

TSVG: Die neuen Vorschriften zum Sprechstundenangebot und ihre Umsetzung in MVZ – eine praxisorientierte Problemanalyse

Mitte März 2019 hat der Bundestag nach kontroverser Beratung und unter Einbringung zahlreicher Änderungsanträge das Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) verabschiedet. Als sehr komplexes Omnibusgesetz enthält es eine Reihe Aufreger, die die ambulante Versorgung zwar im Gesamten nicht revolutionieren; teils aber umfängliche Anpassungen von den Akteuren verlangen. So gilt für alle vertragsärztlich tätigen Mediziner, und damit auch für jedes MVZ, dass die neuen Vorschriften zum

Sprechstundenangebot ab Mai 2019 umzusetzen sind. Die nachfolgende Analyse zeigt, dass dies sicher nicht ganz so einfach wird, wie der Gesetzgeber sich das gedacht hat.

Die Veränderungen beim Sprechstundenangebot wurden von fast allen Verbänden – mit Ausnahme der Kassenseite – als unberechtigter Eingriff in die Praxisorganisation und – mit Blick auf das erklärte Regelungsziel der schnelleren Terminvergabe – auch als wenig hilfreich

abgelehnt. Allen Protesten und berechtigten Einwänden zum Trotz hat der Gesetzgeber jedoch mit dem Verweis darauf, dass bereits der Koalitionsvertrag eine entsprechende Regelung vorsähe, dieses Projekt konsequent durchgesetzt. Die Kritik der Ärzteschaft wurde mittels einer Entdeckelung der Arzthonorare, soweit sie sich auf die schnelle Terminvergabe beziehen, entschärft oder – wie die Ärztezeitung es treffend formulierte: „einfach zugekleistert.“



Foto: © Monkey Businessfotolia.com

Strafen bei Nichtumsetzung

Folge ist, dass der maßgebliche § 19a Absatz 1 der Ärzte-Zulassungsverordnung von einem Satz mit zehn Wörtern um rund 150 weitere Wörter quasi aufgeblasen wurde. Inhaltlich wird damit zum Einen die Vollzeittätigkeit eines Arztes neu darüber definiert, dass – statt 20 – mindestens 25 Stunden je Woche als Sprechstunde für GKV-Patienten anzubieten und zu veröffentlichen sind. Zum Zweiten wird allen fachärztlichen Grundversorgern aufgegeben, von diesen 25 Stunden jeweils mindestens fünf als offene Sprechstunde anzubieten. Ausnahmen von der Pflicht zur Sprechstundenankündigung sieht der Bundesmantelvertrag bisher nur für Anästhesisten und Belegärzte vor, nicht aber – darauf sei gesondert hingewiesen – für Labormediziner, Pathologen und ähnliche, eigentlich patientenferne Fachgruppen. Hier lohnt jedoch gegebenenfalls ein Blick in die als Länderecht gestalteten Berufsordnungen der Ärzte, die teilweise weitere Ausnahmen für patientenferne Arztgruppen regeln. Flankiert werden diese beiden neuen Vorschriften mit dem Auftrag an die Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen), deren

Einhaltung auf Basis bundeseinheitlicher Kriterien jährlich zu prüfen. Auch geregelt wird, dass Verstöße mit Honorarkürzungen und – in schweren Fällen – mit teilweisem oder vollständigem Zulassungsentzug zu ahnden sind.

Probleme bei der automatisierten Prüfung

Es wäre fahrlässig, sich darauf zu verlassen, dass die KVen ihre Prüfpflichten hier nicht ernst nehmen. Erste Indizien sprechen denn auch dafür, dass bereits daran gearbeitet wird, diese Prüfung zu automatisieren. Sind doch im SGB V (§ 95 Absatz 3 i.d.F. des TSVG) zwei Kriterien angeführt, die ohnehin arztbezogen bei jeder Abrechnungsprüfung erfasst werden: Fallzahlen und Zeit-Plausibilitätssummen. Beide Kriterien sind insbesondere für Kooperationen und für angestellte (Teilzeit-)Ärzte jedoch nicht unproblematisch.

