

## **Stellungnahme zum Referentenentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit Entwurf eines Gesetzes für schnellere Termine und bessere Versorgung (Terminservice- und Versorgungsgesetz – TSVG)**

### Vorbemerkung

Die Berufsverbände der Nervenärzte (BVDN), der Neurologen (BDN) und der Psychiater (BVDP) sind die Hauptvertretungen der jeweiligen Fachgruppen in der Politik und Selbstverwaltung. Alle drei Verbände arbeiten auf Grund der historisch gewachsenen Verzahnung der jeweiligen Fachgebiete seit Jahren eng zusammen. Unsere Fachgruppen wurden in den letzten Jahren überproportional beansprucht. Allein psychische und neurologische Störungen sind zusammen für 26 Prozent der gesellschaftlichen Gesamtbelastung durch Krankheiten in der EU verantwortlich. Unsere Fachgruppen sind von Teilen des TSVG sehr stark betroffen. Daher geben wir Ihnen eine Stellungnahme zum vorgelegten Referentenentwurf ab.

Diese Stellungnahme wird von der Deutschen Gesellschaft für Neurologie (DGN) und dem Spitzenverband ZNS (SpiZ) unterstützt.

### Artikel 1

Zu Nummer 32

#### **Vermittlung eines dringlichen Behandlungstermins beim Facharzt durch an der hausärztlichen Versorgung teilnehmende Vertragsärzte**

Wir sehen diese Regelung in der hier vorliegenden Form äußerst kritisch, weil es bereits bestehende Versorgungsprobleme absehbar verstärkt.

Im Bereich der Versorgung von Patienten mit neurologischen und psychischen Erkrankungen zeigt sich eine seit Jahren bestehende und wachsende Unterversorgung.

Die ärztlichen Fachgruppen der Nervenheilkunde, Neurologie und Psychiatrie sind mit ihren Fallzahlen bereits aktuell an ihren Kapazitätsgrenzen angelangt. In einem vom IGES-Institut bereits veröffentlichten Gutachten konnte gezeigt werden, dass die Fallzahl für den Bereich Nervenheilkunde im Zeitraum von 1994 bis 2004 kontinuierlich gestiegen ist. Die Fallzahl hat sich in diesem Zeitraum von 8,7 Mio auf 16 Mio nahezu verdoppelt.<sup>1</sup> Nervenärzte, Neurologen, Psychiater und Kinder- und Jugendpsychiater hatten 2004 den größten Anteil an den Fallzahlen aller untersuchten Fachgruppen. Der immense Versorgungsdruck hat sich in den letzten 14 Jahren aus einer Vielzahl an Gründen verschärft (vermehrte Inanspruchnahme, wachsende Prävalenzen, demografischer Faktor, medizinischer Fortschritt). Ebenfalls zu berücksichtigen ist, dass laut der

---

<sup>1</sup> IGES Institut für Gesundheits- und Sozialforschung GmbH, Strukturen und Finanzierung der neurologischen und psychiatrischen Versorgung, Berlin, 2007

#### **Geschäftsstelle Berlin**

Robert-Koch Platz 9, 10115 Berlin, Tel.: 030 / 21480761, michatz@bvdn.de

#### **Vorstandsvorsitzende**

Dr. Sabine Köhler und Dr. Klaus Gehring (BVDN), Dr. Uwe Meier (BDN), Dr. Christa Roth-Sackenheim (BVDP)

Erhebungen des ZI unsere Fachgruppen zu denjenigen mit den höchsten Wochenstundenzahlen gehören und IGeL-Leistungen eine allenfalls marginale Rolle spielen, so dass die Arbeitsleistung im Wesentlichen der Versorgung von GKV-Versicherten zur Verfügung steht. Eine weitere bedeutsame Fallzahlvermehrung ist unter dem Aspekt einer sorgfältigen und patientenorientierten Versorgung nicht mehr möglich, so dass der Versorgungsengpass folgerichtig auch in wachsenden Wartezeiten zum Ausdruck kommt, was u.a. auch im jährlichen Evaluationsbericht der Terminservicestellen eindrucksvoll dokumentiert ist: Für den gesamten psychischen und neurologischen Versorgungsbereich waren dies 2017 über 85.000 berechnete Vermittlungswünsche, was einem Anteil von über 56% entspricht. (Danach folgen mit weitem Abstand die Kardiologen mit 6,3% und die Radiologen mit 6,0 %).

