

Terminservice- und Versorgungsgesetz

23.07.2018
Referentenentwurf

22.08.2018
Verbandeanhörung

01.04.2019
Inkrafttreten

[Zum Download](#)
Referentenentwurf TSVG

Entwurf eines Terminservice- und Versorgungsgesetzes liegt vor

Mit dem Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) will die Bundesregierung den Zugang für gesetzlich Versicherte zur ärztlichen Versorgung verbessern: So sollen die Wartezeiten auf Behandlungstermine in der ambulanten Versorgung verkürzt, die Mindestsprechzeiten von niedergelassenen Ärzten ausgeweitet und die Versorgung in ländlichen Regionen gesichert werden. Damit setzen CDU/CSU und SPD Vereinbarungen aus dem Koalitionsvertrag um. Inzwischen liegt der Referentenentwurf des TSVG vor.

Weiterentwicklung der Terminservicestellen

Um die Wartezeiten von gesetzlich Versicherten auf einen Arzttermin deutlich zu reduzieren, wurden mit dem GKV-Versorgungsstärkungsgesetz (GKV-VSG) Terminservicestellen bei den Kassenärztlichen Vereinigungen (KV) eingerichtet. Deren Service wird mit dem TSVG deutlich ausgebaut: Die Servicestellen müssen ab dem 01.04.2019 rund um die Uhr (24/7) sowohl unter der einheitlichen Rufnummer 116 117 als auch online erreichbar sein. Bislang müssen die KVen den ambulanten Notdienst nur außerhalb der Sprechzeiten sicherstellen. Künftig sollen die Terminservicestellen den Versicherten ständig auch in Akutfällen eine unmittelbare ärztliche Versorgung vermitteln. Sie nehmen dazu eine Priorisierung (Triage) vor und vermitteln je nach Schwere des Falls entweder in eine offene Arztpraxis, eine Portal- bzw. Bereitschaftspraxis oder in eine Notfallambulanz. Bei lebensbedrohlichen Notfällen leitet die Servicestelle den Anrufer zur Notrufzentrale weiter. Die Neuregelungen sollen die Notfallambulanzen der Krankenhäuser entlasten. Zu den Aufgaben der Terminservicestellen gehört in Zukunft nicht nur die Vermittlung zu Fachärzten, sondern allgemein zu Vertragsärzten. Darüber hinaus sollen sie auch bei der Suche nach einem Haus- oder Kinderarzt unterstützen, der die Versicherten dauerhaft versorgt.

➤ **Die Weiterentwicklung der Terminservicestellen ist sinnvoll und scheint geeignet, den Zugang der gesetzlich Versicherten zur ärztlichen Versorgung zu erleichtern. Besonders positiv sind die damit verbundenen ersten Schritte zur Neuorganisation der Notfallversorgung. Mit der Triage in den Servicestellen wird eine Unterstützung bei der Einschätzung der Dringlichkeit der Behandlung geleistet und die notwendige Entlastung der Notaufnahmen in den Krankenhäusern angestoßen. Daneben sollte der Gesetzgeber möglichst noch in dieser Legislaturperiode eine sektorenübergreifende Lösung zu Verbesserung der Notfallversorgung anstreben.**

Neuregelungen für die vertragsärztliche Sprechstunde

Um den Zugang für gesetzlich Versicherte zur medizinischen Versorgung zu verbessern, sollen die Mindestsprechstundenzeiten von Vertragsärzten von bisher 20 auf 25 Stunden erhöht werden. Dazu wird die Zulassungsverordnung für Vertragsärzte entsprechend konkretisiert.

Weiterhin wird eine offene Sprechstunde geschaffen. Dazu müssen Ärzte mindestens fünf Stunden in der Woche ohne vorherige Terminvergabe anbieten. Diese Anforderung gilt besonders für Ärzte, die für die wohnortnahe Grundversorgung zuständig sind.

