

## Ambulante Versorgung

# Unerwartete Ausgabenexplosion aufgrund von Unterbereinigung im Terminservice- und Versorgungsgesetz

*Autorenbeitrag von Andreas Bomke*

Um den Zugang gesetzlich Versicherter zur ambulanten medizinischen Versorgung zu verbessern und Wartezeiten zu verringern, wurde mit dem Terminservice- und Versorgungsgesetz die Förderung vertragsärztlicher Leistungen bei Terminvermittlungen, offenen Sprechstunden und Neupatientinnen und -patienten eingeführt. Hiervon betroffen sind Leistungen im Wert von jährlich rund 5 Mrd. Euro, die zukünftig extrabudgetär vergütet werden und dazu aus den mit befreiender Wirkung von den Krankenkassen gezahlten Budgets herausgelöst werden müssten. Allerdings wird diese notwendige Bereinigung durch das Gesetz auf die im ersten Jahr abgerechneten geförderten Leistungen beschränkt, wodurch ein starker Anreiz zu einer verhaltenen Adaption der neuen Fördermöglichkeiten entstand. Dies wird verstärkt durch Auswirkungen der gegenwärtigen Corona-Pandemie. Die inzwischen für mehr als die Hälfte des Bereinigungszeitraums vorliegenden Abrechnungsdaten belegen, dass tatsächlich nur etwa für jede zweite förderfähige Leistung auch eine Förderung in Anspruch genommen wurde. Hierdurch kommt es zu einer massiven Unterbereinigung, die zukünftig zu einer sachlich nicht gerechtfertigten jährlichen Überzahlung der Krankenkassen ohne jede Steuerungswirkung von voraussichtlich mehr als 2 Mrd. Euro führt. Dies stellt eine erhebliche, ungeplante zusätzliche Belastung der aufgrund der Pandemie ohnehin derzeit angespannten Krankenkassenhaushalte dar. Zudem wird eine starke Divergenz der vertragsärztlichen Honorare in den verschiedenen Regionen ausgelöst. Um dies nach dem inzwischen bereits abgelaufenen Bereinigungsjahr noch abzuwenden, ist ein schnelles und entschlossenes Handeln des Gesetzgebers gefragt, um die bisherige strikte Begrenzung auf ein Bereinigungsjahr nachzubessern.

## 1. Extrabudgetäre Förderung vertragsärztlicher Leistungen durch das Terminservice- und Versorgungsgesetz

Mit dem am 11. Mai 2019 in Kraft getretenen Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) wurden im Bereich der vertragsärztlichen Versorgung weitgehende Änderungen vorgenommen. Dies betrifft insbesondere die extrabudgetäre Förderung bestimmter vertragsärztlicher Leistungen mit dem Ziel, den Zugang gesetzlich Versicherter zur ambulanten medizinischen Versorgung zu verbessern und Wartezeiten zu verringern.

Seit dem Jahr 2009 haben die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen mit den Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) für den jeweiligen KV-Bezirk jährlich prospektiv eine sogenannte morbiditätsbedingte Gesamtvergütung (MGV) in Euro zu vereinbaren. Diese ist mit befreiender Wirkung als Budget für die gesamte vertragsärztliche Versorgung der im jeweiligen KV-Bezirk wohnhaften Versicherten zu zahlen. Hieraus wird das Honorar für die durch an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringende erbrachten Leistungen ausgeschüttet. Dabei überschreitet die Bewertungssumme der abgerechneten Leistungen gemäß der regionalen Euro-Gebührenordnung, in der die abrechenbaren Leistungen mit einer nominellen Eurobewertung aufgeführt sind, regelmäßig die vereinbarte MGV. Die abgerechneten Leistungen werden daher von der jeweiligen KV in der Regel mit einem prozentualen Abschlag von der nominellen Leistungsbewertung als Honorar ausgezahlt — es kommt zur sogenannten Quotierung mit einer Auszahlungsquote. Ursächlich hierfür ist die Regelung im GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz zur erstmaligen Festlegung der MGV sowie der Leistungsbewertungen in Euro, wonach die Leistungsbewertungen im Jahr 2009 ca. 8 Prozent höher festzulegen waren als der dafür bereitgestellte MGV-Betrag. Dieser Abstand hat sich in den Folgejahren kaum verändert.

