

Terminservice- und Versorgungsgesetz

01.12.2018

**Rechtsanwalt Sven Lichtschlag-Traut
Fachanwalt für Medizinrecht
Kanzlei Heimes & Müller
Saarbrücken**

Referentenentwurf BMG 24. Juli 2018

Fachanhörung 22. August 2018

Verabschiedung Kabinettsentwurf 25. September 2018

1. Durchgang Bundesrat 23. November 2018

2. Lesung Bundestag 13.12.2018

Anhörung Bundestag

2/3 Lesung Bundestag

2. Durchgang Bundesrat

In Kraft treten: 01. April 2019

Hauptziel:

Allen gesetzlichen 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.

Terminservicestellen:

Hierzu informieren die KVen die Versicherten im Internet in geeigneter Weise über die Sprechstunden der Vertragsärzte

*und richten Terminservicestellen ein, die ab dem ... **für 24 Stunden täglich an sieben Tage** in der Woche unter einer **bundesweit einheitlichen Telefonnummer erreichbar sein müssen**; die Terminservicestellen können in Kooperation mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen betrieben werden.*

Terminservicestellen:

Die Terminservicestelle hat

1. Versicherten innerhalb einer Woche einen Behandlungstermin bei einem Leistungserbringer nach § 95 Abs. 1 Satz 1 zu vermitteln,

2. Versicherte bei der Suche nach einem Hausarzt zu unterstützen, den sie nach § 76 Absatz 3 S.2 wählen möchten

Terminservicestellen:

Die Terminservicestelle hat

3. Versicherten in Akutfällen auf der Grundlage eines bundesweit einheitlichen, standardisierten Ersteinschätzungsverfahrens eine unmittelbare ärztliche Versorgung in der medizinisch gebotenen Versorgungsebene zu vermitteln.

Terminservicestellen:

Die Servicestellen vermitteln nunmehr auf der Grundlage eines bundeseinheitlichen standardisierten Ersteinschätzungsverfahrens entweder in eine geöffnete Arztpraxis, eine Portal- bzw. Bereitschaftsdienstpraxis oder im Bedarfsfall in eine Notfallambulanz. Liegt ein lebensbedrohlicher Notfall vor, bei dem der Anrufer die Notrufnummer 112 hätte wählen müssen, leitet die Servicestelle den Anrufer unmittelbar zur Notrufzentrale weiter.

Erweiterung des Sprechstundenangebotes:

Der Arzt ist verpflichtet, im Rahmen seiner vollzeitigen vertragsärztlichen Tätigkeit mindestens 25 Stunden wöchentlich in Form von Sprechstunden für gesetzlich Versicherte zur Verfügung stehen.

Hausbesuche werden angerechnet

Ändert sich dadurch auch etwas an den 13/26 Stunden ?

Erweiterung des Sprechstundenangebotes:

Homepage BMG: 5 Wahrheiten zum TSVG

2. Es wird behauptet, dass Ärzte durch die Erhöhung der Sprechstundenanzahl von 20 auf 25 noch mehr arbeiten müssen als bisher schon.

Das ist so nicht richtig! Die meisten Ärzte arbeiten schon jetzt mehr als 50 Stunden in der Woche. Für diese Ärzte wird sich nichts ändern, denn sie bieten sowieso schon 25 Sprechstunden pro Woche an. Doch es gibt auch Ärzte, die das nicht tun und sich eben nicht ausreichend an einer guten Versorgung beteiligen. Es geht darum, eine einheitliche Arbeitsgrundlage für alle zu schaffen, damit jeder volle Praxissitz auch wieder als solcher genutzt wird. Nur so können lange Wartezeiten vermieden werden.

Erweiterung des Sprechstundenangebotes:

Ärzte, die an der fachärztlichen Versorgung nach § 73 Abs. 1 a Satz 2 SGB V teilnehmen und die insbesondere den Arztgruppen der **grundversorgenden** und **wohnortnahen Patientenversorgung** angehören, müssen mindestens **fünf Stunden wöchentlich als offene Sprechstunden** ohne vorherige Terminvereinbarung anbieten.

Welche Arztgruppen konkret offene Sprechstunden anzubieten haben, ist im BMV-Ä zu regeln.

Erweiterung des Sprechstundenangebotes:

Gesetzesbegründung:

Konservativ tätige Augenärzte, Frauenärzte, HNO Ärzte,
Orthopäden....

Wenn die meisten Ärzte schon 50 Stunden und mehr
arbeiten und es jetzt 5 offene Sprechstunden geben muss,
dauert es dann mit den Terminen nicht noch länger ?