➤ **Eine Ausweitung der Mindestsprechzeiten ist grundsätzlich positiv für die vertragsärztliche Versorgung. Fraglich ist, ob die Einrichtung einer offenen Sprechstunde notwendig ist, denn schon jetzt sollte eine unverzügliche Behandlung bei Akutfällen die Regel sein.**

Maßnahmen im Bereich der Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung

Ein weiteres Ziel des TSVG ist es, die Versorgung in ländlichen, tendenziell unterversorgten Gebieten sicherzustellen. Wird in einer Region Unterversorgung festgestellt, soll in Zukunft die Zahlung von Sicherstellungszuschlägen für Ärzte durch die KVen verpflichtend werden. Der Landesausschuss aus Ärzten und Krankenkassen entscheidet also nicht mehr, ob Zuschläge gewährt werden, sondern nur noch über deren Höhe.

Weiterhin werden die KVen in unterversorgten Regionen verpflichtet, Eigeneinrichtungen zu betreiben. Den KVen ist freigestellt, dazu Kooperationen unter anderem mit Krankenhäusern einzugehen und mobile Praxen, Patientenbusse sowie mobile oder digitale Sprechstunden anzubieten.

Auch die Einrichtung von Strukturfonds zur Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung soll für alle KVen verpflichtend werden, das hälftig von Kassen und KVen zu finanzierende Fördervolumen wird von 0,1 auf 0,2 Prozent der morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen verdoppelt. Geplant ist, die Finanzmittel auch für die Förderung von Eigeneinrichtungen der KVen und für lokale Gesundheitszentren, für die Erteilung von Sonderbedarfszulassungen sowie für die Entschädigung von Ärzten aufzuwenden, die freiwillig auf eine Zulassung verzichten.

Schließlich wird den obersten Landesbehörden in ländlichen Regionen mit Zulassungsbeschränkungen das Recht eingeräumt, die Neuniederlassung von Ärzten zuzulassen.

➔ **In strukturschwachen Gebieten mit Unterversorgung sind verpflichtende Sicherstellungszuschläge sinnvoll. Jedoch sollten gleichzeitig Abschläge in überversorgten Regionen die Regel werden. Auch Eigeneinrichtungen von KVen können einen wichtigen Beitrag zur Versorgung leisten.**

Es ist jedoch nicht nachvollziehbar, warum Strukturfonds verpflichtend eingeführt werden sollen, müssen diese doch je nach Bedarf und nach regionaler Versorgungssituation zum Einsatz kommen. Die Steuerung der Versorgung und die damit verbundene Finanzierungsverantwortung gehören in die Zuständigkeit der regionalen Vertragspartner und nicht in die der obersten Landesbehörden.

Finanzielle Anreize für Ärzte

Mit dem Gesetz soll Ärzten ein finanzieller Anreiz gegeben werden, neue Patienten aufzunehmen. Wird ein Patient in einer Arztpraxis erstmals diagnostiziert und behandelt, so fällt zukünftig die Pauschale für den Arzt deutlich höher aus als bei einem Patienten, dessen Behandlung fortgeführt wird. Zudem wird die Leistung extrabudgetär vergütet. Die Differenzierung der Pauschalen wurde bereits mit dem GKV-VSG ermöglicht, soll nun aber verbindlich bis zum 01.04.2019 umgesetzt werden.

Zu den Aufgaben von Hausärzten wird laut Gesetzentwurf auch die Vermittlung von aus medizinischen Gründen dringend erforderlichen Behandlungsterminen bei einem Facharzt gehören. Diese Vermittlung wird Hausärzten ebenfalls extrabudgetär vergütet.

Der Gesetzentwurf sieht noch eine Reihe von Leistungen vor, die in Zukunft außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung finanziert werden: Dazu gehören alle Leistungen, die aufgrund der Vermittlung durch die Terminservicestellen oder in der offenen Sprechstunde erbracht sowie Akutfälle, die während der Sprechstunden behandelt werden.

Bei der Vergütung von Vertragszahnärzten plant die Bundesregierung eine gravierende Änderung: So soll die Punktwertdegression, also die Abstufung der Vergütung bei Überschreiten der vertraglich vereinbarten Leistungen, vollständig abgeschafft werden.

Begründet wird dieser Schritt damit, dass die geltenden Vergütungsregelungen die Bereitschaft von Zahnärzten mindern würden, sich in ländlichen Gebieten niederzulassen.