Als Ausnahme von der Vergütung aus der MGV konnten seit dem Jahr 2009 einzelne EBM-Leistungen als Teil der sogenannten extrabudgetären Gesamtvergütung (EGV) unmittelbar unquotiert vergütet werden, wenn sie besonders gefördert werden sollen oder wenn dies medizinisch oder aufgrund von Besonderheiten bei Veranlassung und Ausführung der Leistungserbringung erforderlich erscheint. Zum Zeitpunkt des Inkrafttretens des TSVG umfasste die MGV ein Volumen von jährlich ca. 26,5 Mrd. Euro und die EGV ein Volumen von jährlich ca. 14 Mrd. Euro, mithin entfielen bereits knapp 35 Prozent aller Vergütungen auf extrabudgetäre Leistungen.

### **Förderung von Leistungen in Abhängigkeit vom Vorliegen bestimmter Konstellationen**

Durch das TSVG wurde die extrabudgetäre Vergütung erweitert auf Leistungen, die in bestimmten Konstellationen erbracht werden. Dies umfasst mit Wirkung zum 11. Mai 2019 bestimmte vertragsärztliche Leistungen, die nach einer Terminvermittlung durch Hausärzte oder Terminservicestellen erbracht werden, und mit Wirkung zum 1. September 2019 bestimmte vertragsärztliche Leistungen, die in offenen Sprechstunden oder für Neupatientinnen und -patienten erbracht werden. Dabei hängt die Zugehörigkeit zur MGV oder EGV nicht mehr davon ab, um welche Leistung es sich inhaltlich handelt, sondern davon, unter welchen Begleitumständen diese Leistung erbracht wird. Voraussetzung für die extrabudgetäre Vergütung ist zudem nicht allein das Vorliegen einer solchen TSVG-Konstellation, sondern die entsprechende Kennzeichnung der betroffenen Leistungen durch die Leistungserbringenden oder die Kassenärztliche Vereinigung.

Der Förderung unterliegen neben etwaigen zukünftigen Mengenausweitungen insbesondere auch bisher zu Lasten der MGV abgerechnete Leistungen im Umfang von jährlich etwa 5 Mrd. Euro. Davon entfällt der weitaus größte Teil mit ca. 4,1 Mrd. Euro interessanterweise und anders als der Name des Gesetzes vermuten lässt auf Leistungen für Neupatientinnen und -patienten; davon wiederum ca. 2,9 Mrd. Euro auf Neupatientinnen und -patienten in fachärztlichen Praxen. Das TSVG sieht vor, dass die MGV basiswirksam um den Wert der bislang zulasten der MGV abgerechneten förderbaren Leistungen zu verringern ist, wobei diese Leistungen unter Berücksichtigung der bisherigen Auszahlungsquoten zu bewerten sind. Bei dieser sogenannten Bereinigung dürfen gemäß TSVG jedoch nur die jeweils im ersten Jahr nach Inkrafttreten von den Leistungserbringenden entsprechend gekennzeichneten Leistungen berücksichtigt werden. Die Begrenzung auf ein Jahr sollte vermutlich sicherstellen, dass zukünftig erwartete Mengensteigerungen in vollem Umfang zusätzlich vergütet werden und nicht mehr die MGV schmälern. Durch die Aufstockung der Auszahlungsquote für die gekennzeichneten förderbaren Leistungen auf 100 Prozent ergibt sich für die Leistungserbringenden ein sogenannter Ausdeckungsgewinn. Selbst bei vollständiger Kennzeichnung im Bereinigungsjahr würde sich dieser, zusammen mit einigen Zuschlägen und zukünftigen Mengensteigerungen auf jährliche Mehrkosten von rund 500 Mio. Euro summieren. Das BMG beziffert die jährlichen Mehrkosten für diese Regelungen daher in der Gesetzesbegründung zum TSVG (Deutscher Bundestag 2019: 7) scheinbar folgerichtig mit einem mittleren dreistelligen Millionenbetrag.

