

Prof. Dr. Günter Neubauer



INSTITUT FÜR GESUNDHEITSÖKONOMIK

Frau Holle Straße 43

81739 München

Stellungnahme

als unabhängiger Einzelsachverständiger

zum Gesetzentwurf der Fraktionen CDU/CSU und SPD

„Terminservice- und Versorgungsgesetz – TSVG“

16. Januar 2019

I **Allgemeine Stellungnahme zum TSVG**

Das TSVG beinhaltet, wie auch seine Vorgänger- Gesetze (GKV-WSG, GKV-VSG u. a.), eine Fülle von Detailveränderungen, die in verschiedene Gesetze und Verordnungen eingreifen. Damit ist das TSVG ein weiterer Versuch, durch einzelne Interventionen, die Patientenversorgung zu verbessern. Damit wird jedoch auf die großen Herausforderungen der nächsten Jahre keine befriedigende Antwort gegeben. Was sind aber diese?

1) **Demographie bedingte Morbiditätsentwicklung und Nachfragesteigerung**

Deutschland wird älter und damit steigt die Bedeutung der chronischen Erkrankungen sowie der Multimorbidität. Hierfür sind neue Versorgungsstrukturen erforderlich. **Chronische Erkrankungen** erfordern eine dauerhafte Begleitung der Patienten, die aber nicht nur in der Arztpraxis erfolgen muss, sondern auch durch Delegation an andere Gesundheitsberufe (hier weist die Blankovollmacht für Physiotherapeuten in die richtige Richtung) sowie durch telemedizinische Unterstützungssysteme erfolgen kann.

Multimorbidität verlangt eine interprofessionelle Betreuung sowie eine enge Zusammenarbeit und einen direkten Datenaustausch zwischen den verschiedenen Gesundheitseinrichtungen. Die Begrenzung der MVZs auf eine Fachrichtung muss vor diesem Hintergrund als ein Schritt in die falsche Richtung gewertet werden, während die Verpflichtung eine persönliche Patientenakte einzuführen, zu begrüßen ist.

2) Wandel in der medizinischen Arbeitswelt und stagnierende Versorgungskapazität

Dem wachsenden, demographisch bedingten, medizinischen Behandlungs- und Betreuungsbedarf steht eine schrumpfende bzw. stagnierende Leistungskapazität der Gesundheitsberufe gegenüber. Auch bei den Gesundheitsberufen sinken die wöchentlichen Arbeitszeiten, wobei der Trend zu vermehrten Angestelltenverträgen in der ambulanten Versorgung diese Entwicklung beschleunigt. Weiterhin verringern - nicht nur von Frauen bevorzugte - Teilzeitverträge, ebenso wie die vielfältigen arbeitsrechtlichen Unterstützungsmaßnahmen für Eltern und für pflegende Familienangehörige, das Arbeitszeitvolumen für die Gesundheitsversorgung.

Zusammenfassend bedeutet der Wandel in der medizinischen Arbeitswelt, dass zwar mehr Personen beschäftigt sind, aber das verfügbare Arbeitszeitvolumen schrumpft bzw. stagniert. Die sich demografisch abzeichnende Stagnation des inländischen Fachkräftepotentials verlangt eine verstärkte Öffnung für die Integration von ausländischen Fachkräften.

Die Ansätze im TSVG, das Arbeitszeitenvolumen durch dirigistische Vorgaben für Arztpraxen zu erhöhen, können allenfalls eine kurzfristige Erleichterung darstellen und bieten jedoch keinesfalls eine langfristige Lösung an. Auch die Verteilung des Mangels durch eine sogenannte Bedarfsplanung kann keine nachhaltige Lösung darstellen! (Vergleiche auch unsere Ausführungen im Punkt II-3).

3) Die Lösung: Produktivitätssteigerung durch digitalisierten medizinisch-technischen Fortschritt und ständige Weiterqualifizierung

Die ökonomische Theorie, wie auch die praktische Erfahrung aus der Wirtschaft lehren, dass bei einem Nachfrageüberhang zunächst die Preise bzw. Löhne in den nachgefragten Berufen steigen. Dies kann ganz typisch im Bereich der Physiotherapie beobachtet werden. Das TSVG reagiert insofern nur auf ökonomische Gesetzmäßigkeiten, wenn auch relativ verspätet und in einer zu hinterfragenden Form.

Steigende Löhne zwingen die Arbeitgeber dazu, nach Arbeit sparenden, technischen Lösungen zu suchen, durch die einerseits die höheren Löhne refinanziert werden können

und andererseits der Arbeitgeber einen höheren Überschuss erzielen kann. Es steigt die Arbeitsproduktivität.