- **Die extrabudgetäre Vergütung der genannten Leistungen führt zu erheblichen Mehrausgaben für die gesetzliche Krankenversicherung, sie muss auf tatsächliche Mehrleistungen begrenzt bleiben, die aus den Neuregelungen des TSVG resultieren. Dabei ist fraglich, ob die zusätzlichen Mittel zu einer Verbesserung der Versorgung führen werden und beispielsweise unterschiedliche Wartezeiten von privat und gesetzlich Versicherten beenden können, oder ob im Gegenteil, Fehlanreize gesetzt werden. Die geplante Veränderung der Vergütungssystematik im vertragszahnärztlichen Bereich würde jegliche Mengensteuerung beenden und wird äußerst kritisch bewertet.**

Kassen werden ab 2021 verpflichtet, die elektronische Patientenakte anzubieten

Die Bundesregierung verpflichtet die Krankenkassen dazu, ihren Versicherten spätestens ab dem 01.01.2021 eine von der Gesellschaft für Telematik (gematik) zugelassene elektronische Patientenakte (ePA) zur Verfügung zu stellen und in allgemein verständlicher Form über deren Funktionsweise aufzuklären. Daten, auf die die Versicherten Zugriff erhalten sollen, werden in der Patientenakte bereitgestellt, der Begriff des elektronischen Patientenfachs erübrigt sich damit. Klargestellt wird, dass Versicherte in Zukunft auch ohne Einsatz der elektronischen Gesundheitskarte (eGK) auf die Daten der ePA zugreifen können. Die eGK bleibt jedoch – im Zusammenspiel mit dem Heilberufsausweis – die Voraussetzung für das Befüllen der Akte durch die Ärzte.

Der Zugriff auf die ePA soll künftig auch mit mobilen Endgeräten, zum Beispiel mit Smartphones oder Tablets, ermöglicht werden. Die dafür nötigen Anforderungen an das Zulassungsverfahren legt die gematik im Benehmen mit dem Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik (BSI) bis zum 31.03.2019 fest.

Der Referentenentwurf sieht vor, dass Daten von den Versicherten nicht mehr eigenständig aus der ePA gelöscht werden können. Dies umfasst auch Daten, die der Versicherte selbst zur Verfügung gestellt hat. Die gematik wird zudem verpflichtet, das BMG über Störungen zu informieren, die zu beträchtlichen Auswirkungen auf die Sicherheit oder Funktionsfähigkeit der Telematikinfrastruktur (TI) führen.

- **Die Verpflichtung der Krankenkassen, ihren Versicherten eine ePA anbieten zu müssen, ist nachvollziehbar. Bei der Ausgestaltung sind einheitliche Standards wichtig. Richtig ist zudem, dass Versicherte künftig auch mittels kartenungebundener Verfahren Zugriff auf die ePA erhalten, aber die eGK weiterhin ein Zugangskanal bleibt. Die geplante Informationspflicht der gematik bei Störungen der TI sollte zusätzlich die Träger der gematik umfassen. Der Patient ist Souverän seiner Daten, daher müssen die in die ePA eingestellten Daten auch durch ihn selbst gelöscht werden können. Die Nutzung der Daten muss zur Verbesserung der Versorgung beitragen, zum Beispiel zur Vermeidung von Doppeluntersuchungen oder zur Stärkung der Arzneimitteltherapiesicherheit.**

Betreuungsdienste werden Teil der Regelversorgung in der Pflege

Künftig sollen Betreuungsdienste als Leistungserbringer im Bereich der Pflegeversicherung zugelassen werden, die erbrachten Leistungen werden im Rahmen der Pflegesachleistungen (§ 36 SGB XI) abgerechnet. Nach Ansicht der Bundesregierung wird damit die Versorgung Pflegebedürftiger auf eine breitere fachliche und personelle Basis gestellt. Künftig können nicht nur Pflegefachkräfte, sondern zum Beispiel auch Sozialpädagogen oder Heilerziehungspfleger die verantwortliche Fachkraft sein. Ein Teil der wachsenden

Nr. 7 // 14. August 2018

Nachfrage Pflegebedürftiger könne auf diese Weise gedeckt werden, ambulante Pflegedienste würden entlastet, so der Gesetzentwurf. Beispiele für Leistungen von Betreuungsdiensten sind Hilfen bei der Haushaltsführung oder Betreuungsmaßnahmen wie Spaziergänge oder die Unterstützung bei Hobbys. Die Einführung von Betreuungsdiensten ist das Ergebnis eines Modellprojektes der gesetzlichen Pflegekassen, das bis zum Jahr 2017 durchgeführt wurde.