## **2. Unterbereinigung aufgrund des lediglich einjährigen Bereinigungszeitraums**

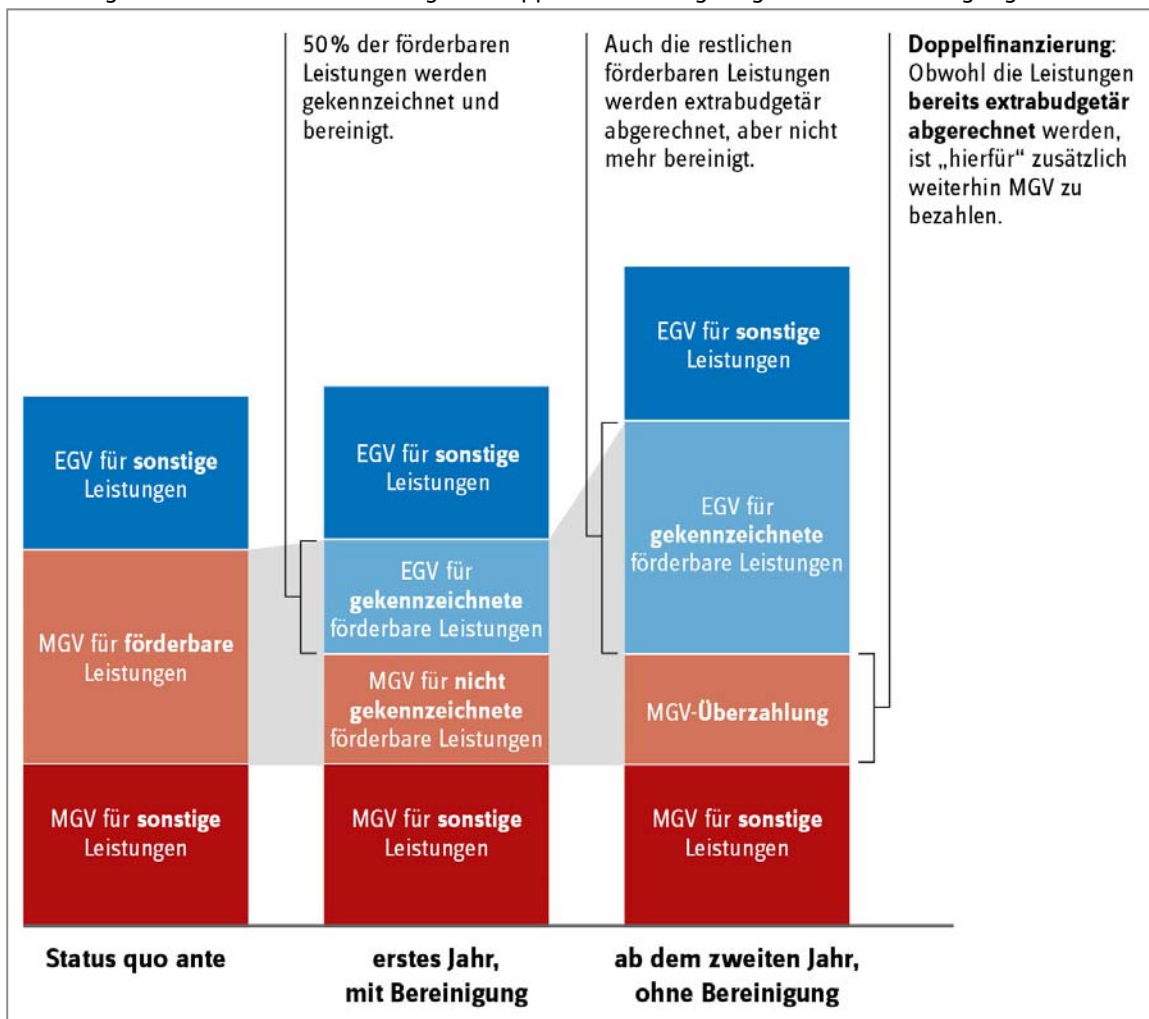
Die Begrenzung des Bereinigungszeitraums im TSVG auf ein Jahr ist generell problematisch, da es erfahrungsgemäß bei neuen Vergütungsregelungen immer eine Anlaufphase gibt, bis diese flächendeckend und vollumfänglich genutzt werden. Die im ersten Jahr anfallende Leistungsmenge ist dann nicht repräsentativ für die Folgejahre und eignet sich nicht zur Bestimmung eines einmaligen Bereinigungsbetrages. Der GKV-Spitzenverband hat wie die übrigen Kassenverbände im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens zum Gesetzentwurf bereits deutlich hierauf hingewiesen.