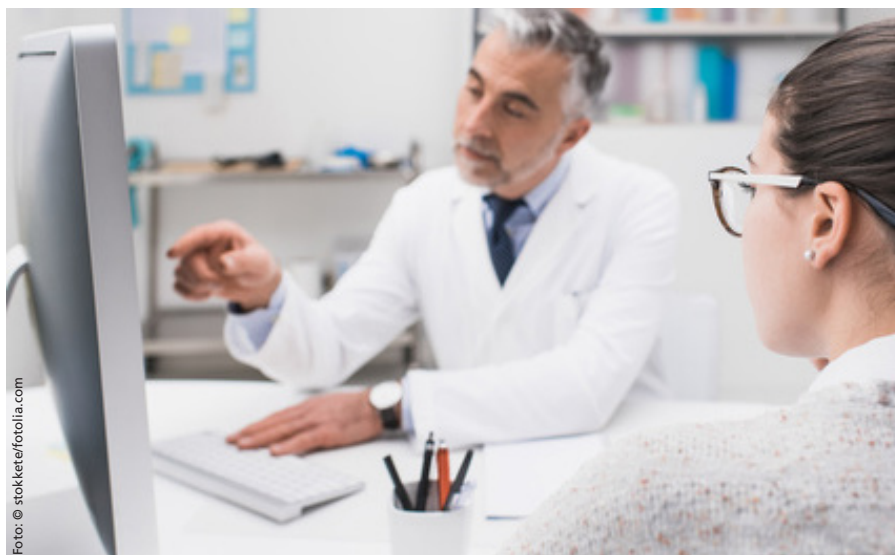
Hintergrund ist zum Einen die grundsätzlich bestehende Unschärfe der Erfassung des zeitlichen Echt-Aufwandes zu einer Gebührenordnungsposition (GOP), da die *(gemäß § 87 Absatz 2 Satz 1 zweiter Halbsatz SGB V)* hinterlegten Zeiten oftmals poli-

tisch ausgehandelt wurden, und folglich entweder zu kurz oder zu lang bemessen sind. Zum Anderen sind die meisten GOP sogenannte Komplexziffern mit mehreren Leistungsinhalten. Sind dabei mehrere Ärzte beteiligt, gilt, dass der Fall und auch die gesamte Prüfzeit demjenigen Arzt zugerechnet wird, der die letzte obligate Leistung erbracht hat. Auch Spezialisierungen einzelner Ärzte, wie sie häufig vorkommen, wenn mehrere fachgleiche Ärzte kooperieren, lassen systematische Verzerrungen entstehen.

Im Ergebnis ist die Abbildung des Leistungsgeschehens gerade größerer Praxen und MVZ über die Betrachtung von arztindividueller Fallzahl und Plausibilitätssumme systembedingt oft fehlerbehaftet. Ein zusätzliches Abbildungsproblem entsteht durch die Behandlungsfallorientierung des EBM, wegen der die Behandlungen aller Ärzte im MVZ zu einem Fall gezählt werden. Dies führt regelhaft zu weitreichenden Ziffernausschlüssen zwischen den Fachgruppen, die nicht nur eine Minderhonorierung nach sich ziehen, sondern eben auch weitere Verzerrungen bei den Fallzahlen der einzelnen Ärzte bedingen.

Dokumentation des Sprechstundenangebots

Aus diesem Grund ist eine der ersten Fragen, die sich jeder Praxis-, respektive MVZ-Leiter stellen sollte: Wie lassen sich die Sprechzeiten der Ärzte nachweisfähig und unabhängig von der KV dokumentieren? Es gibt hier keinen Königsweg; nicht zuletzt, weil sich diese Regelung in der Praxis ja erst einmal beweisen muss. Dennoch scheint es ratsam, bestehende Dienstpläne und deren Organisation und Dokumentation einmal drauf



zu hinterfragen, ob sie potentiell geeignet wären, auch zwei Jahre zurück zu belegen, welcher Arzt, wann welche Sprechstunden angeboten hat. Ausnahmen von der 25-h-Vorgabe sollen für Ärzte bestehen, die Hausbesuche machen. Wie diese Zeiten erfasst und angerechnet werden sollen, ist jedoch unklar. Ein Konkretisierungsauftrag ist mit einer Frist bis August 2019 an die Bundesmantelvertragspartner gegangen. Betroffene Ärzte sollten (mindestens bis dahin) auf Eigendokumentation setzen.

