

## **Einstieg in die ambulante Staatsmedizin**

Kurzgutachten zum TSVG

Dr. Thomas Drabinski

Institut für Mikrodaten-Analyse (IfMDA), Kiel (27.08.2018)

### **Einleitung**

Der Gesetzgeber kann grundsätzlich auf zwei Alternativen zur Reform der vertragsärztlichen Versorgung zurückgreifen:

Alternative 1: Zurücknahme unnötiger Regulierungen, damit der vertragsärztliche Bereich wieder „arztfreundlicher“ wird. Damit würden Selbstbestimmung, Freiheit, Freiberuflichkeit, Würde und gesellschaftlicher Auftrag der vertragsärztlich tätigen Ärzte unterstützt.

Alternative 2: Verschärfung von dirigistischen (Sanktions-) Mechanismen, damit der vertragsärztliche Bereich zunehmend „arztunfreundlich“ wird, zum Beispiel durch ineinandergreifende Maßnahmen einer aufwachsenden ambulanten Staatsmedizin. Über diese Maßnahmen kann der vertragsärztlichen Versorgung eine kontraktive Rolle zugewiesen werden, durch die Selbstbestimmung, Freiheit, Freiberuflichkeit, Würde und gesellschaftlicher Auftrag reduziert werden. In der Endstufe ist der Vertragsarzt dann nicht mehr als ein Erfüllungsgehilfe von Gesetzgebern und Kostenträgern.

### **TSVG**

Der Entwurf eines Gesetzes für schnellere Termine und bessere Versorgung (Terminservice- und Versorgungsgesetz - TSVG) ist ein bemerkenswertes Gesetz, da mit ihm offiziell die Epoche der Staatsmedizin in der ambulanten Versorgung beginnen soll.

Dass der Gesetzgeber nun in die Epoche der ambulanten Staatsmedizin eintreten möchte, hat einen einfachen, ernüchternden Hintergrund: Die seit Anfang der 90er Jahre erfolgte Regulierung des vertragsärztlichen Bereichs (Budgetierung, Bedarfsplanung und anderes mehr) hat ihren Zenit überschritten und bedarf einer grundlegenden Reform.

Und dieses reformbedürftige System auf eine ambulante Staatsmedizin nach Alternative 2 umzustellen, ist wesentlich einfacher und schneller, als eine Deregulierung der gesundheitspolitischen Fehlentwicklungen nach Alternative 1.

Einfach und schnell liegt im Trend.

### **Erster Treiber in die ambulante Staatsmedizin**

Als zentrales Instrument zur Umsetzung von Alternative 2 hat der Gesetzgeber die Terminservicestellen (TSS) identifiziert. Die TSS wurden gegen den ärztlichen Willen in der letzten Legislaturperiode eingeführt. Seitdem fristen die TSS ein trauriges Dasein, was wohl auch daran liegt, dass sie eigentlich nicht notwendig waren und sind.

Seiner Zeit wurden die TSS als Brosamen für die SPD von der letzten GroKo eingeführt, damit die SPD öffentlich proklamieren konnte, ein zentrales Anliegen zur zukünftigen Einführung einer Bürgerversicherung durchgesetzt zu haben.

Seitdem haben SPD und Union erheblich an Zustimmung in der Bevölkerung verloren, was wohl weniger an den überflüssigen TSS gelegen hat – denn diese werden kaum nachgefragt und können daher kein Zustimmungsniveau ändern –, als vielmehr an der Zuwanderung und deren Folgen.

Das Zustimmungsniveau hat sich mittlerweile derart prekär für Union und SPD verändert, dass bereits einzelne Ministerpräsidenten der Union

Koalitionspartner links der SPD ins Auge zu fassen scheinen, um bei einem weiteren prozentualen Abstieg der SPD dann noch weiter nach links rücken zu können.

Dieser vermeintliche Linksruck der Union passt zur gesundheitspolitischen Stoßrichtung der TSS, mit denen eine ambulante medizinische Zuweisungsmedizin (nach „sozialistischem“ Vorbild) in die vertragsärztlichen Haus- und Facharztpraxen, MVZ und sonstigen ambulanten Einrichtungen einziehen soll.