Im Kabinettsentwurf wurde die Bereinigungsregelung aus dem Referentenentwurf dann auch durch eine Regelung ersetzt, die die zu fördernden Leistungen in der MGV belässt und mit extrabudgetären Zuschlägen versieht. Diese Art der Förderung hätte keine Bereinigung erfordert und somit hätte es auch gar nicht zu einer Unterbereinigung bzw. Doppelfinanzierung kommen können. Der Gesetzgeber hat jedoch offenbar eine gewisse Unterbereinigung durchaus beabsichtigt,

denn sieben Tage vor der Beschlussfassung wurde durch einen Änderungsantrag der Koalitionsfraktionen wiederum die extrabudgetäre Vergütung der zu fördernden Leistungen in Verbindung mit einer auf lediglich ein Jahr beschränkten Bereinigung eingeführt und schließlich am 14. März 2019 im Bundestag beschlossen.

Jede an sich förderbare Leistung, die im Bereinigungsjahr nicht gekennzeichnet wird, führt zu einer dauerhaften Unterbereinigung, die später nicht mehr nachgeholt werden kann. Dies löst eine Doppelfinanzierung durch die Krankenkassen aus, denn diese müssen ab dem zweiten Jahr die dann erstmals gekennzeichneten Leistungen, die zuvor innerhalb der MGV vergütet worden wären, extrabudgetär vergüten und zusätzlich die MGV in unveränderter Höhe weiterzahlen, obwohl ihr in dieser Höhe gar keine Leistungen mehr gegenüberstehen (vgl. schematische Darstellung in Abbildung 1).

Abbildung 1: Schematische Darstellung der Doppelfinanzierung aufgrund Unterbereinigung



Quelle, Darstellung: GKV-Spitzenverband

Die oben geschilderte generelle Nichtrepräsentativität eines Bereinigungszeitraums von lediglich einem Jahr nach Einführung eines Fördertatbestands wird durch die Strategiefälligkeit der nach ärztlichem Ermessen vorzunehmenden Kennzeichnung noch massiv verschärft. Es entsteht ein starker Anreiz, die geförderten Leistungen zunächst zurückhaltend zu kennzeichnen und extrabudgetär abzurechnen, insbesondere wenn die individuelle Auszahlungsquote bereits in der Nähe von 100 Prozent liegt. Hinzu kommen derzeit noch nicht im Einzelnen absehbare bereinigungsmindernde Effekte aufgrund der Corona-Pandemie. Hierzu zählt neben dem allgemeinen Inanspruchnahmerückgang auch der Vorrang der Kennzeichnung und Vergütung von Leistungen bei klinischem Verdacht auf eine Infektion oder bei einer nachgewiesenen Infektion mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 als sogenannter nicht vorhersehbarer Anstieg des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs gemäß § 87a Abs. 3 Satz 4 SGB V.

### **Strategiefälligkeit der Leistungskennzeichnung**

Sowohl die extrabudgetäre Vergütung als auch die im ersten Jahr vorgesehene Bereinigung setzt eine Kennzeichnung der betreffenden Leistungen durch die bzw. den Leistungserbringenden oder die Kassenärztliche Vereinigung im Rahmen der Abrechnung voraus. Die Strategie, im Bereinigungsjahr zurückhaltend zu kennzeichnen und die Kennzeichnung anschließend zügig hochzufahren, führt daher mittelfristig zu einer Gewinnmaximierung und konterkariert Sinn und Zweck der gesetzlichen Bereinigungsregelung.