Wesentlich ist natürlich auch, auf eine korrekte Meldung der Sprechstundenzeiten an die zuständige Kassenärztliche Vereinigung zu achten. Es ist hier davon auszugehen, dass die meisten KVen vor Mai diesbezüglich alle Ärzte anschreiben und informieren. Nichtsdestotrotz gilt die Verpflichtung der Meldung aber für das MVZ als Zulassungsinhaber. Zudem zeigt die Erfahrung, dass angestellte Ärzte förmliche Post der KV bisweilen nicht oder nur verspätet an die MVZ-Leitung weiterreichen und so gegebenenfalls Fristen verpasst werden. Ratsam ist daher, sich aktiv um die Meldung der Sprechzeiten (*und künftig auch jeder Änderung*) zu kümmern und zu prüfen, ob alle Sprechstundenzeiten dem jeweiligen Versorgungsumfang und die Meldung auch der Ankündigung im Internet entsprechen. Da, wo Sprechzeiten arztbezogen auf dem Praxisschild angekündigt sind, müssen natürlich auch diese rechtzeitig erneuert werden. Alles in allem ergibt dies bei größeren Praxen einen nicht zu unterschätzenden Aufwand.

Anpassung von Arbeitsverträgen

Für Teilzeitärzte gilt die neue Vorgabe anteilig. D.h. so ge-

nannte Halbärzte müssen künftig im Minimum 12,5 h anbieten; Dreiviertelärzte 18,75 Stunden und Viertelärzte 6,25 Stunden je Woche. In bestimmten Konstellationen sind daher auch die Arbeitsverträge angestellter MVZ-Ärzte anzupassen. Dies gilt grundsätzlich überall dort, wo in den Verträgen konkrete Sprechstundenzeiten oder –mengen angegeben sind. Im Besonderen betrifft dies jedoch die in Krankenhaus-MVZ häufig teiltätigen Ärzte, deren Arbeitszeiten zwischen Station und MVZ genaustens abgestimmt sind und sich im Grenzbereich des arbeitsrechtlich erlaubten Maximums bewegen. Muss hier der Arbeitsvertrag für die ambulante Tätigkeit etwa bei einem Viertelarzt um eine 1,25 Stunden verlängert werden, wirkt sich diese Anpassung zwangsläufig auch auf die stationäre Tätigkeit aus.

Grundsätzlich ist davon auszugehen – und alle Statistiken belegen dies – dass die Ärzte, auch die angestellten, die 25-h-Vorgabe bereits heute mehrheitlich erfüllen und übererfüllen. Häufig ist dies jedoch eben nicht, oder zumindest nicht sauber dokumentiert. Oder es handelt sich um regelmäßig stattfindende Arbeitszeiten, die sich an die regulären Sprechstunden anschließen, ohne indes als solche ausgewiesen zu sein. Vor diesem Hintergrund ist es notwendig, sich vor Augen zu halten, dass es dem Gesetzgeber vor allem darum geht, die Zahl der *angekündigten* Sprechstunden zu erhöhen. Zielgruppe ist hier primär der GKV-Patient. D.h. gesonderte Privatsprechstunden würden bspw. nicht mitgerechnet. Diesbezüglich war im Gesetzgebungsprozess tatsächlich auch die Forderung aufgekommen, dass in diesen 25 Sprechstunden ausschließlich GKV-Patienten behandelt werden dürften. Diese

absurde Forderung ist jedoch an ihrer unübersehbaren Unpraktikabilität gescheitert.