Erweiterung des Sprechstundenangebotes:

Prüfpflicht der KVen.

Stellt die KV fest, dass der Vertragsarzt die Mindestsprechstunden in mindestens zwei aufeinanderfolgenden Quartalen unterschritten hat, so hat sie den betroffenen Arzt aufzufordern, umgehend die Anzahl seiner Sprechstunden entsprechend zu erhöhen oder den Versorgungsauftrag durch schriftliche Erklärung gegenüber dem ZA zu beschränken.

Erweiterung des Sprechstundenangebotes:

Die KV hat den Arzt auf die Möglichkeit einer Kürzung der Vergütung als Sanktionsmaßnahme und auf einen Zulassungsentzug hinzuweisen.

Erweiterung des Sprechstundenangebotes:

Die KV hat die Vergütung zum nächstmöglichen Zeitpunkt zu kürzen, wenn der Arzt keine rechtfertigenden Gründe vorgetragen kann oder der Aufforderung innerhalb einer gesetzten Frist nachkommt.

Die Höhe der Kürzung ist mitzuteilen.

Erweiterung des Sprechstundenangebotes:

Bei wiederholtem oder fortgesetzten Verstoß droht die Zulassungsentziehung in dem Maße, in dem der Arzt seiner Verpflichtung nicht nachkommt (zu einem Viertel, hälftig oder vollständig).

Es gibt einen $\frac{3}{4}$ Versorgungsauftrag

Bessere Vergütung:

Einmaliger Zuschlag von mindestens 25 % der jeweiligen Versichertenpauschale für den Fall, dass die Leistungen gegenüber Patienten erbracht werden, die in der jeweiligen Arztpraxis erstmals untersucht und behandelt werden oder die mindestens 4 Jahre nicht in der jeweiligen Arztpraxis untersucht und behandelt wurden.

Einen Zuschlag für die Vermittlung eines dringenden Facharzttermin durch den Hausarzt von mindestens 5 Euro

Bessere Vergütung:

Einmaliger Zuschlag von mindestens 15 % für den Fall, dass Leistungen im Rahmen einer offenen Sprechstunde erbracht werden. Die Pauschale ist auf höchstens 5 offene Sprechstunden begrenzt.

Anpassung EBM:

Gesetzlicher Auftrag an den Bewertungsausschuss mit Fristsetzung

Mit der Neufassung des § 87 Absatz 2 Satz 3 sollen die Rationalisierungsreserven insbesondere bei dem Einsatz von medizinisch-technischen Geräten im einheitlichen Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen zugunsten von Verbesserungen von zuwendungsorientierten ärztlichen Leistungen („sprechenden Medizin“) genutzt werden. Dies führt dazu, dass bestehende Über-, Unter- und Fehlversorgungen zwischen „sprechender Medizin“ und „technisch-apparativer Diagnostik“ abgebaut werden.

Anpassung EBM:

Dabei soll die Bewertung der Leistungen mit einem hohen technischen Leistungsanteil, die in einem bestimmten Zeitraum erbracht werden, insgesamt so festgelegt werden, dass die Punkte, die im einheitlichen Bewertungsmaßstab für diese Leistungen vergeben werden, ab einem bestimmten Schwellenwert mit zunehmender Menge sinken.

Bedarfsplanung:

Zulassungsbeschränkung entfällt bis zur Entscheidung des GBA zur neuen Bedarfsplanung für Fachärzte für Innere Medizin und Rheumatologie, für Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie, die sich gegenüber dem ZA verpflichten, mindestens 80 % ihrer abrechnungsfähigen Leistungen aus dem Bereich der psychiatrischen Bereich zu erbringen sowie für Fachärzte, die der Arztgruppe der Kinderärzte angehören, soweit die Ärzte in den fünf Jahren vor der Beantragung der Zulassung nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilgenommen haben.

Bedarfsplanung:

Auch bei einer vorherigen Tätigkeit im Job-Sharing oder im Rahmen eines Anstellungsverhältnisses mit Mengenbegrenzung handelt es sich um einen Neuantrag.

Bedarfsplanung:

Dem GBA wird die Kompetenz eingeräumt, verbindliche Anforderungen an die Zusammensetzung einzelner Arztgruppen vorzugeben und damit die Zusammensetzung der Arztgruppen zu konkretisieren. Hierfür wird ihm die Möglichkeit gegeben, innerhalb der Arztgruppen nach Fachgebieten, nach Facharztkompetenzen oder nach Schwerpunktkompetenzen differenzierte Mindest- oder Höchstversorgungsanteile festzulegen.

