

Wrase, Michael

**Article — Published Version**

## Probleme und Lösungen des Terminservice- und Versorgungsgesetzes (TSVG) aus Patientenperspektive

GuP - Gesundheit und Pflege

**Provided in Cooperation with:**

WZB Berlin Social Science Center

*Suggested Citation:* Wrase, Michael (2020) : Probleme und Lösungen des Terminservice- und Versorgungsgesetzes (TSVG) aus Patientenperspektive, GuP - Gesundheit und Pflege, ISSN 2191-3595, Nomos, Baden-Baden, Vol. 10, Iss. 2, pp. 57-63

This Version is available at:

<https://hdl.handle.net/10419/265526>

**Standard-Nutzungsbedingungen:**

Die Dokumente auf EconStor dürfen zu eigenen wissenschaftlichen Zwecken und zum Privatgebrauch gespeichert und kopiert werden.

Sie dürfen die Dokumente nicht für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, öffentlich zugänglich machen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Sofern die Verfasser die Dokumente unter Open-Content-Lizenzen (insbesondere CC-Lizenzen) zur Verfügung gestellt haben sollten, gelten abweichend von diesen Nutzungsbedingungen die in der dort genannten Lizenz gewährten Nutzungsrechte.

**Terms of use:**

*Documents in EconStor may be saved and copied for your personal and scholarly purposes.*

*You are not to copy documents for public or commercial purposes, to exhibit the documents publicly, to make them publicly available on the internet, or to distribute or otherwise use the documents in public.*

*If the documents have been made available under an Open Content Licence (especially Creative Commons Licences), you may exercise further usage rights as specified in the indicated licence.*

# Probleme und Lösungen des Terminservice- und Versorgungsgesetzes (TSVG) aus Patientenperspektive

von Prof. Dr. Michael Wrase\*

Mit dem TSVG soll allen gesetzlich Versicherten ein zügiger, gleichwertiger Zugang zur ambulanten ärztlichen Versorgung eröffnet werden. Zentrale Punkte sind dabei der Ausbau des Vermittlungsangebots durch Terminservicestellen (TSS) und dessen Flankierung durch vergütungsrechtliche Anreize, die Erweiterung des Sprechstundenangebots sowie Veränderungen im vertragsärztlichen Zulassungsrecht. Dabei zeigt sich bereits jetzt eine Reihe von ungelösten Problemen. Entgegen dem gesetzgeberischen Ziel begründet das TSVG neue Ungleichheiten, vor allem gegenüber Versicherten, die ihr Recht auf freie Arztwahl ausüben, und Bestandpatienten. Hinzu kommen rechtlich problematische Umsetzungen im Zulassungsrecht, insbesondere bei den Sprechstunden. Der Beitrag befasst sich mit diesen Fragen aus einer patientenrechtlichen Perspektive.

## A. Ziele und Regelungsansatz des TSVG

Mit der Corona-Pandemie stellen sich für das Gesundheitssystem und die ambulante Versorgung immense Herausforderungen, die auch am SGB V nicht spurlos vorübergehen werden. Es wird sich zeigen, wie gut das bundesdeutsche Gesundheitsrecht auf diese Krise vorbereitet ist und wo sich weitere Reformbedarfe zeigen. Vor dem Hintergrund der aktuellen Herausforderungen rücken die Novellierungen des vergangenen Jahres im Vertragsarztrecht verständlicherweise in den Hintergrund. Allerdings könnte gerade das TSVG und dessen ‚Herzstück‘, der Ausbau der Vermittlung über die Terminservicestellen (TSS), sich als ein relevanter Schritt zur besser koordinierten und zügigen ambulanten Versorgung von Patientinnen und Patienten vor allem bei Akutfällen erweisen. Auf der anderen Seite zeigen sich speziell aus patientenrechtlicher Perspektive eine Reihe von Problemstellen des Gesetzes, die zu Fehlsteuerungen führen können.<sup>1</sup> Insoweit ist es wichtig, auf die Notwendigkeit einer möglichst *unabhängigen* Evaluierung und (Rechts-)Wirkungsforschung hinzuweisen, die auch die Patientenversorgung einbezieht.<sup>2</sup>

## I. Versorgung und Wartezeiten im Fokus

Hauptziel des TSVG ist es, den Zugang der GKV-Versicherten zur vertragsärztlichen Versorgung zu verbessern. So heißt es in der Gesetzesbegründung: „Insbesondere soll unangemessen langen Wartezeiten auf Behandlungstermine bei Haus-, Kinder- sowie Fachärztinnen und -ärzten und mangelnden ärztlichen Versorgungsangeboten in ländlichen und strukturschwachen Regionen vorgebeugt werden.“<sup>3</sup> Das Gesetz zielt entsprechend darauf ab, „allen gesetzlich Versicherten einen gleichwertigen Zugang zur ambulanten ärztlichen Versorgung zu ermöglichen, indem Wartezeiten auf Arzttermine verkürzt werden, das Sprechstundenangebot erweitert und die Vergütung vertragsärztlicher

Leistungen verbessert wird.“<sup>4</sup> Auf diese zentralen Regelungsbereiche des TSVG, das als Artikelgesetz insgesamt über 15 Gesetze und Rechtsverordnungen in über 150 Einzelschriften geändert hat,<sup>5</sup> wird sich der Beitrag im Folgenden konzentrieren. Dabei werden auch die Auswirkungen des geänderten Versorgungsauftrags im Zulassungsrecht einbezogen, soweit sie aus Patientenperspektive relevant sind.<sup>6</sup>

Aus der Perspektive des Gesetzgebers stellen die Vermittlung zur (fach-)ärztlichen Versorgung und insbesondere die Wartezeiten auf Behandlungstermine ein zentrales Versorgungsproblem dar. Wie *Ladurner* bemerkt, ist diese Sichtweise nicht zwingend.<sup>7</sup> So hat der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen darauf hingewiesen, dass die Wartezeiten in Deutschland im europäischen Vergleich eher gering seien.<sup>8</sup> Es kann allerdings nicht in Abrede gestellt werden, dass besonders bei Fachärzten bestimmter Arztgruppen mitunter erhebliche Wartezeiten für Patienten bestehen und auch in der ambulanten Akutversorgung die Notfallaufnahmen der Krankenhäuser oft alternativlos erscheinen.<sup>9</sup> Gerade an diesen Punkten setzt das TSVG mit einer Stärkung der Vermittlung durch die TSS an, was aus Versichertenperspektive zu begrüßen ist.

Die Konzentration auf Wartezeiten und Patientenvermittlung ist nicht zuletzt „vor dem Hintergrund des Systemwettbewerbs mit der Privaten Krankenversicherung (PKV)“ zu sehen.<sup>10</sup> So soll mit dem TSVG auch ein Schritt „zum Abbau von Zweiklas-

\* Prof. Dr. Michael Wrase, Professur für Öffentliches Recht mit den Schwerpunkten Sozial- und Bildungsrecht an der Universität Hildesheim und am Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (WZB). Der Beitrag stellt eine überarbeitete Fassung des Vortrags dar, den der Verfasser auf dem Symposium „Vertragsarztrecht reloaded – Die neue Welt nach dem TSVG“ der Deutschen Gesellschaft für Kassenarztrecht e.V. am 19.11.2019 in Berlin gehalten hat.