Es lassen sich diverse Aufrufe finden, eine derartige Strategie zu verfolgen; hinsichtlich der Zurückhaltung bei der Kennzeichnung rät beispielsweise der Vorsitzende der KV Mecklenburg-Vorpommern:

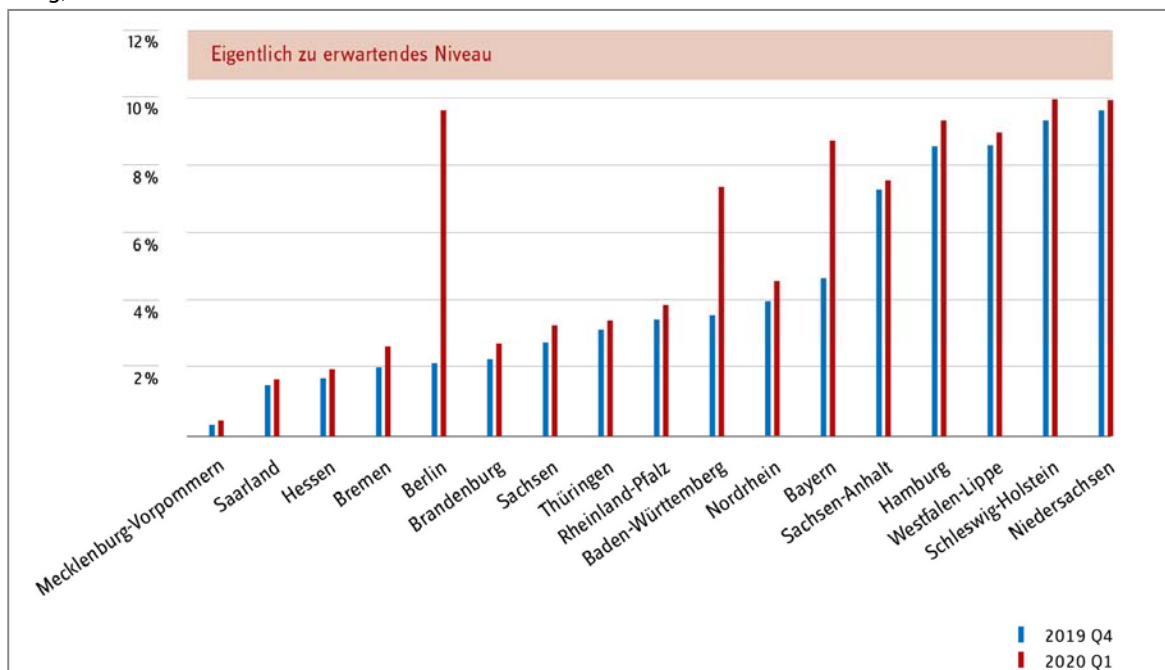
*„Auch bei der Vergütung der neuen Leistungen und Zuschläge sei einiges zu beachten, so Rambow. Diese erfolgen zwar grundsätzlich extrabudgetär, aber bis auf die Zuschläge [...] sind [...] zwingende Bereinigungen der Gesamtvergütung durch das Gesetz vorgesehen. Eine komplizierte Rechtsvorschrift Sorge dafür, dass es dabei auch zu Honorarminderungen bei Ärzten und Psychotherapeuten kommen könne, so der Vorsitzende. Im Rundschreiben 5/2019 wurde bereits darüber informiert und weitere Informationsquellen sowie Ansprechpartner wurden benannt. Bei [...] können sich Ärzte und Psychotherapeuten beraten lassen, ob eine entsprechende Kennzeichnung in der Abrechnung sinnvoll ist. [...] Deshalb empfahl der Vorsitzende, sich in Ruhe nach und nach mit den neuen Regelungen, insbesondere zur Praxisorganisation und zur Vergütung, vertraut zu machen. Der Vorstand sei entschlossen, so Rambow, die Regelungen mit Augenmaß und unter Nutzung aller Spielräume umzusetzen.“ (KV Mecklenburg-Vorpommern 2019: 4–6)*

Hinsichtlich des zügigen Hochfahrens der Kennzeichnung nach dem Ende des Bereinigungszeitraums rät beispielsweise die KV Westfalen-Lippe:

„Am 31. August 2020 endet der im Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) vorgesehene Bereinigungszeitraum für die offene Sprechstunde. Deshalb ist im September 2020 eine besondere Kennzeichnung der erbrachten Leistungen in der offenen Sprechstunde notwendig. [...] Mit dieser Kennzeichnung wird sichergestellt, dass die extrabudgetäre Vergütung der Leistungen im Zusammenhang mit einer offenen Sprechstunde, die ab dem 1. September 2020 erbracht wird, nicht mehr zur Bereinigung herangezogen wird.“ (KV Westfalen-Lippe 2020: 39)

Der Bereinigungszeitraum endete für die beiden TSVG-Konstellationen mit dem größten Leistungsvolumen am 31. August 2020 und es liegen bislang Abrechnungsdaten bis einschließlich März 2020 vor, die eine massive Unterbereinigung belegen. Wie der Abbildung 2 zu entnehmen ist, beträgt der Anteil der als TSVG-Konstellation gekennzeichneten Leistungen an der Gesamtleistungsmenge im Halbjahr von September 2019 bis März 2020 in den einzelnen KV-Bezirken zwischen 0,3 und 9,8 Prozent und weist damit eine erhebliche Spreizung auf. Während der Kennzeichnungsanteil bei den vier obersten KV-Bezirken im Durchschnitt immerhin 9,3 Prozent beträgt, liegt der Durchschnitt bei den untersten vier KV-Bezirken lediglich bei 1,5 Prozent. Dies lässt auf eine bewusste Nicht- bzw. Unterkennzeichnung in der Mehrheit aller KV-Bezirke schließen.

Abbildung 2: Anteil gekennzeichnete Leistungen an allen Leistungen (bewertet nach Euro-Gebührenordnung)



Quelle, Darstellung: GKV-Spitzenverband

Im Vergleich der Quartale 4/2019 und 1/2020 ist ein leichter Anstieg der Kennzeichnungsquote festzustellen, der einerseits darauf zurückzuführen ist, dass die drei KV-Bezirke Berlin, Baden-Württemberg und Bayern zum Jahreswechsel zu einer automatisierten Kennzeichnung von Neupatientinnen und -patienten übergegangen sind. Andererseits machen sich allgemeine Anlaufeffekte bemerkbar, so etwa in Folge der sukzessiven Einführung eines elektronisch gestützten Dispositionsmanagements bei der Terminvermittlung gemäß § 75 Abs. 1a Satz 16 SGB V. Der Effekt des pandemiebedingten Inanspruchnahmerückgangs in den letzten Märzwochen des Jahres 2020 wird hierdurch überlagert und lässt sich nicht zuverlässig isoliert quantifizieren. Gleichwohl ist davon auszugehen, dass sich die Pandemie insbesondere auf das Kennzeichnungsgeschehen im April des Jahres 2020 spürbar auswirken wird. Genaue Daten hierzu liegen allerdings derzeit noch nicht vor.

#### **Quantifizierung der Unterbereinigung**

Würden sämtliche förderbaren Leistungen in dem betrachteten Zeitraum gekennzeichnet, müsste der Kennzeichnungsanteil bundesdurchschnittlich ca. 11,6 Prozent betragen. Wenn man annimmt, dass sich die im ersten Quartal 2020 empirisch beobachtete Kennzeichnungsquote in den fünf übrigen Bereinigungsmonaten April bis August 2020 fortsetzt, ergibt sich eine zukünftige Doppelvergütung aufgrund Unterbereinigung im Umfang von gewaltigen 2,26 Mrd. Euro pro Jahr. Die Doppelvergütung wäre jährlich in Form von überhöhter MGV zu leisten, der in dieser Höhe gar keine Leistungen mehr gegenüberstehen.

Selbst in dem extrem unwahrscheinlichen Fall einer vollständigen Kennzeichnung aller förderbaren Leistungen ab Mai 2020 ergäbe sich durch die in den ersten Monaten des Bereinigungsjahres bereits entgangenen Bereinigungen insgesamt eine Unterbereinigung im Umfang von immer noch enormen 1,67 Mrd. Euro pro Jahr. Die durch die TSVG-Förderungen entstehenden jährlichen Mehrkosten würden dann insgesamt immer noch etwa viermal so hoch ausfallen wie ursprünglich erwartet.

