

Statement aus der Wissenschaft
**Reformoptionen zur pfadabhängigen Modernisierung
der vertragsärztlichen Versorgung**

Das duale System aus gesetzlicher und privater Krankenversicherung in Deutschland hat sich bewährt. Die private Krankenversicherung fungiert häufig als Impulsgeber für Leistungsverbesserungen im gesetzlichen System. Die relativ flexible Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) fördert u.a. eine schnelle(re) Einführung von Innovationen.

Die Gespräche zur neuen Gebührenordnung der Ärzte (GOÄ) sind bereits im vollen Gange. Auch eine Modernisierung der vertragsärztlichen Vergütung ist geboten. Die verfassungsrechtliche Staatszielbestimmung „Sozialstaat“ (Art. 20 Abs. 1 GG) ermöglicht eine pfadabhängige Weiterentwicklung der gesetzlichen Krankenversicherung zur Gewährleistung der bestmöglichen Versorgungsqualität.

Das Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG vom 6.5.2019, BGBl. I S. 646) verringert mit seiner Ausweitung extrabudgetär zu honorierender ärztlicher Leistungen einen systemischen Nachteil des EBM-basierten Gesamtvergütungssystems. Obwohl das TSVG die tatsächlichen Ursachen eingeschränkter ärztlicher Versorgungskapazitäten nicht benennt (z.B. demographischer Wandel; Ärztemangel), setzt es finanzielle Anreize zur Verkürzung von Wartezeiten und zur aktiven Teilnahme der niedergelassenen Ärzte an der Vermittlung durch die Terminservicestellen. Das Gesetz trägt damit zugleich zur Stärkung der ambulanten medizinischen Versorgung und zur Entlastung der stationären Notfallambulanzen

von bloßen Akutfällen bei, die keine Notfälle sind.

Insgesamt weist das TSVG mit der stärker an der Einzelleistung orientierten Vergütung in die richtige Richtung. Viele seiner detailreichen Novellierungen benötigen für eine abschließende Bewertung jedoch eine längere Umstellungsphase, auch bei den Patienten.

Potenzial für eine weitere Verbesserung der (zeitnahen) ambulanten Versorgung dürfte in der Überwindung der quartalsabhängigen Abrechnung liegen. Diese setzt derzeit den Fehlanreiz, medizinisch aufschiebbare Behandlungen nicht zum frühestmöglichen Zeitpunkt, sondern erst zu Beginn des folgenden Quartals zu terminieren. Dafür gibt es in Zeiten weitgehend automatisierter Honorarabrechnung keine Notwendigkeit. In der Umstellungsphase ist wegen der Vielzahl der anzupassenden rechtlichen Regelungen allerdings mit einem gewissen bürokratischen Mehraufwand zu rechnen.

Vielfach als unbefriedigend empfunden wird die Dauer der Verfahren zur Beschlussfassung des Gemeinsamen Bundesausschusses sowie zur Modernisierung des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM). Mit dem GKV-Versorgungsstärkungsgesetz (vom 16.7.2015, BGBl. I S. 1211) sind bereits Beschleunigungen eingeleitet worden. Damit gesetzlich Versicherte schneller als bislang am medizinischen Fortschritt teilhaben, könnten befristete vorläufige Abrech-

nungsmöglichkeiten auch außerhalb der Erprobungsverfahren sinnvoll sein.

Eine Stärkung der „sprechenden“ Medizin ist möglich, indem bestehende Beratungs- und Gesprächspositionen aufgewertet oder neue geschaffen werden. Letzteres erscheint beispielsweise für Gespräche zur präventiven Gesundheitsförderung sachgerecht. Diese müssten sich nicht auf individuelle Maßnahmen beschränken, sondern könnten auch auf eine gemeinwohlorientierte Förderung der Impfbereitschaft oder derjenigen zur Organspende ausgerichtet sein.

Telemedizinische Leistungen wie Videosprechstunden können die Versorgungssituation bei langen Anfahrtswegen oder von mobilitätseingeschränkten Patienten (z.B. auch nach Operationen) deutlich verbessern. Die bestehenden, noch recht restriktiven rechtlichen Rahmenbedingungen lassen

sich liberalisieren; aber auch technische Hindernisse müssen noch aus dem Weg geräumt werden.

Verstärkt in den Fokus zu nehmen sind die Herausforderungen einer wohnortnahen Versorgung, insbesondere abseits der großen Ballungsgebiete. Erste Schritte sind hier bereits durch eine entsprechende Bedarfsplanung und die Strukturfonds der Kassenärztlichen Vereinigungen eingeleitet, die im Bedarfsfall in unterversorgten Gebieten sogar eigene Einrichtungen, ggf. gemeinsam mit Krankenhäusern oder in Form von mobilen oder telemedizinischen Versorgungsangebotsformen, betreiben müssen. Neben monetären Anreizen, den Vertragsarztsitz im ländlichen Raum zu nehmen, sollten auch die bereits eingeleiteten Maßnahmen im Rahmen der Studienplatzvergabe („Landarztquote“) intensiviert werden.