Verbesserung der landärztlichen Versorgung:

Regionale Zuschläge in Gebieten, in denen
Unterversorgung besteht oder droht oder wo zusätzlicher
lokaler Versorgungsbedarf besteht

Festsetzung erfolgt durch den Landesausschuss

Finanzierung paritätisch.

Verbesserung der landärztlichen Versorgung:

Verpflichtende KV Strukturfonds

KV Eigeneinrichtungen ohne Benehmen mit den
Krankenkassen

Verpflichtung bei Unterversorgung

Kooperationen KV-Kommunen-KH möglich

Zulassung:

Die für die Sozialversicherung zuständige oberste Landesbehörde haben beim Verfahren, in denen der Zulassungsausschuss für Ärzte eine der folgenden Entscheidungen trifft, ein Mitberatungsrecht:

- Nachbesetzung eines Vertragsarztsitzes
- Ermächtigung von Ärzten
- Ablehnung einer Nachbesetzung
- Verlegung eines Vertragsarztsitzes / einer Anstellungsgenehmigung.....

Zulassung:

Das Recht zur Teilnahme umfasst auch das Recht auf frühzeitige Information über die Verfahrensgegenstände, das Recht zur Teilnahme an Sitzungen einschließlich des Rechts zur Anwesenheit bei der Beschlussfassung sowie das Recht zur Stellung von verfahrensleitenden Anträgen.

Gründereigenschaft MVZ

Die Gründungsvoraussetzungen liegen weiterhin vor, sofern angestellte Ärzte die Gesellschaftsanteile der Ärzte, die bei der Gründung (Verzicht auf Zulassung zugunsten einer Anstellung) Gesellschafter geworden sind, übernehmen und solange sie in dem MVZ tätig sind.

An wen verkaufen dann diese Ärzte Ihre Anteile ?

MVZ

Medizinische Versorgungszentren können auf Antrag eine Arztstelle nachbesetzen, auch wenn Zulassungsbeschränkungen angeordnet sind. Der Zulassungsausschuss kann den Antrag auf Nachbesetzung der Arztstelle innerhalb von drei Monaten ablehnen, wenn eine Nachbesetzung aus Gründen der vertragsärztlichen Versorgung nicht erforderlich ist.

MVZ

Auch hier wird nun ein 2 –stufiges Verfahren erforderlich sein. Künftig muss erst ein Antrag auf Nachbesetzung gestellt werden.

Auswirkungen auf Kaufverträge MVZ – Praxis ?

MVZ

In unterversorgten Gebieten können auch anerkannte Praxisnetze ein MVZ gründen- danach Bestandsschutz

Der Arzt kann in dem Planungsbereich, für den er zugelassen war, weiter tätig sein, auch wenn der Sitz des anstellenden MVZ in einem anderen Planungsbereich liegt.

MVZ

Erbringer nichtärztlicher Dialyseleistungen nach § 126 Abs. 3 sind nur zur Gründung eines fachbezogenen MVZ berechtigt.

Bundesrat: Wirklich sinnvoll, wenn eine umfassende Versorgung der multimorbiden Patienten gewünscht wird ?

Hintergrund: Handel mit Gründereigenschaften

Maßnahmen gegen die Heuschrecken-Vorschläge BR

Der Bundesrat bittet, im weiteren Gesetzgebungsverfahren geeignete Regelungen in das Gesetz aufzunehmen, um den feststellbaren und für das Versorgungsgeschehen und die Versorgungssicherheit schädliche Monopolisierungstendenzen in der vertragsärztlichen Versorgung durch MVZ zu begegnen.

Maßnahmen gegen die Heuschrecken-Vorschläge BR

Keine Zulassung oder Anstellungsgenehmigung mehr, wenn das MVZ eine marktbeherrschende Stellung erlangt, das sind mehr als 50 % der Arztsitze in einem Planungsbereich

Die Zulassung eines MVZ ist auf den KV Bezirk, in dem der Träger seinen Sitz hat und auf max. 35 % der Arztsitze einer Facharztgruppe begrenzt. Ausnahmen sind möglich.

Maßnahmen gegen die Heuschrecken-Vorschläge BR

Krankenhäuser dürfen MVZ nur im eigenen Planungsbereich oder in unterversorgtem Gebiet gründen und nur soweit ein fachlicher Bezug zum Versorgungsauftrag des KH besteht.

Bestandsschutz für bestehende MVZ

Maßnahmen gegen die Heuschrecken-Vorschläge BR

Die Sitzvergabe soll an die Verpflichtung zur Erbringung bestimmter Leistungen geknüpft werden, um eine Einschränkungen des Angebots auf lukrative Leistungen zu verhindern.

Danke !