1 Darauf weist bereits *Ladurner*, MedR 2019, 440, 446 hin.

2 Nach § 75 Abs. 1a S. 18 hat die Kassenärztliche Bundesvereinigung einen eingeschränkten Evaluierungsauftrag. Sie soll „die Auswirkungen der Tätigkeit der Terminservicestellen insbesondere im Hinblick auf die Erreichung der fristgemäßen Vermittlung von Arztterminen, auf die Häufigkeit der Inanspruchnahme und auf die Vermittlungsquote“ erfassen. Eine unabhängige Wirkungsforschung sollte jedoch darüber hinausgehen und auch die Qualität und das Patientenmanagement über die TSS-Vermittlung in den Blick nehmen sowie die Auswirkungen auf die ärztliche Behandlungspraxis; vgl. zur Problematik begrenzter Gesetzes-evaluierungen: *Wrase/Scheiwe*, ZfRSoz 2018, 1 ff.

3 BT-Drucks. 19/6337, S. 1.

4 BT-Drucks. 19/6337, S. 1.

5 *Ladurner*, MedR 2019, 440: „Omnibus“.

6 Weitere zentrale Regelungsbereiche des TSVG, die hier nicht behandelt werden, betreffen das Bedarfsplanungs- und Zulassungsrecht sowie einzelne Maßnahmen zur Versorgungsverbesserung; dazu *Ladurner*, MedR 2019, 440, 447 ff. und *Ladurner*, MedR 2019, 519 ff.; einen Überblick bietet auch *Andreas*, ArztRecht 2019, 141 ff.

7 *Ladurner*, MedR 2019, 440.

8 Sachverständigenrat, Bedarfsgerechte Steuerung der Gesundheitsversorgung, Gutachten 2018, S. 336 f. Rn. 534 ff.

9 Zur Inanspruchnahme der Notfallambulanzen der Krankenhäuser siehe Sachverständigenrat, ebd., S. 339 f. Rn. 540 ff.

10 *Ladurner*, MedR 2019, 440.

senmedizin“ gemacht werden, wie der SPD-Gesundheitsexperte *Karl Lauterbach* behauptete.<sup>11</sup> Ob dieses weitergehende Ziel tatsächlich im Rahmen des Gesetzes liegt, erscheint zweifelhaft. Vielmehr lässt sich bei genauerer Betrachtung feststellen, dass durch das TSVG neue – vergütungsrechtliche – Ungleichheiten zwischen gesetzlich Krankenversicherten, die sich einen Behandlungstermin über die TSS vermitteln lassen, und solchen, die ihr Recht auf freie Arztwahl ausüben und sich ihren Arzt oder ihre Ärztin selbst aussuchen wollen,<sup>12</sup> sowie Bestandpatienten geschaffen werden. Von einer Angleichung von Versichertenrechten im Sinne eines einheitlichen Krankenversicherungssystems, wie immer diese aussehen könnte, ist im TSVG jedenfalls kaum etwas zu erkennen.<sup>13</sup>

## II. Regelungs- und Steuerungsansatz

Das Ziel, den Zugang zur ambulanten vertragsärztlichen Versorgung zu verbessern, insbesondere lange Wartezeiten auf Arzttermine zu verkürzen, versucht der TSVG-Gesetzgeber durch eine Intensivierung des Sicherstellungsauftrags der Kassenärztlichen Vereinigungen (§ 75 SGB V), insbesondere den Ausbau der TSS zu „Servicestellen mit erweitertem Aufgabenspektrum“<sup>14</sup> zu erreichen. Sozusagen komplementär wird der Versorgungsauftrag der Vertragsärzte (§ 95 SGB V) durch verschiedene Änderungen im Zulassungsrecht (Ärzte-ZV) erweitert, insbesondere werden die Sprechstundenverpflichtungen erhöht (§ 19a Abs. 1 Ärzte-ZV n.F.). Als dritter Baustein des Regelungskonzepts sind starke Anreize im Vergütungssystem geschaffen worden, indem die durch TSS vermittelten Behandlungsfälle durch Zuschläge und extrabudgetäre Abrechnung privilegiert werden (§§ 87 Abs. 2b, 87a Abs. 3 SGB V). Die Systematik der Vergütungsanreize vor allem für TSS-Fälle, aber auch die Vermittlung einer Facharztbehandlung über die Hausärzte, setzt einen „starken Akzent für die Ärzte für den Ausbau dieses Bereichs.“<sup>15</sup>

Indem der Gesetzgeber die Verpflichtungen im Rahmen des Versorgungsauftrags erhöht, gleichzeitig aber erhebliche vergütungsrechtliche Anreize setzt, agiert er sprichwörtlich ‚mit Zucker und Peitsche‘. Wie *Orlowski* bemerkt: „Etwaige (Mengen-) Effekte sind gewollt!“<sup>16</sup>

## B. Ausbau der Vermittlung durch Terminservicestellen (TSS)

Die Stärkung der Vermittlungsaufgaben der durch das GKV-Versorgungsstrukturgesetz zum 23.1.2016 eingeführten TSS<sup>17</sup> bildet sozusagen das ‚Herzstück‘ des TSVG. Die TSS müssen seit dem 1.1.2020 „für 24 Stunden täglich an sieben Tagen in der Woche unter einer bundesweiten Telefonnummer erreichbar sein“ (§ 75 Abs. 1a S. 2 SGB V). Dafür wird bundeseinheitlich die bisherige Rufnummer für den vertragsärztlichen Notdienst verwendet, sodass die Vermittlung durch die TSS nun durchgehen zur Tag- und Nachtzeit („24/7“) unter 116 117 erfolgt.<sup>18</sup> Besonders wichtig ist dies für die Vermittlung von Akutfällen, die mit dem TSVG neben der Unterstützung bei der Hausarztsuche neu in das Aufgabenspektrum der TSS aufgenommen wurden.