Die Umsetzung dieses Zuweisungsmechanismus hakt allerdings an dem Problem, dass die TSS in ihrer heutigen Struktur ein Reifall sind und damit als gesundheitspolitische Fehlkonstruktion angesehen werden. Um den TSS neues Leben einzuhauchen, soll nun ein neuer, abwegig anmutenden Plan greifen, der die TSS zu einer Art gesundheitspolitischen Superinstanz ausgebaut: *"[...] werden die Terminservicestellen zu neuen Servicestellen mit zusätzlichen Aufgaben weiterentwickelt; [...]". "[...] der Sicherstellungsauftrag [...] wird dementsprechend konkretisiert [...]"*.

Im Ergebnis wird eine zentral geplante und administrierte TSS geschaffen, die letztendlich per KBV-Richtlinien unmittelbar in die regionalen KVen und Arztpraxen hineinplant.

Zusätzliche Aufgaben und Inhalte der neuen, zentralen TSS sollen sein:

- Terminvermittlung beim Hausarzt.
- Terminvermittlung beim Kinder- und Jugendarzt.
- Vermittlung eines dauerhaften Hausarztes (eventuell im Sinne eines Primärarztsystems wie in UK oder NL).
- Vermittlung eines dauerhaften Kinder- und Jugendarztes (eventuell im Sinne eines Primärarztsystems wie in UK oder NL).
- Vermittlung einer unmittelbaren ärztlichen Versorgung in Akutfällen.

- Vermittlung von vertragsärztlichen Notfällen über Priorisierungsmechanismen entweder in offene Arztpraxen oder in Portal- bzw. Bereitschaftsdienstpraxen oder in eine Notfallambulanz hinein.
- Bei der Vermittlung von vertragsärztlichen Notfällen über Priorisierungsmechanismen ist die folgenden Regel zu beachten: *„Liegt ein lebensbedrohlicher Notfall vor, bei dem der Anrufer eigentlich die Notrufnummer 112 hätte wählen müssen, leitet die Servicestelle den Anrufer unmittelbar zur Notrufzentrale weiter.“*
- 24 Stunden Anruf- und Vermittlungsbereitschaft an 365 Tagen im Jahr.
- Implementation *„erforderlicher Praxissoftware zum Terminmanagement“* in jeder einzelnen Vertragsarztpraxis.
- Umsetzung *„eines App/online-Angebots“*, nach der freie Termine in der Arztpraxis nicht nur per Telefon vereinbart, sondern direkt durch den User (= Patient mit Smartphone) per „App“ (= „Programm“) in den Terminkalender der Arztpraxis hineingeladen werden können.

### Zweiter Treiber in die ambulante Staatsmedizin

Ein weiteres Instrument zur Umsetzung von Alternative 2 ist die Anhebung der Mindestsprechstundenzeiten der Vertragsärzte um 25 % (von 20 auf 25 Stunden). Hierzu heißt es: *„Den Vertragsärztinnen und Vertragsärzten entsteht durch die Anforderungen an das Angebot von Mindestsprechstundenzeiten und offene Sprechstunden, soweit diese nicht bereits angeboten werden, ein geringfügiger Erfüllungsaufwand für die Praxisorganisation.“*

Zusätzlich soll eine „Sprechstundenpolizei“ eingesetzt werden, indem neue staatliche Kontroll- und Berichtspflichten gegenüber den *„Landes- und Zulassungsausschüssen“* sowie gegenüber den *„zuständigen Aufsichtsbehörden“* geschaffen werden. Im Ergebnis soll so nachprüfbar

werden, ob die einzelne Arztpraxis auch wirklich die staatlich vorgegebene Sprechstundenzeit bereitgestellt hat. Dahinter steht natürlich der Plan, die Vertragsärzte länger arbeiten zu lassen.

Mehr GKV-Honorar ist durch dieses Instrument nicht zu erwarten: *„Durch die Regelungen zum Sprechstundenangebot entstehen der gesetzlichen Krankenversicherung keine Mehrausgaben“*. Das heißt: Entweder weder die längeren Sprechstundenzeiten über den Bundeshaushalt (Steuern) finanziert. Oder die PKV-Unternehmen und die Beihilfe müssen diese zusätzlichen Sprechstundenzeiten über höhere GOÄ-Honorare per Quersubventionierung – quasi als GKV/PKV-Systemausgleich – finanzieren. Oder die Vertragsärzte müssen die Mehrarbeit selbst finanzieren, indem sie die zusätzlichen Sprechstunden zum Nulltarif anbieten.

Bei einer Unterschreitung der Mindestsprechstundenzeit sind Abschläge im EBM-Honorar wahrscheinlich.