Realistischerweise ist mit einem zügigen Anstieg der Kennzeichnungsquote nach Ablauf des Bereinigungszeitraums zu rechnen. In diesem Fall ist die Doppelfinanzierung aufgrund von Unterbereinigung bereits ab September 2020 finanzwirksam und belastet bereits die Krankenkassenhaushalte des Jahres 2020 in unvorhergesehenem Ausmaß. Allerdings ist selbst im Falle einer Übergangsphase hin zu einer Vollkennzeichnung davon auszugehen, dass die Unterbereinigung in Form von Doppelfinanzierung überwiegend bereits im Jahre 2021 auf die Ausgaben der Krankenkassen durchschlägt. Denn es ist nicht ersichtlich, warum nach Ablauf des Bereinigungsjahres freiwillig weiterhin Zurückhaltung bei der Kennzeichnung daraufhin extrabudgetär zu vergütender Leistungen geübt werden sollte. Schließlich eröffnen sich nach Ablauf des Bereinigungsjahres

durch die Kennzeichnung gegenüber einer Nichtkennzeichnung neben der Garantie einer unquotierten Vergütung dieser Leistungen gleichzeitig Spielräume zur Abrechnung weiterer Leistungen innerhalb der MGV — alternativ kann dasselbe MGV-Honorar dann auch mit weniger erbrachten Leistungen in Verbindung mit einer steigenden Auszahlungsquote erzielt werden.

### 3. Bewertung

Mit einer Zuschlags- anstelle einer Bereinigungsregelung hätte die gewünschte Förderung völlig ohne Unterbereinigungsrisiko und ohne Anlaufverzögerungen aufgrund von strategischer Zurückhaltung realisiert werden können. Während eine gewisse Unterbereinigung aufgrund der dahingegen im Gesetz vorgegebenen Begrenzung des Bereinigungszeitraums von Anfang an zu erwarten war, so ist das Ausmaß des Verzichts auf die Kennzeichnung förderbarer Leistungen — selbst vor Beginn der Corona-Pandemie — doch sehr überraschend. Besonders gut sichtbar ist die Unterkennzeichnung bei der seit Jahren recht stabilen Anzahl an Neupatientinnen und -patienten. Dies führt zu erheblichen und zuvor nicht eingeplanten zusätzlichen Belastungen der aufgrund der Corona-Pandemie ohnehin angespannten Krankenkassenhaushalte. Zudem ist vollkommen ungeklärt, welche Steuerungswirkung die mit der Doppelfinanzierung einhergehende Überzahlung von MGV-Leistungen entfalten sollte — vielmehr droht dieses zusätzliche Vergütungsvolumen zu verpuffen. Es ist jedenfalls nicht zu erwarten, dass diese Überzahlung zu der ursprünglich mit der Förderung von Leistungen in TSVG-Konstellationen angestrebten Verbesserung des Zugangs der Versicherten zur vertragsärztlichen Versorgung beitragen wird.

Hochproblematisch ist auch die extreme regionale Ungleichverteilung der Doppelfinanzierung. Dadurch werden bestimmte Krankenkassen überproportional belastet, aber auch die einzelnen KV-Bezirke spalten sich in relative Gewinner und relative Verlierer auf. Diese Divergenz konterkariert sämtliche Bemühungen der vergangenen Jahre hin zu einer Konvergenz der ärztlichen Vergütungen in Deutschland. So werden die vier KV-Bezirke mit den höchsten empirischen Kennzeichnungsquoten voraussichtlich einen Anstieg der durchschnittlichen MGV-Auszahlungsquote um immerhin etwa 4 Prozentpunkte von 91 auf 95 Prozent erfahren. Die vier KV-Bezirke mit den niedrigsten empirischen Kennzeichnungsquoten (d. h. der höchsten Nichtkennzeichnung) verbessern ihre durchschnittliche MGV-Auszahlungsquote hingegen voraussichtlich um exorbitante 15 Prozentpunkte von 94 auf rechnerisch 109 Prozent.