## I. Triageverfahren in Akutfällen

Die TSS haben Versicherten nach § 75 Abs. 1a S. 3 Nr. 3 SGB V spätestens seit dem 1.1.2020 „in Akutfällen auf der Grundlage eines bundesweit einheitlichen, standardisierten Ersteinschätzungsverfahrens eine unmittelbare ärztliche Versorgung in der medizinisch gebotenen Versorgungsebene“ (d.h. vertragsärztliche Praxis, Bereitschaftsdienstpraxis oder Krankenhaus-Notaufnahme<sup>19</sup>) zu vermitteln. Dieses nach bundeseinheitlichen Standards vorzunehmende Verfahren der ‚Triage‘ für Akutfälle „ist der Einstieg des Gesetzgebers in die Gestaltung und Neustrukturierung der Akutversorgung“.<sup>20</sup> Ziel ist es, durch die TSS als einheitliche Ansprech- und Vermittlungsstellen („one-stop-shop“), die mit fachlich besonders qualifiziertem Personal und der erforderlichen technischen Infrastruktur ausgestattet werden (sollen), eine zielgerichtete und ressourcenschonendere Versorgungssteuerung zu erreichen. Bei Akutfällen i.S.d. § 75 Abs. 1a S. 3 Nr. 3 SGB V handelt es sich um solche Behandlungsfälle, in denen ein unverzüglicher Arztkontakt zu „diagnostischen oder therapeutischen Maßnahmen geboten ist“.<sup>21</sup> Die Behandlung muss so schnell wie medizinisch erforderlich, spätestens jedoch am auf die Kontaktaufnahme folgenden Tag stattfinden (vgl. § 9 Anlage 28 BMV-Ä). Eine Kooperation der TSS mit den Notfall-Rettungsstellen der Länder wird in § 75 Abs. 1a S. 2, 2.HS SGB V ausdrücklich ermöglicht. Wenn sich Versicherte mit lebensbedrohlichen Erkrankungen bei den TSS melden, sind sie von dort an die zuständige Rettungsleitstelle weiterzuleiten.<sup>22</sup>

Das bundeseinheitlich auszugestaltende Triageverfahren kann, wenn es sich eingespielt hat, zu einer besseren Verteilung und zeitnahen Behandlung von Akutpatienten – auch außerhalb der Notfallambulanzen – beitragen. Es ist daher aus Patientensicht ein guter Schritt, die TSS als einheitliche Ansprech- und Vermittlungsstelle für ambulante Behandlungen um diese Zuständigkeit zu erweitern.

## II. Vermittlungsanspruch durch TSS

Außerhalb von Akutfällen haben TSS gem. § 75 Abs. 1a S. 3 Nr. 1 SGB V Versicherten innerhalb einer Woche nach Kontaktaufnah-

11 Siehe BT-Plenarprotokoll 19/86, S. 10051.

12 Wenn es sich um eine Erstbehandlung in einer grund- oder unmittelbar versorgenden Praxis handelt, ergibt sich eine vergütungsrechtliche Privilegierung daraus, dass die Leistungen nunmehr extrabudgetär abgerechnet werden, § 87a Abs. 3 S. 5 Nr. 5 SGB V n.F.

13 Zu den verfassungsrechtlichen Fragen einer „integrierten Krankenversicherungsordnung“ siehe die Beiträge von *Kingreen* und *Wallrabenstein*, in: *Wallrabenstein/Ebsen* (Hg.), *Stand und Perspektiven der Gesundheitsversorgung: Optionen und Probleme rechtlicher Gestaltung* (2014), online abrufbar unter [https://www.peterlang.com/view/9783653968606/fm\\_toc.xhtml](https://www.peterlang.com/view/9783653968606/fm_toc.xhtml) (letzter Zugriff am 27.3.2020).

14 BT-Drucks. 19/6637, S. 99.

15 *Orlowski*, *MedR* 2019, 777, 785.

16 *Orlowski*, *MedR* 2019, 777, 785.

17 Vgl. *Huster*, in: *Becker/Kingreen*, *SGB V*, 6. Aufl. 2018, § 75 Rn. 2.

18 Vgl. *Ladurner*, *MedR* 2019, 440, 442.

19 Vgl. *Ladurner*, *MedR* 2019, 440, 441. Bei Vermittlung in die Notfallambulanz eines Krankenhauses kann die ambulante Versorgung dort nach § 76 Abs. 1a S. 1, 2. HS SGB V auch dann stattfinden, wenn das zugelassene Krankenhaus ansonsten nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnimmt.

20 *Orlowski*, *MedR* 2019, 777, 785.

21 *Orlowski*, *MedR* 2019, 777, 785.

22 *Ladurner*, *MedR* 2019, 440, 441.

me einen Behandlungstermin bei einem Leistungserbringer der vertragsärztlichen Versorgung zu vermitteln. Das gilt vor allem für die Facharztbehandlung, aber auch die Vermittlung eines Hausarztes, bei dem TSS die Versicherten nach § 75 Abs. 1a S. 3 Nr. 2 SGB V nunmehr ausdrücklich „zu unterstützen“ haben.

Die Wartezeit auf den so vermittelten Termin darf – von Bagatell- und Routinefällen abgesehen – vier Wochen nicht überschreiten (§ 75 Abs. 1a S. 5 SGB V). Die Entfernung zwischen dem Wohnort oder gewöhnlichen Aufenthaltsort des Versicherten und der Arztpraxis muss entsprechend § 75 Abs. 1a S. 6 SGB V „zumutbar“ sein, was nach § 6 Anlage 28 BMV-Ä in relativ komplizierter Weise konkretisiert wird. Maßstab ist der Zeitbedarf für das Aufsuchen des „nächsten erreichbaren“ Arztes der jeweiligen Arztgruppe *zuzüglich* eines pauschalen Zeitaufschlags von 30 Minuten (bei der hausärztlichen und allgemein fachärztlichen Versorgung) bzw. einer Stunde (bei der spezialisierten und gesonderten fachärztlichen Versorgung). Letztlich wird sich diese Regelung in der Praxis nur über ein elektronisches System sinnvoll umsetzen lassen, das anhand der Adresse den nächsten erreichbaren Vertragsarzt ermittelt und eine Eingrenzung der verfügbaren Vertragsärzte im Umkreis dieser Arztpraxis durchführt. Aus Patientensicht bleibt zu kritisieren, dass die Einhaltung der Vorgabe durch die TSS nur schwer nachvollziehbar ist. Immerhin können Versicherte einem vermittelten Arzttermin dann widersprechen, wenn sie für das Erreichen der vermittelten Praxis nachweisbar einen hohen Zeitaufwand haben würden und gleichzeitig auf eine deutlich nähergelegene einschlägige Vertragsarztpraxis verweisen können.

Gelingt es der TSS nicht, einen entsprechenden Behandlungstermin, der innerhalb der Vierwochenfrist liegt, bei einem Vertragsarzt zu vermitteln, muss sie einen ambulanten Behandlungstermin in einem Krankenhaus anbieten (§ 75 Abs. 1a S. 7 SGB V). Die Vermittlungsfrist von einer Woche sowie die maximale Wartezeit auf den Behandlungstermin von vier Wochen, insbesondere für die Behandlung durch einschlägige Fachärzte, sind folglich strikt und müssen eingehalten werden.

Hohe praktische Relevanz dürften die Vermittlung durch TSS für Erstgespräche im Rahmen der psychotherapeutischen Sprechstunden und der zeitnah erforderlichen Behandlungstermine erhalten, für welche die genannten Fristen gem. § 75 Abs. 1a S. 14 SGB V entsprechend gelten. In Akutfällen darf die Wartezeit für eine psychotherapeutische Akutbehandlung zwei Wochen nicht überschreiten (§ 75 Abs. 1a S. 15 SGB V).

