich: In Bayern und in der Hauptstadtregion wird an demselben Ziel gearbeitet – weg von starren Sektorengrenzen, hin zu flexiblen, digital unterstützten Versorgungsmodellen, die sich an den realen Lebenswelten der Patientinnen und Patienten orientieren. Entscheidend wird sein, diese Ansätze nicht als isolierte Modellprojekte zu belassen, sondern sie schrittweise in die Routineversorgung zu überführen und die dafür notwendigen digitalen und organisatorischen Rahmenbedingungen konsequent weiterzuentwickeln.

Kurz notiert

(bitte direkt auf die Artikel klicken)

- **[vdek-Basisdaten 2025/2026:](#)** Der Verband der Ersatzkassen hat [aktualisierte Basisdaten zu Strukturen, Finanzen und Versorgungszahlen veröffentlicht – hilfreich für Praxisinhaber, die ihre Situation im Markt einordnen wollen.](#)
- **[G-BA-Richtlinienupdate:](#)** Der G-BA veröffentlicht fortlaufend [Änderungen in seinen Richtlinien – ein regelmäßiger Blick auf die „letzten Änderungen“ hilft, Überraschungen bei Abrechnung und Leistungspflicht zu vermeiden.](#)
- **[API-Studie 2025:](#)** Die LA-MED-API-Studie erweitert den Fokus auf [angestellte Ärzt:innen im ambulanten Bereich und zeigt, wie vielfältig Informationskanäle in Praxisteams genutzt werden.](#)
- **[GKV-Check-up 2025:](#)** Eine aktuelle Analyse beleuchtet GKV-Finanzen und Trends – insbesondere Daten- und Analytikthemen gewinnen an [Bedeutung, was perspektivisch auch die Interaktion zwischen Praxen und Kassen beeinflussen dürfte. \(Download pdf\)](#)

- **KBV-Infoportal ePA:** Die KBV bündelt Praxisinformationen, FAQ und Fortbildungen zur ePA in einem eigenen Informationsangebot – sinnvoll als Startpunkt für Team-Schulungen.

Termine & Fortbildungen

(Auswahl – Fokus auf ambulante Versorgung, Abrechnung und Digitalisierung. Verfügbarkeit und Details bitte jeweils über die Veranstalter prüfen.)

- **November 2025 – „Datenschutz in der Praxis“ – Präsenzseminar, KVBW**
Tagesseminar zur praktischen Umsetzung von Datenschutzanforderungen in der Arztpraxis, inkl. Musterprozessen und Checklisten.KV Baden-Württemberg
 - **Fortlaufend – Online-Fortbildungen „Die neue ePA 2025“ – KBV / KVen (on demand)**
Kostenfreie, zertifizierte Online-Fortbildungen zur ePA („ePA für alle“) mit Fokus auf rechtliche, technische und organisatorische Fragen – geeignet für Ärzten und MFA.
 - **21.–22.11.2025 – Allgemeinmedizin & Versorgungsforschung – GHA-Veranstaltung**
Tagung mit Fokus auf Lehre und Versorgungsforschung in der Allgemeinmedizin, interessant für hausärztliche Lehr- und Forschungspraxen.
 - **21.–23.04.2026 – DMEA 2026 – Messe Berlin (Präsenz)**
Leitmesse für Digital Health mit breitem Programm zu TI, ePA, eRezept und Praxis-IT – sinnvoll für Praxisleitungen und Digitalisierungsverantwortliche.
 - **29.09.–02.10.2026 – DEGAM-Kongress 2026 „Gesundheit gestalten“ – Göttingen (Präsenz)**
Kongress für Allgemeinmedizin und Familienmedizin, gemeinsam mit weiteren Fachgesellschaften – Schwerpunkte auf hausärztlicher Versorgung, Public Health und evidenzbasierter Medizin.
-