➤ **Die Aufnahme der Betreuungsdienste in die Regelversorgung ist wichtig, um Pflegebedürftige und ihre Angehörigen zu entlasten und die Lebensqualität zu steigern.**

Impfstoffversorgung: Auch der zweitgünstigste Hersteller muss zum Zuge kommen

Der Referentenentwurf des TSVG sieht eine Neuregelung zur Impfstoffversorgung vor. So werden die Krankenkassen künftig gesetzlich dazu verpflichtet, nicht nur den günstigsten Hersteller zum Zuge kommen zu lassen, sondern auch die Kosten für Impfstoffe bis zum Preis des zweitgünstigsten Herstellers zu übernehmen. Nach der Begründung des Gesetzgebers soll diese Regelung zu mehr Versorgungssicherheit führen und zeitweilige Lieferengpässe vermeiden. Ohne diese Regelung sei nicht gewährleistet, dass Impfstoffe unterschiedlicher Hersteller für die Versorgung zur Verfügung stünden, so der Gesetzestext. Bereits mit dem Arzneimittelversorgungsstärkungsgesetz (AMVSG) wurde die Regelungsgrundlage für exklusive Impfstoffverträge zwischen Krankenkassen und pharmazeutischen Herstellern gestrichen. Mit der geplanten Neuregelung für alle Selektivverträge auf Landesebene nach § 129 Abs. 5 SGB V über die Versorgung mit Impfstoffen zwischen Krankenkassen bzw. ihren Verbänden und den maßgeblichen Organisationen der Apotheker verschärft der Gesetzgeber nun die Regelungen des AMVSG.

➤ **Die Abschaffung von Impfstoffausschreibungen im AMVSG stellte bereits eine erhebliche Einschränkung der vertraglichen Möglichkeiten der Kassen für eine qualitativ hochwertige und wirtschaftliche Versorgung dar. Die nun weitergehenden Vorgaben für alle Selektivverträge auf Landesebene über die Impfstoffversorgung lehnt die BARMER ab. Damit laufen alle bestehenden vertraglichen Regelungen mit Ärzten und Apothekern zur Versorgung mit Impfstoffen ins Leere. Die Änderung wird zu Kostensteigerungen führen, ohne dass dadurch ein zusätzlicher Nutzen für die Versicherten entsteht. Denn die herstellungsbedingten Ursachen für zeitweise Lieferprobleme wie zum Beispiel Produktionsschwierigkeiten und Engpässe bei den Ausgangsstoffen werden damit nicht gelöst.**

Pflegepersonal-Stärkungsgesetz: Kabinettsentwurf liegt vor

Am 01.08.2018 hat das Bundeskabinett das Pflegepersonal-Stärkungsgesetz (PpSG) beschlossen. Mit diesem Gesetz wird das im Koalitionsvertrag verabredete Sofortprogramm für die Kranken- und Altenpflege umgesetzt (wir berichteten in Berlin kompakt Nr. 4 und Nr. 6). Die erste Lesung im Bundestag soll voraussichtlich in der 39. Kalenderwoche stattfinden. Geplant ist, dass das Gesetz am 01.01.2019 in Kraft tritt. Die Kabinettsfassung enthält im Vergleich zum Referentenentwurf zwei wesentliche Neuerungen:

Einführung eines Gesamthausansatzes zur Verbesserung der Pflegepersonalausstattung

Nach den Plänen der Bundesregierung werden ab dem Jahr 2020 konkrete Vorgaben zur Personalausstattung in Krankenhäusern gelten. Die Regelungen sollen die Vorschriften der ab 2019 geltenden Pflegepersonaluntergrenzen für pflegesensitive Bereiche erweitern.