Mit demmittlungsauftrag der TSS korrespondiert nach § 75 Abs. 1a S. 20 SGB V die Verpflichtung der Vertragsärzte, der TSS freie Termine zu melden. Ob dieser „Meldezwang“ tatsächlich zu einer „erheblichen Belastung der vertragsärztlichen Leistungserbringer“ führen wird,<sup>23</sup> erscheint zweifelhaft. Vielmehr wird es darauf ankommen, wie zügig jeweils ein EDV-gestütztes Dispositionsmanagement installiert werden kann, mit dem freie Vertragsarzttermine automatisch mit den elektronisch geführten Terminplänen der Arztpraxen abgeglichen werden.<sup>24</sup> Das Gesetz fordert die Kassenärztliche Bundesvereinigung in § 75 Abs. 1b S. 16 SGB V auf, die Kassenärztlichen Vereinigungen bei der Einrichtung der entsprechenden Struktur(en) zu unterstützen. Mit dem TSVG tritt danach das (arztübergreifende) Vermittlungs- und Terminmanagement endlich in das ‚digitale Zeitalter‘ ein.

### III. Subjektiv-rechtliche Position der Versicherten

Fraglich ist, ob die in § 75 Abs. 1a SGB V festgelegten Vermittlungsfristen und Höchstwartezeiten auch entsprechende subjektiv-rechtliche Ansprüche der Versicherten begründen oder ob es sich um eine rein objektiv-rechtliche Ausgestaltung des Sicherstellungsauftrags der Kassenärztlichen Vereinigungen handelt.<sup>25</sup> Legt man die in ständiger Rechtsprechung angewendete Schutznormtheorie zugrunde, wonach eine Rechtsvorschrift dann ein subjektiv-öffentliches Recht verleiht, wenn sie nicht nur dem öffentlichen Interesse, sondern auch dem Interesse eines aus der Norm abgrenzbaren Personenkreises, hier der Versicherten, zu dienen bestimmt ist,<sup>26</sup> kann man den Regelungen über die Vermittlungsleistungen der TSS (einschließlich der Akutfallversorgung) den subjektiv-rechtlichen Charakter zugunsten der Versicherten nicht absprechen.<sup>27</sup> Dafür lässt sich ferner anführen, dass diese gesetzliche Ausgestaltung der für die (Pflicht-)Versicherten zu erbringenden Leistungen der Konkretisierung ihres durch Art. 2 Abs. 1 GG i.v.m. dem Sozialstaatsprinzip (Art. 20 Abs. 1 GG) geschützten Rechts auf angemessene Krankenbehandlung dient.<sup>28</sup> Dass auch die Vorschriften über den Sicherstellungsauftrag subjektiv-öffentliche Rechte für Versicherte begründen können, zeigt darüber hinaus der enge systematische Zusammenhang zum Recht auf freie Arztwahl in § 76 SGB V.<sup>29</sup> Zu Recht geht daher auch § 3 Anlage 28 BMV-Ä von einem „Vermittlungsanspruch“ der Versicherten aus.

### IV. Vergütungsanreize bei der Vermittlung durch TSS

Die von der TSS nach § 75 Abs. 1a SGB V vermittelten Behandlungsfälle werden vergütungsrechtlich erheblich privilegiert. Soweit eine Behandlung bis zum Ablauf des ersten Tages nach Ablauf der Wochenfrist des § 75 Abs. 1a S. 3 Nr. 1 SGB V – gerechnet vom Zeitpunkt der Kontaktaufnahme des Versicherten zur TSS –<sup>30</sup> erfolgt, erhält der Vertragsarzt einen Vergütungszuschlag von 50 Prozent der Versicherten- bzw. Grundpauschale, bei einer Behandlung innerhalb von zwei Wochen einen Zuschlag von 30 Prozent und nach drei Wochen immerhin noch 20 Prozent (§ 87 Abs. 2b S. 3, Abs. 2c S. 3 SGB V). Soweit Akutfälle nach dem Triageverfahren (oben unter B.I.) über die

23 Ladurner, MedR 2019, 440, 442.

24 Darauf weist auch Ladurner, MedR 2019, 440, 442, hin; vgl. BT-Drucks. 19/8351, S. 207.

25 Zum Sicherstellungsauftrag als „zentrales Organisationsprinzip der vertragsärztlichen Versorgung“ siehe Bäune, in: Eichenhofer/von Koppenfels-Spies/Wenner, SGB V, 3. Aufl. 2018, § 75 Rn. 4 ff.

26 Vgl. etwa BSG, Urt. v. 5.9.2006 – B 4 R 71/06 R = BSGE 97, 63, Rn. 32; BSG, Urt. v. 12.7.2012 – B 14 AS 35/12 R, Rn. 14.

27 Ich ändere damit meine noch in meinem Vortrag vertretene Auffassung.

28 Grdl. BVerfGE 115, 25, 42 ff.

29 Es handelt sich hierbei auch nicht um eine rein akademische Frage: Erkennt man den subjektiv-rechtlichen Charakter des Vermittlungsanspruchs zugunsten der GKV-Versicherten an, so können sich bei unzureichender Vermittlungsleistung der TSS im äußersten Fall auch Amtshaftungsansprüche der Versicherten gegenüber den Kassenärztlichen Vereinigungen nach § 839 BGB i.V.m. Art. 34 GG ergeben; vgl. BGH, Urt. v. 12.1.2017 – III ZR 312/16, Rn. 18 ff.

30 Siehe Beschluss des Bewertungsausschusses gemäß § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V in seiner 439. Sitzung am 19. Juni 2019, S. 2: „Der Tag der Kontaktaufnahme des Versicherten bei der Terminservicestelle gilt als erster Zähltag für die Berechnung des gestaffelten prozentualen Zuschlags.“

TSS vermittelt werden, erhält der vertragsärztliche Leistungserbringer ebenfalls einen Zuschlag von 50 Prozent. Zudem werden die TSS-Zuschläge sowie die Leistungen „im Behandlungsfall“ extrabudgetär abgerechnet (§ 87a Abs. 3 S. 5 Nr. 2, 3 SGB V). Diese „Aufdeckung“ gilt jeweils für die gesamte Leistung im Behandlungsfall im ersten Quartal.<sup>31</sup>

Mit diesen Neuregelungen bei der Vergütung wird ein überaus starker Anreiz gesetzt, vorrangig für die über die TSS vermittelten Versicherten zeitnahe Behandlungstermine zur Verfügung zu stellen. Neben den PKV-Versicherten werden die TSS-Vermittelten zukünftig zu finanziell besonders ‚lukrativen‘ Patienten für die Vertragsärzte. Insofern stellt sich die Frage, welche Nachteile Versicherte haben können, die ihr Recht auf freie Arztwahl nach § 76 SGB V ausüben wollen, und ob bzw. in welcher Form dieses Recht ggf. bei der Vermittlung durch TSS zu berücksichtigen ist.

