Hartmannbund
Verband der Ärzte Deutschlands

Gesetz für schnellere Termine und bessere Versorgung

(Terminservice- und Versorgungsgesetz – TVSG)

Sprechstundenumfang und offene Sprechstunden

- Erhöhung des verpflichtenden Mindestsprechstundenangebotes der Vertragsärztinnen und -ärzte für die Versorgung von GKV-Patientinnen und -Patienten von 20 auf 25 Stunden pro Woche (Hausbesuche eingerechnet)
- Festschreibung dieser Verpflichtung im Gesetz (bisher Bundesmantelvertrag-Ärzte)
- Umfasst auch fünf Stunden als offene Sprechstunden ohne vorherige Terminvergabe bei Vertragsärzten, die an der fachärztlichen Grundversorgung teilnehmen (Zugehörigkeit zur grundversorgenden und wohnortnahen Patientenversorgung ist vom Bewertungsausschuss zu definieren)
- KVen sind verpflichtet, im Internet und per App über die Sprechzeiten der Praxen zu informieren, die Einhaltung des Sprechstundenumfangs zu überwachen (anhand der abgerechneten Fallzahl und der GOP mit dem entsprechenden Zeitaufwand gem. Anhang 3 EBM) und den Aufsichtsbehörden sowie den Landes- und Zulassungsausschüssen jährlich Bericht zu erstatten

Terminservicestellen (TSS)

- sind künftig als „Servicestellen für ambulante Versorgung und Notfälle“ durchgängig 24 Stunden am Tag sieben Tage pro Woche unter der Nummer des ambulanten Notdienstes (116117) sowie online oder per App erreichbar.
- vermitteln die Patienten in Akutfällen je nach Bedarf an eine geöffnete Arztpraxis, eine Portal-/Bereitschaftsdienstpraxis, eine Notfallambulanz oder leiten den Anrufer an die Notrufzentrale (112) weiter.
- Service wird auf Haus- und Kinderärzte ausgeweitet
- informieren auch über die Barrierefreiheit von Arztpraxen
- Möglichkeit eigener digitaler Angebote, um TSS-Terminvermittlung zu unterstützen
- Aufnahme TSS in die Fördermöglichkeiten des Strukturfonds
- Starttermin für neue TSS-Struktur „spätestens 01.01.2020“

Vergütungsanreize

	Hausärzte	Fachärzte
Für Neupatienten extrabudgetäre Vergütung aller Leistungen im Behandlungsfall - Nicht – wie bisher vorgesehen – Zuschläge i.H.v. mindestens 25 % auf die jeweilige Versicherten- und Grundpauschalen - Bisher vorgesehene 4-Jahresregelung (Wer gilt als Neupatient?) auf 2 Jahre verkürzt: alle Leistungen im Behandlungsfall für Patienten, die erstmals oder mindestens zwei Jahre nicht in der jeweiligen Arztpraxis behandelt wurden	**X**	**X**
Extrabudgetäre Vergütung für alle Leistungen im Behandlungsfall bei Patienten, die in der offenen Sprechstunde ohne vorherige Terminvereinbarung untersucht und behandelt werden - nur bei Vorliegen einer Überweisung (Ausnahme Augen- oder Frauenarzt) - extrabudgetäre Vergütung auf einen Umfang von bis zu 5 offenen Sprechstunden/Woche begrenzt (bei reduziertem Versorgungsauftrag anteilig) nur grundversorgende Fachärzte, da nur diese zur Ausweisung offener Sprechstunden verpflichtet sind – betreffende Fachgruppen werden durch Bewertungsausschuss definiert	**./.** *[keine Verpflichtung, offene Sprechstunden anzubieten]*	**(X)**
für die Behandlung nach Vermittlung durch die Terminservicestelle (nur mit Überweisung – außer Augen- bzw. Frauenarzt) • extrabudgetäre Vergütung aller Leistungen im Behandlungsfall • zusätzlich nach Wartezeit auf die Behandlung gestaffelte Zuschläge (extrabudgetär) auf Versichertenpauschale (Hausärzte) bzw. Grundpauschale (Fachärzte): - 50 % bis zum Ablauf des 1. Tages nach Wochenfrist* (= bis 1. Tag nach Terminvermittlung*) - 30 % ab dem 2. Tag bis Ende des letzten Tages der ersten Woche nach Wochenfrist* (= bis 1 Wo. nach Terminvermittlung*) - 20 % ab dem 1. Tag der 2. Woche bis Ende des letzten Tages der vierten Woche nach Wochenfrist* (= 2. bis Ende 4. Woche nach Terminvermittlung*) Oder - 50 % in Akutfällen auch ohne Vorliegen einer Überweisung – in diesem Fall ohne Frist**	**X**	**X**
mindestens 10 € (extrabudgetär) für die erfolgreiche Vermittlung eines dringenden Behandlungstermins	**X**	**./.**