In Anbetracht des seit Jahren bekannten Versorgungsengpass ist der im Referentenentwurf skizzierte „Lösungsansatz“, diesen Engpass mit einem hausärztlichen Bonus für eine erfolgreiche Vermittlung an den Facharzt zu korrigieren in mehrfacher Hinsicht irritierend. Bereits aus logischen Gründen kann dies keine Steuerungswirkung entfalten, weil hier zum einen kein Ansatz vorhanden ist, den Mangel strukturell entweder zu beheben oder die Ressourcenallokation durch intelligente versorgungssteuernde Anreize zu optimieren. Zum anderen wird der Versorgungsengpass durch eine Vermittlungsprämie weiter verschärft, weil nicht primär derjenige den Bonus erhält, der die eigentliche Versorgungsleistung erbringt, sondern derjenige, der diese abgibt. Hier ist eine dringende Korrektur erforderlich.

Aufgrund der Schwere der von unseren Fachgruppen behandelten Krankheiten und der immensen gesamtgesellschaftlichen Belastung fordern wir aus diesen Gründen seit Jahren einen eigenen, gesetzlich verbrieften Versorgungsbereich. Grundlage hierfür kann der mit der Vertragswerkstatt der KBV erarbeitete Vertrag einer neuropsychiatrischen Versorgung sein.

Solange es keine weitreichenderen Regelungen zur Verbesserung der Versorgung neurologischer und psychisch kranker Patienten gibt, sollte als Übergangsregelung mit Bonuscharakter im Vordergrund eine extrabudgetäre und zusätzliche Vergütung von Notfallpatienten und neuen Patienten erfolgen, frei von Budgetrestriktionen und (formalen) Plausibilitätsprüfungen, damit es Anreize und keine Strafen für diejenigen Ärztinnen und Ärzte gibt, die trotz überdurchschnittlicher Fallzahlen und Wochenarbeitsstunden noch bereit sind, weitere Patienten zu behandeln. In diesem Kontext, aber auch nur dann, kann die im Referentenentwurf vorgesehene Vermittlungsprämie eine Wirkung entfalten. Die hausärztliche Überweisung muss streng koordiniert und geprüft erfolgen, damit diese zu einer besseren Verteilung der Patientenströme führen kann. Gelingt dies nicht, haben unsere Fachgruppen bei einer undifferenzierten Überweisung durch den Hausarzt schlichtweg keine Möglichkeit die Patienten adäquat und zeitnah zu versorgen.

Zu Nummer 40

Zu Buchstabe b

### **Aktualisierung der Bewertung von Leistungen im EBM zu Gunsten der sprechenden Medizin**

Wir begrüßen es außerordentlich, dass der Gesetzgeber die Notwendigkeit einer Aktualisierung des EBM zu Gunsten der „sprechenden Medizin“ erkannt hat. Die Inanspruchnahme von Leistungen neurologischen und psychiatrischen Erkrankungen hat in den letzten 20 Jahren sehr stark zugenommen. Diese Zunahme und die gleichzeitig bestehenden Versorgungsengpässe sind auch eine Folge einer jahrzehntelangen und systematischen Vernachlässigung der sprechenden Medizin. Das rein ärztliche Gespräch ohne technischen Einsatz wird von allen ärztlichen Leistungen de facto am schlechtesten vergütet. Dieser erste kleine Schritt ist ein wichtiges und positives Signal.