## V. TSS-Vermittlung und Recht auf freie Arztwahl

Das Recht auf freie Arztwahl ist einfachgesetzlich in § 76 Abs. 1 S. 1 SGB V garantiert. Danach können Versicherte unter den zur Versorgung zugelassenen Ärzten und Einrichtungen „frei wählen“. Die freie Arztwahl soll als Ausdruck der „Patientensouveränität“ sicherstellen, dass sich die Versicherten grundsätzlich den Arzt ihres Vertrauens selbst auswählen können. Damit korrespondiert die Verpflichtung der zugelassenen Leistungserbringer, im Rahmen ihres Versorgungsauftrags den Versicherten auch zu behandeln.<sup>32</sup>

Verfassungsrechtlich ist das Recht auf freie Arztwahl nach Art. 2 Abs. 1 GG geschützt.<sup>33</sup> Es umfasst allerdings keinen gegen den Arzt oder den Staat gerichteten Verschaffungsanspruch; gesetzliche Versicherte haben lediglich einen Anspruch auf eine ausreichende ärztliche Versorgung.<sup>34</sup> Zudem kann der Gesetzgeber das Wahlrecht aus Gründen des Gemeinwohls, etwa dem Schutz der versicherungsrechtlichen Solidargemeinschaft, einschränken, soweit die Anforderungen, die sich aus dem Vorbehalt der verfassungsmäßigen Ordnung ergeben, erfüllt sind.<sup>35</sup>

Durch die Regelungen zur Terminvermittlung über die TSS wird das Recht auf freie Arztwahl nach § 76 Abs. 1 SGB V nicht beschränkt oder ausgestaltet. Die Versicherten erhalten vielmehr ein zusätzliches Recht, eine Terminvermittlung über die TSS in Anspruch zu nehmen. Sie können sich daneben weiterhin einen Vertragsarzt gem. § 76 Abs. 1 S. 1 SGB V frei aussuchen, mit diesem selbst einen Termin vereinbaren und einen von der TSS bei einem anderen Arzt vermittelten Termin wieder absagen.<sup>36</sup> Allerdings schafft die Privilegierung der von den TSS vermittelten Behandlungsfällen die Gefahr einer (faktischen) Benachteiligung von Versicherten, die sich selbst um einen Termin bei einem Vertragsarzt bemühen, sowie von Bestandspatienten.

Wenn Ärzte nunmehr bei einem TSS-vermittelten Versicherten die Versicherten- bzw. Grundpauschale mit dem Faktor 1,5 und darüber hinaus auch extrabudgetär abrechnen können, liegt es ökonomisch betrachtet sehr nahe, diese Gruppe von Patienten zu bevorzugen. Die durch das TSVG eingeführten Wartezeiten- und Vergütungsregelungen geben den Vertragsärzten hierzu auch einen guten Grund, sollen sie doch TSS-vermittelte Versicherte zügig, d.h. möglichst innerhalb von acht Tagen nach Kontakt-

aufnahme zur TSS (spätestens aber innerhalb von vier Wochen) behandeln. Die Regelungen fordern damit eine ‚Reservierung‘ von Sprechzeiten für TSS-Patienten und eine bevorzugte Terminvergabe geradezu heraus. Das beklagte „Zwei-Klassen-System“ wäre durch das TSVG somit quasi durch ein „Drei-Klassen-System“ aus PKV-Patienten, TSS-vermittelten GKV-Patienten und nicht TSS-vermittelte GKV- sowie Bestandspatienten abgelöst. Fraglos ist damit das Prinzip der Gleichbehandlung der Versicherten gem. Art. 3 Abs. 1 GG beeinträchtigt.<sup>37</sup>

Insofern stellt sich die Frage, ob das Recht auf Arztwahl auch im Rahmen der Terminvermittlung durch die TSS zu berücksichtigen ist. Mit anderen Worten: Haben die TSS in dem Fall, dass Versicherte bei Kontaktaufnahme den Wunsch nach Behandlung bei einem bestimmten Haus- oder Facharzt äußern, diesem Patientenwunsch zu entsprechen, wenn der entsprechende Arzt freie Termine gemeldet hat?

In Bezug auf die Unterstützung bei der Hausarztsuche nach § 75 Abs. 1a S. 3 Nr. 2 SGB V verweist das Gesetz ausdrücklich auf das freie Arztwahlrecht der Versicherten gem. § 76 Abs. 3 S. 2 SGB V und spricht von „einem Hausarzt“, den die Versicherten „wählen möchten“.<sup>38</sup> Es wäre widersinnig, dies bei der Terminvergabe nach § 75 Abs. 1a S. 3 Nr. 1 SGB V nicht zu berücksichtigen.<sup>39</sup>

In Bezug auf die Terminvermittlung bei einem Facharzt (i.d.R. nach Überweisung, § 75 Abs. 1a S. 7 SGB V) stellt sich die Rechtslage auf den ersten Blick anders dar. Im Rahmen der Terminvermittlung nach § 75 Abs. 1a S. 3 Nr. 1 SGB V ist nicht vorgesehen, dass die Versicherten auf die Auswahl des Leistungserbringers, für den ein Termin über die TSS angeboten wird, Einfluss haben. Es ist, wie bereits dargelegt, lediglich vorgeschrieben, dass die Entfernung zwischen dem Wohnort des Versicherten und dem vermittelten Arzt „zumutbar“ sein muss (§ 75 Abs. 1a S. 6 SGB V, dazu oben unter B.II.). Im Übrigen bestimmt nunmehr § 5 Abs. 1 S. 1 Anlage 28 BMV-Ä, dass Versicherte gegenüber der TSS „keinen Anspruch auf Vermittlung eines Termins bei einem bestimmten Arzt“ haben. Diese Regelung steht zwar prinzipiell im Einklang mit den gesetzlichen Vorgaben. Allerdings ist bedenkenswert, ob im Rahmen der Vermittlung zumindest der Rechtsgedanke aus § 33 S. 2 SGB I Anwendung finden sollte. Nach dem allgemeinen sozialrechtlichen Wunsch- und Wahlrecht „soll“ den Wünschen der Berechtigten (oder

31 Orłowski, MedR 2019, 777, 785.

32 König, in: Berchtold/Huster/Rehborn, NK-GesundhR, 2. Aufl. 2018, § 76 SGB V, Rn. 2 m.w.N.

33 Vgl. BVerfGE 106, 275, 304 f. entsprechend zur Freiheit der GKV-Versicherten zur Auswahl unter Arznei- und Hilfsmitteln.

34 Vgl. BVerfGE 16, 286, 303 f.; Lang, in: Becker/Kingreen, SGB V, 6. Aufl. 2018, § 76 Rn. 4.

35 Vgl. BVerfGE 106, 275, 305 ff.; weitere Nachweise bei König, in: Berchtold/Huster/Rehborn, NK-GesundhR, 2. Aufl. 2018, § 76 SGB V, Rn. 3.

36 Vgl. BT-Drucks. 18/4095, S. 88.

37 Vgl. Scholz, in: Becker/Kingreen, SGB V, 6. Aufl. 2018, § 12 Rn. 3.

38 Vgl. König, in: Berchtold/Huster/Rehborn, NK-GesundhR, 2. Aufl. 2018, § 76 SGB V, Rn. 10: § 76 Abs. 3 S. 1 SGB V, wonach Versicherte den gewählten Hausarzt innerhalb des Quartals nur aus wichtigem Grund wechseln „sollen“, hat „bloßen Appellcharakter“.