Unklarheiten bei der Pflicht zur offenen Sprechstunde

Sie zeigt jedoch sehr gut, worum es dem Gesetzgeber geht: Verkürzung der Wartezeiten auf Termine für GKV-Versicherte, um gegen „Zweiklassen-Medizin“ und die bevorzugte Terminvergabe für Privatpatienten vorzugehen. Diesem Ziel dient insbesondere auch die zweite Vorschrift, nach der „wohnortnahe und grundversorgende Fachgebiete“ von den 25 Wochenstunden jeweils fünf als offene, also terminungebundene Sprechstunde anzubieten haben. Diesbezüglich türmen sich die Fragezeichen, deren erstes hinter die Frage zu setzen ist, an wen sich die Vorschrift konkret richtet. In der Gesetzesbegründung benannt sind „z.B. konservativ tätige Augenärzte, Gynäkologen, Orthopäden und HNO-Ärzte.“ Gleichzeitig wird den Bundesmantelvertragspartnern aufgegeben innerhalb von drei Monaten nach Gesetzesverkündung überhaupt erst zu konkretisieren, welche Arztgruppen diese zusätzliche Verpflichtung trifft.

Aktuell wird daher diskutiert, ob diese Vorgabe unabhängig von der beispielhaften Nennung in der Gesetzesbegründung erst gilt, wen KBV und GKV-Spitzenverband entsprechende Regelungen getroffen haben. Oder ob die vier genannten Arztgruppen bereits in Vorleistung zu gehen haben. Klar ist nur, dass es *nicht* die Hausärzte und *nicht* die Psychotherapeuten betrifft. Insgesamt sind jedoch so viele Fragen offen, dass einiges dafür spricht, dass diese ergänzende Vorgabe nicht sofort umgesetzt werden kann. Dazu zählen

neben der Frage der Adressaten auch solche Details wie, ob in diesen als offen ausgewiesenen Sprechstunden auch Patienten mit Termin einbestellt werden dürfen, und ob, und wenn ja, wie eigentlich geprüft werden soll, wer einen Termin hatte und wer nicht. Aus praktischer Sicht drängt sich zudem die Überlegung auf, Bestandpatienten in die offene Sprechstunde einzu bestellen, um zu kompensieren, dass hier gegebenenfalls auch mal keiner kommt. Es steht also die Frage, ob zur Erfüllung der Pflicht grundsätzlich das bloße Ausweisen dieser Sprechstunde als offen ausreicht und damit diese Zeiten, wie in vielen Praxen jetzt schon gehandhabt, als Mischung aus Termin- und Akutpatienten durchgeführt werden können.

Extrabudgetäre Honoraranreize

Und nicht zuletzt hat das ganze Thema auch noch eine komplizierte honorarrechtliche Seite.

Eingangs ist bereits erwähnt worden, dass dem Protest der Ärzte gegen diesen massiven Eingriff in die Sprechstundenorganisation deutliche finanzielle Anreize gegenüberstehen. Über eine umfangreiche Ergänzung der Vergütungs-Vorgaben im SGB V (§ 87a Absatz 3) werden entsprechend ab Inkrafttreten des TSVG zahlreiche Leistungen und Zuschläge (siehe Grafik) extrabudgetär honoriert. Hierfür müssen jedoch in jedem Fall noch Umsetzungsbestimmungen erarbeitet werden.

Über spezifische Honoraranreize sollen Ärzte sowohl bei Patienten, die ihnen über die Terminservicestelle zugewiesen werden (Punkt 3), als auch bei Patienten, die durch Vermittlung von Hausarzt zu Facharzt einen schnellen Termin erhalten (Punkt 4), nicht budgetierte Leistungszuschläge erhalten. Ähnliches wurde für Neupatienten (Punkt 5) und alle Patienten, die in den fünf offenen Sprechstunden behandelt werden (Punkt 6) beschlossen. Die Zuschläge gelten dabei je Behand-

lungsfall, also für sämtliche Leistungen am Patienten innerhalb des Quartals der Terminvermittlung, bzw. der Neuaufnahme. Für Ärzte können dadurch durchaus spürbare Mehreinnahmen entstehen.