Zu Nummer 41

Zu Buchstabe a

### **Extrabudgetäre Vergütung von Leistungen, die auf Vermittlung der TSS erbracht wurden**

Die Fachgruppen der Nervenheilkunde (hierzu gehören als gemeinsame Bedarfsplanungsgruppe Nervenärzte, Neurologen und Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie) gehören zu den am stärksten beanspruchten Facharztgruppen. Diese starke Inanspruchnahme lässt sich auch durch den aktuellen Evaluationsbericht der Tätigkeit der Terminservicestellen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung nachweisen. Hier liegen die für die TSS überweisungspflichtigen Fachgruppen der Nervenheilkunde mit 24 Prozent mit großem Abstand vorn. Dies bildet auch die Unterversorgung in unseren Fachgebieten ab. Direkt danach kommt der Anteil der ärztlichen Psychotherapeuten, die gemeinsam mit den psychologischen Psychotherapeuten zu 32 Prozent (nicht überweisungspflichtig) nachgefragt werden.

Um diese große Nachfrage der Terminservicestellen überhaupt bedienen zu können, begrüßen wir die extrabudgetäre Vergütung dieser vermittelten Leistungen.

Zu Nummer 50

Zu Buchstabe b

### **Die befristete Aufhebung der Zulassungsbeschränkung für Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie**

Eine kurzfristige flächendeckende Öffnung der Zulassungsmöglichkeiten für die Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie ist aus unserer Sicht nicht zielführend. Es ist dann zu befürchten, dass sich Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie in einem nach aktuell geltenden Verhältniszahlen schon jetzt überversorgten Gebiet niederlassen. Eine Unterversorgung betrifft aber insbesondere die ländlichen Regionen. Zudem entsteht dadurch hier ein negativer Effekt, dass es innerhalb der Bedarfsplanungsgruppe der Nervenärzte, zu der Nervenärzte, Neurologen und Psychiater gehören, zu Verwerfungen bei der Versorgung kommen kann, wenn hier nicht alle Fachgruppen berücksichtigt werden. Den Versorgungsengpass für alle ZNS-Fächer (Nervenärzte, Psychiater, Neurologen) zeigt auch die TSS-Dokumentation der KBV, s.o.

Wir sprechen uns daher für eine vorübergehende Öffnung der Bedarfsplanungsgruppe Nervenärzte, Psychiater, Neurologen ausschließlich in ländlichen Regionen aus. Überdies ist es aufgrund der engen Verzahnung dieser Fächer dringend notwendig, dass diese gemeinsame Bedarfsplanungsgruppe vorerst erhalten bleibt.

Wir haben uns seit langem für eine ausgewogene und am tatsächlichen Bedarf orientierte Weiterentwicklung der Bedarfsplanungsrichtlinie ausgesprochen. Es ist eine echte Bedarfserhebung anhand von epidemiologischen und Morbiditätskriterien in den ZNS-Fächern durchzuführen und dann eine entsprechende Bedarfsplanung mit erhöhten Verhältniszahlen zu erarbeiten.

## Artikel 13

Zu Nummer 2 (§ 19 a)

Zu Buchstabe a

### **Verpflichtendes Angebot von fünf „offenen Sprechstunden“**

Wir begrüßen die verpflichtende Einführung offener Sprechstunden für Ärzte der grundversorgenden und wohnortnahen Patientenversorgung in Verbindung mit einer extrabudgetären Vergütung. Nur mit einer extrabudgetären Vergütung können diese Leistungen von unseren Fachgruppen erbracht werden, da wir bereits jetzt in den meisten Bereichen unserer Fallzahlobergrenze erreicht haben. Wir geben jedoch an dieser Stelle erneut zu bedenken, dass die gesamte Fachgruppe seit vielen Jahren an der Grenze ihrer Belastbarkeit angekommen sind. Ohne eine sorgsam am tatsächlichen Bedarf orientierte Erhöhung der Arztzahlen für Nervenärzte, Psychiater, Neurologen wird die gestiegene und weiter steigende Nachfrage nicht aufzufangen sein.

Finanzielle Anreize zur Versorgung von Erstpatienten und akut vermittelten Patienten führen zur Schlechterstellung der Versorgung von chronisch Kranken. Diese gibt in unseren Fächern, die die medizinische Versorgung von Erkrankungen des Nervensystems, des Gehirns und der Psyche sicherstellt, häufig. Erkrankungen wie Demenz, Psychosen, Epilepsie, Zwangserkrankungen, Depressionen, Multiple Sklerose, Schlaganfall, Morbus Parkinson sind in der Regel lebenslang behandlungsbedürftig.