39 Aus rechtssystematischer Sicht unklar ist auch das Verhältnis zwischen den Zuschlägen nach Nr. 1-3 und nach Nr. 4 des § 87 Abs. 1b S. 2 SGB V. Kann der Hausarzt bei Vermittlung eines Termins innerhalb von 8 Tagen die Zuschläge auch kumulativ (oder nur alternativ) geltend machen?

Verpflichteten) entsprochen werden, soweit sie „angemessen“ sind.<sup>40</sup> Was würde also dagegen sprechen, wenn Versicherte sich mit einem konkreten Arztwunsch an die TSS wenden und diese, wenn die Praxis freie Termine gemeldet hat, einen zeitnahen Termin beim gewünschten Arzt vermitteln?

Eine Berücksichtigung der Versichertenwünsche bei der Facharztvermittlung durch die TSS würde zweifellos auf Seiten der Vertragsärzte einen starken Anreiz setzen, die Terminvergabe für ‚schnelle‘ Behandlungstermine bei Neupatienten nach Möglichkeit über die TSS laufen zu lassen, um in den Genuss der vergütungsrechtlichen Zuschläge und der extrabudgetären Abrechnung zu kommen. In der Praxis könnte dies so geschehen, dass bei Anruf eines Neupatienten die Sprechstundenhilfe zunächst lediglich Termine mit langen Wartezeiten anbietet, gleichzeitig aber darauf hinweist, dass die Praxis der TSS freie Termine erhalten könne. Der Vertragsarzt würde also seine Termine ‚über die Bande‘ der TSS ‚spielen‘, um sich die vergütungsrechtlichen Vorteile der TSS-Vermittlung zu sichern. Ob diese mögliche ‚Verfahrensweise‘ bei der Konzeption der Neuregelungen überhaupt bedacht oder sogar als wünschenswerte Stärkung der TSS-Vermittlung bewusst in Kauf genommen wurde, erscheint unklar.<sup>41</sup> Maßgeblich wird es somit auf die Praxis der TSS im Umgang mit entsprechenden Vermittlungswünschen ankommen.

Für die Evaluierung der Gesetzeswirkung wird dieser Punkt im Auge zu behalten sein ebenso wie die Frage der (unbeabsichtigten oder beabsichtigten?) Privilegierung von TSS-vermittelten Patienten gegenüber den Bestandspatienten sowie denjenigen, die im Sinne ihres Rechts auf freie Arztwahl selbst einen Termin bei dem gewünschten Arzt ausmachen. Im Gegensatz zum gesetzgeberischen Ziel, Wartezeiten für Versicherte zu verkürzen und damit einer „Zwei-Klassen-Medizin“ entgegenzuwirken, dürften sich die Regelungen voraussichtlich für nicht-TSS-vermittelte und Bestandspatienten eher wartezeiterhöhend und damit nachteilig auswirken.

### C. Festlegung von Mindestsprechstundenzeiten

Aus Patientenperspektive sind neben den Neuregelungen bei der Terminvermittlung, also im Rahmen des Sicherstellungsauftrags der Kassenärztlichen Vereinigungen, vor allem die Veränderungen im Versorgungsauftrag der Vertragsärzte relevant, die Pflichten gegenüber den Versicherten betreffen. Intensiv gestritten wurde (und wird, zumindest in der Literatur) dabei über die Festlegung der erhöhten (Mindest-)Sprechstundenzeiten in § 19a Abs. 1 Ärzte-ZV n.F.<sup>42</sup> Klares Ziel des verordnungsändernden Gesetzgebers<sup>43</sup> ist es, durch die Erhöhung der Mindestsprechstundenzahl von den bisher im Bundesmantelvertrag gem. § 17 Abs. 1, 1a BMV-Ä a.F. geregelten Umfang von 20 auf 25 Stunden (bei vollem Vertragsarztsitz) „den Zugang zur medizinischen Versorgung für Versicherte in der gesetzlichen Krankenversicherung zu verbessern.“<sup>44</sup>

### I. Rechtmäßigkeit der Mindeststundenerhöhung

Nach § 19a Abs. 1 S. 2 Ärzte-ZV n.F. sind Vertragsärzte nunmehr verpflichtet, im Rahmen ihrer „vollzeitigen vertragsärztlichen Tä-

tigkeit mindestens 25 Stunden wöchentlich in Form von Sprechstunden für gesetzlich Versicherte zur Verfügung zu stehen“. Als „Eingriff in Kernbereiche selbständiger Berufsausübung“ wurde die Regelung von Ärztevertretern und Interessenvertretung – nicht überraschend – mitunter heftig kritisiert und ist dort auf breite Ablehnung gestoßen.<sup>45</sup>

Auch an der Verfassungsmäßigkeit der Stundenerhöhung wurden Zweifel geäußert. Allerdings dürften diese einer genaueren Nachprüfung kaum standhalten. Zur Rechtfertigung von Eingriffen in die durch Art. 12 Abs. 1 GG geschützte Berufsausübungsfreiheit, wie er hier vorliegt, genügen nach ständiger Rechtsprechung des BVerfG vernünftige Erwägungen des Gemeinwohls.<sup>46</sup> Davon ist bei der angestrebten Versorgungsverbesserung für versicherte Patienten zweifellos auszugehen.<sup>47</sup> Darüber hinaus bedarf es einer ausreichenden gesetzlichen Grundlage, und es muss der Grundsatz der Verhältnismäßigkeit beachtet werden.<sup>48</sup> § 98 Abs. 2 Nr. 10 SGB V, der eine „Bestimmung des zeitlichen Umfangs des Versorgungsauftrags aus der Zulassung“ in der Ärzte-ZV ausdrücklich vorsieht, stellt eine ausreichende Ermächtigungsgrundlage nach Art. 80 Abs. 1 GG für die Regelung in § 19a Abs. 1 S. 1 Ärzte-ZV n.F. dar.<sup>49</sup> Die gesetzliche Stundenerhöhung erweist sich mit Blick auf den angestrebten Zweck auch geeignet und erforderlich, wobei dem Gesetzgeber grundsätzlich ein weiter Einschätzungs- und Prognosespielraum zusteht.<sup>50</sup> Er konnte davon ausgehen, dass sich mit der Erhöhung der Sprechstundenzeiten die Versorgung der Versicherten durch die Vertragsärzte quantitativ-zeitlich verbessert und sich dieses positiv auf die Gesamtversorgungssituation auswirkt. Ein gleich wirksames, milderer Mittel ist insoweit nicht erkennbar.<sup>51</sup> Die Regelung ist aufgrund der doch recht moderaten Erhöhung von fünf Stunden wöchentlich (gegenüber der bisherigen, von den Selbstverwaltungsvertretungen im BMV-Ä getroffenen Regelung), auf die nunmehr nach § 19a Abs. 1 S. 4 Ärzte-ZV auch außerhäusliche Besuchszeiten angerechnet werden, auch zumutbar bzw. verhältnismäßig im engeren Sinn. Die geäußerten verfassungsrechtlichen Zweifel sind folglich nicht durchgreifend.<sup>52</sup>

40 Dazu *Spellbrink*, in: KassKomm Sozialversicherungsrecht, SGB I § 33 Rn. 26 ff. (Stand: 107. Erg.-Lfg. Dezember 2019).