### **Dritter Treiber in die ambulante Staatsmedizin**

Neben TSS und Mindestsprechstundenzeiten soll auch über sogenannte *„Vergütungsanreize“* der Speed in die ambulante Staatsmedizin hochgehalten werden. Hintergrund für die Vergütungsanreize ist die Einschätzung des Gesetzgebers, dass man den Vertragsärzten nur ein paar Karotten vor die Nase halten muss, damit sich diese zügig in Richtung Staatsmedizin bewegen. Die Karotte trägt im TSVG den Begriff *„extrabudgetäre Vergütung“* und soll (im Zusammenhang mit den TSS) wahlweise für die folgenden Leistungen bereitgestellt werden:

- *"[...] Leistungen für die erfolgreiche Vermittlung eines dringlich notwendigen Behandlungstermins durch einen an der hausärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringer bei einem an der fachärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringer,"*

- *"[...] Leistungen, die von der Terminservicestelle [...] vermittelt werden [...]"*
- *"[...] Leistungen [...] bei der Behandlung von [...] neuen Patientinnen [...]"*
- *"[...] Leistungen [...] in der offenen Sprechstunde, die wöchentlich zusätzlich zu einem vertragsärztlichen Leistungsvolumen im Umfang von 20 bzw. zehn Wochenstunden erbracht und abgerechnet werden [...]"*

Das heißt, mit den Vergütungsanreizen soll das „Leistungsportfolio“ der neuen TSS für die Vertragsärzte finanziell attraktiv erscheinen. Dabei handelt es bei den „Vergütungsanreizen“ wahrscheinlich um nichts anderes als an das ambulante Honorar, das den Vertragsärzten durch die Budgetierung bisher vorenthalten wurde.

Außerdem muss wettbewerbsrechtlich gefragt werden: Warum sollte eine vertragsärztliche Leistung, die über die TSS vermittelt wird, mehr wert sein als dieselbe vertragsärztliche Leistung, die ohne TSS-Vermittlung durch den Vertragsarzt erbracht wird?

Werden hierbei nicht ökonomische Prinzipien und digitale Wirkungsmechanismen auf den Kopf gestellt? Richtig wäre es, wenn der Vertragsarzt für eine über die TSS vermittelte Leistungen Vergütungs-Abschläge bekommt. Er muss den Patienten ja nicht selbst akquirieren! Oder bestellt irgendjemand ernsthaft im Internet Güter und Dienstleistungen, weil es dadurch teurer wird?

## **Bewertung**

Die mit dem TSVG vorgelegten Regelungen für eine zentralstaatliche TSS, für eine kostenlose Erhöhung der Mindestsprechstundenzeiten, für das Einsetzen einer "Sprechstundenpolizei" sowie für ökonomisch und rechtlich fragwürdige

Vergütungsanreize in Form einer extrabudgetären Vergütung sind nicht dazu geeignet, die jahrzehntelange Fehlentwicklung in der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung und Vergütung zu beseitigen.

Mit den Maßnahmen wird die ambulante Infrastruktur verschlechtert. Ziel ist es, ein stabiles Fundament für zukünftige Rationierungen und Priorisierungen in der ambulanten Versorgung zu legen. Eine Verbesserung der Versorgung für die Patienten ist mit diesem Maßnahmenpaket nicht zu erwarten, da die Maßnahmen letztendlich „arztunfreundlich“ sind und sich deshalb patientenunfreundlich auswirken werden.

Zudem wird mit diesen Maßnahmen die Selbstverwaltung weiter in Frage gestellt.

Schwerer wiegt, dass das Vertrauen in eine ausgewogene und strategisch zum Wohle der Gesellschaft agierenden „gesundheitspolitischen Hand“ weiter sinkt. Es ist daher zu erwarten, dass die in weiten Teilen der Gesellschaft vorliegenden Ablehnungshaltungen gegenüber dem Bundesgesetzgeber durch das Outcome der mit der ambulanten Staatsmedizin geplanten Maßnahmen weiter anwachsen wird. Die vorgelegten Regelungen zu TSS, Sprechstunden und Vergütungsanreizen wären dann nicht staatstragend, sondern staaterodierend.

Ergebnis: Die einem Zentralplanungsgeist entspringenden Regelungen des TSVG leisten nur der Staatsmedizin in der ambulanten Versorgung Vorschub und sollten – um Schaden von Patienten und Arztpraxen abzuwenden – umgehend aus dem TSVG gestrichen werden.

Andere Teile des TSVG sind hingegen deutlich besser gelungen.