Vergütungsprobleme bei MVZ

Behandlungsfall bedeutet aber auch, dass innerhalb eines MVZ, das rechtlich als eine Arztpraxis verstanden wird, die Leistungen aller beteiligter Ärzte innerhalb eines Quartals gemeinsam betrachtet werden. Heißt dies – bezogen auf die offenen Sprechstunden – dass Patienten, die bspw. ohne Termin beim HNO-Arzt erscheinen, in dem Quartal auch hinsichtlich weiterer Arztkontakte im MVZ (= ein Behandlungsfall) gesondert und außerhalb des Budgets honoriert werden? Oder wird man hier – wie im Fall der fachärztlichen Grundpauschale (PFG) – darauf abstellen, dass sobald besagter HNO-Patient in dem Vierteljahr

Vorgaben des TSVG zur Weiterentwicklung des EBM nach § 87a SGB V

Von den Krankenkassen sind folgende Leistungen und Zuschläge außerhalb vereinbarten Gesamtvergütungen mit den Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung zu vergüten:

1. Leistungen im Rahmen der Substitutionsbehandlung der Drogenabhängigkeit gem. den RiLi des G-BA
2. Zuschläge nach § 87 Abs. 2b Satz 3 sowie Abs. 2c Satz 3
3. Leistungen im **Behandlungsfall**, die aufgrund der Vermittlung durch die Terminservicestelle nach § 75 Abs. 1a Satz 3 Nr. 1 und 3 erbracht werden, sofern es sich nicht um Fälle nach § 75 Abs. 1a Satz 8 handelt,
4. Leistungen im **Behandlungsfall** bei Weiterbehandlung eines Patienten durch einen an der fachärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringer nach Vermittlung durch einen an der hausärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringer nach § 73 Abs. 1 Satz 2 Nr. 2,
5. Leistungen im **Behandlungsfall**, die gegenüber Patienten erbracht werden, die in der jeweiligen **Arztpraxis** erstmals untersucht und behandelt werden oder die mindestens zwei Jahre nicht in der jeweiligen **Arztpraxis** untersucht und behandelt wurden und
6. Leistungen im **Behandlungsfall**, die gegenüber Patienten erbracht werden, die in der offenen Sprechstunde ohne vorherige Terminvereinbarung gemäß § 19a Abs. 1 Satz 6 der Ärzte-ZV im BMV/Ärzte nach § 82 Abs. 1 untersucht und behandelt wurden; die Vergütung außerhalb der vereinbarten Gesamtvergütungen ist auf einen Umfang von bis zu fünf offenen Sprechstunden je Kalenderwoche und bei einem reduzierten Versorgungsauftrag auf die jeweils anteilige Zeit offener Sprechstunden je Kalenderwoche begrenzt.



Frank Welz – Geschäftsführer
MCG Med. Concept Frankfurt/Oder GmbH
BMVZ-Winterarbeitstreffen, 15. März 2019

Abbildung 1: Vorgaben des TSVG zur Weiterentwicklung des EBM nach § 87a SGB V

auch nur einen weiteren MVZ-Arzt regulär aufsucht, die eigentlich berechnete Extrahonorierung des HNO-Arztes gestrichen wird?

Dies ist alles andere als Haarspalterei und berührt ein Grundproblem der Leistungsabrechnung in MVZ, das umso größer wird, umso mehr Ärzte und Fachrichtungen gemeinsam tätig sind. Während in klassischen Einzelpraxen Arztfall und Behandlungsfall numerisch identisch sind, können sich in größeren Kooperationen hinter einem Behandlungsfall mehrere Art-Patienten-Kontakte (=Arztfälle) verbergen, die aufgrund der bestehenden Honorarsystematik systematisch minderhonoriert werden. Als Ausgleichsmechanismus fungiert der sogenannte (und häufig missverstandene) Kooperationszuschlag; der jedoch inzwischen in den meisten KV-Regionen ohnehin auf niedriger Höhe gedeckelt wurde. Und der vor allem keinerlei Hilfe dabei ist, die vielen weiteren, sich aus der Behandlungsfallorientierung ergebenden Schlechterstellungen beim Honorar auszugleichen.