41 Bei *Orlowski*, *MedR* 2019, 777, 785, heißt es, dass „etwaige (Mengen-) Effekte [...] gewollt“ seien.

42 Vgl. nur *Willkomm/Kaltenhäuser*, *GuP* 2019, 161 ff.; *Orlowski*, *MedR* 2019, 777, 778 ff.; *Ladurner*, *MedR* 2019, 440, 442 ff.

43 Zur verfassungsrechtlichen Zulässigkeit der Änderung von Rechtsverordnung durch den parlamentarischen Gesetzgeber und den dabei zu beachtenden Anforderungen grdl. BVerfGE 114, 196, 234 ff.

44 BT-Drucks. 19/6337, S. 158.

45 Nachweise bei *Willkomm/Kaltenhäuser*, *GuP* 2019, 161; *Ladurner*, *MedR* 2019, 440, 442.

46 Siehe nur BVerfG, *Beschl. v. 12.1.2016 – 1 BvL 6/13*, Rn. 52 (st. Rspr.).

47 Vgl. *Orlowski*, *MedR* 2019, 777, 780 m.w.N.

48 BVerfG, *Beschl. v. 12.1.2016 – 1 BvL 6/13*, Rn. 47 (st. Rspr.).

49 Vgl. *BR-Drucks. 504/18*, S. 184; *Ladurner*, *MedR* 2019, 440, 442; *Orlowski*, *MedR* 2019, 777, 780.

50 Vgl. BVerfGE 117, 163, 189 (st. Rspr.).

51 Vgl. ausführlich auch zu den möglichen Alternativmaßnahmen: *Orlowski*, *MedR* 2019, 777, 780.

52 So auch i.E. *Orlowski*, *MedR* 2019, 777, 780. Das gilt gleichermaßen für die Verpflichtung für Arztgruppen „der grundversorgenden und wohnortnahen Patientenversorgung“, von den 25 (Mindest-)Stunden wöchentlich fünf Stunden als „offene Sprechstunden ohne vorherige Terminvereinbarung“ anzubieten; ausf. dazu *Willkomm/Kaltenhäuser*, *GuP* 2019, 161, 162.

Die Rechtsprechung ging dabei bislang schon von einem weiten Sprechstundenbegriff aus.<sup>53</sup> Entscheidend ist, dass der Vertragsarzt während der Sprechstunden, die gem. § 17 Abs. 1 S. 2 BMV-Ä mit festen Uhrzeiten auf dem Praxisschild anzugeben sind, nach § 17 Abs. 1a S. 2 BMV-Ä für die „Versorgung der Versicherten unmittelbar zur Verfügung steht“. Umstritten ist, ob der Vertragsarzt in dieser Zeit auch Privatpatienten behandeln darf.<sup>54</sup> Mit Blick auf den Wortlaut des § 19a Abs. 1 S. 2 Ärzte-ZV („für gesetzlich Versicherte zur Verfügung zu stehen“) und den Gesetzeszweck, die Versorgung für GKV-Versicherte zu verbessern, ist eine Behandlung von Privatpatienten innerhalb der (Mindest-)Sprechstundenzeiten zwar nicht generell ausgeschlossen.<sup>55</sup> Allerdings können solche Termine nur an Privatpatienten vergeben werden, wenn sie von gesetzlich Versicherten nicht in Anspruch genommen werden, denn für diese müssen sie „zur Verfügung stehen“.<sup>56</sup> Wenn also die Terminnachfrage seitens der gesetzlich Versicherten die Mindestsprechstundenzeiten nach § 19a Abs. 1 S. 2 Ärzte-ZV aufbraucht oder übersteigt, dürfen in dieser Zeit keine Privatpatienten behandelt werden.

## II. Rechtswidrigkeit der Neuregelung in § 17 Abs. 1a S. 1, 5 BMV-Ä

In der Literatur wird teilweise kontrovers beurteilt, ob mit der Neuregelung zur Mindestsprechstundenzeit dieser Sachbereich nunmehr in Gänze der gemeinsamen Selbstverwaltung nach § 82 Abs. 1 SGB V entzogen ist.<sup>57</sup> Für eine solch weitreichende Regelungssperre für die Selbstverwaltung besteht jedoch kein Grund. Vielmehr ist es sinnvoll, dass die Bundesmantelvertragspartner auch bezüglich der Sprechstunden konkretisierende und ergänzende Regelungen treffen, soweit diese sinnvoll sind.<sup>58</sup> Allerdings geht ihre Regelungsbefugnis nur so weit, wie der Gesetzgeber ihnen einen Spielraum belässt und keine eindeutigen Vorgaben macht.<sup>59</sup>

Hieran gemessen erweist sich die Neuregelung in § 17 Abs. 1a S. 1, 5 BMV-Ä als rechtswidrig und damit nichtig. Folgt man dieser Regelung, so soll der vertragsärztliche Versorgungsauftrag dadurch erfüllt sein, dass der Vertragsarzt *an allen zugelassenen Tätigkeitsorten*, d.h. auch an Zweigniederlassungen gem. § 24 Abs. 3 Ärzte-ZV, „persönlich mindestens 25 Stunden wöchentlich in Form von Sprechstunden zur Verfügung steht“. Die Tätigkeit am Vertragsarztsitz muss lediglich „alle Tätigkeiten außerhalb des Vertragsarztsitzes zeitlich überwiegen“. Diese Bestimmung verstößt gegen § 24 Abs. 2 Ärzte-ZV, wonach der Vertragsarzt seine sämtlichen (Mindest-)Sprechstunden „am Vertragsarztsitz“ zu halten hat. Dafür, dass der Begriff „Sprechstunde“ hier anders zu verstehen sein sollte als in § 19a Abs. 1 S. 2 Ärzte-ZV, gibt es keine Anhaltspunkte.<sup>60</sup> Auch die Gesetzesbegründung, die als Auslegungsmaterial heranzuziehen ist, ist in diesem Punkt eindeutig: „Ärztinnen und Ärzte üben somit künftig ihre vertragsärztliche Tätigkeit dann vollzeitig aus, wenn sie *an ihrem Vertragsarztsitz (Herv. d. Verf.)* persönlich mindestens 25 Stunden wöchentlich in Form von Sprechstunden für gesetzlich Versicherte zur Verfügung stehen.“<sup>61</sup>

Die von den Bundesmantelvertragsparteien in § 17 Abs. 1a S. 1, 5 BMV-Ä getroffene Regelung widerspricht darüber hinaus dem erklärten Gesetzeszweck, die Versorgungssituation für die

Versicherten *am Vertragsarztsitz* zu verbessern. Im Ergebnis führt sie dazu, dass das Sprechstundenangebot dort bei vollem Versorgungsauftrag bis auf 13 Stunden reduziert werden kann, da § 17 Abs. 1a S. 5 BMV-Ä n.F. lediglich verlangt, dass die „Tätigkeit am Vertragsarztsitz alle Tätigkeiten außerhalb des Vertragsarztsitzes zeitlich insgesamt überwiegen muss“. Eingedenk der Regelung in § 19a Abs. 1 S. 4 Ärzte-ZV, wonach nunmehr auch ambulante Besuchszeiten auf die (Mindest-)Sprechstundenzeiten angerechnet werden können, kann dies – vollkommen konträr zum gesetzgeberischen Ziel – dazu führen, dass sich das Sprechstundenangebot am Vertragsarztsitz zukünftig deutlich, d.h. auf die Hälfte oder sogar weniger gegenüber der früheren Regelung in § 17 Abs. 1 BMV-Ä verschlechtert.