Pflegepersonal-Stärkungsgesetz

26.06.2018
Referentenentwurf

01.08.2018
Kabinettsbeschluss

01.01.2019
Inkrafttreten

[Zum Download](#)

Kabinettsentwurf PpSG

Mit der Einführung des Gesamthausansatzes verfolgt die Bundesregierung das Ziel, die Pflegepersonalausstattung in den Krankenhäusern zu verbessern sowie die Patientensicherheit in der pflegerischen Versorgung zu erhöhen. Dazu erhält das Institut für Entgeltabrechnung im Krankenhaus (InEK) den Auftrag, ab dem Jahr 2020 für jedes Krankenhaus einen sogenannten Pflegepersonalquotienten zu berechnen. Der Quotient macht deutlich, wie viel Pflegepersonal ein Krankenhaus im Verhältnis zu dem anfallenden Pflegeaufwand einsetzt. Auf Basis der Berechnungen des InEK soll das BMG per Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates ermächtigt werden, eine Untergrenze für das erforderliche Verhältnis zwischen Pflegepersonal und Pflegeaufwand festzulegen. Unterschreitet ein Krankenhaus die definierte Untergrenze, drohen ihm Sanktionen in Form von Honorarkürzungen. Die Detailregelungen zu den Sanktionen, zur Festlegung der Untergrenzen und zur Veröffentlichung der Pflegepersonalquotienten der Krankenhäuser soll in der Rechtsverordnung geregelt werden, deren Inkrafttreten für spätestens Mitte 2019 geplant ist. Die Vereinbarung über die Sanktionen treffen die Deutsche Krankenhausgesellschaft und der GKV-Spitzenverband erstmals für das Budgetjahr 2020.

➤ **Das Vorhaben ist ein erster richtiger Schritt zur Festlegung verbindlicher Pflegepersonaluntergrenzen und damit auch zur Steigerung der Patientensicherheit in der stationären Versorgung. Es ist positiv, dass mit der Regelung Transparenz geschaffen wird: Der Pflegequotient wird sichtbar machen, ob ein Krankenhaus mit den erzielten Pflegeerlösen auch tatsächlich eine entsprechende Personalausstattung finanziert oder auf Kosten der Pflege spart. Die konkrete Vorgabe von Sanktionen per Rechtsverordnung ist ebenso sinnvoll, wie die geplante Veröffentlichung der Pflegepersonalquotienten. Problematisch ist, dass gegenwärtig kein bundeseinheitliches Instrument zur Messung der individuellen Pflegebedarfe existiert. Damit fehlt die Datengrundlage, die zur Ermittlung der Anzahl der Pflegekräfte für eine qualitativ hochwertige Versorgung benötigt würde. Hier muss langfristig nachgebessert werden.**

Entkoppelung der Zu- und Abschläge für die Notfallversorgung vom Landesbasisfallwert
Zukünftig sollen die Zuschläge für die Teilnahme oder die Abschläge für die Nichtteilnahme von Krankenhäusern an der Notfallversorgung nicht mehr zu einem Absinken oder zu einem Anstieg des Landesbasisfallwertes (LBFW) führen.

Hintergrund der Regelung ist das im April 2018 vom G-BA beschlossene Notfallstufenkonzept. Gegenwärtig verhandeln die Vertragsparteien auf Bundesebene die relevanten Zu- und Abschläge für die Notfallversorgung. Nach der bisher geltenden Rechtslage würden die Notfallzuschläge für die Kostenträger kostenneutral sein und gegebenenfalls zu einer Absenkung des LBFW führen. Dies soll mit der Neuregelung verhindert werden. Dadurch entstehen der GKV Mehrkosten in Höhe eines noch nicht verifizierten dreistelligen Millionenbetrages.

➤ **Die Streichung der Berücksichtigung der Zu- und Abschläge für die Notfallversorgung bei der Vereinbarung des LBFW lehnt die BARMER ab. Die Regelung führt zu erheblichen Ausgabensteigerungen. Da zukünftig weniger Krankenhäuser an der Notfallversorgung teilnehmen, sollten die bereits hinreichend finanzierten Vorhaltekosten der Notfallversorgung kostenneutral umverteilt werden. Dies könnte zu einer geringen Reduzierung der LBFW führen.**

[Zum Download](#)

Tabelle Gesetzgebung

BARMER

Termine laufender Gesetzgebungsverfahren

BARMER

Abteilung Politik, Ruth Rumke (V.i.S.d.P.)

politik@barmer.de

Tel. 030-23 00 22-012