### **Zusätzliche Änderungen:**

#### Artikel 1

Zu Nummer 88a (neu)

### **Ergänzung des § 301 SGB VMöglichkeit der rückwirkenden Klarstellung des OPS durch das DIMDI**

Aufgrund der Urteile des 1. Senates des BSG vom 19.06.2018, B 1 KR 38/17 R und B 1 KR 39/17 R ist eine Ergänzung des § 301 Abs. 2 S. 3 geboten, welche dem DIMDI die rückwirkende Änderung und Klarstellung des Prozedurenschlüssels ermöglicht.

Das Urteil des BSG behandelte im Kern die OPS 8-98b und 8-981. Diese enthalten unter anderem Mindestmerkmale für die Kodierung von Notfalleinsätzen, insbesondere die Transportzeit. Das BSG entschied, dass die erforderliche Transportzeit von 30 Minuten, ab der Anforderung des geeigneten Transportmittels zu zählen ist.

Das DIMDI hat sich am 01.08.2018 dagegen klarstellend geäußert, dass sich die 30 Minuten nur auf die Zeit bezieht, in der sich der Patient im Transportmittel befindet. Antworten des DIMDI auf Kodierfragen sind allerdings nur unverbindlich.

Die Urteile des BSG haben erhebliche Bedeutung: Um die flächendeckende Versorgung von Schlaganfallpatienten zukünftig aufrecht erhalten zu können, müssen die vom BSG-Urteil betroffenen regionalen Stroke Units unterstützt werden. In einigen Krankenhäusern haben sich bereits Krankenkassen wegen Rückforderungsansprüchen gemeldet. Wenn tatsächlich retrospektiv diesen Krankenhäusern das Strukturmerkmal zur OPS-Abrechnung rückwirkend aberkannt wird und Rückforderungen für 4 Jahre drohen, so handelt es sich um dreistellige Millionenbeträge, die der Schlaganfallmedizin ökonomisch rückrechnend entzogen werden würden (ca. 180 betroffene Stroke-Units x durchschnittlich 500 Fälle/Jahr x 1300 € durchschnittliche Rückforderung / Fall x 4 Jahre = 468 Mio Euro). Damit drohen vielen Kliniken der finanzielle Kollaps. Dies würde die Versorgung von Schlaganfallpatienten, gerade in ländlichen Regionen enorm gefährden.

Als Lösung könnte § 301II S. 3 SGB V wie folgt ergänzt werden:

„Das Bundesministerium für Gesundheit gibt den Zeitpunkt der Inkraftsetzung der jeweiligen Fassung des Diagnoseschlüssels nach Satz 1 sowie des Prozedureschlüssels nach Satz 2 im Bundesanzeiger bekannt; es kann den Prozedureschlüssel auch mit Wirkung für die Vergangenheit zur Beseitigung von Unklarheiten oder aus zwingenden Gründen des Gemeinwohls ändern, der Inhalt der Änderung sowie der Zeitpunkt der rückwirkenden Inkraftsetzung werden im Bundesanzeiger bekannt gemacht [...].“

Der vorstehende Textvorschlag ist allein ein Beispiel. Wesentlich ist die gesetzliche Ermächtigung des Bundesministeriums für Gesundheit, erst mit Anwendung des OPS erkennbar werdende Probleme seiner Interpretation zugunsten der Rechtssicherheit auch für die Vergangenheit lösen zu können. Eine solche sogenannte „echte Rückwirkung“ ist zulässig, wenn eine unklare Rechtslage vorliegt und diese durch die Änderung beseitigt und somit Rechtssicherheit geschaffen wird. Eine solche Rechtssicherheit führt zu der notwendigen Planungssicherheit sowohl auf Seiten der Krankenhäuser als auch der Krankenkassen. Sie ist darüber hinaus geeignet, die Gerichte zu entlasten und somit letztlich Verwaltungsaufwand und Kosten sowohl im Gesundheitswesen als auch der Justiz zu reduzieren.