Fortsetzung - Zwischenruf Prof. Dr. med. Siegfried Jedamzik

.... In dieser Diskussion wird jedoch ein entscheidender Punkt häufig übersehen: Die niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte tragen über 90 Prozent der medizinischen Versorgung in Deutschland. Sie arbeiten effizient, patientennah und wirtschaftlich – und sind damit der zentrale Stabilitätsfaktor unseres Gesundheitssystems. Die OECD-Kritik richtet sich nicht gegen die ambulante Versorgung, sondern im Gegenteil gegen das Fehlen genau jener starken Primärversorgung, wie sie in anderen Ländern nachweislich zu besseren Ergebnissen führt. Die deutschen Haus- und Fachärzte in der Niederlassung sichern seit Jahren die Versorgung, trotz steigender Belastung, wachsender Bürokratie und einer Entwicklung, die wirtschaftlich kaum noch tragfähig ist. Verglichen mit der Entwicklung des Bruttosozialprodukts und der allgemeinen Löhne haben niedergelassene Ärztinnen und Ärzte in den letzten 20 bis 30 Jahren real rund 30 Prozent ihres Einkommens verloren – eine Entwicklung, die durch eine seit Jahrzehnten nicht mehr zeitgemäße GOÄ noch verstärkt wird.

Wenn wir die OECD-Aussagen ernst nehmen und wirklich die Versorgung verbessern wollen, müssen wir offen über die Zukunft der Primärversorgung sprechen. Das bisherige Bild der Einzelpraxis, in der ein Arzt oder eine Ärztin gleichzeitig medizinische Versorgung, umfassende Koordination, Dokumentation und Steuerungsaufgaben übernimmt, ist in dieser Form nicht mehr zukunftsfähig. Ein modernes Primärarzt-System braucht Strukturen, die mehr ermöglichen als das Prinzip des Einzelkämpfers. Es braucht ärztliche Teams, Praxismgemeinschaften, Gesundheitszentren und vor allem multiprofessionelle Kooperation, damit komplexe Versorgungsaufgaben bewältigt werden können.

Der Schlüssel liegt dabei nicht in der Abgrenzung, sondern im **Miteinander**: Eine moderne Primärversorgung kann nur gemeinsam mit den Fachärzten entwickelt werden. Regionale Ärztenetze bieten bereits heute die Grundlage für abgestimmte Versorgungspfade, gemeinsame Qualitätsziele und eine enge Verzahnung von Primär- und Fachärzten. Steuerung bedeutet in diesem Kontext nicht Ausschluss, sondern sinnvolle Lotsenfunktion, bessere Koordination, Vermeidung unnötiger Doppeluntersuchungen und eine Versorgung, die den Patienten über den gesamten Verlauf hinweg begleitet. Ein starkes Primärarzt-System ergänzt die fachärztliche Expertise – es ersetzt sie nicht.

Damit diese Entwicklung gelingen kann, müssen jedoch die Rahmenbedingungen stimmen. Die ambulante Versorgung kann ihre Rolle als Stabilitätsanker des Systems nur dann weiter erfüllen, wenn ihre Arbeit angemessen anerkannt und honoriert wird – sowohl durch eine moderne GOÄ als auch durch realistische, kosten- und inflationsgerechte Anpassungen im KV-System. Die OECD zeigt klar auf, dass Systeme mit starker Primärversorgung effizienter, kostengünstiger und patientenorientierter arbeiten. Diese Erkenntnis müssen wir in Deutschland

endlich konsequent umsetzen.

Die niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte sind nicht Ursache der im OECD-Bericht beschriebenen Schieflage – im Gegenteil: Sie sind heute der wichtigste Grund dafür, dass das System trotz seiner strukturellen Schwächen überhaupt funktioniert. Wenn wir die Versorgung für die Zukunft sichern wollen, müssen wir die Integrierte Versorgung stärken, moderne teamorientierte Strukturen fördern und die Zusammenarbeit mit ALLEN in regionalen Netzen ausbauen. Nur so lässt sich ein Gesundheitssystem gestalten, das sowohl wirtschaftlich tragfähig als auch medizinisch hochwertig ist – im Sinne der Patientinnen und Patienten und aller Beteiligten. [Zum Anfang](#)



Telefon: 0841/88 668 - 22

Fax: 0800/233 4444

E-Mail: shop@go-in-ingolstadt.de

Vorbei Schauen - Informiert bleiben!

Mit herzlichen Grüßen
Ihre GO IN-Geschäftsstelle

Oberer Grasweg 50

85055 Ingolstadt

Tel.: 0841 88668-0

Fax: 0841 88668-18

E-Mail: info@go-in-ingolstadt.de

Homepage: www.goin.info