* Frist für die Terminservicestelle für die Vermittlung eines Behandlungstermins: 1 Woche

** Die Terminservicestelle hat Versicherten künftig „in Akutfällen auch ohne Vorliegen einer Überweisung eine unmittelbare ärztliche Versorgung zu vermitteln, die auf der Grundlage einer Priorisierung zu erfolgen hat."

Regressschutz

- Ersetzung der Zufälligkeitsprüfungen durch eine Prüfung auf Antrag (Festlegung der Anzahl der zu prüfenden Ärzte durch die Landesvertragspartner)
- Wegfall der Prüfungen der Feststellung von Arbeitsunfähigkeit und der Verordnungen von Krankenhausbehandlung
- Ausschluss von Prüfungen nach Durchschnittswerten bei Unterversorgung
- Verkürzung der Ausschlussfrist auf zwei Jahre (Erlass des Honorarbescheides als Fristbeginn)
- KVen müssen künftig in ihren Vereinbarungen zur Wirtschaftlichkeitsprüfung typische Praxisbesonderheiten von Landarztpraxen (inkl. Standort- und Strukturmerkmale) definieren/anerkennen. Hierdurch sollen insbesondere Hausbesuche gefördert werden.

Bedarfsplanung

- Bis Mitte 2019 ist eine Reform geplant (kleinräumigere, bedarfsgerechtere und flexiblere Gestaltung, neue Steuerungsmöglichkeiten in Form von Unterquoten innerhalb der Arztgruppen – wie z. B. bei den Fachinternisten oder den ärztlichen Psychotherapeuten – hinsichtlich Grundversorgung und Spezialisierungen)
- Allerdings – anders als ursprünglich geplant – keine (befristete) Aufhebung von Zulassungsbeschränkungen für Rheumatologen, Psychiater und Kinderärzte
- In ländlichen Regionen können auf Antrag der Länder die Zulassungssperren für Neuniederlassungen komplett entfallen.
- Mitberatungs- und Antragsrecht für die Länder in den Zulassungsausschüssen

Flexibilisierung des Umfangs des Versorgungsauftrages („Sitz“)

- 3/4-Zulassung für Vertragsärzte möglich
- Nachbesetzungsverfahren auch bei Rückgabe/Entzug einer Viertelzulassung

Zulassung

- Zulassungsausschüsse sollen besondere Versorgungsbedarfe als Zulassungsvoraussetzung im Nachbesetzungsverfahren festlegen können

MVZ

- MVZ-Gründung auch durch Erbringer nichtärztlicher Dialyseleistungen (Fachbezug auch dann, wenn mit Dialyse zusammenhängende ärztliche Leistungen erbracht werden)
- Beschränkung der Zahn-MVZ-Gründungsbefugnis von Krankenhäusern in Abhängigkeit vom Versorgungsgrad im Planungsbereich
- MVZ-Gründungsbefugnis für anerkannte Praxisnetze (nicht nur, wie ursprünglich geplant, in unterversorgten und von Unterversorgung bedrohten Gebieten)
- Wegfall der ursprünglich geplanten Regelung, dass der Zulassungsausschuss bei Nachbesetzung einer Angestellten-Arztstelle (analog Arztsitzen bei Niedergelassenen) prüfen soll, ob Bedarf für Nachbesetzung besteht

Förderung der Weiterbildung

- Erhöhung der zu fördernden Stellen grundversorgender Fachärzte von 1.000 auf 2.000
- Kinder- und Jugendärzte ausdrücklich förderfähig

KV-Eigeneinrichtungen

- Verpflichtung der KVen zu Eigeneinrichtungen als Ultima Ratio nicht bereits bei drohender, sondern erst bei eingetretener Unterversorgung