Steigende Preise wiederum locken neue Anbieter von Leistungen an, die mit einer höheren Arbeitsproduktivität aufgrund einer intensivierten Verwendung von medizinisch-technischem Fortschritt sich eine befriedigende Rendite versprechen. Dies ist wiederum nur bei einem offenen Marktzugang möglich. Tatsächlich erleben wir zur Zeit in der ambulant-ärztlichen Versorgung und auch in weiteren Bereichen der ambulanten Patientenversorgung, dass **externe Investoren** bereit sind, in die Versorgung einzutreten, da sie sich durch Verwendung und Einsatz von effizienten, innovativen Organisations- und Behandlungsstrukturen eine entsprechende Kapitalrendite versprechen. Die verschiedenen telemedizinischen Versorgungsmodelle, die vor allem aus dem benachbarten Ausland kommen, sind hierfür Beispiele.

Das deutsche Gesundheitssystem ist durch eine **Investitionsschwäche** gekennzeichnet, welche die Umsetzung von produktivitätssteigernden Innovationen verzögert bzw. verhindert. Und dies obwohl die Krankenkassen hohe Überschüsse erzielen und ein Innovationsfonds beträchtliche Mittel bereitstellt. Doch mangelt es nicht an Innovationen, sondern an deren konsequenter, flächendeckender Umsetzung. Daran ändert das TSVG nichts, bzw. es benennt noch nicht einmal dieses Problem! Im Gegenteil: es wird der Einsatz von extern finanzierten Investitionen erschwert, ohne eine entsprechende Alternative aufzuzeigen.

Die Vorstellung, die dem TSVG zugrunde liegt, dass Innovationen und Investitionen quasi vom Gesetzgeber angeordnet werden können, widerspricht einem freiheitlichen Gesundheitssystem, ebenso wie der Tatsache, dass erzwungene Investitionen wenig effizienzsteigernd wirken. Gefordert ist, die Eigenverantwortlichkeit aller Akteure nicht nur der Ärzte und Krankenhäuser, sondern ebenso der Krankenkassen wie der Versicherten und Patienten zu stärken. Insbesondere die direkte Mitwirkung von Versicherten und Patienten in unserem Gesundheitssystem weist beträchtliche Defizite auf.

4) Die Alternative zum TSVG: Entwicklung einer sozial abgesicherten konsistenten Wettbewerbsordnung für die gesamte Gesundheitsversorgung

Will man sich von den sich ständig wiederholenden Interventionen in die Gesundheitsversorgung verabschieden, ist es erforderlich, eine grundsätzliche Neuordnung des Versorgungssystems auf Basis einer konsistenten Wettbewerbsordnung aufzubauen. Eckpunkte einer solchen Neuordnung müssen eigenverantwortliche Akteure sein, insbesondere sind die Mitwirkungsrechte, aber auch die Mitwirkungsverantwortung der Patienten zu stärken.

Es ist hier nicht der Platz hierzu detaillierte Ausführungen zu machen, doch hat der Verfasser an anderer Stelle ein ausführliches Konzept entwickelt und veröffentlicht.¹

¹ Vgl.: "Kompass Gesundheitspolitik" – Erstellung einer Expertise zur Neuausrichtung des GKV-Gesundheitssystems an den Prinzipien der Sozialen Marktwirtschaft in Zusammenarbeit mit der Vereinigung der Bayerischen Wirtschaft (vbw). URL.: <https://docs.google.com/file/d/0B4KhCJGIwbShNy1VVGd2SXpielE/edit>.

II Stellungnahme zu Einzelmaßnahmen des TSVG

1) Zur Erreichbarkeit der Terminservicestellen

So berechtigt das Anliegen ist, so wenig wäre eine Regulierung durch den Gesetzgeber erforderlich. Hier wäre die Selbstverwaltung gefordert und in der Lage das Problem selbst zu lösen, soweit es noch besteht.

2) Erweiterung des Sprechstundenangebots

Auch dieses Problem wäre von der gemeinsamen Selbstverwaltung zu lösen. Zum anderen wird hierdurch deutlich, dass die Vertragsärzte immer mehr in die Nähe eines Angestelltenverhältnisses der GKV gerückt werden. Eine aufgezwungene Praxisführung führt aber zu keiner effizienteren Versorgung. Sinnvoll hingegen ist es, mit entsprechenden finanziellen Anreizen, Ärzte für eine erweiterte Versorgung zu belohnen!

3) Zur Bedarfsplanung und Niederlassungsfreiheit

In Deutschland wird bereits seit rund 50 Jahren sowohl in der stationären wie auch in der vertragsärztlichen Versorgung eine Bedarfs- bzw. Angebotsplanung praktiziert. Die Ergebnisse sind ernüchternd. Bislang hat keine Planung ihre Ziele erreicht. Von daher wäre ein Umdenken angebracht! Der Preis für die weitgehend wirkungslose Bedarfsplanung besteht in der Aufhebung der Niederlassungsfreiheit und damit in einer Abwertung der Niederlassung in der Einschätzung junger Ärztinnen und Ärzte und letztlich in einer Reduktion der Versorgung.

Zielführender ist es, die Niederlassungsfreiheit als Regel wiedereinzuführen und die regionale Begrenzung der Niederlassungsfreiheit zur Ausnahme bzw. zum Sonderfall zu erklären. Im TSVG ist die Aufhebung der Niederlassungsfreiheit der Ausnahmefall und nicht die Regel, wie hier vorgeschlagen.