Um die nach der Auszahlung von 100 Prozent der nominellen Leistungsbewertung noch übrigbleibenden MGV-Zahlungen überhaupt als Honorar abrufen zu können, müssten zukünftig deutlich mehr Behandlungen durchgeführt oder Bonuszahlungen in Form von Zuschlägen vereinbart



werden. Die Honorarverteilung beschränkt sich dort dann auch innerhalb der MGV auf die Vergütung sämtlicher Leistungen nach der regionalen Euro-Gebührenordnung und die Suche nach einer allseits genehmen Austarierung der neu auszulobenden Zuschläge. Dort wäre dann die bisherige mengensteuernde Funktion der MGV aufgehoben, die eigentlich dafür sorgen soll, dass ausschließlich medizinisch notwendige Leistungen unter Berücksichtigung des Wirtschaftlichkeitsgebotes erbracht werden. Es ist klar, dass sich diejenigen KV-Bezirke, in denen im Bereinigungsjahr die förderbaren Leistungen wie vorgesehen gekennzeichnet wurden, demgegenüber benachteiligt fühlen und mindestens weitere vergleichbare Zuschläge verlangen würden, was die Ausgabenseite der Krankenkassen vollends sprengen würde.

### **Dringender gesetzlicher Anpassungsbedarf**

Der GKV-Spitzenverband hat daher aktuell erneut im Rahmen der Kommentierung des Gesundheitsversorgungs- und Pflegeverbesserungsgesetzes (GPVG) eine Verlängerung der Bereinigungsdauer in § 87a Abs. 3 Satz 7 SGB V auf zwei Jahre in Verbindung mit der Einführung einer Kennzeichnungspflicht gefordert. Denn nur mit einer Änderung der gesetzlichen Vorgaben kann die seit dem Ende des derzeit geltenden Bereinigungszeitraums am 1. September 2020 bereits begonnene, sachlich nicht gerechtfertigte Überzahlung von voraussichtlich jährlich mehr als 2 Mrd. Euro noch abgewendet werden. Selbst wenn im Winterhalbjahr des zweiten Bereinigungsjahres noch moderate pandemiebedingte Inanspruchnahmerückgänge aufträten, würde sich die verbleibende Unterbereinigung deutlich reduzieren — bei 10 Prozent pandemiebedingtem Inanspruchnahmerückgang auf noch etwa 300 Mio. Euro. Dies entspräche in etwa der Unterbereinigungshöhe, die der GKV-Spitzenverband im Rahmen des Gesetzgebungsverfahrens geschätzt hat.

Nur durch ein schnelles und entschlossenes Handeln des Gesetzgebers können die Krankenkassen jetzt noch vor erheblichen Zusatzbelastungen ohne jede Steuerungswirkung bewahrt und die erwünschte Förderung bestimmter Leistungskonstellationen bei Terminvermittlung, offenen Sprechstunden und Neupatientinnen und -patienten zielgerichtet erreicht werden.

## 4. Literatur

Deutscher Bundestag (2019): Beschlussempfehlung und Bericht vom 13.03.2019. Drucksache 19/8351 (<http://dipbt.bundestag.de/dip21/btd/19/083/1908351.pdf>).

KV Mecklenburg–Vorpommern (2019): Journal Nr. 321 | Juni 2019 ([https://www.kvmv.de/export/sites/default/.galleries/downloadgalerie\\_kvmv/presse/publikationen\\_pdfs/journal\\_pdfs/2019/Journal\\_Juni\\_2019.pdf](https://www.kvmv.de/export/sites/default/.galleries/downloadgalerie_kvmv/presse/publikationen_pdfs/journal_pdfs/2019/Journal_Juni_2019.pdf)).

KV Westfalen–Lippe (2020): KVWL kompakt Nr. 8 vom 27.8.2020 ([https://www.kvwl.de/media-thek/kompakt/pdf/2020\\_08.pdf](https://www.kvwl.de/media-thek/kompakt/pdf/2020_08.pdf)).

### Über den Autoren



**Andreas Bomke**

Der Diplom–Mathematiker leitet das Sachgebiet Analyse ambulante Versorgung im Stabsbereich Vertragsanalyse beim GKV–Spitzenverband.