

## Terminservicestellen

Der Begriff „Terminservicestellen“ kommt mit dem Charme einer Bahnhofswartehalle daher, und doch stellt er einen der umstrittensten und interessantesten gesundheitspolitischen Begriffe des Jahres 2015 dar. Im Versorgungsstärkungsgesetz (VSG) werden die 17 Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) verpflichtet, Terminservicestellen einzurichten, um gesetzlich versicherten PatientInnen mit einer Überweisung vom Hausarzt innerhalb von einer Woche einen Termin für die sekundärfachärztliche Versorgung zu nennen, der maximal vier Wochen später liegt (1). Gelingt dies nicht, so hieß es schon im Koalitionsvertrag vom 23. November 2013 (2), kann der Patient zur ambulanten Behandlung ein Krankenhaus aufsuchen, die Kosten werden über das KV-Budget abgerechnet (§ 75 Abs. 1a SGB V (3)). Der „Terminservice“ setzt eine vergebliche vorherige Nachfrage bei drei Fachärzten voraus, die Überweisung muss „Dringlichkeit“ bescheinigen (außer bei Überweisungen zu Augen- und Frauenärzten), Psychotherapie und zahnärztliche Behandlungen sind ausgeschlossen und der Patient hat kein Anrecht auf den Arzt seiner Wahl (4).

### *Nachteile gesetzlich Versicherter ausgleichen*

Das Thema spricht folglich zwei „neuralgische Punkte“ des deutschen Gesundheitssystems an, das Verhältnis ambulanter zu stationärer Versorgung (wenn kein Termin möglich, übernehmen die Krankenhäuser) und gesetzlicher zu privater Krankenversicherung. Zahlreiche Studien hatten ergeben, dass gesetzlich Versicherte deutlich länger als privat Versicherte auf einen Facharzttermin warten, und wenn der Gesetzgeber zu Protokoll gibt (Begründung des VSG): „Immer wieder berichten gesetzlich versicherte Patientinnen und Patienten über teilweise sehr lange Wartezeiten auf einen Termin beim Facharzt“, dann ist die Botschaft wohl auf der politischen Ebene angekommen.

### *Längst überfällige Diskussion: der Zugang zur Versorgung*

Allerdings wurde, von der (Fach-)Öffentlichkeit fast unbemerkt, in den Regelungen zu den Terminservicestellen ein drittes Thema angestoßen, das für unser Gesundheitssystem von großer Wichtigkeit ist. Es heißt im Gesetzestext nämlich: „Die Entfernung zwischen Wohnort des Versicherten und dem vermittelten Facharzt muss zumutbar sein“, und zwar „differenziert nach Arztgruppen“. Der zumutbare „Zugang zur Versorgung“ ist ein international verwendetes Merkmal der Gesundheitsversorgung, neben der geografischen Dimension auch soziale Gesichtspunkte betreffend (z. B. Kosten und Finanzierbarkeit) (5). Dass wir uns jetzt endlich mit diesem Thema beschäftigen – im Krankenhausstrukturgesetz gibt es analoge Überlegungen zur Krankenhausplanung –, ist ein kleiner Meilenstein, sehr wichtig etwa in Anbetracht der abnehmenden Bevölkerung und der Arztdichte. Die Regelung lautet konkret: „zumutbar“ ist die Entfernung zum nächsten Facharzt plus 30 Minuten mit den öffentlichen Verkehrsmitteln beziehungsweise 60 Minuten bei hoch spezialisierten Fachärzten (z. B. Radiologen) (4).

*Dr. med. Mabuse, Zeitschrift für alle Gesundheitsberufe*  
Eine kürzere Fassung des Artikels ist in der März/April-Ausgabe 2016  
von Dr. med. Mabuse Nr. 219, S. 42 erschienen.  
[www.mabuse-verlag.de](http://www.mabuse-verlag.de)

## *Neue Wege zur Bedarfsplanung*

Aber im Streit der Selbstverwaltungspartner blieben die Reflexe unverändert. Die KVen waren über die Bestimmungen im VSG so erzürnt, dass sie glatt über viel weiter gehende Regelungen (etwa zu §§ 140a ff zur Besonderen Versorgung) hinwegsahen und auch das erfolgreiche Modellprojekt der KV Sachsen, in dem schon seit November 2014 Facharzttermine für alle gesetzlich Versicherten vermittelt werden, nicht weiter zur Kenntnis nahmen (6).