Nicht zuletzt werden mit der getroffenen Regelung die durch das TSVG erweiterten zulassungsrechtlichen Beschränkungsmöglichkeiten des § 19a Abs. 2 Ärzte-ZV und das Bedarfsplanungsrecht unterlaufen. So hat der TSVG-Gesetzgeber gleichzeitig mit der Erhöhung der Mindestsprechstundenzahl die Möglichkeit geschaffen, den Versorgungsauftrag nicht nur wie bisher auf die Hälfte, sondern auch auf drei Viertel zu beschränken, um den Vertragsärzten Flexibilität zu ermöglichen.<sup>62</sup> Würde § 17 Abs. 1a S. 1, 5 BMV-Ä weiterhin Bestand haben, könnten Vertragsärzte zukünftig die Zulassung von Zweigniederlassungen beantragen und ihren Praxisschwerpunkt faktisch dorthin verlagern (mit entsprechend geringerer Präsenzverpflichtung). An ihrem eigentlichen Vertragsarztsitz könnten sie sich für die dort noch verbleibenden Verpflichtungen beispielsweise durch einen angestellten Arzt vertreten lassen anstatt, wie es eigentlich notwendig wäre, ihren Versorgungsauftrag nach § 19a Abs. 2 Ärzte-ZV zu beschränken.<sup>63</sup> Das kann nicht gewollt sein.

Zugleich wird mit der Regelung des § 17 Abs. 1a S. 1, 5 BMV-Ä die Zulassung von Zweigniederlassungen nach § 24 Abs. 3 Ärzte-ZV deutlich erleichtert, da eine Beeinträchtigung der ordnungsgemäßen Versorgung der Versicherten am Ort des Vertragsarztsitzes“, die nunmehr lediglich Sprechstundenzeiten von insgesamt 13 Stunden umfassen muss, kaum mehr anzunehmen sein wird.<sup>64</sup> Die Folgen für das Zulassungsrecht sind insoweit nicht absehbar.

53 Vgl. BSG, Urt. v. 30.1.2002 – B 6 KA 20/01 R, Rn. 25: „Hierzu reicht es typischerweise aus, dass der Betroffene entsprechend dem Bedürfnis nach einer ausreichenden und zweckmäßigen Versorgung und den Gegebenheiten seines Praxisbereichs regelmäßig zu den üblichen Sprechzeiten für die Versorgung der Versicherten zur Verfügung steht [...]“.

54 Dazu ausführlich *Orlowski*, MedR 2019, 777, 779 m.w.N.; für die offenen Sprechstunden siehe *Willkomm/Kaltenhäuser*, GuP 2019, 161, 163.

55 Insoweit zutreffend *Orlowski*, MedR 2019, 777, 779: „Eine ausschließliche ‚GKV-Sprechstunde‘ schreibt [...] der Wortlaut der Neufassung des § 19a Ärzte-ZV nicht vor.“

56 In diesem Sinne zutreffend: *Ladurner*, MedR 2019, 440, 443.

57 So *Ladurner*, MedR 2019, 440, 442; dagegen *Orlowski*, MedR 2019, 777, 780 f.

58 Vgl. *Orlowski*, MedR 2019, 777, 781.

59 Vgl. *Scholz*, in: *Becker/Kingreen*, SGB V, 6. Aufl. 2018, § 82 Rn. 7 m.N. zur Rspr.

60 Vgl. *Ladurner*, *Ärzte-ZV/Zahnärzte-ZV Kommentar* (2017), *Ärzte-ZV* § 24 Rn. 14 f. m.w.N.

61 BT-Drucks. 19/6337, S. 158

62 Ausführlich dazu *Ladurner*, MedR 2019, 440, 443 f.

63 Vgl. *Willkomm/Kaltenhäuser*, GuP 2019, 161, 166 f.

64 Nachweise zur Rspr. bei *Ladurner*, *Ärzte-ZV/Zahnärzte-ZV Kommentar* (2017), *Ärzte-ZV* § 24 Rn. 35.

## D. Fazit

Das TSVG verfolgt mit dem Ausbau der TSS zu einheitlichen Ansprech- und Vermittlungsstellen, die rund um die Uhr erreichbar sind, einen aus Patientensicht begrüßenswerten Ansatz. Dieser kann sich bei richtiger Umsetzung, insbesondere bei fortschreitendem Einsatz elektronischer Vermittlungs- und Terminmanagementsysteme, als ein wesentlicher Schritt zur koordinierten und zügigen ambulanten Versorgung, vor allem auch bei Akutfällen, erweisen. Versicherte haben gegenüber den TSS (bzw. den Kassenärztlichen Vereinigungen) einen echten, subjektiv-rechtlichen Anspruch auf Vermittlung eines Haus- bzw. Facharzttermins innerhalb einer Woche – bei einer maximalen Wartezeit von insgesamt vier Wochen.

Mit den Neuregelungen im Vergütungsrecht wird ein starker Anreiz für eine vorrangige zeitnahe Behandlung von über die TSS vermittelten Patienten geschaffen. Im Gegensatz zum Ziel, Wartezeiten für Versicherte insgesamt zu verkürzen und damit

einer „Zwei-Klassen-Medizin“ entgegenzuwirken, dürften sich die Regelungen jedoch für nicht-TSS-vermittelte und Bestandspatienten eher wartezeiterhöhend und damit nachteilig auswirken. Ob Vermittlungswünsche im Rahmen der TSS-Vermittlung Berücksichtigung finden und welche Auswirkungen dies auf die Termin-Praxis hat, sollte genau beobachtet werden.

Die Neuregelung der Mindestsprechstundenzeiten in § 19a Abs. 1 Ärzte-ZV begegnet keinen durchgreifenden verfassungsrechtlichen Bedenken. Allerdings erweist sich die von den Bundesmantelvertragsparteien getroffene Regelung in § 17 Abs. 1a S. 1, 5 BMV-Ä als rechtswidrig, da sie dem klaren Wortlaut des § 24 Abs. 2 Ärzte-ZV, der Genese des TSVG sowie dem Gesetzeszweck widerspricht, die Versorgung für Patienten am Vertragsarztsitz zu verbessern. Zudem werden teilweise zulassungsrechtliche Regelungen sowie das Bedarfsplanungsrecht unterlaufen.

Es gibt also aus Patientensicht Licht, aber auch einige Schattenseiten im TSVG, die nicht zuletzt im Rahmen der anstehenden Evaluierung beleuchtet werden sollten.