(Verweis auf AuK 11/2013, die nichts an Aktualität eingebüsst hat: „MVZ im Abseits – Wird Nicht-Kooperation gefördert?“)

Für die Vergütungsanreize gemäß TSVG-Beschluss stellen sich damit weitere Fragen: *Wird die schnelle Terminvermittlung (Punkt 4) innerhalb eines MVZ von Hausarzt zu Facharzt mit erfasst? Oder bleibt die fachübergreifende Kooperationsleistung von MVZ-Kollegen mal wieder unehonoriert? Wann ist in größeren Praxen jemand ein Neupatient (Punkt 5): Wenn er die letzten zwei Jahre nicht bei diesem Arzt/Fachrichtung war? Oder nur, wenn er überhaupt nicht im MVZ in Behandlung war? Wie im Fall der (noch) nicht geklärten Auslegung der Extravergütung von Patienten, die in der offenen Sprechstunde behandelt werden, ist hier zu befürchten, dass kooperative Praxisstrukturen ins Hintertreffen geraten und deutlich weniger von den Zusatzhonoraren partizipieren können, als Ein- oder Zweimann-Praxen. So oder so, die Umsetzungsbestimmungen zu den neuen Vergütungsanreizen müssen ebenso wie die organisatorischen Schwierigkeiten von der MVZ-Leitung bedacht werden.*

Und, um das abschließend noch einmal klarzustellen: Die Regelungen zum zusätzlichen Sprechstundenangebot sind rein politisch erzwungene Vorga-

ben, die die Selbstverwaltung im Gesundheitswesen nun – auf ärztlicher Seite wider Willen – umsetzen muss. Sie wird jedoch kommen, auch wenn einige KV-Vertreterversammlungen bereits laut über mögliche Verweigerungsstrategien nachdenken. Es bleibt daher für das einzelne MVZ nur abzuwarten, wie die Bundesmantelvertragspartner (*Organisationsdetails der Sprechstunden*) und Gemeinsame Bundesausschuss (*Vergütungsanreize*) mit ihrem Spielraum gestalten (oder eben nicht). Und inwieweit Besonderheiten kooperativer Versorger berücksichtigt werden (oder eben nicht). Die betroffenen MVZ und Ärzte, also praktisch alle, sollten die weitere Umsetzung dieser TSVG-Beschlüsse auf jeden Fall wachen Augen verfolgen und natürlich die Ankündigung und Dokumentation des eigenen Sprechstundenangebots bezüglich der 25 Stunden-Vorgabe bis zum 1. Mai hinterfragen und gegebenenfalls neu organisieren.

Autorinnen:

Susanne Müller, Geschäftsführerin Bundesverband Medizinische Versorgungszentren – Gesundheitszentren – Integrierte Versorgung e.V.
Dr. Milena Schaeffer-Kurepkat, Geschäftsführerin, Ärztliche Direktorin, Gesundheitszentrum Brandenburg an der Havel GmbH

INFOBOX

In der Darstellung des Bundesgesundheitsministeriums ruht das TSVG auf vier Säulen

- schnellere Terminvergabe
- bessere Versorgung und erweiterte Leistungsansprüche
- Förderung der Digitalisierung
- Beschleunigung der Selbstverwaltungsprozesse,

von denen sich die erste unmittelbar und umfänglich auf ambulante Versorger auswirken, bzw. Aktion von diesen verlangt. Formuliertes Ziel ist die schnellere Terminvergabe für GKV-Versicherte. Die Last der Veränderung tragen dabei im Wesentlichen die ambulant tätigen Mediziner. Da in diesem Kontext Krankenhaus-MVZ genau wie jeder niedergelassen tätige Vertragsarzt Adressat der Regelungen sind, ist es auch und gerade für krankenhausetragene MVZ unentbehrlich, sich rechtzeitig vor Inkrafttreten der neuen Vorschriften, damit zu befassen.

Während die beschlossenen Veränderungen bei den Terminservicestellen Vorarbeiten seitens der Kassenärztlichen Vereinigungen erfordern und deswegen wohl erst ab Herbst/Winter 2019 Reaktion verlangen (die regionalen KVen werden entsprechend informieren), gelten die Vorgaben des TSVG zum Sprechstundenangebot unmittelbar ab Inkrafttreten, d.h. ab 1. Mai 2019.

ARZT UND KRANKENHAUS

1

92. Jahrgang
April 2019

VLK-Online-Magazin
für Leitende Krankenhausärzte



- Krankenhausplanung in Hessen
- Stationäre Qualitätssicherung
- TSVG: Die neuen Vorschriften zum Sprechstundenangebot und ihre Umsetzung in MVZ
- Pflegepersonaluntergrenzen, GBA-Richtlinien, Triage, etc., Voraussetzungen und haftungsrechtliche Folgen!