Ende Januar 2016 wurde die Regelung nun umgesetzt, nachdem der Bundesgesundheitsminister auf dem Neujahrsempfang der verfassten Ärzteschaft im Berliner KaDeWe nonchalant zur „Gesetzestreue“ aufgerufen hatte. Schon das ist bemerkenswert. Aber wirklich wichtig ist: Mit Nachdruck muss die Diskussion geführt werden, „wie viel Versorgung“ in welcher Entfernung wir brauchen, wie wir die Gesundheitsversorgung strukturieren, gesondert nach Fachdisziplinen und Erkrankungsgruppen.

Matthias Schrappe, geb. 1955, ist Lehrbeauftragter im Master-Studiengang Gesundheitsökonomie an der Universität Köln. [matthias@schrappe.com](mailto:matthias@schrappe.com)

Nachweise:

(1) §75 Abs. 1a SGB V: „Der Sicherstellungsauftrag nach Absatz 1 umfasst auch die angemessene und zeitnahe Zurverfügungstellung der fachärztlichen Versorgung. Hierzu haben die Kassenärztlichen Vereinigungen bis zum 23. Januar 2016 Terminservicestellen einzurichten; die Terminservicestellen können in Kooperation mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen betrieben werden. Die Terminservicestelle hat Versicherten bei Vorliegen einer Überweisung zu einem Facharzt innerhalb einer Woche einen Behandlungstermin bei einem Leistungserbringer nach § 95 Absatz 1 Satz 1 zu vermitteln; einer Überweisung bedarf es nicht, wenn ein Behandlungstermin bei einem Augenarzt oder einem Frauenarzt zu vermitteln ist. Die Wartezeit auf den zu vermittelnden Behandlungstermin darf vier Wochen nicht überschreiten.“

(2) „Deutschlands Zukunft gestalten“. Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und SPD, Bundestag 18. Legislaturperiode, S. 75: „Für gesetzlich Versicherte wollen wir die Wartezeit auf einen Arzttermin deutlich reduzieren. Sie sollen sich zukünftig bei Überweisung an einen Facharzt an eine zentrale Terminservicestelle bei der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) wenden können. Diese vermittelt innerhalb einer Woche einen Behandlungstermin. Für den Termin soll im Regelfall eine Wartezeit von vier Wochen nicht überschritten werden. Gelingt dies nicht, wird von der Terminservicestelle ein Termin - außer in medizinisch nicht begründeten Fällen - zur ambulanten Behandlung in einem Krankenhaus angeboten. Die Behandlung erfolgt dann zu Lasten des jeweiligen KV-Budgets. Diese Terminservicestellen können in Kooperation mit Krankenkassen betrieben werden.“

*Dr. med. Mabuse, Zeitschrift für alle Gesundheitsberufe*  
Eine kürzere Fassung des Artikels ist in der März/April-Ausgabe 2016  
von Dr. med. Mabuse Nr. 219, S. 42 erschienen.  
[www.mabuse-verlag.de](http://www.mabuse-verlag.de)

(3) §75 Abs. 1a SGB V Satz 6: „Kann die Terminservicestelle keinen Behandlungstermin bei einem Leistungserbringer nach § 95 Absatz 1 Satz 1 innerhalb der Frist nach Satz 4 vermitteln, hat sie einen ambulanten Behandlungstermin in einem zugelassenen Krankenhaus anzubieten; ...“

(4) s. auch Anlage 28 zum Bundesmantelvertrag-Ärzte,  
[http://www.kbv.de/media/sp/Anlage\\_28\\_Terminservicestellen.pdf](http://www.kbv.de/media/sp/Anlage_28_Terminservicestellen.pdf)

(5) Sachverständigenrat für die Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen: Kooperation und Verantwortung. Voraussetzungen für eine zielorientierte Gesundheitspolitik. Gutachten 2007, Band I und II, Nomos, Baden-Baden 2008, Nr. 491 ff

(6) „KV Sachsen vermittelt Facharzttermine per Telefon.“ Deutsches Ärzteblatt, 3.11.2014,  
<http://www.aerzteblatt.de/nachrichten/60719>, und „Warten aufs Warten“, Der Spiegel, 21.12.2015,  
S. 76-7