Die Einstufung bzw. Bewertung ob eine Zulassungssperre zweckmäßig ist, kann der jeweilige Landesausschuss übernehmen. Daten hierzu kann eine flächendeckende, regionale Versorgungsbeschreibung liefern, deren Kriterien der GBA erstellt und umsetzt. Der Begriff „Bedarfsplanung“ ist hier nicht angebracht und generell irreführend.

Um eine aktuelle bzw. drohende Unterversorgung in definierten Regionen abzuwenden bzw. aufzuheben sind in erster Linie finanzielle Anreize für die betroffenen Ärzte und auch – zukunftsbezogen – für Studierende und niederlassungswillige junge Ärztinnen und Ärzte einzusetzen. Ergänzend sind neue Formen der Versorgung durch unterstützende nicht-ärztliche Gesundheitsberufe sowie telemedizinische Versorgungsformen weiterzuentwickeln.

4) Aufhebung der Budgetierung und Bürokratieabbau

Eine Aufhebung der Budgetierung für Ärzte, die in unterversorgten Gebieten tätig sind, ist schon lange ein Gebot der Vernunft. In diesen Bereichen muss die Vergütung angehoben werden, wie das auch im TSVG vorgeschlagen wird. Insbesondere Hausbesuche sind deutlich höher zu vergüten, da diese in der Regel in Überstunden erbracht werden müssen oder der Praxisbetrieb still steht.

Ein zweiter Schritt zum Abbau der Budgetierung ist für solche Arztgruppen vorzusehen, die weitgehend Patienten nur nach Überweisung behandeln. In einem dritten Schritt sollte Budgetierung nur noch als Ausnahmefall dort vorgegeben werden, wo noch der Sonderfall der Zulassungssperre erklärt worden ist.

Ein dringlich notwendiger **Bürokratieabbau** kann dadurch erreicht werden, dass bürokratische Arbeiten von den Krankenkassen extra vergütet werden. Damit verwandeln sich Bürokratiekosten in Serviceleistungen, die angemessen zu vergüten sind und auch an entsprechendes Personal delegiert werden können.

5) Konfliktregelung durch Schiedsstellen

Schiedsstellen haben sich zur Konfliktregelung in der GKV bewährt. Zu begrüßen ist, dass Schiedsstellen auch Versorgungsbereich übergreifend eingesetzt werden. Dadurch kann sicherlich die integrierte Versorgung ein Stück weiter entwickelt werden.

Weniger Vorteile dürfte die Vorgabe bringen, dass bei der Bestimmung der Schiedsstellenvorsitzenden, wenn sich die Parteien nicht einigen können, die Aufsichtsbehörden einen Vorsitzenden benennen. Erfahrungen mit solchen behördlichen Vorgaben sind nicht nur positiv. Aus meiner langjährigen Erfahrung als Schiedsperson ist im Falle der Nichteinigung ein Losverfahren mit verkürzter Amtszeit eine vorteilhaftere Lösung.

6) Neue Regelungen in der Physiotherapie

In der Physiotherapie zeichnet sich ebenfalls seit längerer Zeit eine Knappheit an Personal ab. Die Praxisinhaber konnten ihren Mitarbeitern lange Zeit keine konkurrenzfähige Vergütung bieten. Von daher ist die Aufhebung der Befristung der im HHVG gefundenen temporären Lösung einer Anhebung der Vergütung jenseits der Grundlohnsummenentwicklung ein wichtiger und richtiger Schritt zur Verbesserung der Versorgung.

Die im TSVG vorgesehene Einführung einer Blankovollmacht sowie einer bundesweiten Preisvereinbarung sind Schritte in die richtige Richtung. Allerdings besteht die Gefahr, dass bei bundesweiten Einheitspreisen eine regionale Feinsteuerung erschwert wird. Diese wäre aber notwendig, wenn die vorgesehene bundeseinheitliche Preisanhebung, die unterschiedlichen Kostenstrukturen, insbesondere bei den Raumkosten in Großstädten und in ländlichen Regionen kompensiert werden soll. Dies gilt auch für die generell zu niedrig vergüteten Hausbesuche, die bei wenig mobilen Patienten erforderlich werden, wobei hier die ländlichen Praxen im Nachteil sind.

Ob die vorgesehenen regionalen Zuschläge entsprechend kompensatorisch vereinbart werden können, muss sich zeigen. Die Erfahrungen im vertragsärztlichen Bereich mit

bundesweiten Festpreisen bzw. Punktwerten waren negativ, so dass dann Richtpreise die Festpreise ersetzen mussten!

III Fazit :

Das TSVG ist in weiten Teilen (eine Ausnahme ist Physiotherapie) durch einen kurzfristigen Interventionismus gekennzeichnet, der auf aktuelle Defizitsymptome ausgerichtet ist. Eine langfristige, ursachenorientierte Therapiestrategie ist nicht zu erkennen. Von daher können schon heute weitere Gesetze, im Rhythmus der Wahlperioden, als notwendig vorausgesagt werden.