Zweigpraxis

- Genehmigung einer Zweigpraxis als Verbesserung der Versorgung auch dann, wenn eine bestehende Praxis am ursprünglichen Vertragsarztsitz als Zweigpraxis weitergeführt wird (Verbesserung gegenüber alternativer Schließung)

Hausarztzentrierte Versorgung

- verpflichtende Bonifizierung im Wahltarif für die hausarztzentrierte Versorgung, wenn Effizienzgewinne erzielt werden (50 % der erwarteten Einsparungen); prospektive Ermittlung der Effizienzsteigerungen und Vorlage der Kalkulation bei der Aufsichtsbehörde
- HzV-Verträge, die ordentlich gekündigt wurden, gelten bis zum Abschluss eines neuen Vertrages fort

Landesausschüsse

- Allgemeines Antragsrecht der Länder in den Landesausschüssen

Länder im G-BA 92

- Den Bundesländern werden künftig in Beratungen des G-BA zur Bedarfsplanung und zu allen Aspekten der Qualitätssicherung die gleichen Rechte und Pflichten wie Patientenvertretungen eingeräumt.

Landarztquote

- Verzicht auf die Beteiligung der Kassenärztlichen Vereinigungen am Verfahren der Vergabe von Medizinstudienplätzen im Rahmen der Landarztquote

Kodierung (Verbot von Vergütung für Diagnosen)

- Thema wird im Rahmen der kommenden RSA-Reform weiter diskutiert – im TSVG keine Regelungen

Psychotherapeutische Behandlung

- gestufte und gesteuerten Versorgung für die psychotherapeutische Behandlung anders als ursprünglich vorgesehen, nicht im Gesetz verankert
- zeitnah eine alternative Regelung in einem anderen Gesetzgebungsverfahren angestrebt.

Selbstverwaltung

K(B)V-Vorstandsverträge und -Vertreterversammlung

- Klarstellung, dass Mitgliedschaft in Vertreterversammlungen der K(Z)Ven und K(Z)BV ehrenamtlich ist (wie GKV-SV, MDS und G-BA)
- Anpassungen zu Vorstandsverträgen gemäß BSG-Rechtsprechung:
- Angemessenheit der Vergütung nicht nur bezüglich Grundvergütung, sondern bezüglich Gesamtvergütung (mit Nebenleistungen und Versorgungsregelungen)
- Konkretisierungen aus der aufsichtsrechtlichen Praxis: Anrechnung von Zuwendungen Dritter, Versorgungszusagen beitragsorientiert und vergleichbar zu kalkulieren
- Verbot von nicht beitragsorientierten Versorgungszusagen in zukünftigen Vorstandsverträgen um Vertrauensschutzregelung ergänzt, wonach Versorgungszusagen, die bei Inkrafttreten TSVG bereits vertraglich vereinbart wurden, fortgeführt werden können

Gematik und elektronische Patientenakte (ePA)

- Änderung der Gesellschaftsstruktur der Gesellschaft für Telematik, BMG als Mehrheitsgesellschafter
- Sanktionsregelung für Krankenkassen bei Einführung der ePA
- Festlegungen zur Interoperabilität der elektronischen Patientenakte durch die KBV (Herstellung des Benehmens mit Selbstverwaltungsorganisationen in der gematik)
- KBV erlässt Verfahrensordnung für die Durchführung der Benehmensherstellung

Schiedsamtsregelungen

- Einführung von Schiedsgremien für sektorenübergreifende Entscheidungen auf Bundes- und Landesebene
- Überarbeitung, Systematisierung, Neustrukturierung und Vereinheitlichung der Schiedsamtsvorschriften
- Schiedsamtsentscheidungen auch bei Nichtzustandekommen von Anschlussverträgen nach Kündigung
- Stärkere Bedeutung der Aufsicht bis hin zum Antragsrechts des BVA zur Einleitung des Schiedsverfahrens für den Fall, dass die Vertragsparteien bei bestehenden Antragserfordernissen keinen Antrag stellen

Elektronische Gesundheitskarte (eGK)

- Verpflichtung der Krankenkassen, die eGK ab 1. Dezember 2019 mit kontaktloser Schnittstelle (NFC) auszustatten